

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



FACTORES SOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES,
INSCRITAS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN MATERNA DE LAS
UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR DEL MUNICIPIO DE
APOPA, EN EL PERIODO DE OCTUBRE A NOVIEMBRE DE 2015.

INFORME FINAL DE INVESTIGACION PARA OPTAR AL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA

POR:

CASTRO CASTILLO EDIS ESTER
SALAZAR GALDÁMEZ LORENA MARISOL
TORRES PEÑA MARIA JOSE

ASESOR.

LIC.JOSE ISMAEL LOPEZ PEREZ.

CIUDAD UNIVERSITARIA, FEBRERO DE 2016

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES VIGENTES

LIC. LUIS ARGUETA ANTILLÓN.

RECTOR.

MSC. ANA MARÍA GLOWER DE ALVARADO

VICERRECTORA ACADÉMICA

DRA. ANA LETICIA ZAVALETA DE AMAYA.

SECRETARÍA GENERAL.

DRA. MARITZA MERCEDES BONILLA DIMAS.

DECANA DE FACULTAD DE MEDICINA.

MSP. DÁLIDE RAMOS DE LINARES.

DIRECTORA DE ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA.

MAE. AURA MARINA MIRANDA DE ARCE

DIRECTORA DE LA CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA.

PROCESO DE GRADUACIÓN APROBADO POR:

COORDINADORA DE PROCESO DE GRADO:

LICDA. YESENIA IVETTE FLORES MARTÍNEZ

DOCENTE ASESOR:

LIC. JOSÉ ISMAEL LÓPEZ PÉREZ.

TRIBUNAL CALIFICADOR:

LICDA. YESENIA IVETTE FLORES MARTÍNEZ.

LICDA. DELMY ZONIA DOMÍNGUEZ DE FIGUEROA.

LIC. JOSÉ ISMAEL LÓPEZ PÉREZ.

AGRADECIMIENTOS.

Quiero agradecer primeramente a mi Señor Jesucristo, por darme la fortaleza la tenacidad para superar cada una de las dificultades que se me presentaron a lo largo de mi carrera, por estar siempre allí cuando más lo necesitaba y no soltarme de su mano nunca en los momentos de prueba, y saber que siempre estaba allí para mí cuando los demás no estaban y tener la convicción en todo momento que él jamás me fallaría y jamás lo hará. Y gracias al el puedo decir que he logrado hacer realidad una de mis metas en la vida que es convertirme en una profesional para honra y gloria de su nombre.

A Mis Padres:

Mariano castro Batres por apoyarme incondicionalmente con tanto esfuerzo y sacrificio para hacer de mí una profesional porque sé que hubieron momentos difíciles pero aun así nunca dejo de apoyarme siempre me impulso a salir adelante a jamás nunca darme por vencida y ser una persona segura de lo que quiero en la vida, por brindarme siempre sus consejos basados en el amor y temor DIOS. A mi madre María Inés Castillo por su amor su amor y su cariño por inculcarme valores por guiarme por el camino del bien por sus consejos llenos de sabiduría por confiar y creer siempre en mí por su sacrificio y esfuerzo para poder sacarme adelante a pesar de las dificultades.

A Mis Hermanos/as

A mi hermana Dora Nelly Castro por apoyarme brindándome casa comida y el calor de un hogar, por sus regaños que sé que fueron para bien y a pesar de nuestras diferencias o discusiones siempre solucionábamos nuestras dificultades. A mi hermana Reina Isabel Castro Castillo por apoyarme siempre por motivarme siempre a salir adelante por animarme y no dejar que me rindiera por su amor su paciencia, y comprensión y tolerancia y por ser una amiga y ejemplo a seguir. A mis hermanos Ismael, Jeremías y Fernando Castro Castillo

por apoyarme cuando más lo necesitaba y creer siempre en mí. Así todos mi demás hermanos Sonia Brenda porque de alguna forma contribuyeron a mi formación.

A Mis sobrinos Jorge Ismael y Moisés Sánchez Castro por ayudarme siempre cuando los necesitaba nunca voy a olvidar que nos turnábamos para usar la computadora y que a veces dejaban de hacer sus trabajos por lograr que yo terminara mis trabajos a tiempo y que muchas veces a Jorgito lo levantaba a altas horas de la madrugada para que me ayudara con algún problema de la computadora por brindarme momentos llenos de alegrías con nuestras conversaciones y vivencias cotidianas me siento bendecida de que sean mis sobrinos y le pido a Dios que los guie por el camino del bien y cumpla todas sus aspiraciones académicas como deportivas.

A mis compañeras de tesis por la comprensión y tolerancia y que nuestras discusiones a lo largo de nuestro proceso de grado nos sirvan para mejorar y no cometer los mismos errores.

Edis Ester Castro Castillo

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por guiarme y haberme dado la fuerza para salir adelante, por colocar a todas aquellas personas que me ayudaron a formarme como profesional, por haber estado con migo en aquellos momentos difíciles y permitirme disfrutar también los momentos de alegría y satisfacción.

A mis padres

Por darme la oportunidad de seguir estudiando y ser alguien en la vida, por apoyarme en todo momento, por darme siempre lo que más necesite, por sus consejos, sabiduría y ser el pilar para no derrumbarme en los momentos difíciles.

A mis hermanos

Carlos, Sara y Evelyn por estar siempre conmigo y darme el apoyo y compañía que siempre necesite, los quiero mucho.

A mis compañeras de tesis

Porque juntas logramos nuestro objetivo, superamos las barreras, los conflictos y compartimos los momentos amenos durante este trayecto largo y a la vez corto.

A todas aquellas personas

Que aparecieron en mi vida y me enseñaron mucho de ellos, por recordarme siempre que todo se logra en la vida, por compartir todas aquellas experiencias que se llevan en el corazón y se guardan en el alma.

Lorena Marisol Salazar Galdámez

AGRADECIMIENTOS.

A Dios.

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre.

A mi madre por su apoyo en todo momento, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo, por los ejemplos de perseverancia y constancia que la caracterizan y que me ha infundado siempre, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, por el valor mostrado para salir adelante pero más que nada, por su amor.

A mis hijos.

Por su apoyo en todo momento, por animarme a terminar y llegar hasta el final de la carrera, por ser una fuente de energía cuando la necesitaba, por su cariño y amor y que vean en mi un ejemplo a seguir.

A mi hermano.

A mi hermano por estar en los momentos difíciles, por darme su apoyo y creer en mí siempre, y demostrarme su amor en todo momento.

Al asesor de tesis.

Lic. López por su conocimientos y orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y motivación han sido fundamentales para mi formación como investigadora y para la elaboración y culminación de esta tesis, por el tiempo dedicado en sus asesorías e impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional.

A mis compañeras de tesis.

Por su paciencia, tolerancia, y comprensión en los momentos difíciles, por apoyarnos en la realización de este trabajo.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

María José Torres Peña

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN.....	v
CAPITULO I	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
A. Antecedentes del problema.....	10
B. Situación problemática.....	17
C. Formulación del problema.....	23
D. Justificación de la investigación.....	24
E. Objetivos.	
1. Objetivo general.....	27
2. Objetivo Específicos.....	27
F. Alcances y limitaciones	
1. Alcances.....	28
2. Limitaciones.....	28
CAPITULO II	
MARCO CONCEPTUAL	
1. Salud sexual.....	29
2. Adolescencia.....	29
3. Elementos del Funcionamiento familiar.....	32
MARCO REFERENCIAL	
1. Salud sexual y salud reproductiva.....	37
2. Métodos de planificación de uso en la adolescencia.....	39

3. Inicio temprano de relaciones sexuales.....	45
4. Embarazo en la adolescencia.....	46
5. Factores asociados al embarazo en la adolescencia.....	47
6. Categoría de riesgo en el embarazo en la adolescencia.....	49
7. Complicaciones médicas durante un embarazo en adolescente.....	54
8. Implicaciones legales.....	55

MARCO TEÓRICO

1. Teorías del adolescente.....	64
2. Teorías de embarazo en la adolescencia.....	68
3. Teoría de Dorotea Orem.....	71

CAPITULO III

SISTEMA DE HIPÓTESIS

A. Hipótesis general.....	73
B. Hipótesis específicas.....	73
C. Hipótesis nulas.....	73
D. Conceptualización de variable principal.....	74
E. Conceptualización de variables secundarias.....	74
F. Operacionalización de variables.....	76

CAPITULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

A. Tipo de estudio.....	81
B. Área de estudio.....	81

C. Universo, población y muestra	
1. Universo.....	83
2. Población.....	83
3. Muestra.....	84
D. Criterios de inclusión y exclusión.....	85
E. Unidad de Análisis.....	86
F. Métodos, técnicas e instrumentos	
1. Métodos.....	86
2. Técnicas.....	87
3. Instrumentos.....	87
G. Procedimientos para la recolección de información	
1. Prueba piloto.....	88
H. Recolección de Datos.....	90
I. Plan de tabulación y análisis.....	90
J. Prueba de hipótesis.....	92
K. Aspectos éticos y legales de la investigación.....	94

CAPITULO V

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

A. Presentación y análisis de datos.....	96
B. Comprobación de hipótesis.....	145
C. Análisis general de los resultados.....	153

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones.....	160
B. Recomendaciones.....	161

C. Propuesta de intervención educativa.....	163
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	164

ANEXOS

Anexo n°1 Cronograma

Anexo n°2 Costo de la investigación.

Anexo n°3 Cuestionario sobre factores sociales del embarazo dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las unidades comunitarias de salud familiar, del municipio de Apopa, en el periodo de Octubre-Noviembre del 2015.

Anexo n°4 Consentimiento informado para ser sujeto de investigación.

Anexo n°5 Definición de términos básicos.

Anexo n°6 Estadísticas de embarazos en adolescentes del municipio de Apopa.

Anexo n° 7 Guía de entrevista de pre investigación.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia es aquel que ocurre en mujeres de diecinueve años o menos. La constante preocupación de los países en vías de desarrollo lo constituye, sin duda alguna, la alta incidencia de mortalidad materna. El Salvador no se escapa de esta realidad, pues se continúa con una tasa alta de mortalidad materna.

Las causas del embarazo son diversas: incluye violencia sexual, roles tradicionales sexistas para las mujeres, desconocimiento de educación sexual integral para evitar embarazos no deseados y posponer el ejercicio de la maternidad y paternidad hacia edades donde pueda tomarse una decisión informada y consciente, si así lo deciden, entre otras causas. .

Las consecuencias del embarazo van desde el abandono de estudios, riesgos en la salud para la madre adolescente y su hijo o hija; depresión, rechazo de su familia y de la comunidad; suicidios y mayor dependencia económica, mayor riesgo de las niñas y adolescentes a caer en situaciones de violencia de género y violencia de pareja.

El propósito de la investigación consistió en determinar los factores sociales del embarazo en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, del municipio de Apopa, en el periodo de Octubre-Noviembre del 2015. Fue de gran relevancia realizar la investigación ya que en el municipio de Apopa se registraron según el Sistema Único de Información en Salud en el periodo del 01/01/14 al 31/12/14 un total de 2,638 Inscripciones y Controles de las jóvenes durante el embarazo siendo unos de los municipios con mayor índice de embarazos en la adolescencia. Convirtiéndose en un problema no sólo para el área rural ya que cada día es más común en el área urbana.

Para lograr lo anterior, se seleccionó un diseño de investigación, descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo, se tomó una población de adolescentes que fueron captadas en calidad de usuarias activas en inscripciones maternas, control prenatal y post natal.

Se elaboró una encuesta abordando aspectos sociales a las adolescentes embarazadas de las Unidades Comunitaria de Salud Familiar intermedias del microred de Apopa, caracterizándose por ser UCSF intermedias las que ofertan infraestructura técnica y administrativa, sede de los Ecos Familiares o donde se proveen servicios integrales de salud y algunos servicios de apoyo, cuya oferta incluye los prestados en UCSF Básica y además odontología, y/o laboratorio, además de clínica, saneamiento ambiental, entre otras.

Con el fin de determinar los posibles factores que están presentes en dichos embarazos, esta investigación es un aporte más al cuerpo de conocimientos de enfermería y ser útil para todo el personal de salud.

Es por ello el interés y la importancia de la investigación, logrando identificar y analizar los factores sociales relacionados al embarazo de las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, con el fin de orientar las actividades y/o acciones en salud, principalmente educativas en el tema de salud sexual y reproductiva dirigidas a los/las adolescente del municipio de Apopa, 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.

Es así como se presentan los resultados obtenidos en cada capítulo.

En el capítulo I: Se presenta el planteamiento del problema, donde el comportamiento desde el año 2010 a la fecha actual ha sido negativo ya que el número de embarazos en la adolescencia ha ido ascendiendo, al comparar los resultados según las estadísticas del Ministerio de salud y la pre investigación

realizada la cantidad de adolescentes embarazadas cada año va incrementando; siendo el número de adolescentes de 15 a 19 años la más afectada. Lo antes expuesto llevo a formular el problema de investigación así como también tener claro por qué fue necesario realizar la investigación, siendo en este caso por los datos alarmantes que se encontraron; contribuyendo a formular los objetivos, en el cual se plantea determinar los factores sociales del embarazo en las adolescentes.

En el capítulo II: Se estructuro el marco conceptual y referencial abordando información en forma breve y concisa donde se incluye conceptos y reglamentación que se relaciona directamente con el embarazo de las adolescentes, tal como los riesgos sociales de un embarazo en la madre adolescente se traducen en mayor deserción escolar y baja escolaridad, desempleos más frecuentes, ingreso económico reducido de por vida. Mayor riesgo de separación, divorcio y abandono, mayor número de hijos. Además de otros estudios previos y problemas encontrados.

En el marco teórico se toma en cuenta que el hombre desde que asumió conciencia de las diferencias individuales ha insistido en estudiar el desarrollo de su vida a través de las experiencias que vive tal como el inicio de la actividad sexual sin una orientación adecuada y un conocimiento pleno de sus implicaciones, que expone a cada adolescente a una serie de riesgos asociados con su función sexual y capacidad reproductiva, tales como: experiencias sexuales traumáticas, enfermedades de transmisión sexual y embarazos tempranos con sus consecuencias. Esta gran diversidad de teorías que tratan de explicar de forma sencilla las etapas por las que pasa el ser humano a través de su vida las cuales fundamentan la investigación. Presentándose la teoría de Stanley Hall: “Tormenta y estrés”. Perspectiva cognitivo-evolutiva (Jean Piaget), Sigmund Freud: describe la “Etapa Psicosexual”, Etapa Genital. También se mencionan las teorías que explican el por qué una adolescente tiende a salir

embarazada, como la Teoría Psicoanalítica, teoría biológica, Teoría social y cultural y teoría psicológica. Además se menciona la teoría de Dorotea Orem acerca del auto cuidado en los adolescentes para prevenir los embarazos no deseados.

En el capítulo III, se plantean las hipótesis del problema en estudio fueron sometidas a comprobación en donde el grupo demostró la existencia de factores sociales que determinan el embarazo de las adolescentes inscritas en el Programa de Atención Materna de las UCSF del municipio de Apopa mediante métodos para su aceptación o rechazo. Además se detalla la operacionalización y conceptualización de las subvariables derivadas de los objetivos.

En el capítulo IV: La elaboración del diseño metodológico fue descriptivo y de corte transversal ya que se describieron las subvariables en un momento determinado, el método que se utilizó en la investigación fué un enfoque metodológico cuantitativo bajo enfoque hipotético deductivo el cual se utilizó en todo el proceso de la investigación para determinar la variable de estudio, el método cuantitativo que facilitó la medición de los factores sociales del embarazo en las adolescentes inscritas en el programa de atención materno de las unidades comunitaria de salud familiar Apopa, Chintuc y Popotlán.

En el capítulo cinco se describe la presentación y análisis de los datos, en el cual se reflejan los resultados obtenidos por cada una de las interrogantes, posteriormente se presenta la comprobación de hipótesis específicas y el análisis general de los resultados que se obtuvieron sobre factores sociales del embarazo en la adolescencia.

En el capítulo seis, contiene las conclusiones con base a los resultados que se obtuvieron y las recomendaciones que se elaboraron. A continuación se describe la propuesta de intervención presentada por el grupo investigador, que

ayudara a las adolescentes a fortalecer los conocimientos con respecto al tema. Dentro de este las diferentes fuentes de información científica donde se obtuvo la información necesaria para todo el proceso de investigación.

Por último los anexos, que son todos aquellos atestados que fundamentan el desarrollo del trabajo de investigación y también se presenta la terminología utilizada.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A. Antecedentes del problema

La adolescencia es una de las etapas más difíciles para los seres humanos, ya que es un estado de inmadurez, en la que se corre el riesgo de fracasar o de cometer errores que dejen huella en la vida futura. El embarazo en la adolescencia es un problema social que no es reciente, es decir, desde años anteriores existe, sin embargo se han realizado muchas investigaciones, pero ninguna ha podido resolver el problema. Actualmente en el país el embarazo en adolescentes se ha acrecentado considerablemente debido a múltiples factores sociales.

Según la investigación sobre factores que influyeron en la ocurrencia de embarazos en adolescentes en El Barrio Playa Blanca, San Benito Peten de diciembre 2007 a mayo 2008” presentado por: Iris Anita Itzá Balan de la universidad de San Carlos de Guatemala Facultad de Ciencias Médicas, Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala concluye lo siguiente: en cuanto al factor educativo se refiere, el 80% de adolescentes embarazadas abandonó la escuela, 20% de las participantes no cuenta con un grado de escolaridad lo cual no es favorable para éste grupo de adolescentes. Además en cuanto el factor familiar el 90% de las adolescentes respondió tener buena relación con los padres, aunque solo el 70% afirmó haber recibido orientación sexual por parte de sus padres.¹

Otra investigación sobre las Determinantes sociales de la salud relacionadas con el embarazo en la adolescencia en el área geográfica de responsabilidad

¹Iris Anita Itzá Balan. Factores que influyeron en la ocurrencia de embarazos en adolescentes en el Barrio Playa Blanca, San Benito Peten de diciembre 2007 a mayo 2008. [Tesis Doctoral]. Facultad de Ciencias Médicas USAC – Escuela Nacional de Enfermeras/os de Guatemala. Julio 2008.

de la unidad de salud la Hachadura Municipio de San Francisco Menéndez departamento de Ahuachapán. Enero a junio 2011. Presentado por: Luis Adolfo Barrientos Núñez y Verónica Alicia Tobar Herrera de la Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina, Maestría En Salud Pública. Concluyen lo siguiente: El mayor porcentaje de adolescentes de la población de responsabilidad de la Hachadura por sus motivos y creencias religiosas no utilizan métodos de planificación familiar lo que les expone a relaciones sexuales de riesgo y posibles embarazos no deseados.²

En el 2013 Elena Zúñiga, representante del UNFPA en su informe “Estado de la Población Mundial 2013”, afirma que el embarazo en la adolescencia es un reto a enfrentar por El Salvador ya que 69 partos de adolescentes por día dieron a luz en centros de salud en 2012 en el país.³

El informe de la población mundial subraya los principales desafíos que implican los embarazos adolescentes y sus graves consecuencias en la educación, la salud y las oportunidades laborales a largo plazo de las adolescentes.

En cada región del mundo, las niñas empobrecidas, que tienen poca educación o viven en zonas rurales son más proclives a quedar embarazadas que las niñas ricas, urbanas y educadas. Las niñas que pertenecen a una minoría étnica o a un grupo marginalizado, que tienen un acceso limitado o nulo a la salud sexual y reproductiva, también tienen un mayor riesgo de quedar embarazadas.

²Luis Adolfo Barrientos Núñez., Verónica Alicia Tobar Herrera. Determinantes Sociales de La salud relacionadas con el embarazo en la adolescencia en el área geográfica de responsabilidad de la Unidad de Salud La Hachadura Municipio de San Francisco Menéndez Departamento de Ahuachapán. Enero a Junio 2011.. [Tesis Doctoral]. Universidad de El Salvador-Facultad de Medicina-Maestría en Salud Pública. Septiembre 2011.

³ UNFPA. 69 Partos de Adolescentes por día en El Salvador [Sede web]. S.S. Diario.com [30 de Octubre 2013], Disponible en:
<http://diario1.com/nacionales/2013/10/69-partos-de-adolescentes-por-dia-en-el-salvador/>

El informe enfatiza que las adolescentes que permanecen en la escuela más tiempo son menos propensas a quedar embarazadas. La educación prepara a las adolescentes para futuros empleos y la subsistencia, aumenta su autoestima y estatus y les permite ser más partícipes de las decisiones que afectan sus vidas. La educación también reduce las posibilidades de matrimonio adolescente y posterga la maternidad, lo que conlleva, en el largo plazo, nacimientos más sanos.

De acuerdo con la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (LEPINA), en el Artículo 3 menciona que niña o niño es toda persona desde el instante mismo de la concepción hasta los doce años cumplidos, y adolescente es la comprendida desde los doce años cumplidos hasta que cumpla los dieciocho años de edad.⁴

Los niños y adolescentes tienen derecho a protecciones especiales de acuerdo a su edad. Defender estas protecciones puede ayudar a eliminar muchas de las condiciones que contribuyen a que ocurran embarazos adolescentes y a mitigar las consecuencias para la adolescente, su hogar y comunidad. Podría ayudar a terminar con el círculo vicioso de vulneraciones a los derechos, pobreza, desigualdad, exclusión y embarazo adolescente.

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

⁴ Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia. San Salvador. El Salvador. Diario Oficial N° 68, tomo 383, Art 3, Pág. 4 de 16 de Abril de 2009.

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

Existen estudios que reflejan esta situación los cuales presentan datos importantes como el siguiente:

En un estudio realizado en el 2013 por la Dra. Marina Padilla de Gil, en El Salvador y por el que ganó el Premio Nacional de Medicina, el embarazo en adolescentes se convierte en un reto a vencer por el gobierno, ya que en su estudio se encontraron datos como de 1000 jóvenes 116 están embarazadas cada año en este estudio de las 305 jóvenes censadas, provenientes de los estratos bajos y medio, las principales causas de los embarazos precoces son la deserción escolar, la desintegración familiar, los escasos conocimientos sobre fertilidad y su baja autoestima.⁵

Según el estudio, la mayoría de las jóvenes encuestadas cursó hasta el séptimo grado, lo que refleja la existencia de deserción escolar. Esto, muchas veces, se da porque provienen de hogares desintegrados y tienen que trabajar para ayudar a su familia. Además aclara la Dra. Padilla que la baja autoestima de las jóvenes es la causante de crear apatía por la superación escolar y pérdida de interés por superarse.

Menciona además que las condiciones físicas de las jóvenes, no son favorables para su embarazo ya que muchas de ellas presentan anemia, bajo peso y talla las cuales influyen en que estas tengan que ser sometidas a cesáreas o tenga alguna otra complicación.

⁵ Dra. María Padilla Gil. Alerta por incremento de embarazos en adolescentes [Sede web]. S.S. Teresa Cubias. Domingo 29 de Agosto 2013, Disponible en: <http://www.elsalvador.com/noticias/EDICIONESANTERIORES/agosto29/NACIONAL/nacio6.html>

La organización no gubernamental Plan en El Salvador, que mantiene una campaña publicitaria a favor de las niñas, reforzó el dato que el 30 por ciento de los embarazos en el país son de niñas y adolescentes.

El fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), presentó el 10 de Octubre 2014, un estudio sobre el impacto del embarazo, maternidad y violencia sexual en las niñas y adolescentes de El Salvador, en el contexto educativo de 2014.⁶

Según los primeros datos revelados del estudio, en 1 de cada 3 casos de embarazo las madres son menores de 15 años de edad y en 2013 se registraron 1,540 embarazos en adolescentes y niñas lo que nos afirma que este surge como consecuencia de un sinnúmero de causas, entre las cuales pueden resaltarse: falta de campañas de orientación sexual hacia los jóvenes, relaciones sexuales a temprana edad, varias parejas sexuales, falta de uso y de conocimiento sobre métodos anticonceptivos, analfabetismo, entre otros.

Según la Organización mundial para la salud (OMS) en el 2014, a nivel mundial el embarazo en la adolescencia es un problema complicado ya que influyen aspectos socioculturales en el comportamiento sexual de los adolescentes y estima que 16 millones de niñas en edades comprendidas entre 10 a 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo con ingresos bajos y medianos, desarrollando complicaciones durante el embarazo y el parto siendo estas la segunda causa de muerte entre las adolescentes en todo el mundo, los bebés de estas madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años.

⁶La Prensa, 30% de los embarazos en El Salvador son de niñas y adolescentes [sede web]. El Salvador: Carlemi Salinas;[10 de Octubre 2014]. Disponible en : <http://www.laprensagrafica.com/2014/10/10/30-de-los-embarazos-en-el-salvador-son-de-nias-y-adolescentes>.

Además la OMS refiere que 3 millones de adolescentes se someten a abortos peligrosos y aseguran que el embarazo en la adolescencia es el principal factor que contribuye a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza de países de bajos y medianos ingresos.

Entre los contextos que refiere la OMS se tienen:

- Adolescentes que planean y desean su embarazo pero en la gran mayoría no es así. Lo común entre las jóvenes es que no saben cómo evitar un embarazo, pues en muchos países no hay educación sexual.
- La madre encabeza la mayoría de las familias de bajos ingresos, asume el rol de administradora del hogar y se convierte en la proveedora principal de los alimentos, por tanto, desatiende aspectos significativos de su casa y a menudo no tiene en quien delegar esas responsabilidades. Las consecuencias son múltiples: en primer lugar, los jóvenes carecen de modelos morales de referencia para guiar sus conductas; muchos de los roles adultos se transfieren tempranamente a las jóvenes. Por tanto, muchas de ellas ingresan prematuramente en la vida adulta con el cuidado de sus hermanos menores. Con ello se les expone en contextos sociales que las conducen a buscar gratificaciones inmediatas.
- Familias donde la autoridad moral es débil o mal definida, con ausencia de la figura paterna o padres que viven en unión libre, y cuando personas distintas a los padres cuidan o crían a las adolescentes, también se provoca la actividad sexual temprana y el riesgo de una gravidez consecuente.

Condición inferior de la mujer cuyo papel en la sociedad está devaluado. Se sabe que es característica de todas las sociedades que la mujer

tenga menos acceso o ejerza menos control de los recursos de valor que el hombre; por ejemplo, en los países en vías de desarrollo, generalmente a ellas se les niega la educación y las habilidades para competir. Así, la maternidad se presenta como el único modo de alcanzar un lugar en la sociedad

- Adolescentes de comunidades pobres y reprimidas, que poseen pocas oportunidades para educarse y mejorar económicamente, con frecuencia ven la maternidad como una forma de aumentar su propio valor y poseer algo.

B. Situación problemática.

Los embarazos en adolescentes son una realidad que no se puede negar en El Salvador. Solo en 2012 del total de partos atendidos por el Ministerio de Salud (MINSAL) 25.068 fueron de niñas entre los 10 y 19 años.⁷

Este surge como consecuencia ya que las adolescentes inician sus relaciones sexuales de forma irresponsable y obtienen un embarazo no deseado o no planificado. Un sinnúmero de causas, entre las cuales pueden resaltarse: falta de campañas de orientación sexual hacia nuestros jóvenes, relaciones sexuales a temprana edad, varias parejas sexuales, falta de uso y de conocimiento sobre métodos anticonceptivos, analfabetismo, entre otros.

Hoy, en día este problema va acrecentando en cantidad de casos y se hace más difícil superar para las familias involucradas, esto principalmente por la pobreza en la que el país se encuentra.

De acuerdo a Elena Zúñiga, representante del UNFPA en El Salvador, el parto en sí mismo ya es un riesgo, en una adolescente lo es más. Además dijo que el embarazo en una adolescente es un factor que trunca una etapa de su vida obligándola a vivir como una mujer adulta.

Según la representante para poder evitar el embarazo precoz hace falta una educación integral que oriente a las niñas y adolescentes, con ello se contribuiría, a que sean ellas mujeres adultas y decidan cuándo convertirse en madres.

A la vez plantea que entre las causas de los embarazos en adolescentes están la desigualdad de género, los obstáculos en el acceso al ejercicio de los

⁷UNFPA. Embarazos en adolescentes deben disminuir [Sede web]. S.S. Gloria Marisela Moran, 30 de Octubre 2013, Disponible en: <http://www.contrapunto.com.sv/genero/unfpa-embarazosenaadolescentes>.

derechos humanos, la pobreza, el matrimonio infantil o la unión temprana y las uniones forzadas.

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

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

Lo antes expuesto se debe a las complicaciones que se dan durante el embarazo a esta edad y a ello se puede agregar otros riesgos obstétricos como lo son: trastornos hipertensivos, preclampsia, eclampsia síndrome de Hell, la diabetes que son las complicaciones más frecuentes en las adolescentes embarazadas y que por consiguiente les ocasiona la muerte.

El comienzo vivencial del embarazo en la adolescencia de una persona, está marcado por la falta de conocimiento y una inadecuada educación sexual y reproductiva que llevan a muchas adolescentes, a experimentar conductas de riesgo, amenazando su calidad de vida y su posterior desarrollo como personas.

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

Dicha vulnerabilidad se incrementa cuando no se garantiza para las mujeres, desde pequeñas, un desarrollo de sí mismas como seres humanos, con proyectos de vida realizables, en contextos sociales equitativos y no violentos, donde sus decisiones sean valoradas y aceptadas.

La siguiente información reflejada de los años 2012 al 2013, fue obtenida del Informe Estadístico Mensual Automatizado y la información de los subsiguientes años (2014 al 2015) fueron obtenidos a través del sistema de Producción de Servicios, el cual a su vez es alimentado del Sistema de información de morbilidad vía web (SIMMOW).⁸

Desde que la Unidades comunitarias de Salud familiar de Apopa, Chintuc y Popotlán apertura los servicios de salud a la población del municipio del mismo nombre y colonias aledañas , se ha evidenciado que el número de adolescentes que se embaraza cada año va incrementando continuamente; cabe mencionar que desde el 2012 al 2014 ha oscilado entre 2,529 a 2,797(según el sistema de morbilidad en línea del Ministerio de Salud); para el año 2015, en el periodo comprendido de Enero a marzo se reportan un total de 227 adolescentes embarazadas), observando que más del 50% corresponde a embarazos en adolescentes del grupo etéreo de 10 a 14 años siendo la mayoría de las UCSF Apopa, Chintuc y Popotlán. Esto representa un problema de salud pública importante en términos de desarrollo humano, por sus implicaciones educativas, sociales, económicas, familiares y personales, dando lugar a una generación de personas con limitantes para contribuir al crecimiento económico, social y cultural del país.

En los últimos tres años en el municipio de Apopa ha aumentado la preocupación en diversos sectores sociales, por el incremento de embarazos en

⁸ El Salvador, Ministerio de Salud. Sistemas de Información en Salud[sede Web].San salvador: El salvador;2012- -[actualizado 30 de octubre 2014, acceso 7 de abril de 2015].Disponible en: <https://www.salud.gob.sv/servicios/...de...de.../3056-simmow.html>

adolescentes, lo cual se ha traducido en políticas y programas para la población, de salud, de educación, sociales en los cuales tienden a invertirse recursos humanos y económicos crecientes.

En Apopa existen determinantes sociales como las condiciones de vida, de trabajo, ambiente, conductas, servicios de salud y socioculturales que influyen en el desarrollo del joven, Con la pubertad se produce un notable aumento de la actividad hormonal lo cual trae la aparición de impulsos sexuales.

Los adolescentes más jóvenes (12 años) son inmaduros para comprender lo que el embarazo significa y sus repercusiones sobre el futuro, el pensamiento cognitivo es aun concreto y existencial con poca orientación hacia el futuro y poca capacidad para percibir la consecuencia de los actos corrientes, ni siquiera perciben la idea de la posibilidad de un embarazo y mucho menos la crianza de un hijo.

Esto influye directa e indirectamente en los habitantes e interfiere o deteriora la salud de los mismos, contribuyendo a obtener condiciones físicas y psicológicas desfavorables en los núcleos familiares a esto se suman factores como violencia social, bajo nivel educativo, desintegración familiar entre otros, que favorecen el aumento año con año de embarazos en las adolescentes los cuales no son abordados en el desarrollo de las acciones en salud en forma integral, en los procesos de educación en salud sexual reproductiva y atención medica preventiva en los grupos de adolescentes y embarazadas.

Esto se ha verificado con los datos del sistema nacional de salud morbimortalidad + estadísticas vitales (SIMMOW) y a través de revisiones de datos que aportó cada una de las UCSF en estudio de donde proceden las unidades de análisis, y con una pre investigación donde queda claro que fue importante realizar la investigación además de dar las intervenciones de acuerdo con la viabilidad y disposición de los recursos necesarios que

permitieron contribuir a reducir el índice de embarazos en las adolescentes de la comunidad en estudio.

Al realizar la pre investigación se entrevistó a un párroco, alumno y profesora del municipio de Apopa que tienen relación con el grupo de persona que se investigó, y se obtuvo la siguiente información por el sacerdote Luis Germán Molina responsable de la iglesia católica Santa Catarina, quien refiere que sí reciben capacitaciones de educación sexual y luego se los imparte a jóvenes en determinadas reuniones que realizan, pero, por lo general, estos temas son impartidos por profesionales expertos en el área que la iglesia tiene disponible bajo principios bíblicos haciéndoles ver que la mejor forma de evitar los embarazos es la abstinencia, al dar su opinión sobre los embarazos en las adolescentes de la comunidad refiere que se debe a la poca asistencia de los jóvenes a las reuniones donde se imparten los temas de salud sexual y también a la falta de atención, cariño y amor en los hogares.

La profesora Zahandra Lam de Solís del Instituto Nacional de Apopa afirma que el Ministerio de Educación les brinda capacitaciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva con la finalidad de impartirlas a la población estudiantil, pero no alcanza la calidad esperada ya que la teoría lleva cierto grado de complejidad y el tiempo estipulado para recibirlos es insuficiente al haber temas que son bastante extensos y requieren de un análisis más completo y por ende ésta variante les origina problemas al momento de transmitírselos a los alumnos ya que no son con la frecuencia y la calidad esperada por lo antes mencionado.

También un estudiante del Centro Escolar Colonia los Naranjos de Apopa que responde al nombre de Abel Josué Torres Peña de octavo grado refiere que son pocas las veces que les promocionan información sobre salud sexual reproductiva y que esta información no se las imparten como ellos esperan, al

contrario les quedan muchas dudas por lo cual se origina una falta de motivación al querer conocer más sobre dichos temas.

También durante la pre investigación se preguntó en farmacias del municipio de Apopa si tienen a la venta el anticonceptivo de emergencia para los clientes a lo que de manera satisfactoria todas refirieron que si lo tenían disponible. También se preguntó si había una edad específica de los clientes para vender el anticonceptivo y refieren que no. Luego proporcionaron el nombre comercial y genérico del anticonceptivo, presentación, el precio y con qué frecuencia lo compran. La respuesta fue la siguiente:

Cerciora- t. Nombre genérico: Comprimidos Levonorgestrel 0.75mg

Precio: 12 dólares; Frecuencia: entre 10 a 20 personas al mes.

Vermagest. Nombre genérico: Pastillas Levonorgestrel 0.75mg

Precio: 15 dólares; Frecuencia: entre 15 a 20 personas al mes.

Se pregunta a Licda. Zulma Lainez ya que es parte del personal de enfermería de la Unidad de Salud de Apopa si la unidad tiene a disposición el anticonceptivo de emergencia y si lo brinda a la usuarias que lo solicitan, lo cual refirió que no hay método de anticoncepción de emergencia pero tienen autorizado utilizar el método de Microgynon 4 pastillas en las primeras horas después del coito sin protección y a las 12 horas de la primera dosis otras 4 pastillas, además menciona que por lo general solo se administra a usuarias que sufrieron violación sexual y solo se presentan usuarias que desean planificar con métodos regulares.

C. Formulación del problema

Según el alto índice de embarazos de más de 2,529 entre los años 2012 y 2014 del municipio de Apopa y las consecuencias en la salud tanto de la joven madre como la del recién nacido de los cuales se pueden mencionar:

Riesgos maternos:

- Abortos
- Preeclampsia – Eclampsia
- Hemorragias asociadas con afecciones placentarias
- Parto prematuro
- Rotura prematura de membrana
- Desproporción cefalopélvica
- Cesárea

Riesgos fetales:

- Recién nacidos de bajo peso.
- Mayor riesgo de muerte intrauterina.
- CIR (crecimiento intrauterino retardado).
- Prematuridad (con todas las complicaciones asociadas).
- Más incidencia de enfermedades cardíológicas y problemas funcionales.

Debido a los datos anteriores se llegó a la siguiente formulación del problema que se investigó en el municipio de Apopa.

¿Cuáles son los factores sociales del embarazo en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, del municipio de Apopa, en el periodo de Octubre-Noviembre del 2015?

D. Justificación de la investigación

Durante la adolescencia, las jóvenes desarrollan la identidad que tendrán como adultos, se orientan hacia su madurez física y emocional, se vuelven económicamente dependientes. Si bien la adolescencia suele ser una época de buena salud, muchos adolescentes a menudo cuentan con menos información, menos experiencia y menos facilidades para acceder a servicios de planificación familiar y salud reproductiva que los adultos.

Es posible que las adolescentes sientan renuencia o incluso hostilidad por parte de los adultos al tratar de obtener la información y los servicios de salud reproductiva que necesitan, por lo tanto, podrían presentar un mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH, embarazos no deseados y otras consecuencias de salud que pudieran afectar su futuro, el de la familia y el de sus comunidades. Además, las inequidades de género, en especial las diferencias de poder en las relaciones, podrían limitar su capacidad de usar anticonceptivos o de acudir a servicios de salud reproductiva.

Cabe mencionar que éste tipo de problema social no es reciente, es decir, desde años pasados existe y lamentablemente no se habían realizado investigaciones acerca del problema para determinar las causas de los altos índices de embarazo en esta comunidad, por ende ninguno había podido resolver el problema que últimamente se ha expandido considerablemente en el país especialmente en este municipio debido a muchos factores. Actualmente, uno de los principales problemas que afectan a los jóvenes que comienzan su actividad sexual es el embarazo no planificado o no deseado.

La investigación tuvo como propósito determinar o establecer los principales factores sociales del embarazo en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, siendo este uno de los municipios con alta incidencia de embarazos.

Lo que se considera relevante y trascendente para estudiar luego de realizar una pre investigación a personas involucradas, también fue importante conocer si las adolescentes embarazadas cuentan con el conocimiento de lo que conlleva un embarazo a esta edad y sus complicaciones en lo social y la madurez para su afrontamiento, ya que ello pone en riesgo tanto su vida como la del hijo durante el embarazo, parto y puerperio.

El estudio fue novedoso porque según los datos recolectados no se habían realizado investigaciones sobre esta problemática en el municipio de Apopa, por lo que contribuye a proporcionar alternativas de solución, gestionando con las entidades involucradas de la institución para que le den seguimiento adecuado y dar respuesta al problema.

El estudio fue factible de realizar porque se contó con los recursos humanos económicos y materiales para el desarrollo de la investigación que fue autofinanciado por las tres investigadoras del problema en estudio, también se contó con la asesoría de las autoridades de la UES y el aval del director/a de las UCSF.

La accesibilidad geográfica del área a estudiar fue poco favorable porque actualmente Apopa es considerada una de las ciudades de más alto riesgo por los índices de delincuencia.

La investigación fue viable por contar con la disponibilidad y colaboración de las participantes en estudio contribuyendo así a la obtención de resultados objetivos en la investigación así como con el permiso de las autoridades de las unidades de salud por medio de la región metropolitana de salud donde se realizó la investigación.

Es así como se diseña la propuesta de intervención, proporcionando alternativas conforme a lo detectado. Los beneficios que aportó la investigación fueron en función del fortalecimiento de los conocimientos que poseen las

adolescentes acerca del embarazo a temprana edad y enfocado a la prevención de los embarazos en la adolescencia, a través de la realización de una propuesta de intervención que proporcione alternativas de solución de acuerdo a los resultados que se obtuvieron.

E. OBJETIVOS

1. Objetivo general

Determinar los factores sociales del embarazo en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las unidades comunitarias de salud familiar, del municipio de Apopa, en el periodo de Octubre-Noviembre del 2015.

2. Objetivos específicos

- Describir los elementos del funcionamiento familiar de las adolescentes embarazadas inscritas en el programa atención materna de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar del municipio de Apopa.
- Identificar el conocimiento, practica y fuentes de información en salud sexual y reproductiva de las adolescentes embarazadas inscritas en el programa atención materna de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar del municipio de Apopa.
- Detectar los derechos vulnerados en salud sexual reproductiva de las adolescentes embarazadas inscritas en el programa atención materna de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar del municipio de Apopa.

F. Alcances y Limitaciones

1. Alcances

- a) Se logró la ejecución del 100% de las entrevistas planificadas obteniendo 90 entrevistas llenas en el periodo de tiempo establecido.
- b) Se logró la aceptación del tema de investigación por parte de las autoridades de la región de salud.
- c) Se documentaron los resultados obtenidos de la investigación, de los cuales se entregó a la región metropolitana y las respectivas unidades UCSF del municipio de Apopa con su respectiva propuesta de intervención.

2. Limitaciones

- a) Se dificultó la recolección de información en las UCSF de Chintuc y Popotlán ya que en ocasiones el grupo de personas en estudio no se hacía presente.
- b) Las unidades de salud en estudio no cuentan con investigaciones anteriores sobre el tema en estudio.

CAPITULO II

MARCO CONCEPTUAL

1. Salud sexual

La salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud".

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido la salud sexual como "la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad."

Ambos organismos consideran que, para que pueda lograrse y mantenerse la salud sexual, deben respetarse los derechos sexuales de todas las personas. En efecto, para lograrla, la OMS asegura que se requiere un "enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia."

2. Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, en donde se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo la

condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.

La adolescencia que es una etapa de múltiples cambios, donde juega un papel importante las transformaciones que ocurren en los órganos genitales externos como internos que marcan la diferencia en la niñez y la edad adulta.

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

La adolescencia es una etapa del desarrollo donde el apoyo de la familia es muy importante ya que es una etapa de rebeldía contra el padre, la madre y el orden social, esto los lleva a la búsqueda de su identidad y curiosidad sexual.

La adolescencia es una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y el comienzo de la adultez, para algunos adolescentes es un periodo de incertidumbre, pero para otros es una etapa de amistades internas, de más independencia, y de sueños de planes que van a realizar en el futuro. También es una etapa de descubrimiento. El adolescente descubre su identidad y define su personalidad. Además es una etapa de inmadurez en busca de la madurez.

Es una etapa en que el adolescente sufre cambios físicos (hormonales, crecimiento del cuerpo, características sexuales secundarias y primarias) y psicológicos.

El período del desarrollo entre el comienzo de la pubertad y la edad adulta, suele empezar de los 11 a 13 años con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y termina de los 18 a 20 años con la adquisición de la fórmula

adulta totalmente desarrollada. Durante esta etapa el ser humano sufre muchos cambios.⁹

La adolescencia proporciona a la persona el periodo necesario para adquirir la educación, entrenamiento y destrezas que se requieran para funcionar en la sociedad y también para aprender otras actividades de los adultos.¹⁰

Etapas:

Adolescencia temprana: Edad de 10 -13 años.

- Grandes cambios funcionales (menarquía).
- Pierde interés por los padres.
- Inicia amistad con individuos del mismo sexo.
- Aumentan fantasías y no controlan impulsos.
- Gran preocupación por su apariencia física.

Adolescencia media: Edad de 14 a 16 años.

- Completa crecimiento y desarrollo somático.
- Máxima relación con sus amigos y máximo conflicto con sus padres.
- Inicio de actividad sexual.
- Se sienten invulnerables.
- Conductas omnipotentes generadoras de riesgos.

Adolescencia tardía: Edad de 17 a 19 años.

- Aceptan su imagen corporal.
- Se acercan nuevamente a los padres.
- Se aleja de los amigos y se acerca más a la pareja.

⁹ Organización Mundial para la Salud, Salud Reproductiva. [en línea]. Boston: Consejo ejecutivo 2010 [Fecha de Acceso 13 de Julio del 2015]. URL.

Disponible en: apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf pg:18- 19.

¹⁰Papalia Diana E. Ministerio de Salud Pública, Psicología del desarrollo. 4 Edición. Chile Opcit 2009. Pág. 27.

3. Elementos del funcionamiento familiar

La familia es considerada como un sistema dinámico viviente que está sometido a un continuo establecimiento de reglas y funciones como todo sistema tiene una estructura, ésta se refiere a la organización interna, al modo en que interactúan sus integrantes, en donde cada uno desempeña una función para mantener y fortalecer un equilibrio como grupo familiar que permita mantener un ambiente de armonía para evitar que aparezcan tensiones perjudiciales para sus integrantes. La familia como grupo social debe cumplir 3 funciones básicas que son: la función económica, la biológica y la educativa, cultural y espiritual.

Asignación de roles:

Para que exista un funcionamiento familiar se debe tener los siguientes aspectos:

Flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos: se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por éstos. Es importante también para que la familia sea funcional que no haya sobrecarga de rol que puede ser debido a sobre exigencias.

Deberes y derechos de cada miembro del grupo familiar: conociendo cada miembro sus límites la familia se vuelve más funcional.

Complementariedad de rol: que los miembros se complementen recíprocamente en el cumplimiento de las funciones asignadas y éstas no se vean de manera rígida.

La comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas

Adaptación a los cambios: la familia funciona adecuadamente cuando no hay rigidez y puede adaptarse fácilmente a los cambios. Para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en fin, de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros.

Según la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia se tienen los siguientes tipos de familias: Nuclear o ampliada.¹¹

- La familia nuclear se encuentra formada por la madre, el padre y su descendencia.
- La familia ampliada está formada por parientes cuyas relaciones no son únicamente entre padres e hijos. Una familia ampliada puede incluir abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines.

Toda familia auténtica tiene un "ámbito espiritual" que condiciona las relaciones familiares: casa común, lazos de sangre, afecto recíproco, vínculos morales que la configuran como "unidad de equilibrio humano y social".

La familia tiene que equilibrarse a sí misma. De esa manera enseña el equilibrio a los hijos. Ese equilibrio de la familia va a contribuir al equilibrio social.

Los valores morales surgen primordialmente en el individuo por influencia en el seno de la familia, y son valores como el respeto, la tolerancia, la honestidad, la lealtad, el trabajo, la responsabilidad, entre muchos otros que se pueden mencionar.

Para que se dé esta transmisión de valores es de vital importancia la calidad de las relaciones con las personas significativas en su vida, sus padres, hermanos, parientes y posteriormente amigos y maestros. Es además indispensable el modelo y ejemplo que estas personas significativas muestran al adolescente, para que se dé una coherencia entre lo que se dice y lo que se hace, ya que posteriormente estos valores morales adquiridos en el seno de la familia ayudarán a insertarse eficazmente en la vida social. De este modo la familia contribuye a lanzar personas valiosas para el bien de la sociedad.

¹¹Asamblea Legislativa. Ley de Protección Infantil, [en línea]. El salvador. Decreto Legislativo 839 del 26 de Marzo del 2009. Publicado en el Diario Oficial 68, tomo 383 pág. 56. Disponible en: http://www.oei.es/pdf2/ley_ninez_el_salvador.pdf.

En la cultura Familiar la cual se refiere a los patrones, normas, costumbres, mitos, ritos que caracterizan los vínculos intersubjetivos entre los miembros del grupo familiar lo que constituye un aspecto clave en la formación de los significados de los que se nutre el desarrollo personal se mencionan los siguientes:

Religión:

Existen religiones que ordena a las mujeres lo que debe de realizar en cuanto a su sexualidad los cuales propician embarazos ya que algunas de ellas tienen como regla que al entrar a la adolescencia tiene que entregar su virginidad a su líder religioso y les hacen creer que eso es una gran honor, también existen las profecías donde las jóvenes tiene que contraer matrimonio por mandato de Dios sin importar que sea adolescente con hombres jóvenes o mayores que ella, otra de las practicas es que no tiene que utilizar ningún método de anticoncepción porque es pecado y que hay que tener los hijos que Dios quiera. Como se puede comprender todo ello con lleva a que cada vez sean más las adolescentes embarazadas.

Mitos:

Son un conjunto de anhelos y creencias colectivas que ordenan la valoración social, son individuales, y cada persona otorgará a lo que cree una valoración propia y le asignará también un sentido, tanto a su propio accionar como al accionar de los demás. Una comunicación bastante entorpecida por mitos, tabúes, influye en gran medida a la propiciación de embarazo en las adolescentes, debido a que ellas piensan que nunca quedaran embarazadas.

Entre los mitos podemos mencionar:

- Al tener relaciones sexuales durante la menstruación no se queda embarazada

- Si eyacula fuera de vagina no se queda embarazada
- A la primera relación sexual no se queda embarazada
- Existen diferentes posiciones para no quedar embarazada.

Por tanto, todo esto incide en el aumento de embarazos en la adolescencia por la práctica de todos estos mitos.

MARCO REFERENCIAL

América Latina ha sido pionera en el desarrollo de políticas, planes, programas y servicios para adolescentes en la Región. Sin embargo, muchos de los programas que existen actualmente se adhieren al concepto de prevención de enfermedades y se centran en un comportamiento muy específico, como VIH, prevención de embarazo y promoción de la abstinencia.

Los programas y políticas tradicionales han sido de naturaleza curativa y con frecuencia han definido el éxito como la ausencia de problemas, en lugar de como un desarrollo saludable. Dichos programas y servicios son verticales en su enfoque y no integran los conceptos de familia, cultura, valores y el contexto global en el que ocurre el comportamiento.

Las intervenciones tratan de cambiar la conducta una vez que ésta se encuentra bien arraigada. Los jóvenes no participan de lleno en el diseño y ejecución de programas, por lo tanto, las intervenciones no reflejan sus deseos ni preocupaciones. Muchas intervenciones no están bien coordinadas, lo que provoca una costosa duplicación de esfuerzos.

Los programas se centran únicamente en prevenir problemas específicos de los jóvenes, generalmente una conducta problemática aislada, sin prestar atención al contexto social, por lo general no han demostrado ser efectivos a largo plazo.¹²

La salud se reconoce universalmente como un derecho fundamental del ser humano, y la salud sexual como un componente integral de la salud en general. Por lo tanto, la salud sexual y reproductiva, incluyendo la de los adolescentes, es un derecho humano que incluye el derecho a la integridad sexual, a la seguridad sexual del cuerpo, a la privacidad, a la igualdad, al amor, a la

¹²Organización Panamericana de la Salud; Perfil de Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes y jóvenes de América Latina y El Caribe. Serie OPS/FNUAP No. 1

expresión, al derecho a elegir, a la educación y al acceso a la atención en salud.

1. Salud sexual y salud reproductiva

La Organización mundial de la Salud (OMS) define Salud Reproductiva como una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, aceptables y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo.

Es conveniente diferenciar la salud sexual, enfocada a la salud en las relaciones sexuales y la salud reproductiva enfocada a la reproducción sexual y a la procreación.

A pesar de las grandes diferencias existentes en la región en cuanto a la conceptualización y acciones referentes a esta temática, deben resaltarse las iniciativas realizadas hasta la fecha. En algunos países se han llegado a implementar servicios y programas a nivel gubernamental. No obstante, este tema aún genera conflictos por los tabúes y mitos existentes, tales como que brindar educación y atención en esta área generará libertinaje y no libertad; que aumentarán las relaciones coitales no protegidas y la precocidad sexual. Este fenómeno puede ocasionar que este tipo de programas pierdan continuidad y respaldo político.

Asimismo, existe consenso en resaltar el deber de respetar la sexualidad del ser humano y la libertad en sus opciones y decisiones. La salud sexual y la salud reproductiva (que involucra aspectos de carácter biológico, psicológico, sociológico y cultural), por tanto, debe basarse en tres principios: individualización (tomar en consideración las diferencias individuales); respeto a la dignidad humana (valores personales y de grupo); libre determinación (frente a las alternativas existentes es la persona quien decide en última instancia).

La atención en salud reproductiva se define como el “conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud reproductiva y al bienestar previniendo y solucionando problemas de salud reproductiva”. También incluye la atención en salud sexual, cuyo propósito es mejorar la calidad de vida y las relaciones personales, y no sólo ofrecer consejería y cuidados relativos a la reproducción y a las enfermedades de transmisión sexual.

La salud reproductiva y sexual es fundamental para las personas, parejas y familias, así como para el desarrollo social y económico de las comunidades y los países, con la finalidad de mejorar la calidad de la salud sexual y reproductiva para contribuir al desarrollo en los ámbitos que están inmersos, por lo que la definen de la siguiente manera:

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como la capacidad de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Así como el derecho de la mujer a recibir servicios adecuados de atención de la salud que propicien embarazos y partos sin riesgos y que le brinden a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.¹³

¹³Geranda Mariana y Sileo Enriqueta, Embarazo en Adolescentes. 2ª Edición. México OPS. 1996, Pág. 413.

De acuerdo con la definición de salud sexual y reproductiva mencionada, se deduce que es la implementación de estrategias que se formulan con el propósito de evitar riesgos y complicaciones en las personas, parejas y familias en edad reproductiva así como contribuir a decidir responsablemente sobre su vida sexual y reproductiva evitando problemas a la sociedad misma.

2. Métodos de planificación de uso en la adolescencia.

Idealmente en la adolescencia no se debe tener relaciones sexo coitales. Para iniciarlas se debe estar preparada. Su inicio es una decisión que conlleva riesgos y mucha responsabilidad. Implica también, consecuencias biológicas, psicológicas y sociales para los adolescentes así como para sus hijos e hijas.¹⁴

Las adolescentes que deciden lanzarse a la aventura de iniciar las relaciones sexo coitales, deben optar por tomar medidas preventivas para evitar el embarazo precoz y para prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual. La única practica 100% segura para evitar el embarazo y las ITS es la abstinencia. La adolescente que decide iniciar las relaciones sexo coitales debe minimizar el riesgo del embarazo y de las infecciones de transmisión sexual. Por ellos se detallan algunos métodos de planificación familiar:

a) El condón o preservativo.

Es una cubierta en forma de saco elástico de látex, muy delgado y transparente, que se fabrica en varias formas y colores. En un extremo está abierto, y en la punta, está cerrado. Los condones se conservan herméticamente sellados en una bolsa o sobre de plástico para asegurar que se conserven en buen estado.

¹⁴ Gerencia de atención integral de la salud de adolescentes San Salvador, El Salvador, C.A, Ministerio de Salud pública y asistencia social. Manual de Educación para la vida. Guía para facilitadores de 15 a 19 años De adolescentes y para adolescentes. Tercera edición .San Salvador. El Salvador: GRAFICOLOR S.A. De C.V. Noviembre 2005.

Es utilizado por el hombre en las relaciones sexo coitales para impedir que los espermatozoides entren en la vagina y para evitar que el hombre y la mujer adquieran una infección de transmisión sexual. En la actualidad ya hay en el mercado el condón de látex femenino para que también la mujer pueda protegerse.

Funcionamiento: Al colocarlo de manera correcta en el pene erecto, durante la relación sexo coital, retiene todo el líquido seminal eyaculado. Así evita que el espermatozoides sea depositado en la vagina y que pueda haber fecundación. Igualmente se evita el contacto directo del pene con la vagina previniendo las infecciones de transmisión sexual.

Uso: El condón se debe de usar en forma correcta y consistente. Para usarlo en forma correcta, primero se tiene que asegurar que no esté vencido, luego se rompe el sobre con las yemas de los dedos y se desenrolla sobre el pene erecto. Se coloca poco antes del contacto sexo coital, teniendo cuidado de dejar un espacio en el extremo para recibir el semen y evitar que este se salga. Es importante que, una vez terminado el contacto sexo coital, se retire el condón, teniendo el cuidado de sujetarlo por la base para evitar que el semen se escape y se deposite en la vagina o en la vulva. Luego amarrarlo y desecharlo en la basura. Si se realiza otro contacto sexo coital se deberá utilizar un nuevo condón o preservativo. Nunca usarlo dos veces.

b) La píldora.

Es un medicamento elaborado con hormonas sintéticas similares a las que el ovario produce.

Funcionamiento: Principalmente, inhibe la ovulación, y en forma secundaria, espesa el moco cervical, dificultando el paso de los espermatozoides.

Uso: Todas las mujeres deben de asistir a la consulta con personal médico para ser evaluadas y definir si pueden usar las píldoras o no.

La píldora debe tomarse todos los días a la misma hora, aunque las relaciones sexo coitales sean esporádicas o eventuales. Se aconseja relacionar su toma con alguna otra actividad que realizamos a diario para que no se olvide, como: cepillarse los dientes, acostarse, desayunar. La primera píldora puede tomarse en cualquier momento durante los primeros cinco días de su periodo menstrual. Se cuenta, como primer día de la menstruación, aquel en el que se mancha, aunque sea una gota de sangre.

Existen tratamientos en sobres de 28 y 21 píldoras; las de 28 vienen en dos colores, 21 píldoras activas y 7 inactivas. Cuando se termina el sobre para 28 días, se comienza a tomar las píldoras de un sobre nuevo.

Cuando se termina el sobre de 21 días, se espera una semana (7 días) antes de tomar las píldoras de un nuevo sobre.

Si la mujer olvido tomar una píldora, debe tomarla tan pronto como lo recuerde y continuar con la que le corresponde a ese día y hora acostumbrada.

En caso de olvido de dos o más píldoras, se necesita de una alternativa de respaldo que puede ser la abstinencia por un periodo de siete días o usar condón o preservativo hasta que haya tomado una píldora activa, diariamente, durante siete días.

c) La inyección.

La inyección actúa, prácticamente, como la píldora. Contiene también hormonas sintéticas similares a las que produce el organismo.

Funcionamiento: Principalmente, inhibe la ovulación y en forma secundaria, espesa el moco cervical dificultando el paso de los espermatozoides.

Uso: Las adolescentes, especialmente, necesitan orientación y una evaluación clínica del personal de salud, para iniciar el método. En el caso de las adolescentes son recomendables, de preferencia, las inyecciones mensuales porque contienen menos hormonas que las inyecciones para dos o tres meses. La primera inyección se aplica dentro de los primeros cinco a ocho días después del inicio de la menstruación. La siguiente inyección se pone siempre en la fecha indicada que es cada treinta días y hasta tres días posteriores como máximo. Si no se cumple con la fecha exacta, disminuye la protección y puede ocurrir un embarazo.

d) El dispositivo intrauterino DIU.

Es un pequeño objeto de plástico que contiene hormonas o cobre, tiene diferentes formas y se coloca dentro del útero o matriz. Es conocido popularmente como el aparatito.

Funcionamiento: El cobre contenido en el dispositivo afecta la viabilidad y la motilidad de los espermatozoides, impidiendo la fecundación; por lo tanto, interfiere con el proceso reproductor antes de que el ovulo llegue a la trompa de Falopio.

Uso: Para usarlo es necesario ir al médico o a la enfermera para una evaluación clínica, y así valorar su uso. Es colocado por el médico o la enfermera en el útero de preferencia durante los primeros cinco días de menstruación. Puede ser utilizado por adolescentes que ya hayan tenido su primer hijo y que tienen una pareja estable. No es recomendable usarlo en personas con riesgo mayor de infecciones de transmisión sexual, porque cuando se tienen varias parejas, aumenta el riesgo de infecciones de transmisión sexual que pueden obstruir las trompas de Falopio y causar infertilidad.

e) Métodos naturales.

Son métodos que basan su acción en evitar tener relaciones sexo coitales durante el periodo fértil de la mujer. El periodo fértil de una mujer se puede reconocer mediante la observación y las anotaciones del ciclo menstrual y la interpretación de signos y síntomas naturales que se relacionan con la ovulación. Para utilizar estos métodos, se debe tomar en cuenta que a pareja esté dispuesta y motivada para informarse y aprender sobre el ciclo menstrual de la mujer.

Entre ellos encontramos los siguientes:

- Método del calendario o ritmo.
- Método de la temperatura corporal basal.
- Método de moco cervical o Billings.

Funcionamiento: Impiden que los espermatozoides se una con un ovulo, al evitarse las relaciones sexo coitales alrededor del periodo en que ocurre la ovulación. Son aquellos métodos donde solo se pueden tener relaciones sexo coitales durante los días infértiles de la mujer, calculados de acuerdo a su ciclo menstrual. Para utilizar estos métodos, se debe tener en cuenta los cambios fisiológicos de la ovulación, y anotar los periodos menstruales para asegurarse de cuáles son los días de la ovulación, periodo fértil de la mujer. Su efectividad se determina por el uso correcto y sistemático del método, por la pareja. Estos métodos pueden ser usados por todas las mujeres en su vida reproductiva y sexualmente activa; pero no son recomendables para aquellas que presentan periodos sin regla o que presentan ciclos irregulares, o cuando no hay colaboración de la pareja y no puede abstenerse de tener relaciones sexo coitales durante los días del periodo fértil del ciclo menstrual de la mujer.

f) Abstinencia.

Este método es válido tanto para adolescentes que no han iniciado sus relaciones sexuales como para los que ya las iniciaron. Lo único que se requiere es: compromiso, mucha motivación, control de sí mismo y sobre todo tener metas claras en la vida, de realización personal y social.

Se debe comprender que las relaciones sexuales son solo una de las formas de expresar amor y afecto, y que hay otras formas como los besos, las caricias, los abrazos que también son satisfactorios y sobre todo el respeto, que es la forma más grandiosa de expresar amor.

g) Anticonceptivo de emergencia

La anticoncepción hormonal de emergencia consiste en ingerir dosis específicas de medicamentos anticonceptivos dentro de las 120 horas (cinco días) siguientes a una relación sexual sin protección anticonceptiva. Se usan píldoras de levonorgestrel solo o píldoras combinadas de etinil-estradiol y levonorgestrel. Es decir la anticoncepción de emergencia usa las mismas hormonas que contienen los anticonceptivos hormonales orales de uso regular, con la diferencia de que se administran en dosis más altas y concentradas y en un plazo de tiempo definido. Estos regímenes y composiciones han sido ampliamente estudiados durante los últimos años por diversos investigadores y en estudios multicéntricos coordinados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su eficiencia anticonceptiva así como su seguridad sobre la salud de las mujeres han sido ampliamente demostradas.

Funcionamiento: Inhibición, retraso o alteración de la ovulación pero el funcionamiento sobre la ovulación depende del momento del ciclo en que se administre antes de que se produzca la ovulación, es decir del tamaño del folículo. La administración de la anticoncepción de emergencia muy cercana a

la ovulación no parece capaz de alterarla, lo que podría explicar la mayor parte de las fallas anticonceptivas del método.

Migración espermática: diversos estudios en diferentes condiciones experimentales, han confirmado que la anticoncepción de emergencia actúa alterando la viscosidad del moco cervical, hasta el punto de disminuir y suprimir totalmente el avance de los espermatozoides a través del moco cervical, reduciendo las posibilidades de la fecundación.

La anticoncepción de emergencia no tiene efecto en la migración de un ovulo ya fecundado y tampoco en la implantación del mismo en el útero.

La tasa de falla: en casi una de cada cinco casos la anticoncepción de emergencia no es efectiva.

La relación entre tiempo de toma y efectividad anticonceptiva: la anticoncepción de emergencia solo sirve dentro de las primeras 120 horas, pero su efectividad es inversamente proporcional al tiempo transcurrido después del coito. Si la anticoncepción de emergencia actuara sobre la implantación, la tasa de efectividad así como la ventana de acción serían mucho más amplias.

3. Inicio temprano de relaciones sexuales

En lo referente a la iniciación sexual existen diferentes aspectos a considerar, pero tiene prioridad y es fundamental, la edad de inicio y el estar o no preparados.

Se conoce que las consecuencias de la iniciación sexual tienen un carácter universal. El inicio sexual precoz, unido a la ocurrencia de las relaciones sexuales en lugares y condiciones desfavorables, los continuos cambios de pareja y/o promiscuidad, la prostitución y el escaso o nulo uso de métodos anticonceptivos, son conductas sexuales riesgosas comunes en adolescentes y

jóvenes, cuyas principales consecuencias se concretan en experiencias frustrantes que pueden causar disfunciones sexuales, embarazos precoces no deseados, incremento del aborto, de las ITS/VIH/SIDA y daños reproductivos

4. Embarazo en la adolescencia.

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

Tipos de embarazo:

Embarazo de bajo riesgo: Son los embarazos controlados, que desarrollan las mujeres con edades comprendidas entre 19 y 35 años de edad, y son mujeres sin problemas de salud.

Embarazo de alto riesgo: Son los embarazos no controlados, los que desarrollan mujeres con edad menor a los 18 o superior a los 35 años. También corresponde a las mujeres que han experimentado alguna patología anterior.

La adolescencia es un periodo que abarca muchos cambios corporales y psicosociales con un aumento en la emotividad de conflictos no resueltos en etapas más tempranas del desarrollo, por lo tanto son más susceptibles a obtener un embarazo de alto riesgo.

Los índices de embarazos en adolescentes y de maternidad precoz varían en las distintas sociedades y guardan una estrecha relación con el grado de

información sexual de los jóvenes y los diferentes niveles socioculturales y económicos. El embarazo en cualquier etapa de la adolescencia dificulta la resolución del desarrollo normal durante este periodo. Las preocupaciones con respecto al cambio de la imagen corporal, aumento a la dependencia con respecto a los miembros de la familia para obtener apoyo emocional y financiero y los cambios normales de tipo fisiológico y psicológico del embarazo crean tensión interna y con frecuencia la adolescente no está preparada para ello.

Cuando se produce un embarazo a esta edad y no es planeado la adolescente debe desplazar su energía que generalmente emplea para la tarea de internalizar su identidad y utilizarla como generatividad para procrear a la siguiente generación, con frecuencia sin lograr un verdadero sentido de intimidad.

Para que las adolescentes tomen decisiones responsables con respecto a su actividad sexual y la maternidad es necesario que tenga las destrezas de las que con frecuencia carecen. Estas incluyen: conocimientos, socialización, comportamientos específicos a las situaciones.

Las adolescentes embarazadas padecen a menudo carencias, conflictos y tensiones. Su ambiente familiar se encuentra dominado frecuentemente por varios problemas médicos y sociales. A esto se suma que la mayoría de adolescentes no tienen comunicación con sus padres ya sea por conflictos entre padres e hijos, indiferencias de los padres. Lo que da origen a embarazos en las adolescentes y muchas veces estas llegan a repetir la situación.

5. Factores asociados al embarazo en la adolescencia

Las causas que llevan a las jóvenes a experimentar un embarazo son problemas de la organización familiar; La información excesiva que fomenta que

se libere la actividad sexual y la promiscuidad, falta de manejo de información adecuada por parte de los medios de comunicación, sin dejar de mencionar la falta de interés de los padres en lo referente a la vida de sus hijos fuera de casa.

El período de la adolescencia es de vital importancia y riesgo con respecto al desarrollo psicológico. Se caracteriza por cambios en el comportamiento y por la flexibilidad de la estructura psíquica, ambas son pronunciadas en las etapas previas y posteriores de la adolescencia. Lo que condiciona a que el adolescente sea susceptible al inicio precoz de las relaciones sexuales. Desde el punto de vista social, el grupo de adolescentes que son madres por lo general tienen mayor dependencia de los padres.

En América latina este problema se da en más altos índices en la población de menor nivel socioeconómico.

Son varias las causas que han influido en el aumento de embarazos en esta época de la vida, se pueden mencionar algunas:

- Inicio temprano de las relaciones heterosexuales.
- Maduración sexual temprana,
- Mayor libertad de horarios.
- Mayor facilidad de encuentros íntimos
- No utilización de anticoncepción preventiva por ignorancia o falta de accesibilidad a los mismos.

Los jóvenes no utilizan métodos de anticoncepción en su primera relación sexual, especialmente si son solteros. La única forma más segura de prevenir el embarazo es la abstinencia a las relaciones sexuales. Ya que la población adolescente sexualmente activa que no utiliza anticonceptivos, tiene un 90% de posibilidades de embarazarse en un año.

6. Categoría de riesgo en el embarazo en la adolescencia

Factores de riesgo y predisponentes de embarazo: Existen varios factores a considerar entre ellos los de riesgo biológico y psicosociales que se detallan a continuación.

Menarquía temprana: Otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.

Inicio precoz de relaciones sexuales: Cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

Familia disfuncional: Uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor. Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y / o sola.

Bajo nivel educativo: Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

Migraciones recientes: Con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.

Pensamientos mágicos: Propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

Fantasías de esterilidad: Comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

Falta o distorsión de la información: Es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.

Estratificación del riesgo obstétrico y perinatal: El riesgo obstétrico en la madre adolescente o adulta se encuentra encasillado en tres grupos de acuerdo a la presencia o ausencia de los siguientes factores de riesgo obstétrico, los cuales son:

Grupo de alto riesgo obstétrico y perinatal: Las pacientes con mayor riesgo son aquellas que poseen una o varias de las siguientes características: Edad < 16 ó >35 años sin control o en labor de parto, Antecedentes de patología médica obstétrica o general importante (IVU, anemia, infección vaginal, diabetes, enfermedad cardíaca o renal), antecedente de abuso sexual, desnutrición, estatura de 1,50 m o menor, embarazo < 37 con labor de parto o >41 sin labor de parto, presentación anormal con trabajo de parto, isoimmunización RH, disminución o ausencia de latidos fetales, HIV positivo, preeclampsia y/o eclampsia, consumo de tóxicos (tabaco, alcohol y otras sustancias), sufrimiento fetal agudo.

Grupo de mediano riesgo obstétrico y perinatal: Entre ellos se destacan la menarquía a los 11 años o menos, actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo, <16 o >35 con control prenatal, periodo intergenésico < 2 años, primípara o gran múltipara con control, embarazo múltiple con control, VDRL positivo, con enfermedad de base obstétrica o general, discordancia de altura de fondo uterino/edad, presentación fetal anormal sin trabajo de parto, madre RH negativa, múltipara sin control prenatal, hipertensión sin tratamiento.

Grupo de riesgo obstétrico y perinatal corriente o no detectable: Se incorpora a todas las demás adolescentes hasta la edad que determine el programa no

presentan riesgo alto, ni mediano riesgo obstétrico. Poseen diferentes normas de control prenatal, en base a nivel de complejidad de la atención.

Trastornos y complicaciones durante el embarazo: En nuestro medio, no existen datos sobre los trastornos más frecuentes que se pueden presentar durante el embarazo en las adolescentes, sin embargo se toman en cuenta datos de estudios efectuados en otras ciudades las cuales se aproximan a nuestra realidad. Los problemas que se pueden presentar en los controles prenatales, se los puede agrupar en trimestres

Entre los trastornos que se observan con mayor frecuencia durante el primer trimestre de embarazo se encuentran:

Trastornos digestivos: En 1/3 de las gestantes adolescentes se presentan vómitos, proporción bastante semejante a la población de adultas. En algunas circunstancias pueden colaborar otros factores como la gestación no deseada. Un trabajo nigeriano al respecto informa que los vómitos se ocurrieron en el 83,3% de controladas y el 86% de no controladas.

Metrorragias: Ocurre en un 16,9% de las adolescentes en un 5,7% de las adultas.

Abortos espontáneos: Leroy y Brams detectaron un 28,2% de abortos espontáneos en las adolescentes de edades comprendidas entre los 15 y 19 años,

Embarazos extrauterinos: Según Amuerman ocurren en el 0,5% de las gestantes embarazadas y en el 1,5% de las adultas.

Durante el segundo y tercer trimestre los trastornos y/o complicaciones más frecuentes son:

Anemias: Especialmente en sectores de bajo nivel social y cultural.

Amenaza de parto pretérmino: Afecta aproximadamente al 11,42% de las gestantes embarazadas y, para algunos autores, no es diferente al porcentaje de las mujeres adultas. No obstante, la adolescencia en sí, es un factor de riesgo para esta complicación.

Hipertensión arterial gravídica: Complicación que se presenta entre 13 y 20% de las adolescentes gestantes, posiblemente es mayor el porcentaje entre las gestantes menores de 15 años, notándose una sensible disminución en la frecuencia de la eclampsia (0,10 a 0,58%), dependiendo en gran medida de la procedencia de la gestante, su nivel social y de la realización de los controles prenatales. En algunos países del tercer mundo puede alcanzar un 18,2% de preeclampsias y un 5% de eclampsias. Para algunos autores, esta incidencia es doble entre las primigestas entre 12 y 16 años.

Mortalidad fetal: No parece haber diferencias significativas entre las adolescentes y las adultas.

Parto prematuro: Es más frecuente en las adolescentes, con una media de menos una semana respecto de las adultas, cubriendo todas sus necesidades (nutritivas, médicas, sociales, psicológicas). En el hospital universitario clínico de Salamanca, la incidencia del parto pretérmino alcanza el 9%.

Crecimiento intrauterino retardado: Quizás por inmadurez biológica materna, y el riesgo aumenta por condiciones socioeconómicas adversas (malnutrición) o por alguna complicación médica (toxemia). El bajo peso al nacer se asocia al aumento de la morbilidad perinatal e infantil y al deterioro del desarrollo físico y mental posterior del niño.

Presentaciones fetales distócicas: Las presentaciones de nalgas afecta del 1,9% al 10% de las adolescentes. Para algunos autores, al 3%.

Desproporciones cefalopélvicas: Es muy frecuente en adolescentes que inician su embarazo antes de que su pelvis alcance la configuración y tamaño propios de la madurez, causa de cesáreas en el 18,9% de los casos.

Alumbramiento: Se comunica una frecuencia del 5,5% de hemorragias del alumbramiento en adolescentes, frente a un 4,8% en las mujeres entre 20 y 24 años. Por lo tanto, la hemorragia del alumbramiento no es específica del parto de la adolescente.

Otras complicaciones: La prevalencia del test de Sullivan y la curva de glucemia positiva es posible que ocurra en un 38,4% de las adolescentes gestantes.

Consecuencias para el recién nacido de madre adolescente: Existen diversas circunstancias que imposibilitan y/o impiden el normal desarrollo del feto durante el embarazo sobre todo en las adolescentes, a diferencia de la mujer adulta en la cual en la mayoría de los casos se encuentran condiciones favorables para la gestación:

Peso: No existen diferencias significativas con relación a las mujeres adultas, aunque parece existir entre las menores de 15 años, debiendo diferenciarse claramente los nacimientos pretérmino de los retardos del crecimiento fetal, con definidas repercusiones sobre la morbi-mortalidad perinatal. Entre la menores de 17 años hay mayor frecuencia de bajos pesos, con una prevalencia cercana al 14%, con peso menos de 2500 gramos.

Internación en neonatología: Los hijos de adolescentes registran una mayor frecuencia de ingresos a neonatología sin diferencias entre la edad de las adolescentes, en la mayor parte de los casos por enfermedades como: Trastornos respiratorios, Enfermedad de Membrana Hialina, Distress respiratorio, Hipoxia perinatal, Prematurez, Bajo peso al nacer, post-operatorio de una malformación congénita.

Malformaciones: Se informa mayor incidencia entre hijos de adolescentes menores de 15 años (20%) respecto de las de mayor edad (4%), siendo los defectos de cierre del tubo neural (problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral) las malformaciones más frecuentes, y con un número importante de retrasos mentales de por vida, en la gran mayoría de casos secundarias a causas prevenibles como el déficit de ácido fólico.¹⁵

7. Complicaciones médicas durante un embarazo en adolescente.

Los riesgos obstétricos para las adolescentes se elevan cuando está presente la pobreza, la alimentación inadecuada, la salud deficiente. La mayoría de las investigaciones de nacimientos en adolescentes indican un riesgo aumentado para desarrollar al menos algunas de las complicaciones del embarazo y resultados neonatales deficientes.

La morbilidad más frecuente observada en adolescentes embarazadas está representada por aborto, anemia, hipertensión inducida por el embarazo, infecciones urinarias, parto pre término y recién nacido con bajo peso al nacer.

¹⁵GARCÍA, M. "Embarazo y adolescencia" - Dpto. Obst. y Ginec. Hptal. Clín. Universidad de Salamanca – Rev. sobre Salud Sexual y Reproductiva No 2, año 2, junio 2.000. pág. 26.
Disponible en: www.monografias.com/trabajos16/embarazo-en-adolescentes.

8. Implicaciones legales

- Según el decreto No. 210 de la asamblea legislativa de la República de El Salvador, Establece en la reforma del Código Penal lo siguiente:

Acto sexual diverso

Art. 166.- El que realizare mediante engaño, con persona mayor de quince y menor de dieciocho años de edad, cualquier acto sexual diverso del acceso carnal, será sancionado con prisión de cuatro a ocho años.¹⁶

El acto sexual diverso realizado con persona menor de dieciséis años, aun con su consentimiento, será sancionado con prisión de ocho a doce años.

Violación en menor o incapaz

Art. 159.- El que tuviere acceso carnal por vía vaginal o anal con menor de quince años de edad o con otra persona aprovechándose de su enajenación mental, de su estado de inconsciencia o de su incapacidad de resistir, será sancionado con prisión de catorce a veinte años.

Quien mediante engaño coloque en estado de inconsciencia a la víctima o la incapacite para resistir, incurrirá en la misma pena, si realiza la conducta descrita en el inciso primero de este artículo.

Agresión sexual en menor e incapaz

Art. 161.- La agresión sexual realizada con o sin violencia que no consistiere en acceso carnal, en menor de quince años de edad o en otra persona, aprovechándose de su enajenación mental, de su estado de inconsciencia o de su incapacidad de resistir, será sancionado con prisión de ocho a doce años.

¹⁶ Código Penal. Decreto Legislativo No. 1030,26 de abril de 1997, Ley 210/1997. Diario Oficial No. 105, Tomo 335, (del 10 de junio del 1997).

Disponible en:

www.hsph.harvard.edu/population/trafficking/elsalvador.trf.03.pdf

Quien mediante engaño coloque en estado de inconsciencia a la víctima o la incapacite para resistir, incurrirá en la misma pena, si realiza la conducta descrita en el inciso primero de este artículo.

Si concurriere cualquiera de las circunstancias señaladas en el inciso segundo del artículo, la sanción será de catorce a veinte años de prisión.

Estupro

Art. 163.- El que tuviere acceso carnal por vía vaginal o anal mediante engaño, con persona mayor de quince años y menor de dieciocho años de edad, será sancionado con prisión de cuatro a diez años.

Estupro por prevalimiento

Art. 164.- El que tuviere acceso carnal por vía vaginal o anal con persona mayor de quince y menor dieciocho años de edad, prevaliéndose de la superioridad originada por cualquier relación, será sancionado con prisión de seis a doce años.

Acoso sexual

Art. 165.- El que realice conducta sexual indeseada por quien la recibe, que implique frases, tocamiento, señas u otra conducta inequívoca de naturaleza o contenido sexual y que no constituya por sí sola un delito más grave, será sancionado con prisión de tres a cinco años. El acoso sexual realizado contra menor de quince años, será sancionado con la pena de cuatro a ocho años de prisión. Si el acoso sexual se realizare prevaliéndose de la superioridad originada por cualquier relación, se impondrá además una multa de cien a doscientos días multa.

Corrupción de menores e incapaces

Art. 167.- El que promoviere o facilitare la corrupción de una persona menor de dieciocho años de edad o de un deficiente mental, mediante actos sexuales diversos del acceso carnal, aunque la víctima consintiere participar en ellos, será sancionado con prisión de seis a doce años.

Cualquier persona familiar o particular que favorezca lo descrito en el inciso anterior será sancionada con la pena máxima aumentada en una tercera parte.

Corrupción agravada

Art. 168.- La pena será de doce a catorce años de prisión, si la corrupción de menores se realizare:

- 1) En víctima menor de quince años de edad.
- 2) Mediante engaño, violencia, abuso de autoridad o confianza, o por cualquier otro medio de intimidación.
- 3) Mediante engaño, violencia, abuso de autoridad o confianza, o por cualquier otro medio de intimidación.
- 4) Por ascendiente, adoptante, hermano, encargado de la educación, vigilancia, cuidado o guarda de víctima o en la prole del cónyuge o conviviente.

- Dentro de la ley LEPINA se destacan los siguientes artículos:

Artículo 20.- Derecho a un nivel de vida digno y adecuado

Todas las niñas, niños y adolescentes tienen el derecho de gozar de un nivel de vida adecuado en condiciones de dignidad y goce de sus derechos. Este derecho comprende:

- a) Alimentación nutritiva y balanceada bajo los requerimientos y normativas que las autoridades de salud establezcan.
- b) Vivienda digna, segura e higiénica, con servicios públicos esenciales como agua potable, alcantarillado y energía eléctrica.
- c) Vestuario adecuado al clima, limpio y suficiente para sus actividades cotidianas.
- d) Recreación y sano esparcimiento.

Corresponde a la madre, al padre, la familia ampliada, los representantes y responsables la garantía de este derecho conforme a sus posibilidades y medios económicos. El Estado, por medio de políticas públicas y programas, deberá asegurarles condiciones para que cumplan con esta responsabilidad.

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

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

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

Artículo 24. Embarazo precoz

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

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

Artículo 25. Obligaciones del Sistema Nacional de Salud

El sistema nacional de salud debe desarrollar programas de atención integral de la salud sexual y reproductiva de la niña, niño y adolescente y ser accesibles para los jóvenes.

Artículo 32. Salud sexual y reproductiva

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

El Estado en los ramos correspondientes garantizará la existencia y el acceso a los servicios y programas de salud y educación sexual integral para la niñez y adolescencia, con el objeto de fortalecer su realización personal, prevenir infecciones de transmisión sexual, disminuir riesgos de abuso sexual y prepararles para una maternidad y paternidad responsable en la adultez, sana y sin riesgos. Los servicios y programas implementados garantizarán y promoverán el respeto del derecho a la vida desde el instante de la concepción.

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

Artículo 37. Derecho a la integridad personal

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a que se respete su integridad personal, la cual comprende la integridad física, psicológica, cultural, moral, emocional y sexual. En consecuencia, no podrán someterse a ninguna

modalidad de violencia, tales como el abuso, explotación, maltrato, tortura, penas o tratos inhumanos, crueles y degradantes. La familia, el Estado y la sociedad deben proteger a las niñas, niños y adolescentes de cualquier forma de explotación, maltrato, tortura, abuso o negligencia que afecte su derecho a la integridad personal.

Artículo 46. Derechos al honor, imagen, vida privada e intimidad

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho al honor, a la propia imagen, a la vida privada e intimidad personal y familiar; sin perjuicio del derecho y deber de las madres, padres, representantes o responsables de ejercer supervisión y vigilancia sobre cualquier actividad que pueda poner en peligro la dignidad de las niñas, niños y adolescentes.

Artículo 55. Protección frente al abuso y explotación sexual

Todas las niñas, niños y adolescentes tienen el derecho a ser protegidos contra el abuso y explotación sexual. Para efectos de la presente Ley, se entiende por:

a) Abuso sexual, toda conducta tipificada en el Código Penal, que atente contra la libertad e integridad sexual de una niña, niño o adolescente para sacar ventaja o provecho de cualquier clase o índole.

b) Explotación sexual, cualquier forma de abuso sexual mediante retribución en dinero o en especie, con intermediación o sin ella, existiendo o no alguna forma de proxenetismo.

Artículo 79. Derecho a mantener relaciones personales con su madre y padre

Las niñas, niños y adolescentes, tienen el derecho a mantener con su madre y padre las relaciones afectivas y el trato personal que favorezca el normal desarrollo de su personalidad, aun cuando estos estén separados, salvo

cuando ello sea contrario a su interés superior.

Artículo 80. Derecho a ser criado en familia

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a vivir, ser criados y desarrollarse en su familia de origen nuclear o ampliada. Excepcionalmente, cuando sea imposible o contrario a su interés superior, las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a vivir, ser criados y desarrollarse en una familia sustituta, de conformidad con la Ley.

Artículo 81. Derecho a la educación y cultura

La niña, niño y adolescente tienen derecho a la educación y cultura. La educación será integral y estará dirigida al pleno desarrollo de su personalidad, aptitudes y capacidades mentales y físicas hasta su máximo potencial. Este derecho debe de ser accesible y de forma gratuita y obligatoria para todos los niños y adolescentes y el estado es el responsable de garantizar este derecho.

Artículo 90. Derecho al descanso, recreación, esparcimiento, deporte y juego

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho al descanso, recreación, esparcimiento, deporte y juego. Este derecho está dirigido a garantizar el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes y a fortalecer los valores de solidaridad, tolerancia, identidad cultural y conservación del ambiente.

Artículo 94. Derecho a opinar y ser oído

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a opinar y a ser oídos en cuanto al ejercicio de los principios, garantías y facultades establecidos en la presente Ley. Este derecho podrá ser ejercido ante cualquier entidad, pública o privada y estas deberán dejar constancia en sus resoluciones de las consideraciones y valoraciones relacionadas con la opinión expresada por aquéllos. La opinión de

las niñas, niños y adolescentes será recibida con métodos acordes a su edad y será tomada en cuenta en función de su desarrollo evolutivo.

Artículo 96. Protección frente a información nociva o inadecuada

Para la protección de niñas, niños y adolescentes, se prohíbe:

- a) Difundir o facilitarles el acceso a espectáculos públicos, publicaciones, videos, grabaciones, programas televisivos, radiales y a cualquier otro medio de comunicación que contenga mensajes inadecuados o nocivos para su desarrollo y formación;
- b) Difundir información, programas, publicidad o propaganda inadecuada o nociva para aquéllos, en medios televisivos en horarios de franja familiar.
- c) Comercializar productos destinados a aquéllos con envoltorios o cubiertas que contengan imágenes, textos o mensajes inadecuados o nocivos para su desarrollo.

- Además la Ley de Protección Integral de las Mujeres refiere lo siguiente:

Artículo 3º. Derechos Protegidos.

Esta ley garantiza todos los derechos reconocidos por la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos de los Niños y la Ley de Protección Integral de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y, en especial, los referidos a:

- a) Una vida sin violencia y sin discriminaciones;
- b) La salud, la educación y la seguridad personal;

- c) La integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial;
- d) Que se respete su dignidad;
- e) Decidir sobre la vida reproductiva, número de embarazos y cuándo tenerlos, de conformidad con la Ley de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Por lo antes expuesto queda claro que sí existen leyes en favor de los niños/as y la mujer que están relacionados con el tema de investigación. Por ende es obligación del estado y de todas las personas velar bajo cualquier circunstancia, que no se le vulneren estos derechos, hacer cumplir la ley cuando estos derechos no sean respetados.

MARCO TEÓRICO

1. Teorías del adolescente

a) G. Stanley Hall: “Tormenta y estrés”

El primer psicólogo en formular una teoría de la adolescencia, G Stanley Hall (1816-1904), declaró que los cambios físicos más importantes de esta etapa, causan cambios psicológicos importantes. Creyó que los esfuerzos de la gente joven para adaptarse a su cuerpo en proceso de cambio llevan a un período de tormenta y estrés, en el cual los adolescentes pueden emerger moralmente más fuertes.

Así, el factor principal del desarrollo para él residía en factores fisiológicos genéticamente determinados, siendo el ambiente un factor secundario. Sin embargo, reconocía que en la adolescencia los factores ambientales jugaban un papel mayor que en periodos anteriores y que era necesario contemplar dinámicamente la interacción entre la herencia y las influencias ambientales para determinar el curso del desarrollo de los jóvenes en este periodo.

En la actualidad, la opinión dominante es que la tormenta y el estrés, no son inevitables para la mayoría de adolescentes. Sin embargo, Hall es importante por prestar atención a la adolescencia como un período especial de la vida.

En cuanto a la teoría antes expuesta es importante prestar atención cuando los jóvenes atraviesan la etapa de la adolescencia ya que en esta se define la actitud que pueda tomar en cuanto al entorno en el que vive, al relacionarlo con nuestra investigación podemos deducir que los embarazos se debe en parte a la falta de orientación por parte de los padres hacia a sus hijos ,por la calidad de la educación e información sobre orientación sexual y reproductiva impartidas a las/os adolescentes desde la niñez es muy deficiente, situación que eleva sensiblemente el deterioro de sus condiciones de salud y calidad de vida. Por

otro lado los niños y niñas nacidos de una madre adolescente tienen significativamente menos probabilidades de culminar la enseñanza secundaria y romper el círculo vicioso de la transmisión intergeneracional de la pobreza y la madurez.

b) Perspectiva cognitivo-evolutiva (Jean Piaget)

Según la teoría cognitiva de J. Piaget el individuo adquiere la capacidad del comportamiento formal durante la adolescencia, a partir de los 11–12 años hasta los 20 años.

Existe una diferenciación y una complejidad progresiva de la inteligencia durante la adolescencia; esta modificación estructural multiplica las potencialidades del niño y los amplía hasta aproximarlos al razonamiento del adulto y esta es la base de todo el resto del plano psicosocial.

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

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

El carácter de edad de transición de la adolescencia impregna toda la actividad psicosocial de él joven con un carácter de experimentación, se ensayan los roles adultos en diferentes áreas entre ellas el ejercicio de la sexualidad. Ayuda

a enfrentar con éxito las tareas evolutivas pero puede ser el origen de un embarazo no deseado.

c) Sigmund Freud: describe la “Etapa Psicosexual”, Etapa Genital.

En este período, el adolescente aumenta su vigor y energía sexual y se concentran en miembros del sexo opuesto. Empiezan a "probarse" en su capacidad de amar y trabajar para que esto pueda desarrollarse eficazmente.

Pulsiones de Vida y Pulsión de Muerte:

Freud consideró que todo el comportamiento humano estaba motivado por las pulsiones, las cuales no son más que las representaciones neurológicas de las necesidades físicas. Al principio se refirió a ellas como pulsiones de vida. Estas pulsiones perpetúan (a) la vida del sujeto, motivándole a buscar comida y agua y (b) la vida de la especie, motivándole a buscar sexo. La energía motivacional de estas pulsiones de vida, el “oomph” que impulsa nuestro psiquismo, les llamó libido, a partir del latín significante de “yo deseo”.

La experiencia clínica de Freud le llevó a considerar el sexo como una necesidad mucho más importante que otras en la dinámica de la psiquis. Somos, después de todo, criaturas sociales y el sexo es la mayor de las necesidades sociales. Pero, aunque debemos recordar que cuando Freud hablaba de sexo, hablaba de mucho más que solo el coito, la libido se ha considerado como la pulsión sexual.

Más tarde en su vida, Freud empezó a creer que las pulsiones de vida no explicaban toda la historia. La libido es una cosa viviente; el principio de placer nos mantiene en constante movimiento. Y la finalidad de todo este movimiento es lograr la quietud, estar satisfecho, estar en paz, no tener más necesidades.

Freud postuló su teoría de los estadios psicosexuales.

La etapa oral: se establece desde el nacimiento hasta alrededor de los 18 meses. El foco del placer es, por supuesto, la boca. Las actividades favoritas del infante son chupar y morder.

La etapa anal: se encuentra entre los 18 meses hasta los tres o cuatro años de edad. El foco del placer es el ano. El goce surge de retener y expulsar.

La etapa fálica: va desde los tres o cuatro años hasta los cinco, seis o siete. El foco del placer se centra en los genitales. La masturbación a estas edades es bastante común.

La etapa de latencia: dura desde los cinco, seis o siete años de edad hasta la pubertad, más o menos a los 12 años. Durante este período, Freud supuso que la pulsión sexual se suprimía al servicio del aprendizaje. Debo señalar aquí, que aunque la mayoría de los niños de estas edades están bastante ocupados con sus tareas escolares, y por tanto “sexualmente calmados”, cerca de un cuarto de ellos están muy metidos en la masturbación y en jugar “a los médicos”. En los tiempos represivos de la sociedad de Freud, los niños eran más tranquilos en este período del desarrollo, desde luego, que los actuales.

La etapa genital: empieza en la pubertad y representa el resurgimiento de la pulsión sexual en la adolescencia, dirigida más específicamente hacia las relaciones sexuales. Freud establecía que tanto la masturbación, el sexo oral, la homosexualidad como muchas otras manifestaciones o comportamientos eran inmaduros, cuestiones que actualmente no lo son para nosotros.

2. Teorías de embarazo en la adolescencia

Todo parece indicar que las causas que originan el embarazo en las adolescentes, son múltiples y muy variadas. Algunos autores estudiosos del tema, presentan determinadas posturas al respecto y han dado interpretaciones de los diferentes factores, que a su juicio provocan el embarazo en esta etapa de la vida:

a) Teoría psicoanalítica.

A medida que las niñas comienzan a experimentar los profundos cambios biológicos que afectan sus sentimientos, así como sus cuerpo, se tornan atemorizadas e inseguras y se aferran a la dependencia que en sus desarrollo infantil significo una fuente de seguridad. La niña quiere y trata de seguir siendo una criatura que encuentra seguridad en su dependencia con la madre y el padre, pero ya no puede.

Ha formado nuevas identificaciones fuera de la familia y se ve arrastrada en la lucha que libran sus contemporáneos por alcanzar cada vez mayor independencia. El impulso a emanciparse de la familia se torna tan poderoso como el sexual, y a menudo, uno de ellos sirve para alcanzar los fines del otro. Ni el impulso biológico ni el psicológico pueden alcanzar una expresión realista, madura y satisfactoria sin haber superado antes el conflicto implícito en las relaciones infantiles previas de la niña. Y, sin duda, es difícil que un individuo pueda lograr una independencia satisfactoria si no ha saboreado plenamente las gratificaciones de la dependencia infantil.

Cuando las necesidades de dependencia no han sido satisfechas, el impulso y la independencia es provisional, o bien esta tan coloreada por la rabia y la frustración que solo puede conducir a una actividad deformada o agresiva contra un mundo que no ha dado amor y que, por lo tanto no es amado.

Si el desarrollo emocional infantil fue pleno en dificultades de modo que la niña se siente rechazada y no querida, cabe esperar una adolescencia perturbada. Los sentimientos de ansiedad, soledad, hostilidad y frustración pueden intensificar urgencias sexuales ya poderosas de por sí. Así mismo, las necesidades no gratificadas de dependencia, el efecto y la aceptación se buscan fuera del hogar.

La adolescente que no ha experimentado con sus padres el dar y recibir de la relación de amor, o que solo ha sido objeto de interés circunstancial por parte de estos, tiende a confundir el interés pasajero de los muchachos con amor. (Ausubel, 1974).

b) Teoría biológica.

La aparición de una menarquía a edades cada vez más tempranas reportadas en todo el mundo, pueden ser un elemento coadyuvante para que se dé el embarazo en las adolescentes, sobre todo si se considera que los cambios fisiológicos en el organismo femenino y la capacidad de concebir pueden predisponer a la adolescente a convertirse en un ser sexualmente activo. (Amidem –IMSS, 1987).

Así tenemos que, en zonas urbanas de diversos países, la edad promedio de la aparición de la menarquía, suele ser entre 12 y 13 años, y en zonas rurales en desarrollo, entre los 14 y 15 años.

c) Teoría social y cultural.

Durante los años adolescentes los muchachos y las chicas pasan por cambios físicos y emocionales; además de que se encuentran expuestos a presiones sociales que alientan la actividad sexual. La publicidad, la música y las películas, frecuentemente transmiten el mensaje sutil de que las relaciones sexuales son aceptables y tienen un encanto. Los adolescentes sienten presión

de no ser menos conocedores o experimentados que sus compañeros. (IPPF. 1989).

Por otro lado la sociedad ofrece un modelo de amor dicotomizado: uno limpio, puro y deseable y sin sexo, y otro impuro indeseable y, donde el sexo contamina, daña, lo que a su vez genera un modelo igualmente dicotomizado del sexo; el legítimo dentro del matrimonio y el ilegítimo fuera de él. Mientras los medios masivos de comunicación bombardean con estímulos sexuales dirigidos a la sexualidad; se exige por una parte abstinencia y virginidad a la mujer y desenfreno y lujuria al hombre.

Toda esta confusión provoca desinformación y ambigüedad en las decisiones, lo que acerca más a los adolescentes a una conducta de alto riesgo. (Berry, 1993).

Es así, como los mensajes que recibe la mujer, son contradictorios y restrictivos a la reproducción. Esta combinación de presiones antagónicas crea una situación en la que las relaciones sexuales se rodean de culpa; el tema se vuelve tabú, impidiendo a los adolescentes tomar decisiones de una manera abierta y concientizada.

d) Teoría psicológica.

En la etapa adolescente, el sentimiento de soledad se intensifica dando lugar algunas veces a la depresión y a un sentimiento de vacío, las muchachas buscan refugio de esto en la vida, en la fuga y excitación de falsos placeres.

Especialmente las muchachas cuyos sentimientos de soledad se exageran por falta de ternura en su medio, están dispuestas a tener relaciones sexuales no controladas que conducen a la maternidad, con sus maravillosas oportunidades para satisfacer el más tierno de todos los sentimientos.

Así mismo, un yo débil, baja autoestima, falta de asertividad, e inseguridad son otros factores que son causales directos del embarazo en adolescentes. (Monroy, 1985).

3. Teoría de Dorotea Orem.

El fundamento del modelo de enfermería de Orem, organizado en torno a la meta de la enfermería, es el concepto de autocuidado, considerado como el conjunto de actividad que realiza una persona por si misma (cuando puede hacerlo) y que contribuyen a su salud. Tales actividades se aprenden conforme el individuo madura y son afectadas por creencias culturales, hábitos, y costumbres de la familia y de la sociedad. La edad, la etapa del desarrollo, y el estado de salud, pueden afectar la capacidad del individuo para realizar actividades de autocuidado. Orem sugiere que algunas personas pueden tener requisitos de autocuidado asociados con el desarrollo o desviación de la salud y que todas las personas poseen las condiciones universales de autocuidado.

En el modelo hace hincapié en la función de la enfermería sólo cuando el paciente es incapaz de satisfacer por sí mismo sus necesidades de autocuidado. La intervención de enfermería suele estar dirigida a conservar la salud, prevenir enfermedades, o restablecer la salud y puede incluir actividades realizadas para el paciente o en colaboración con éste.

El modelo de Dorothea Orem se aplica a las adolescentes embarazadas con la finalidad de brindar los conocimientos sobre la SSR ya que esta teoría está basada en el enfoque preventivo, que al relacionarlo con la investigación sería prevenir los embarazos en las adolescente a través de la educación, orientación y atención en salud sexual y reproductiva logrando así que las adolescentes aprendan y a la vez adopten la capacidad de saber los factores que afectan o les favorecen en el desarrollo de su vida, salud y bienestar personal, en otras

palabras que estén en la capacidad de cuidarse por sí solas. Es por ello que es muy importante que el adolescente se involucre en su autocuidado y esto se pretende lograr con una intensa tarea educativa, tratando de lograr el objetivo principal, el cual es que los adolescentes adquieran plena conciencia de su situación, de cuál debe ser su conducta para no exponerse a riesgos que pueden repercutir negativamente en su etapa de desarrollo.

CAPITULO III

SISTEMA DE HIPÓTESIS

A. Hipótesis general

Los factores sociales determinan en un 80% el embarazo de las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las unidades comunitarias de salud familiar, del municipio de Apopa, en el periodo de Octubre-Noviembre del 2015.

B. Hipótesis específicas

He1: Las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, del municipio de Apopa presentan en un 80% los elementos del funcionamiento familiar.

He2: Las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, del municipio de Apopa poseen en un 80% conocimiento y practica sobre salud sexual reproductiva; así como de las fuentes de información al respecto.

He3: Las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, del municipio de Apopa presentan en un 80% vulneración a sus derechos en salud sexual reproductiva.

C. Hipótesis nulas

H₀1: Las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, del municipio de Apopa no presentan en un 80% los elementos del funcionamiento familiar.

H₀2: Las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, del municipio de Apopa no poseen en un 80% conocimiento y practica sobre salud sexual reproductiva; así como de las fuentes de información al respecto.

H₀3: Las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, del municipio de Apopa no presentan en un 80% vulneración a sus derechos en salud sexual reproductiva.

D. Conceptualización de variable principal

V. Factores sociales del embarazo en las adolescentes

Son condiciones o situaciones culturales, económicas, educativas e interpersonales que intervienen para que se dé un embarazo precoz que ocurre en los primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica 0 = edad de la menarquía) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental.

E. Conceptualización de variables secundarias

V. Elementos del Funcionamiento Familiar

El proceso resultante de las interacciones entre los convivientes en el seno familiar, es decir, la síntesis de las relaciones intra familiares.¹⁷

¹⁷ Slideshare.net [Internet]oicca72/Cuba", en Contribuciones a las Ciencias Sociales, Julio 2012;citado 14 de septiembre de 2015. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/21/ccla.html>.

V. Conocimiento, práctica y fuentes de información sobre salud sexual reproductiva

Información obtenida sobre bienestar físico, mental y social de la población, en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción esto incluye la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos con una visión más allá de la reproducción.¹⁸

V. Derechos vulnerados en salud sexual reproductiva

Es un atentado contra la integridad física, psíquica, moral en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción de las adolescentes por medio del cual se reducen a la condición de objetos.

¹⁸ [Ins.salud.gob.sv/index.php](http://www.ins.salud.gob.sv/index.php)[Internet]elsalvadortemas/investigacionensaludsexualyreproductiva24 Mar2014. Disponible en: <http://www.ins.salud.gob.sv/index.php/temas/investigacion/investigacionensaludsexualyreproductiva>.

F. Operacionalización de variables.

He1: Las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, del municipio de Apopa presentan en un 80% los elementos del funcionamiento familiar.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores
El funcionamiento familiar.	El proceso resultante de las interacciones entre los convivientes en el seno familiar, es decir, la síntesis de las relaciones intra familiares y que determinaron su embarazo.	Es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia.	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de familia. <ul style="list-style-type: none"> – Nuclear. – Ampliada. • Practica de valores éticos y morales. • Comunicación <ul style="list-style-type: none"> – Padres – Pareja • Relación <ul style="list-style-type: none"> – Padres – Pareja • Rol familiar. <ul style="list-style-type: none"> – Madre – Padre • Plan de vida

He2: Las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, del municipio de Apopa poseen en un 80% conocimiento y practica sobre salud sexual reproductiva; así como de las fuentes de información al respecto.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
Conocimiento, practica y fuentes de información en salud sexual reproductiva	Información obtenida sobre bienestar físico, mental y social de la población, en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción esto incluye la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos con una visión más allá de la reproducción, incorporando el marco ético de los Derechos Humanos y las desigualdades de género, ésta integralidad	Información adquirida específicamente en el ámbito de promoción, prevención de la Salud sexual reproductiva.	Conocimiento en salud sexual reproductiva.	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento sobre la prevención del embarazo. <ul style="list-style-type: none"> – Edad ideal para estar embarazada. – Riesgos del embarazo precoz. • Factibilidad de métodos de planificación familiar regular. <ul style="list-style-type: none"> Factibilidad de Anticonceptivo de emergencia.

	<p>sobrepasa la visión patriarcal exclusiva de una sexualidad heterosexual y reproductiva.</p>		<p>Practica en salud sexual reproductiva.</p> <p>Fuentes de información sobre salud sexual y reproductiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Religión. <ul style="list-style-type: none"> – Prácticas religiosas – Eficacia en la forma de educar. – Uso de métodos de planificación familiar regular y anticonceptivo de emergencia. • Fuentes: <ul style="list-style-type: none"> – Padres – Amigos – Iglesia – Escuela. – Pareja. – Personal de salud. • Medios de comunicación de los que recibe información sobre S.S.R.R.
--	--	--	--	---

				<ul style="list-style-type: none">- Internet.- Radio.- Publicidad (vallas)- Televisión.
--	--	--	--	--

He3: Las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, del municipio de Apopa presentan en un 80% vulneración a sus derechos en salud sexual reproductiva.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores
Los Derechos vulnerados en salud sexual reproductiva	Es un atentado contra la integridad física, psíquica, moral en el ámbito de sexualidad y reproducción de las adolescentes por medio del cual se reducen a condición de objetos.	Menores de edad que reciben daños, inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, o menoscabo sustancial de los derechos sexuales como consecuencia del abuso de poder.	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones coitales prematrimoniales. <ul style="list-style-type: none"> – Inicio de relaciones sexo coitales. – Motivo. – Consentimiento. • Edad del padre del bebé. • N° de parejas sexuales. • Planificación de embarazo. • Cumplimiento de derechos sexuales. <ul style="list-style-type: none"> – Libertad de expresión. – Nivel de vida digno y adecuado. – Vida privada e Intimidad. – Recreación.

CAPITULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

A. Tipo de estudio

Con base a los objetivos planteados la presente es una investigación descriptiva de corte transversal.

Descriptiva: ya que permite conocer las características del problema en estudio tomando en cuenta las variables que consisten en identificar los factores sociales en la alta incidencia de adolescentes embarazadas en el municipio de Apopa, en los cuales se describe las características de la variable.

Transversal: porque se estudian cada una de las subvariables simultáneamente haciendo un corte en el tiempo, en el periodo comprendido de Octubre a Noviembre de 2015, sin hacer seguimiento posterior al estudio de las variables.

B. Área de estudio

La investigación fué realizada en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de Apopa, Chintuc y Popotlán, ubicadas en el municipio de apopa departamento de San Salvador. En la cual la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Apopa dirigida por la Doctora Hazell de Coto se encuentra ubicada en la Calle Leonardo Azcuniga, 1º Avenida Norte atrás de iglesia católica de Apopa; la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Popotlán dirigida por el Doctor David Rivas se encuentra en la Final Calle Padres Fernández Ibáñez y calle Amatitán, frente a kínder nacional Popotlán, Apopa. Y la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Chintuc dirigida por la Doctora Mirna Alfaro ubicada en Calle El Pepeto, frente a Escuela República de China en la colonia Chintuc 1.

Las instituciones antes mencionadas corresponden al primer nivel de atención, el hospital de referencia es el Hospital Nacional Zacamil , el servicio en estudio

que ofrecen las unidades es de carácter preventivo, donde se proporciona atención a mujeres en el área materna ya sea para inscripción, control del embarazo o puerperio. Cuyos esfuerzos son dirigidos hacia la población salvadoreña en todas sus edades.

El Ministerio de salud pública con el propósito de mejorar la satisfacción de los usuarios y usuarias establece en su primer nivel de atención las unidades de salud intermedias definiendo un modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, el cual trabaja directamente en un territorio, con la comunidad , familias y personas, en un espacio geo-poblacional previamente definido; y con la misma comunidad y otros agentes del Estado busca la solución a problemas que muchas veces van más allá del sector salud.

Estas unidades de salud cuentan con personal multidisciplinario entre los cuales se mencionan:

- Médicos generales, pediatras, ginecólogos y odontólogos
- Enfermeras
- Promotores
- Lic. En laboratorio
- Personal de Farmacia
- Personal de saneamiento ambiental
- Personal administrativo y archivo

C. Universo, población y muestra

1. Universo

El universo estuvo constituido por un total de 736 mujeres promedio por mes, en edades de 9 a 49 años que asisten a sus controles prenatales y posnatales en las unidades de salud del municipio de Apopa.

UCSF	No. de embarazadas y puérperas de 9 a 49 años
Apopa	427
Popotlán	132
Chintuc	117

2. Población

El población estuvo constituido por un total de 210 mujeres promedio por mes, en edades de 10 a 19 años que asisten a sus controles prenatales y posnatales en las unidades de salud del municipio de Apopa que son UCSF de Apopa, Chintuc y Popotlán. Siendo distribuidas de la siguiente manera:

UCSF	No. de adolescentes
Apopa	146
Popotlán	41
Chintuc	23

Fuente: (Ver anexo 5).

3. Muestra

Para calcular la muestra se utilizó la fórmula para poblaciones finitas, la cual se representa de la siguiente manera:

$$n = \frac{z^2 p q n}{E^2 (n-1) + z^2 p q}$$

En donde:

$z=1.96$ confiabilidad

$p= 0.5$ nivel de certeza

$q= 0.5$ nivel de no certeza

$e= 0.05$ nivel de errores estimados

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (210)}{(0.05)^2 (210-1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{(3.84)(0.25) (210)}{(0.0025) (209) + (3.84) (0.25)}$$

$$n = \frac{(0.96)(210)}{0.5225 + 0.96}$$

$$n = \frac{201.6}{1.4825} = 135.9$$

La muestra será:

Por acuerdo de las investigadoras se determinó una muestra de 90 adolescentes que equivale al 66% lo cual es una muestra representativa debido

a los costos y el tiempo que se requeriría para encuestar a 136 adolescentes embarazadas o en su fase de puerperio.

Se utilizó la técnica del muestreo por conveniencia siendo una técnica de muestreo no probabilístico donde las adolescentes son seleccionadas dada la conveniente accesibilidad y proximidad de las jóvenes a las respectivas unidades de salud del municipio de Apopa durante la recolección de información.¹⁹

D. Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión

- Adolescentes embarazadas que se encuentran inscritas en el programa de atención materna en la Unidad de Salud perteneciente al Municipio de Apopa.
- Adolescentes que están en su fase de puerperio inscritas en el programa de atención materna en la Unidad de Salud perteneciente al municipio de Apopa.
- Adolescentes embarazadas que aceptaron participar en el estudio inscritas en el programa de atención materna en la Unidad de Salud perteneciente al municipio de Apopa.
- Adolescentes que están en su fase de puerperio que aceptaron participar en el estudio inscritas en el programa de atención materna en la Unidad de Salud perteneciente al municipio de Apopa.

Criterios de Exclusión

- Adolescentes embarazadas que no están inscritas en el programa materno de la Unidad de Salud perteneciente al municipio de Apopa.
- Adolescentes embarazadas que no aceptaron participar en el estudio.

¹⁹ <https://explorable.com/es/muestreo-por-conveniencia>.

- Adolescente embarazada imposibilitada mentalmente.
- Adolescentes que están en su fase de puerperio que no están inscritas en el programa de atención materna en la Unidad de Salud perteneciente al municipio de Apopa.

E. Unidad de Análisis

La unidad de análisis estuvo conformada por adolescentes embarazadas y en su fase de puerperio inscritas en el programa de atención materna de las Unidades de Salud perteneciente al municipio de Apopa, que voluntariamente aceptaron participar en la investigación.

F. Métodos, técnicas e instrumentos

1. Métodos

El método que se utilizó en la investigación fué un enfoque metodológico cuantitativo bajo enfoque hipotético deductivo.

Porque facilitó la medición de la investigación y comprobación de las hipótesis estructuradas según la información de los datos obtenidos, a la vez fué con enfoque hipotético deductivo. El método hipotético deductivo, consiste en formular teorías o conjeturas que nunca pierden su carácter hipotético y deducir de ellas consecuencias observacionales que puedan ser confrontadas con los hechos. De esta confrontación surgirá o bien la refutación de la teoría o la corroboración provisional de la misma.²⁰

A manera de explicación se puede decir que el método hipotético deductivo es un proceso interactivo, porque permite hacer observaciones y análisis en base a las hipótesis principales planteadas y a partir de estas surgen otras hipótesis según los resultados que se van obteniendo es por eso que es hipotético con

²⁰ <http://www.monografias.com/trabajos48/metodo-hipotetico-deductivo/metodo-hipotetico-deductivo2.shtml#ixzz3zN6vvyXd>.

enfoque deductivo, en este caso se aplica a la investigación porque a través de la observación y el experimento se logra comprobar si las hipótesis o supuestos son como se plantean.

2. Técnicas

La técnica que se utilizó en la pre investigación fué la entrevista.

Ya que en este proceso el entrevistador obtiene información del entrevistado de forma directa.

La técnica que se utilizó en la investigación fue la encuesta.

Se emplea en diversas disciplinas tanto sociales como en otras áreas, para realizar estudios de carácter exploratorio, ya que permite captar información abundante y básica sobre el problema.

Esta permitió recopilar información por escrito y explícita de las adolescentes embarazadas y en su fase de puerperio inscritas en el programa de atención materna de las Unidades de Salud perteneciente al municipio de Apopa, se proporcionaron las mismas preguntas a las adolescentes embarazadas involucradas en la investigación donde se identificó y cuantifico los resultados del estudio.

3. Instrumentos

Para la pre investigación fué utilizada una guía de entrevista no estructurada con la que se recolecto datos que permitió sustentar la situación problemática siendo dirigida a líder religioso, estudiante y maestra de un centro escolar.

Los instrumentos que se emplearon en la investigación fueron el cuestionario con preguntas cerradas y mixtas sin selección múltiple.

Este permitió identificar los factores sociales del embarazo en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las unidades comunitarias de salud familiar, del municipio de Apopa, fue elaborado con 39 preguntas cerradas y 3 preguntas mixtas categorizadas con las subvariables de estudio.

G. Procedimientos para la recolección de información

Se contó con la autorización de la jefe de enfermería y director de las unidades de salud para pasar el instrumento de recolección a las adolescentes seleccionadas según criterios, se recibió apoyo de los médicos y enfermeras del programa materno.

1. Prueba piloto

Se realizó una prueba piloto con 9 adolescentes inscritas en el programa de atención materna el día miércoles 30 de septiembre en la UCSF de Nejapa, pero que no formó parte del grupo en estudio, que representó el 10% de la población estudiada de adolescentes inscritas en las Unidades de Salud perteneciente al municipio de Apopa para validar el instrumento, lo cual permitió identificar problemas en la formulación de las preguntas dificultando obtener la información esperada por lo que se procedió a modificar los instrumentos para mejorar la comprensión de las preguntas por parte de las adolescentes.

Durante el desarrollo se detectó en la parte de datos generales que no se preguntaba la edad de la adolescente, por lo tanto se agrega como pregunta, se decide eliminar la pregunta de la edad de menarquía ya que no proporcionaba datos que fueran de relevancia, además por dificultades al realizar la tabulación de datos se decide pasar a preguntas cerradas a las demás interrogantes presentadas.

En la pregunta dos de la parte del funcionamiento familiar que dice así ¿Cómo estaba integrada su familia antes del embarazo? se le agrega la opción de

pareja ya que hubo adolescentes que vivían con su pareja antes del actual embarazo. En la pregunta diecisiete la cual se enuncia así: ¿Con qué profesionales de salud ha recibido información sobre salud sexual y reproductiva? Se agrega la opción de ninguno ya que algunas adolescentes refirieron que no habían recibido la información de ninguna de las opciones sugeridas; en la pregunta diecinueve la cual se enuncia así: ¿De quién recibe educación más completa sobre salud sexual y reproductiva? Se agrega la opción de centros de salud ya que una adolescente refirió que de dicha fuente obtuvo mejor información.

En la pregunta treinta dos y la pregunta treinta tres las cuales se enuncian así: ¿Edad de la pareja actual? ¿Edad del padre del bebe? En los nueve instrumentos todas las adolescentes colocaban el mismo dato en ambas preguntas por ello se decide eliminar del instrumento de recolección de datos la pregunta treinta dos ya que solamente es de interés saber qué edad tiene el padre del futuro bebe para conocer si hay vulneración de derecho según la Ley LEPINA y se cambian las opciones de respuesta a Sí y No en las demás preguntas para facilitar la comprobación de hipótesis.

Organización del grupo para la ejecución de la prueba piloto.

Encuestadores	Numero de instrumentos por encuestadores	Fecha
María José Torres Peña	3 Instrumentos.	30 de Septiembre /2015
Lorena Marisol Salazar Galdámez	3Instrumentos	30 de Septiembre /2015
Edis Ester Castro Castillo	3Instrumentos	30 de Septiembre /2015
Total de adolescentes que conformaron la prueba piloto.	9 Adolescentes	

H. Recolección de Datos.

El grupo de investigación distribuyó los cuestionarios a las adolescentes inscritas en el programa materno que asistieron a la UCSF, en la que se obtuvo datos sobre los factores sociales del embarazo en las adolescentes durante el mes de Octubre organizándose de la siguiente forma:

Distribución del grupo investigador para la recolección de información

Con la ayuda del muestreo por conveniencia se decidió tomar 60 usuarias de la UCSF de Apopa equivalente al 66.6%, 20 de UCSF Chintuc que equivale al 22.2% y 10 de UCSF de Popotlán equivalente al 11.1%. Debido a que la población en estudio en algunas unidades es más grande por ende la distribución para la recolección de datos se realizó de la siguiente forma.

Investigadoras	Tiempo	Nº de Cuestionarios	Unidad de Estudio
María José Torres Peña Edis Ester Castro Castillo Lorena Marisol Salazar Galdámez	Del 16 al 26 de octubre del 2015	60	Apopa
Edis Ester Castro Castillo		10	Popotlán
Lorena Marisol Salazar Galdámez Edis Ester Castro Castillo		20	Chintuc
Total de instrumentos		90 Instrumentos	

I. Plan de tabulación y análisis

1. Plan de Tabulación

El procesamiento de los datos se realizó en forma manual y la presentación de los datos se muestra por medio de una tabla simple en la que se presenta cada pregunta, relacionada con el indicador de la variable en estudio, con su respectivo análisis e interpretación.

A continuación se representa la tabla para la presentación e interpretación de datos.

Cuadro N°

Título

Alternativa	Fr	%
total		

Fuente: elaboración propia.

Dónde:

Cuadro N°: El número correlativo que llevaran los cuadros.

Título: Nombre del cuadro que hace referencia al significado del contenido.

Fr. : Frecuencia

% : Porcentaje

Fuente: de que instrumento se tomó la información y a quienes fue dirigido

La fórmula para calcular el porcentaje que se utilizo fue:

$$\% = \frac{Fr \times 100}{n}$$

Dónde:

% : Porcentaje

Fr. : Frecuencia

n : No. de Sujetos

2. Análisis de Datos

El análisis que se realizó fue cuantitativo, según cada subvariable en estudio describiendo los factores sociales y con base a ello, se emitieron conclusiones y recomendaciones.

J. Prueba de hipótesis

Para la comprobación de hipótesis fue utilizado el estadístico de la media aritmética porcentual, que es una medida de tendencia central que representa el promedio aritmético de la distribución o serie de datos cuya fórmula es.

$$\bar{x} = \frac{\sum xi\%}{N}$$

Dónde.

$\bar{x}\%$ = Media Aritmética Porcentual

$\sum xi\%$ = Sumatoria de las frecuencias porcentuales

N= Total de datos

Al realizar la aplicación del estadístico:

Si los resultados de los datos según indicador fuesen mayor o igual porcentaje de la hipótesis específica se daría por aceptada esta hipótesis y se rechazaría la nula pero si el dato obtenido es menor se rechazaría la hipótesis específica y daría por aceptada la hipótesis nula.

Luego para cada subvariable, se utiliza un cuadro simple, enlistando las preguntas con su total de respuestas y se obtienen los porcentajes para ser comprobados con las hipótesis, dicho cuadro representa la siguiente estructura:

Pregunta	Alternativa	%	Alternativa	%
Σ total				
\bar{X}				

\bar{X} = Media Aritmética

X_i = Respuestas a las preguntas

Σ = Total de respuestas.

K. Aspectos éticos y legales de la investigación

Según Ana Belén Salamanca Castro (2013) para toda investigación científica que involucre seres humanos se deben tomar en cuenta principios éticos básicos que son:

- 1) Beneficencia.
- 2) Justicia
- 3) Autonomía.

1. Beneficencia:

El principio de beneficencia garantiza a las participantes del estudio que los datos que proporcionen para el desarrollo del mismo no serán utilizados en su contra sino únicamente para fines de la investigación; y que atraerá beneficios tanto para autoridades de la institución, personal de enfermería y las usuarias que reciben atención en estos centro de salud.

2. Justicia:

Este principio engloba el derecho a un trato justo y el derecho a la privacidad. Es el derecho a un trato justo y equitativo antes, durante y después de su participación. Además este derecho se aplica a través del anonimato. Asimismo, se compromete a no compartir la información a la que ha tenido acceso con personas ajenas al estudio ni conocidos de los sujetos, a menos que estos den su consentimiento explícito.

3. Autonomía.

La finalidad de este principio es hacer de conocimiento de las personas en estudio todo lo referente de cómo será utilizada la información. Incluye el derecho a la autodeterminación y al conocimiento de la información, que

constituyen los dos elementos principales en que se apoya el consentimiento informado.

Otros aspectos éticos que el grupo investigador tomara en cuenta al realizar dicha investigación serán:

1. El secreto profesional.
2. Confidencialidad

1) Secreto Profesional:

Se considera secreto profesional ya que la información obtenida se considera de carácter confidencial, se respetará y se mantendrá, en uso exclusivo para el estudio realizado.

2) Confidencialidad:

La confidencialidad es un término que está relacionado con el derecho de los individuos a la protección de sus datos al recolectar la información y durante el almacenamiento y uso con el objetivo de evitar que se revele dicha información a terceras personas sin autorización previa.

Así mismo se pretende respetar los derechos de los niños, niñas y adolescentes, mediante el cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones que la Ley de protección integral de la niñez y adolescencia (LEPINA) impone, de modo que se les otorgue el lugar que en la estructura estatal merecen.

En base a estos principios se toma en cuenta la disposición de las adolescentes inscritas en el programa de atención materna del municipio de Apopa, respetando su derecho a participar voluntariamente y servir como apoyo al desarrollo de la investigación así mismo se les explico los fines y la importancia de dicho estudio.

CAPITULO V

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

A. Presentación de los Datos

1. Aspectos sobre datos Generales

Cuadro N° 1

Distribución porcentual sobre la edad del grupo en estudio.

Edades	Fr	%
13	1	1.11%
14	7	7.77%
15	8	8.88%
16	14	15.55%
17	18	20%
18	13	14.44%
19	29	32.32%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

Según la OMS la adolescencia esta entre las edades de 10 a 19 años el cual es un periodo en la vida donde se va adquiriendo madurez reproductiva, se transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y se van estableciendo las bases para una independencia económica. En los datos anteriores el grupo sujeto a investigación estuvo conformado en un 32.32% por

adolescentes de 19 años, un 20% responde a adolescentes de 17 años y otro 15.55% a jóvenes de 16 años, un 14.44% corresponde a la edad de 18, un 7.77% a adolescentes de 14 años, un 8.88% a jóvenes de 15 años y el 1.11% a jóvenes de 13 años. Todas ellas en estado de gestación o periodo de puerperio para el cual no están preparadas ni física ni psicológicamente para asumir una responsabilidad de esa magnitud; por lo tanto no es un dato normal, según la OMS se considera la edad ideal para concebir un embarazo entre los 25 a 34 años. Al compararlo con los resultados obtenidos se puede deducir el riesgo de complicaciones sobre agregadas ya que dentro de este periodo de vida un embarazo es considerado de alto riesgo pudiendo presentarse trastornos hipertensivos, IVU que puede provocar un aborto, parto pre termino, entre otros. También complicaciones económicas que influyen en la estabilidad familiar, en el caso de los adolescentes que tienen un hijo los gastos que generan son altos lo que las sumerge en la pobreza y frustración de planes de vida al no completar sus estudios o se les dificulta aún más retomarlos.

Cuadro N° 2

Distribución porcentual sobre la edad del padre del bebé.

Alternativa	Fr	%
Menor de 18 años	15	16.66%
18-20	33	36.66%
21-23	18	20%
24-26	16	17.77%
Mayor de 26 años	8	8.88%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de Apopa.

En relación a los datos obtenidos se determinó que el grupo más común de edades en que se encuentran los padres del bebé es entre 18 a 20 años siendo este un 36.66% del total, un 20% a las edades de 21 a 23 años, un 17.77% corresponde a las edades de 24 a 26 años, un 16.66% son menores de edad y un 8.88% son mayores de 26 años; esto significa que el 83.34% del total ya cumplió la mayoría de edad sin embargo eso no significa que se encuentren lo suficiente preparados económica y psicológicamente para formar una familia y las oportunidades que ofrecen a su nuevo grupo familiar son con muchas limitaciones. Cabe mencionar que según El Código Penal de La Republica de El Salvador en los Art 159 al 168 penaliza de catorce a veinte años de prisión al que tuviere acceso carnal por vía vaginal o anal con menor de quince años de edad y mayor de quince años a menor de 18 años desde cuatro a diez años de prisión aprovechándose de su enajenación mental.

Cuadro N° 3

Distribución porcentual sobre la ocupación actual.

Alternativa	Fr	%
Ama de casa	50	55.55%
Estudiante	34	37.77%
Empleada	6	6.66%
Ninguno	0	0%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

La adolescencia es la etapa de la vida donde se definen proyectos de vida y las bases para el desarrollo individual al llegar a la adultez. En los datos expuestos anteriormente el 55.55% del grupo sujeto a investigación está conformado por adolescentes que actualmente su ocupación es ama de casa, el 37.77% su ocupación es estudiantes y un 6.66% refieren que son empleadas. Estos datos indican que actualmente el 55.57% de adolescentes ya abandonaron sus estudios y son económicamente dependientes de su pareja o familia y se han dedicado al cuidado de sus bebés. También se menciona que las empleadas poseen trabajos poco estables y en cualquier momento pueden quedar sin ese recurso económico y caer en situaciones económicas difíciles de sobrellevar. Ante la falta de estudios o la imposibilidad de conseguir un empleo las adolescentes caen en un ambiente de pocas oportunidades y falta de proyectos de vida.

Cuadro N° 4

Distribución porcentual sobre ocupación de la pareja.

Alternativa	Fr	%
Estudiante	28	31.11%
Empleado	62	68.88%
Ninguno	0	0%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

Las adolescentes están en una etapa de inmadurez física y mental estableciendo relaciones sentimentales con hombres de la misma edad o adultos, los cuales para ellas representan cierto nivel de libertad y estos ejercen en ellas dominio sentimental. En los datos expuestos anteriormente el 68.88% refiere que su pareja es empleado lo cual hace referencia que ya están en la adultez y se han establecido laboralmente, éste dato se relaciona con la edad de las parejas ya que en su mayoría se encuentran entre 19 a 20 años, a diferencia del 31.11% del cual la pareja estudia, esto indica que no tienen una forma de sostener o cumplir con los cuidados de un bebé, ya que la OMS afirma que se está en condiciones para formar una familia cuando está preparado tanto económica, psicológica y académicamente, no cumpliéndose en estos casos ya que el 31.11% de los futuros padres todavía están estudiando. Por lo tanto se deduce que ser padre siendo estudiante solo provoca que se frustren los planes de vida ya que en ocasiones los jóvenes se ven obligados a abandonar los estudios y aspirar solamente a un trabajo poco remunerado que no satisfaga las demandas de mantener un hogar.

Cuadro N° 5

Distribución porcentual sobre nivel de escolaridad.

Alternativa	Fr	%
Educación Básica	60	66.66%
Educación Media	28	31.11%
Sin escolaridad	2	2.22%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

En la adolescencia se espera que se establezcan las bases para el desarrollo. En relación a los resultados el 66.66% de adolescentes refiere cursar la educación básica, mientras el 31.11% restantes refiere haber estudiado hasta educación media y un 2.22% refiere no tener escolaridad. Esto indica que no poseen el perfil académico que exige la sociedad para poder aspirar a tener un empleo digno, además de ello en éste nivel académico no es el momento ideal para tener un embarazo, ya que todavía se está en el proceso de formación y desarrollo para ser alguien útil en la vida y a la sociedad misma, Tomando como base lo antes expuesto se deduce que al no culminar los estudios académicos puede provocar dificultades al encontrar empleo ya que con nivel de educación básica en el país no se puede obtener un empleo estable y bien remunerado lo que conlleva a limitantes que les permitan desarrollarse plenamente para alcanzar un nivel económico estable y satisfacer todas las exigencias de una familia.

Cuadro N° 6

Distribución porcentual sobre estado civil de las adolescentes.

Alternativa	Fr	%
Casada	9	10%
Unión libre	49	54.44%
Soltera	32	35.55%
Divorciada	0	0%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

Del 100% de adolescentes encuestadas un 54.44% afirma que tienen una relación libre y el 35.55% restante refiere estar soltera, un 10% refieren haberse casado. Los resultados obtenidos dan a conocer que la mayoría de las adolescentes embarazadas sostienen uniones libres, siendo este un problema al no ser una relación que pueda brindar la estabilidad de un hogar y la persistencia del riesgo de convertirse en madre soltera al no haber compromiso legal, ya que según el código de familia para que pase a ser un estado legal deben haber permanecido 3 años como pareja. Por otro lado las madres solteras muchas veces presentan dificultades en la crianza de sus hijos las cuales repercuten en el comportamiento de estos de forma no adecuada. Además la adolescencia no es una etapa para que las jóvenes estén casadas ya que no poseen la madures emocional de lo que implica el matrimonio afectando aún más su desarrollo.

2. Elementos del funcionamiento familiar.

Cuadro N° 7

Distribución porcentual sobre integración familiar antes del embarazo.

Alternativa	Fr	%
Padre, madre e hijos	32	35.55%
Padre e hijos	2	2.22%
Madre e hijos	41	45.55%
Con abuelos	4	4.44%
Con tíos	0	0%
Padrastros	0	0%
Pareja	11	12.22%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

Del 100% de adolescentes encuestadas, un 45.55% afirma que su familia antes del embarazo estaba conformada por madre e hijos, otro 35.55% refiere que por padre, madre e hijos. Como consecuencia el resto de los resultados que representa el 64.45% de las familias de las adolescentes no estaba conformada por una familia completa como es lo ideal. Ya que según la LEPINA una familia debe estar conformada por papá mamá e hijos, en este caso podemos verificar que no es así en la mayoría de los casos.

Cuadro N° 8

Distribución porcentual sobre valores éticos y morales inculcados en la familia.

Alternativa	Fr	%
Sí	90	100%
No	0	0%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

Del 100% de las adolescentes encuestadas, el 100% afirma que en su familia se inculcaron valores éticos y morales. La respuesta a la interrogante realizada indica que las adolescentes si recibieron la orientación concerniente a la ética y la moral, por lo tanto se confirma que no es la falta de conocimiento sobre estos la que propició el inicio de relaciones coitales a temprana edad ya que teniendo el conocimiento son ellas las que deciden o no practicar los valores que se les enseñaron.

Cuadro N° 9

Distribución porcentual sobre excelente comunicación con la familia

Alternativa	Fr	%
Sí	72	80%
No	18	20%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de Apopa.

Del 100% de las adolescentes encuestadas los datos demuestran que el 80% afirman que si tenían una excelente comunicación con su familia antes del embarazo, mientras que un 20% refieren que no, esto significa que a pesar que la mayoría refiere haber tenido una comunicación excelente con su familia que es lo ideal, no fue suficiente para evitar el embarazo en las adolescentes, lo cual da la pauta que una excelente comunicación no es una garantía que evite el embarazo en las adolescentes. También es importante reconocer que el 20% de las adolescentes refirieron que no tenían una comunicación adecuada.

Cuadro N° 10

Distribución porcentual sobre excelente comunicación con la pareja.

Alternativa	Fr	%
Sí	69	76.66%
No	21	23.33%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

Los datos nos demuestran que el 76.66% de adolescentes embarazadas afirman que mantienen excelente comunicación con su pareja, otro 23.33% refiere que no. Demostrando que la mayoría de las adolescentes mantienen una comunicación ideal, pero es preocupante que a pesar de existir una excelente comunicación entre la pareja se estén dando embarazos sin tener la madurez que se requiere para afrontar una responsabilidad de esa magnitud y a la vez sin un plan de vida establecido, lo cual indica que la comunicación sin el conocimiento científico no asegura la prevención de embarazos.

Cuadro N° 11

Distribución porcentual sobre excelente relación familiar en el hogar.

Alternativa	Fr	%
Sí	73	81.1%
No	17	18.88%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de Apopa.

De acuerdo con los resultados obtenidos el 81.2% de adolescentes embarazadas afirman que mantenían excelente relación con su familia antes del embarazo, mientras tanto el 18.88% refieren que no. Las respuestas indican que un alto porcentaje mantenían una relación positiva que es uno de los pilares fundamentales para que se dé un buen funcionamiento familiar, por lo tanto una buena relación, lo que resulta contradictorio ya que al existir una buena relación en el hogar se toman mejores decisiones; si bien pudo haber inferido el grado de libertad sin restricciones y como consecuencia el embarazo precoz.

Cuadro N° 12

Distribución porcentual sobre apoyo familiar antes del embarazo.

Alternativa	Fr	%
Sí	90	100%
No	0	0%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de Apopa.

De acuerdo con los datos obtenidos el 100% de las adolescentes embarazadas refirió que el trato que se le brindaba en su familia antes del embarazo era de apoyo. La respuesta a la interrogante realizada indica que la actitud por parte de la familia era positiva por lo que aparentemente no es un dato significativo que haya influido en el embarazo de las mismas. Ya que en la familia cuando se da el apoyo y la protección a los miembros de la familia se contribuye a una estabilidad en el hogar evitando sucesos indeseados, que en éste caso al comparar los datos se observa que no coinciden debido a que si recibía apoyo no se espera que se dé un embarazo precoz. Por lo tanto éste problema en un futuro se puede volver un círculo vicioso que propicie cada vez más los embarazos a temprana edad.

Cuadro N° 13

Distribución porcentual sobre apoyo familiar al conocer el embarazo.

Alternativa	Fr	%
Sí	85	94.44%
No	5	5.55%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de Apopa.

Según los resultados obtenidos del 100% un 94.44% de las adolescentes embarazadas refirió que si obtuvieron el apoyo de su familia al enterarse del embarazo mientras el resto que corresponde al 5.55% afirma que no. La respuesta a la interrogante realizada indica que la actitud tomada por su grupo familiar fue positiva al ser la mayoría la que brindó el apoyo esperado, pero también es necesario destacar que el 5.55% que afirmó que no, pueda tomar decisiones erróneas como un aborto por no contar con el apoyo esperado y no tener la suficiente madurez para afrontar dicho problema. También es importante deducir que si los padres les brindaron el apoyo al enterarse del embarazo puede generar cambios positivos como negativos debido a que las adolescentes pueden suponer que se les brindara el apoyo al haber un nuevo embarazo volviéndose éste un problema constante.

Cuadro N° 14

Distribución porcentual sobre cambios de actitud en la familia con el actual embarazo.

Alternativa	Fr	%
Sí	26	28.88%
No	64	71.11%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

Según los resultados, un 71.11% de las adolescentes embarazadas refieren que no hubo cambios de actitud del grupo familiar con respecto a su embarazo, pero un 28.88% refiere lo contrario; en cuanto al primer resultado se puede deducir que es significativo ya que no hubo cambios de actitud que prevengan futuros embarazos; en cuanto al último también es importante ya que generan decisiones erróneas. En este caso se deduce que las adolescentes se ven favorecidas en su mayoría al contar con el apoyo de su familia, ya que las experiencias negativas afectan al RN desde que está en el vientre materno y el sentimiento de rechazo es algo que está comprobado científicamente que afecta al feto y lo sigue percibiendo cuando ya ha nacido.

Cuadro N° 15

Distribución porcentual sobre apoyo familiar con el recién nacido.

Alternativa	Fr	%
Sí	88	97.77%
No	2	2.22%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

En relación a los resultados el 97.77% de las adolescentes embarazadas refirió que el trato que obtendrán por parte de su familia al tener su bebe será de apoyo y un 2.22% refiere que no. La respuesta a la interrogante realizada indica que la actitud esperada de las adolescentes luego del parto es positiva ya que dicha percepción por parte de las mismas está relacionada con el apoyo recibido durante el embarazo lo cual es favorable, sin embargo las que refieren que se les rechazo aunque es una minoría no deja de ser preocupante ya que esa actitud por parte de la familia puede generar cambios negativos como positivos en un futuro ya que pueden rechazar su bebé o darlo en adopción por considerar que es el causante del rechazo de sus padres y positivo por lo que pueden tomar una actitud más madura y responsable. Según estudios cuando se cuenta con el apoyo necesario en la etapa del embarazo favorece considerablemente en la salud y el bienestar tanto de la madre como del futuro bebe, al compararlo con los resultados obtenidos coinciden ya que las usuarias embarazadas cuentan con el apoyo necesario lo que es positivo para la crianza del bebé.

Cuadro N° 16

Distribución porcentual sobre trato de pareja al conocer el embarazo.

Alternativa	Fr	%
Apoyo	79	87.77%
Rechazo	6	6.66%
Abandono	5	5.55%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

De acuerdo con los resultados obtenidos del 100% de las adolescentes embarazadas un 87.77% refirió que el trato por parte de su respectiva pareja al enterarse del embarazo fue de apoyo, un 6.66% fue rechazo y el resto que corresponde al 5.55 % refiere que fueron abandonadas. De acuerdo con los datos la mayoría refirió que el trato fue favorable ya que la pareja les brindó su apoyo, pero es importante retomar los dos últimos datos obtenidos ya que el rechazo y el abandono generan más problemas al sentirse engañadas y decepcionadas, además de ello tendrán que cumplir doble rol como padre y madre, que lo hace aún más difícil al no estar preparada económica, ni psicológicamente con esta responsabilidad sin el apoyo de la pareja. Por lo antes expuesto se deduce que en su mayoría si cuentan con el apoyo pero es necesario considerar que si la pareja no tiene la edad ideal para cumplir con las obligaciones que conlleva un hogar al no estar preparado académicamente son pocas oportunidades de superación las que se tendrán.

Cuadro N° 17

Distribución porcentual sobre cumplimiento del rol de madre

Alternativa	Fr	%
Sí	81	90%
No	9	10%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

Según los resultados obtenidos del 100% de las adolescentes embarazadas un 90% afirma que el rol de madre si fue desempeñado en su familia, mientras que un 10% afirma que no. La respuesta a la interrogante confirma que la mayoría de las madres si ejercieron su rol positivamente dentro del hogar, pero resulta un poco contradictorio al relacionarlo con el embarazo de la adolescente, ya que se espera que si en la familia la madre cumple con el rol no se generen este tipo de problemas. Pero del resto que afirma lo contrario, indica que pudo haber sido una de las causas que se haya dado el embarazo a temprana edad. Según la teoría de la adolescencia es una de las etapas más difíciles del ser humano y es importante que en esta se cuente con el apoyo de la figura materna. Lo anteriormente expuesto lleva a la deducción que aunque el rol de la madre se cumpla como debe ser es la adolescente la que debe tomar la decisión y seguir el consejo de la madre por consiguiente prevenir un embarazo en la adolescencia.

Cuadro N° 18

Distribución porcentual sobre cumplimiento del rol del padre

Alternativa	Fr	%
Sí	53	58.88%
No	37	41.11%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

Conforme a los resultados obtenidos del 100% de las adolescentes encuestadas un 58.88% afirma que el rol del padre si fue desempeñado en su familia mientras que el 41.11% afirma que no cumplió con su rol. Esto confirma que en su mayoría el padre si desempeño su rol. Pero del resto que afirma lo contrario confirma que la ausencia de la figura paterna pudo haber inferido en que se dieran las relaciones sexo coitales y generarse el embarazo en las adolescentes. LA LEPINA afirma que para haber un buen funcionamiento familiar es necesario contar con ambos padres en el hogar, este dato lo podemos relacionar con los tipos de familia; que en su mayoría de adolescentes no tenían una familia integrada.

Cuadro N° 19

Distribución porcentual sobre planes de vida después del embarazo.

Alternativa	Fr	%
Trabajar	28	31.11%
Estudiar	18	20%
Cuidar a su bebé	44	48.88%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

De acuerdo con los resultados el 48.88% de las adolescentes embarazadas refirió que los planes para su futuro es cuidar a su bebé, otro 31.11% refiere que trabajar mientras que el 20% refiere que estudiar. La respuesta a la interrogante realizada indica que un alto porcentaje se ve obligada a ejercer su rol de madre sin estar preparada lo que confirma que es un dato significativo al frustrarse los planes de tener una mejor condición de vida profesionalmente y aportar al desarrollo de la sociedad; cabe mencionar que el porcentaje que refiere trabajar presenta pocas oportunidades debido a que la sociedad exige un perfil académico intermedio y muchas de ellas no han terminado los estudios básicos y tienden a optar por un empleo poco remunerado, en cuanto a continuar sus estudios presentan más dificultades por el cambio de responsabilidades dentro del hogar.

3. Conocimiento, práctica y fuentes de información sobre salud sexual reproductiva.

Cuadro N° 20

Distribución porcentual sobre temas de sexualidad prohibidos en la familia.

Alternativa	Fr	%
Sí	12	13.33%
No	78	86.66%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

Según datos obtenidos del 100% de las adolescentes embarazadas un 86.66% afirma que hablar sobre sexualidad no era prohibido en su familia y el 13.33% restante afirma que sí. Esto demuestra que la mayoría podía abordar los temas en el hogar, sin embargo a pesar que se le haya permitido hablar sobre temas de sexualidad la adolescente decide practicarlas o no. Y el 13.33% que refiere ser prohibido indica que pudo haber influido considerablemente en el embarazo precoz. Ya que al ser temas tabúes en la familia les despierta la curiosidad y deciden investigar con otras personas que en ocasiones no son fuentes veraces ni aportan positivamente al conocimiento de los jóvenes.

Cuadro N° 21

Distribución porcentual sobre temas en salud sexual y reproductiva recibidos en el centro educativo útiles para prevenir embarazos en adolescentes

Alternativa	Fr	%
Sí	61	67.78%
No	29	32.22%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de Apopa.

Conforme a los resultados del 100% de las adolescentes embarazadas un 67.78% refiere que los temas de educación en salud sexual y reproductiva que recibió en su centro educativo si eran de calidad en la prevención del embarazo, mientras que un 32.22% refiere que no. De acuerdo con los datos antes expuestos dan a conocer que la educación que recibían en el centro escolar si eran útiles para la prevención del embarazo lo que indica que teniendo el conocimiento son las usuarias las que deciden practicar de forma correcta su sexualidad; cabe mencionar que aunque es una minoría la que refiere que No esto pudo inferir a que la sexualidad se ejerza de forma incorrecta y que se den embarazos a temprana edad.

Cuadro N° 22

Distribución porcentual sobre profesionales de salud de quien ha recibido información en salud sexual y reproductiva.

Alternativa	Fr	%
Medico	25	27.77%
Enfermera	33	36.66%
Promotor	9	10%
Otro	6	6.66%
Ninguno	17	18.88%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de Apopa.

Conforme a los resultados obtenidos del 100% de las adolescentes embarazadas un 36.66% dijo recibir orientación en temas de salud sexual y reproductiva del personal de enfermería y un 27.77% refiere que del personal médico, un 10% de promotores de salud, otro 6.66% corresponde a otros y por ultimo un 18.88% refiere que de ninguno. Esto significa que en su mayoría si reciben educación en SSR por parte de personal de salud estando a la cabecera el personal de enfermería, lo que indica que el personal de salud si cumple con su responsabilidad, pero existe un 6.66% que refiere que recibe orientación de otras fuentes no determinadas y el 18.88% que no reciben de ninguna fuente; estos dos últimos datos son significativos ya que si la educación en SSR recibida por otras fuentes no es científica y los que no han recibido ninguna orientación pudo haber inferido a que se diera el embarazo no deseado, ya que la falta de conocimientos propicia que se de dicha situación.

Cuadro N° 23

Distribución porcentual sobre orientación más completa recibida en salud sexual y reproductiva

Alternativa	Fr	%
Familia	47	52.22%
Escuela	5	5.55%
Amistades	8	8.88%
Medios de comunicación	5	5.55%
Centros de salud	20	22.22%
Ninguno	5	5.55%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

Los datos nos demuestran que del 100% de las adolescentes un 52.22% refiere que los temas de educación en salud sexual y reproductiva que recibe de forma más completa es por parte de la familia, otro 22.22% en los centros de salud, un 8.88% de amistades y un 5.55% refirieron de la escuela, los medios de comunicación y de ninguna fuente. De acuerdo con los resultados existe la posibilidad que la información dada no tenga bases científicas, esto en base a que muchas familias y amistades no posee el conocimiento completo de lo que implica la Salud sexual y Reproductiva, del resto de los resultados los responsables de los centros de salud deben retro alimentar las veces necesarias sobre temas relacionados con la SSR para contribuir a que no se sigan dando más casos de embarazos en las adolescentes.

Cuadro N° 24

Distribución porcentual sobre comunicación con pareja en temas de salud sexual y reproductiva

Alternativa	Fr	%
Sí	71	78.88%
No	19	21.11%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

De acuerdo con los datos obtenidos si habla o conversa sobre salud sexual y reproductiva con su pareja del 100% un 78.88% afirma que sí y un 21.11% afirma que no. La importancia que engloba esta pregunta es determinante para prevenir un embarazo no deseado o planificar de forma responsable los embarazos, ya que si se habla de salud sexual y reproductiva se podrán evitar embarazos no deseados, lo que resulta contradictorio porque si existiera comunicación sobre ello en la pareja, no se diera el embarazo, al contrario se puede negociar el uso de métodos de planificación regular.

Cuadro N° 25

Distribución porcentual sobre información recibida en iglesia en salud sexual y reproductiva.

Alternativa	Fr	%
Sí	23	25.55 %
No	67	74.44%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

Según el cuadro el 74.44 % de adolescentes refiere que la iglesia donde asiste no les dan información sobre salud sexual y reproductiva y un 25.55% que sí. Lo cual significa que la iglesia necesita crear programas donde orienten e incentiven a los jóvenes en seguir con su formación educativa, a la vez enseñen a los jóvenes en temas de salud sexual reproductiva contribuyendo a la prevención de embarazos no deseados. La iglesia es un pilar fundamental que en conjunto con el ministerio de salud y de educación pueden crear estrategias que contribuya a la educación en temas de salud sexual y reproductiva, ya que desde siempre la iglesia ha tenido influencia en la sociedad al dar sus consejerías bajo principios éticos y religiosos. Por lo tanto en base a lo anteriormente mencionado; se puede deducir que es necesario que la iglesia de cualquier religión implemente programas de prevención del embarazo en las adolescentes y que sean impartidos cada cierto tiempo o facilitar que un profesional de salud imparta los temas a los padres y jóvenes que asistan a la iglesia.

Cuadro N° 26

Distribución porcentual sobre participación en actividades religiosas en salud sexual reproductiva

Alternativa	Fr	%
Sí	24	26.66%
No	66	73.33%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

El siguiente cuadro refleja que el 73.33% de adolescentes no participan en las actividades sobre salud sexual reproductiva que imparte la iglesia, a diferencia de un 26.66% que dice que sí asiste. Estos resultados confirman que existe una estrecha relación con los datos obtenidos en la pregunta anterior donde manifestaron que la iglesia no proporciona información sobre salud sexual y reproductiva, por lo consiguiente es comprensible que no asistan a actividades religiosas donde se den estos temas, además de la falta de interés por parte de los jóvenes de informarse y conocer mejor sobre los diferentes temas que se puedan impartir para prevenir los embarazos no planificados.

Cuadro N° 27

Distribución porcentual sobre eficacia de la información en salud sexual y reproductiva impartida por iglesia.

Alternativa	Fr	%
Sí	28	31.11%
No	62	68.88%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

Según datos el 68.88% de adolescentes considera que la información sobre salud sexual y reproductiva impartida por la iglesia no ayuda a prevenir los embarazos no planificados, a diferencia de un 31.11% que refiere que sí, esto demuestra que la mayoría de las adolescentes encuestadas expresan que no es eficaz la información a pesar de que la iglesia tiene una gran influencia y el poder de apoyar o rechazar un programa de educación nacional en este país, lo cual significa que hay que mejorar los esfuerzos en dar mejor información que si contribuya a prevenir embarazos y oriente al grupo de adolescentes en la formación de planes de vida.

Cuadro N° 28

Distribución porcentual sobre la edad ideal para tener hijos.

Alternativa	Fr	%
10-14	0	0%
15-19	5	5.55%
20-24	73	81.11%
25-34	12	13.33%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

La edad ideal para embarazarse está comprendida entre los 25 y 34 años y los datos anteriores reflejan que el 81.11% de adolescentes considera que la edad ideal para tener hijos se encuentra entre 20 a 24 años, un 13.33% de 25 a 34 años y el 5.55% de 15 a 19 años, significando estos datos que la mayoría de adolescentes opinan que la edad joven es la más adecuada para formar una familia sin considerar que aún es necesario establecerse económicamente para un desarrollo adecuado, también demuestra que las adolescentes no ignoran que están con inmadurez para quedar embarazadas pero aun así se exponen a esta situación sin considerar los riesgos de un embarazo para ellas y sus hijos.

Cuadro N° 29

Distribución porcentual sobre el conocimiento de los riesgos del embarazo en adolescentes.

Alternativa	Fr	%
Sí	57	63.33%
No	33	36.66%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

Con respecto al conocimiento de los riesgos del embarazo en la adolescencia un 63.33% refieren conocerlos a diferencia de un 36.66% que dijeron que no, lo que evidencia que la mayoría conocen los riesgos de un embarazo precoz y aun sabiendo que pueden tener complicaciones serias que pueden llegar hasta la muerte no previnieron el embarazo. Demostrando que para prevenir el embarazo no solo se necesita conocimiento si no también ponerlos en práctica.

Cuadro N° 30

Distribución porcentual sobre orientación recibida en planificación familiar.

Alternativa	Fr	%
Sí	64	71.11%
No	26	28.88%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

De acuerdo con los datos obtenidos si ha recibido orientación en planificación familiar para evitar nuevos embarazos el 71.11% afirma que sí y un 28.88% dice que no, lo cual evidencia que las adolescentes si conocen la forma de evitar los embarazos pero no la están utilizando. Esta la posibilidad que la falta de planes de vida, el uso correcto y acceso a los métodos de planificación tengan mucha influencia al momento de prevenir los embarazos ya que al no ponerse en práctica los conocimientos se continuara dando el mismo problema en el futuro.

Cuadro N° 31

Distribución porcentual sobre prejuicios del uso de métodos de planificación familiar.

Alternativa	Fr	%
Sí	6	6.66%
No	84	93.33%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

En relación a los datos obtenidos se determinó que en un 93.33% las adolescentes no tiene prejuicios sobre el uso de método de Planificación familiar; esto significa que las jóvenes tienen la libertad y derecho de elegir el método de planificación familiar en el momento que lo necesiten y de esa forma protegerse de un embarazo no deseado, pero se observa poco interés en utilizarlos dado que ya están en un proceso de embarazo o puerperio.

Cuadro N° 32

Distribución porcentual sobre el Método de planificación familiar utilizado.

Alternativa	Fr	%
Hormonal	18	20%
Barrera	11	12.22%
Natural	17	18.88%
DIU	0	0%
Ninguno	44	48.88%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

Idealmente en la adolescencia no se debería tener relaciones sexo coitales ya que el inicio de ellas conlleva riesgos y mucha responsabilidad, pero si las adolescentes deciden iniciar sus relaciones sexo coitales, deben optar por tomar medidas preventivas para evitar el embarazo precoz. De acuerdo con los resultados anteriores el 48.88% refiere no utilizar ningún método de planificación familiar y un 20% utiliza método hormonal, mientras que el 18.88% refiere utilizar métodos naturales, nadie menciona utilizar el DIU. Según lo antes expuesto es un dato relevante que en su mayoría las adolescentes no estén utilizando ningún método de planificación familiar, ya que influye mucho a que se sigan generando más embarazos no planeados para lo cual no están preparadas y se ven obligadas a asumir los riesgos, consecuencias y la responsabilidad de un hijo.

Cuadro N° 33

Distribución porcentual sobre conocimiento del anticonceptivo de emergencia.

Alternativa	Fr	%
Si	35	38.88%
No	55	61.11%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

La anticoncepción de emergencia puede prevenir la mayoría de los embarazos cuando se usa después de una relación sexo coital sin protección, cuando el anticonceptivo se usa incorrectamente y en caso de agresión sexual. Según los datos obtenidos del conocimiento que poseen sobre el anticonceptivo de emergencia para evitar embarazos el 61.11% afirma que no conoce el uso del método de emergencia, a diferencia de un 38.88% que dicen si tener el conocimiento del anticonceptivo. Estos resultados evidencian que la mayoría de las adolescentes no pudieron evitar el embarazo por que no se les había brindado la información sobre este anticonceptivo, lo cual las deja expuestas a un embarazo no deseado asumiendo las consecuencias y responsabilidades para lo cual no están preparadas física ni emocionalmente. Esto indica que las diferentes entidades no dan a conocer el anticonceptivo de emergencia por las múltiples diferencias de opinión y prejuicios del método.

Cuadro N° 34

Distribución porcentual sobre utilización del anticonceptivo de emergencia.

Alternativa	Fr	%
Si	0	0%
No	90	100%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

El anticoncepción de emergencia se estableció para situaciones de emergencia creadas por una relación sexo coital sin protección, la falla o el uso incorrecto de otros anticonceptivos regulares y para casos de violación. De acuerdo con los resultados anteriores el 100% refiere no haber utilizado el anticonceptivo de emergencia para prevenir el embarazo. Según lo antes expuesto es un dato relevante que en su mayoría las adolescentes no estén utilizando ningún método de planificación familiar y si utilizaban un método regular que fallo no recurrieron a este método de emergencia que puede evitar un embarazo no planificado, sin embargo esto puede verse evidenciado que un buen porcentaje de adolescentes no conocen su uso correcto influyendo a que se sigan generando más embarazos precoces, además también está relacionado según los datos de la pre investigación a que las unidades solo proporcionan el método en que caso de violaciones por lo que la adolescente tendría que comprarlo en farmacia pero lo determinaría su nivel económico para obtenerlo.

Cuadro N° 35

Distribución porcentual sobre motivo del no usar el anticonceptivo de emergencia.

Alternativa	Fr	%
Es abortivo	7	7.77%
Iglesia lo prohíbe	5	5.55%
Difícil accesibilidad	24	26.66%
Otros	54	60%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

En relación a los datos obtenidos un 60% de las adolescentes no utilizaron el anticonceptivo de emergencia por diversos motivos. Un 26.66% dijo ser por la difícil accesibilidad, un 7.77% refirió porque lo consideran abortivo y un 5.55% porque la iglesia lo prohíbe; esto significa que las jóvenes no están haciendo uso de este anticonceptivo aun cuando están teniendo relaciones coitales sin protección, consecuencia de creencias o porque no tienen fácil acceso, por lo cual, no se está cumpliendo debidamente su derecho de tomar la decisión en formar una familia cuando ellas lo decidan si no por consecuencia de relaciones sin protección, quedando embarazadas sin estar preparadas física ni emocionalmente asumiendo consecuencias y responsabilidades.

Cuadro N° 36

Distribución porcentual sobre facilidad de encontrar pornografía en internet.

Alternativa	Fr	%
Sí	87	96.66%
No	3	3.33%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

El internet es un sistema de redes que se utiliza para acceder a información, sirve como medio de comunicación y como herramienta para la realización de tareas en los adolescentes. Según el cuadro anterior el 96.66% de adolescentes refieren que si hay facilidad de encontrar pornografía en internet a diferencia de un 3.33% que refieren que no hay facilidad. Estos datos reflejan que existe un gran riesgo que las adolescentes tengan un acceso fácil a la pornografía ya que esto acelera los impulsos sexuales y deseos de iniciar la vida sexual activa. En el caso de los varones presionan a su pareja a tener relaciones, generalmente sin protección y a practicar las relaciones sexo coitales tomando un mal concepto de la pornografía.

Cuadro N° 37

Distribución porcentual sobre influencia de vallas publicitarias en la práctica del sexo libre.

Alternativa	Fr	%
Sí	49	54.44%
No	41	45.55%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

El cuadro anterior muestra que el 54.44% de adolescentes refieren que las vallas publicitarias incitan el sexo libre, mientras que el 45.55% refiere lo contrario. Sin embargo según el art.96 de la LEPINA está prohibido que se difunda información inadecuada por lo cual según la información recolectada por las adolescentes este derecho es violentado. Como consecuencia estos datos reflejan que la publicidad tiene cierta influencia en la decisión al tener relaciones sexo coitales y por ende un embarazo no planificado.

Cuadro N° 38

Distribución porcentual sobre influencia de algunos géneros musicales en la práctica de relaciones sexo coitales.

Alternativa	Fr	%
Sí	67	74.44%
No	23	25.55%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

El Salvador no tiene una ley que prohíba o restrinja los contenidos que la música tiene aunque estos sean altamente letales al incitar a la droga, división, sexo libre y la violencia. Según el cuadro anterior el 74.44% de adolescentes refieren que algunos géneros musicales incitan a tener relaciones sexo coitales, el 25.55% refiere que no. Los datos anteriormente enunciados nos reflejan que la mayoría de adolescentes encuestadas piensan que algunos géneros musicales si tienen temas que de forma excitante y creativa influyen en el inicio de relaciones sexo coitales y por ende la probabilidad de quedar embarazada a temprana edad y como consecuencia ocurren cambios en el proyecto de vida.

Cuadro N° 39

Distribución porcentual sobre los programas de televisión que incitan a tener relaciones sexo coitales.

Alternativa	Fr	%
Sí	35	38.88%
No	55	61.11%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

Los programas de televisión o mensajes de televisión con contenido sexual pueden ocasionar efectos positivos como negativos ya que algunos abordan con franqueza estos temas, tales como: la actividad sexual protegida en el cual están proporcionando información valiosa respecto a la necesidad de educación sexual. Los efectos negativos serian la exposición repetida a material de contenido sexual los cuales tienden a ser más favorables hacia la actividad sexual a temprana edad. El cuadro anterior muestra que el 61.11% de adolescentes refieren que los programas de televisión que frecuentan ver no incitan a tener relaciones sexo coitales y el 38.88% refiere que sí. Estos datos indican que los programas de televisión sí pudieron haber afectado a la minoría y haber influido en su decisión.

4. Vulneración de los derechos en salud sexual reproductiva

Cuadro N° 40

Distribución porcentual sobre edad de inicio de las relaciones sexo coitales.

Alternativa	Fr	%
10-12	1	1.11%
13-15	31	34.44%
16-19	58	64.44%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

La adolescencia es una etapa fundamental en el crecimiento y desarrollo humano, marcada por la necesidad de adquirir información sobre relaciones sexuales. Según los datos obtenidos se identificó que el grupo más común de edades en que las adolescentes iniciaron sus relaciones sexo coitales se encuentra entre los 16 a 19 años siendo el 64.44%, el 34.44% dijo iniciar entre los 13 a 15 años y un 1.11% iniciaron entre los 10 a 12 años. Lo anterior refleja que las adolescentes iniciaron a temprana edad su actividad sexo coital aun cuando un porcentaje significativo no recibió la orientación adecuada para prevenir embarazos y enfermedades de transmisión sexual, por lo cual se arriesgan a las consecuencias como embarazos no planificados y posibles complicaciones por la inmadurez física y psicológica.

Cuadro N° 41

Distribución porcentual sobre consentimiento al tener relaciones sexo coitales.

Alternativa	Fr	%
Sí	90	100%
No	0	0%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

Un consentimiento es el acto y resultado de consentir, otorgar o permitir algo, en este caso el 100% de las adolescentes consintieron el iniciar o tener relaciones sexo coitales, esto significa que la adolescente tenía plena conciencia de la decisión tomada y sus riesgos como lo es un embarazo no planeado. Sin embargo este grupo es considerado menor de edad por lo tanto toda persona que tenga relaciones sexo coitales con o sin consentimiento está violando la ley, además demuestra que las jóvenes no tienen conocimiento que están permitiendo un abuso y violación a sus propios derechos en muchos casos por la falta de orientación adecuada ya sea en la escuela o familia.

Cuadro N° 42

Distribución porcentual sobre el número de parejas con las que ha sostenido relaciones sexo coitales.

Alternativa	Fr	%
1	64	71.11%
2	19	21.11%
3	4	4.44%
Mas	3	3.33%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

De acuerdo con los resultados anteriores un 71.11% de adolescentes mencionaron haber tenido solo una pareja sexual; lo que significa que un 21.11% han tenido 2 parejas y una minoría que corresponde al 4.44% ha tenido 3 y el 3.33% han tenido más de tres parejas sexuales, por lo tanto demuestra que las jóvenes mantienen una vida sexual muy activa desde edades muy tempranas, lo cual trae grandes riesgos cuando hay poca orientación en planificación familiar y la educación en salud sexual recibida es limitada debido al nivel académico en que se encuentran aumentando las consecuencias de un embarazo y enfermedades de transmisión sexual.

Cuadro N° 43

Distribución porcentual sobre el número de embarazo.

Alternativa	Fr	%
1er embarazo	74	82.22%
2do embarazo	15	16.66%
3er embarazo	1	1.11%
Mas	0	0%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

Los datos anteriores reflejan que un 82.22% de adolescentes refirieron que este es su primer embarazo, un 16.66% ser el segundo y un 1.11% menciona ser su tercer embarazo. Esto significa que la mayoría de adolescentes han comenzado a formar su familia en edades tempranas aun cuando no están preparadas económica ni psicológicamente para la crianza de un bebé, a la vez confirma que las jóvenes no utilizan los métodos de planificación correctamente para evitar embarazos que es lo ideal cuando se tiene una vida sexual activa, agravándose aún más cuando aun siendo adolescentes el 16.66% ya está en su segundo embarazo y el 1.11% en un tercero lo que a la larga traerá más pobreza y menos oportunidades de superación.

Cuadro N° 44

Distribución porcentual sobre embarazos planeados.

Alternativa	Fr	%
Sí	45	50%
No	45	50%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

El cuadro anterior presenta que el 50% de adolescentes entrevistadas refirieron que el embarazo fue planeado, el otro 50% que no fue planeado; esto es un dato relevante ya que implica que la mitad de la población encuestada no tenía una preparación previa para tener un hijo vulnerándose el derecho a elegir el momento de formar una familia, además resulta contradictorio que el 50% que planeo el embarazo lo haya hecho sin tener una educación completa, aun cuando en etapa de desarrollo los jóvenes deben crear planes de vida orientados a la superación. Sin embargo diferentes determinantes como la ausencia de una figura paterna, la inmadurez emocional puede influir a la adolescente en el deseo de formar una familia aunque no sea la decisión correcta.

Cuadro N° 45

Distribución porcentual sobre oportunidad de expresar opinión, ser escuchado y tomado en cuenta por la familia.

Alternativa	Fr	%
Sí	79	87.77%
No	11	12.22%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

El 87.77% de adolescentes dicen expresar su opinión y ser escuchadas en su familia, el otro 12.22% refieren no ser escuchadas, esto quiere decir que las adolescentes pueden preguntar sobre temas de interés como la salud sexual reproductiva ayudando a sus conocimientos y a tomar mejores decisiones, a la vez denunciar en su grupo familiar la vulneración de sus derechos. Sin embargo el alto índice de embarazos demuestra que las jóvenes no saben utilizar sus ventajas de la relación del grupo familiar para favorecer su plan de vida.

Cuadro N° 46

Distribución porcentual sobre calidad de vida proporcionada por la familia.

Alternativa	Fr	%
Sí	81	89.99%
No	9	10%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

El cuadro anterior revela que el 89.99% de adolescentes reciben buena calidad de vida proporcionada por la familia y un 10% dice no tener la calidad de vida necesaria para desarrollarse, esto significa que aún no alcanzan a cubrir todas las necesidades básicas dignas en una familia para un buen desarrollo social, lo cual puede influir en las pocas oportunidades que ofrece la familia en continuar los estudios y ayudar en una superación personal indicando un crecimiento en la pobreza familiar aun cuando toda persona tiene derecho a una calidad de vida prometedor.

Cuadro N° 47

Distribución porcentual sobre espacio íntimo para realizar sus cuidados personales en el hogar.

Alternativa	Fr	%
Sí	87	96.66%
No	3	3.33%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

Los datos anteriores reflejan que el 96.66% de adolescentes poseen el espacio necesario para realizar sus cuidados personales y el 3.33% no, esto es un aspecto clave de consideración para verificar si existe vulneración de derechos, lo que significa que la mayoría de familias respetan la intimidad personal, pero el 3.33% de adolescentes que no lo poseen están siendo víctimas de abuso a la privacidad lo que puede conllevar a violaciones, maltrato físico, aun cuando la familia está obligada a proporcionar el espacio de privacidad que significa un nivel de vida digno.

Cuadro N° 48

Distribución porcentual sobre participación en actividades de recreación y sano esparcimiento.

Alternativa	Fr	%
Sí	69	76.66%
No	21	23.33%
Total	90	100%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario dirigido a las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las UCSF, del municipio de apopa.

La recreación es un espacio para construir sueños, el deporte, la diversión y los juegos constituyen una forma amena de aprender valores y lecciones que duran toda la vida. Además, contribuyen a preparar a los jóvenes para hacer frente a los retos futuros y adoptar posiciones de liderazgo en el seno de sus comunidades. El contenido del cuadro anterior refleja que el 76.66% de las adolescentes dicen participar en actividades de recreación y el 23.33% no, este dato nos ayuda a comprobar si a las adolescentes se les garantiza su derecho a un desarrollo integral junto con los valores; lo cual refleja para el 23.33% de adolescentes que no se recrean la falta de oportunidades de disfrutar sanamente durante esta etapa de la vida teniendo pocas oportunidades para ganar habilidades y experiencias que les ayuden ser mejor persona cada día.

B. Comprobación de hipótesis

He1: Las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, del municipio de Apopa presentan en un 80% los elementos del funcionamiento familiar.

Pregunta	Sí	%	No	%
¿Le enseñaron valores éticos y morales en su familia?	90	100%	0	0%
¿Considera excelente la comunicación con su familia?	72	80%	18	20%
¿Considera excelente la comunicación con su pareja?	69	76.66%	21	23.33%
¿Considera excelente la relación familiar en su hogar?	73	81.1%	17	18.88%
¿Recibía usted apoyo de su familia antes de quedar embarazada?	90	100%	0	0%
¿Recibió apoyo de su familia al conocer su embarazo?	85	94.44%	5	5.55%
¿Considera usted que hubo cambios de actitud en su familia con su actual embarazo?	26	28.88%	64	71.11%
¿Cree que recibirá apoyo de su familia ya con el recién nacido?	88	97.77%	2	2.22%
¿Considera que su madre cumplió con su rol dentro de su familia?	81	90%	9	10%
¿Considera que su padre cumplió con su rol dentro de su familia?	53	58.88%	37	41.11%
Total	726	807.73%	173	192.2%

Aplicación de la fórmula:

$$\bar{x} = \frac{\sum xi\%}{N}$$

$$X = \frac{807.73}{10}$$

$$X = 80.773\%$$

$$\bar{x} = \frac{\sum xi\%}{N}$$

$$X = \frac{192.2}{10}$$

$$X = 19.22\%$$

Según los datos obtenidos mediante la aplicación de la media aritmética porcentual, los elementos del funcionamiento familiar están presentes en un 80.77%, mientras que en un 19.22% no están presentes en el grupo familiar de las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de las UCSF del municipio de Apopa, por lo que se acepta la hipótesis de trabajo y se rechaza la hipótesis nula.

He2: Las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, del municipio de Apopa poseen en un 80% conocimiento y practica sobre salud sexual reproductiva; así como de las fuentes de información al respecto.

Dimensión: Conocimiento

Pregunta	Sí	%	No	%
¿Conoces los riesgos de un embarazo en la adolescencia?	57	63.33%	33	36.66%
¿Ha recibido orientación sobre planificación familiar para evitar nuevos embarazos?	64	71.11%	26	28.88%
¿Conoce usted el uso del anticonceptivo de emergencia?	35	38.88%	55	61.11%
Total	156	173.32%	114	126.65%

Aplicación de la fórmula:

$$\bar{x} = \frac{\sum xi\%}{N}$$

$$X = \frac{173.32}{3}$$

$$X = 57.77\%$$

$$\bar{x} = \frac{\sum xi\%}{N}$$

$$X = \frac{126.65}{3}$$

$$X = 42.21\%$$

Según los resultados obtenidos mediante la aplicación de la media aritmética porcentual, se observa que un 63.33% de las adolescentes conocen los riesgos de quedar embarazadas y aun así decidieron quedar embarazadas lo cual nos confirma que no tienen capacidad de tomar decisiones correctas. También podemos observar que el 71.11% recibió orientaciones sobre planificación familiar a lo cual hicieron caso omiso por su estado actual de embarazo. Es importante destacar además que un 61.11% desconoce el uso del anticonceptivo de emergencia como método para prevenir los embarazos no deseados.

Dimensión: Práctica

Pregunta	Sí	%	No	%
¿Hablar sobre temas sexuales era prohibido en su familia?	12	13.33%	78	86.66%
¿Habla con su pareja sobre temas de salud sexual y reproductiva?	71	78.88%	19	21.11%
¿En la iglesia donde asiste les dan información sobre salud sexual y reproductiva?	23	25.55 %	67	74.44%
¿Participación en actividades religiosas sobre salud sexual reproductiva?	24	26.66%	66	73.33%
¿Tiene prejuicios sobre el uso de método de Planificación familiar?	6	6.66%	84	93.33%
¿Ha utilizado usted el anticonceptivo de emergencia?	0	0%	90	100%
Total	136	151.08%	404	448.87%

Aplicación de la fórmula:

$$\bar{x} = \frac{\sum xi\%}{N}$$

$$X = \frac{151.08}{6}$$

$$X = 25.18\%$$

$$\bar{x} = \frac{\sum xi\%}{N}$$

$$X = \frac{448.87}{6}$$

$$X = 74.81\%$$

Según los resultados obtenidos mediante la aplicación de la media aritmética porcentual, se observa con un 91.11% de las adolescentes refieren no haber tenido ningún obstáculo para obtener un método de planificación familiar lo cual nos hace pensar por su estado de embarazo actual o puerperio que no lo utilizaron porque deseaban quedar embarazadas. También podemos observar que el 100% de las adolescentes nunca ha utilizado el método de

anticoncepción de emergencia lo cual nos deja ver que se pudo haber evitado muchos embarazos y que para futuro se debe dar a conocer este método para disminuir los embarazos de adolescentes en el municipio de Apopa.

Dimensión fuentes de información.

Pregunta	Sí	%	No	%
¿Considera los temas sobre salud sexual y reproductiva que recibía en su centro educativo útiles para prevenir embarazos en adolescentes?	61	67.78%	29	32.22%
¿Considera usted que la información sobre salud sexual y reproductiva impartida por la iglesia le ayuda a prevenir los embarazos no planificados?	28	31.11%	62	68.88%
¿Considera que hay facilidad de encontrar pornografía en internet?	87	96.66%	3	3.33%
¿Cree que las vallas publicitarias incitan el sexo libre?	49	54.44%	41	45.55%
¿Considera que algunos géneros musicales incitan a tener relaciones sexo coitales?	67	74.44%	23	25.55%
¿Cree usted que los programas de televisión que le gusta ver le incitan a tener relaciones sexo coitales?	35	38.88%	55	61.11%
Total	327	363.31%	213	236.64%

Aplicación de la fórmula:

$$\bar{x} = \frac{\sum xi\%}{N}$$

$$X = \frac{363.31}{6}$$

$$X = 60.55\%$$

$$\bar{x} = \frac{\sum xi\%}{N}$$

$$X = \frac{236.64}{6}$$

$$X = 39.44\%$$

Según los resultados obtenidos mediante la aplicación de la media aritmética porcentual, se observa con un 67.78% de las adolescentes refieren que los temas impartidos sobre salud sexual reproductiva por parte de la escuela si son útiles para prevenir los embarazos; pese a que los consideran así eso no les ayudo a prevenir su estado actual de embarazo o puerperio. Además cabe destacar que un 96.66% refiere que si hay facilidad de encontrar pornografía en internet lo cual hace que se acelere el deseo sexual y como consecuencia que las adolescentes caigan en conductas de riesgos que terminan en un embarazo no planificado. Esto también se relaciona con un 74.44% que dicen que los géneros musicales también incitan a las relaciones sexo coitales agravando más el problema. También debemos detallar que un 68.88% considera que la iglesia no imparten información sobre salud sexual reproductiva que les ayude a prevenir los embarazos.

He3: Las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, del municipio de Apopa presentan en un 80% vulneración a sus derechos en salud sexual reproductiva.

Pregunta	Sí	%	No	%
¿Cuándo usted tuvo relaciones sexo coitales por primera vez fue con su consentimiento?	90	100%	0	0%
¿El embarazo fue planeado?	45	50%	45	50%
¿En su familia usted puede expresar su opinión y ser escuchado y tomado en cuenta?	79	87.77%	11	12.22%
¿Considera que su familia le proporcionó calidad de vida?	81	89.99%	9	10%
¿Tiene espacio íntimo para realizar sus cuidados personales en el hogar?	87	96.66%	3	3.33%
¿Participa en actividades de recreación y sano esparcimiento?	69	76.66%	21	23.33%
Total	451	501.08	89	98.88

Aplicación de la fórmula:

$$\bar{x} = \frac{\sum xi\%}{N}$$

$$X = \frac{501.08}{6}$$

$$X = 83.51\%$$

$$\bar{x} = \frac{\sum xi\%}{N}$$

$$X = \frac{98.88}{6}$$

$$X = 16.48\%$$

Según los datos obtenidos mediante la aplicación de la media aritmética porcentual la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos es un factor que no está presente en un 83.51% que corresponde a las respuestas afirmativas de cumplimiento de sus derechos en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de las UCSF del municipio de Apopa, pero según la base legal sus derechos si están violentados aunque ellas refieran lo contrario (revisar pagina 55- 61) por lo tanto se acepta la hipótesis de nula que define que no hay vulneración de derechos según lo manifestado por las usuarias y se rechaza la hipótesis específica.

C. Análisis general de los resultados

El presente análisis está basado en los resultados obtenidos de esta investigación, teniendo como propósito identificar los factores sociales que están presentes en el embarazo de las adolescentes inscritas en el programa materno de las unidades comunitarias de salud familiar del municipio de Apopa.

Con respecto a los factores sociales del embarazo, se han estudiado los siguientes: Elementos del funcionamiento familiar, conocimiento y práctica sobre salud sexual reproductiva y la vulneración de derechos en salud sexual reproductiva.

En relación con el perfil de las adolescentes que colaboraron en el estudio, las adolescentes en gestación o puerperio están entre el rango de edades de 13 a 19 años, sus estudios son de nivel básico lo que indica que no han terminado su preparación académica, el 55.55% afirma que actualmente son amas de casa, la ocupación de sus parejas es empleados en un 68.88% y se logró identificar que el 54.44% sostienen relación de unión libre, por lo que se deduce que estos resultados afectan considerablemente con un mejor porvenir tanto para la adolescente como el RN, ya que no se encuentran en la edad ideal para sostener un hogar con todas los datos alarmantes antes expuestos, lo que afecta el desarrollo tanto de la adolescente como la sociedad en sí, frustrando los proyectos de vida o metas planteadas.

Con respecto al funcionamiento familiar se presentan los siguientes datos relevantes

Según los resultados obtenidos las adolescentes refirieron el modelo familiar al que pertenecían siendo este la mayoría por una familia no integrada, ya que solo el 35.55% dijo vivir con sus dos padres.

También el 100% de las adolescentes afirmaron que en su familia se inculcaron valores éticos y morales, pero en este caso al tener relaciones coitales prematrimoniales las usuarias confirman que hicieron caso omiso a lo aprendido quedando en evidencia que dominaron más los deseos sexuales que los valores éticos y morales aprendidos en casa.

En los roles dentro del hogar refieren que el padre no cumplió con su rol en un 41.11%, esto se relaciona con un alto porcentaje que viven en familias no integradas, más del 76.66% de las adolescentes refirió que mantienen buena comunicación y relación tanto con su familia como con su pareja, a pesar que refieren lo antes expuesto es preocupante que las adolescentes salgan embarazadas lo que indica que aunque haya estado presentes estos elementos como la comunicación y las buenas relaciones, que según la teoría son fundamentales para la estabilidad en un hogar; no garantiza la prevención del embarazo. Respecto al apoyo brindado por su familia como de su pareja más del 90% dijeron contar con su apoyo.

Además de acuerdo con los resultados sobre qué planes tenían para su futuro luego de tener su bebe la mayoría de las adolescentes refirieron que los planes para su futuro es cuidar a su bebe y trabajar ya que solo el 20% dijo estudiar. Estos datos de la interrogante realizada nos indica que un alto porcentaje se ve obligada a ejercer su rol de madre sin estar preparada lo que nos confirma que es un dato significativo al frustrarse los planes de tener una mejor condición de vida profesionalmente y aportar al desarrollo de la sociedad.

Por lo anterior mencionado es confirmada la hipótesis específica donde hace mención que los elementos del funcionamiento familiar están presentes en un 80.77%, mientras que en un 19.22% no están presentes en el grupo familiar de las adolescentes. Por lo que no es uno de los factores del embarazo de las adolescentes en un alto porcentaje por lo anteriormente expuesto.

Ya que Según los resultados obtenidos las adolescentes refirieron que el modelo familiar al que pertenecían era el de una familia no integrada, ya que solo el 35.55% dijo vivir con sus dos padres. Cuando lo que se esperaba era que el 100% contestara que el funcionamiento familiar era excelente, no obstante el porcentaje de los que dicen que no es de 64.45%.

Así también se deduce que a pesar que salieron embarazadas solo el 64.45% tuvieron problemas con el funcionamiento familiar el resto correspondiente al 35.55% no presento ningún problema lo que es muy significativo, ya que en el caso de las participantes aunque tuvieron un buen vínculo familiar siempre salieron embarazadas.

Con respecto al conocimiento y práctica sobre salud sexual reproductiva se presentan los siguientes datos relevantes:

Con respecto al conocimiento sobre salud sexual reproductiva se presentan los siguientes datos relevantes:

Dentro de los conocimientos que poseen las adolescentes mencionaron que la edad ideal que consideraban ideal para tener hijos van desde los 20 a 24 años siendo éste un 81.11%, sin considerar que aún es necesario establecerse económicamente para un desarrollo adecuado, también un 36.66% dijo no conocer los riesgos de un embarazo a temprana edad; por lo cual ase constatar la falta de información veraz, completa y científica obtenida por los diferentes medios al grupo de adolescentes. También destacar que tiene conocimiento sobre métodos de planificación familiar con un 71.11% lo cual no ayudo a prevenir su estado actual de embarazo o puerperio. Según el uso del anticonceptivo de emergencia el 61.11% afirma que no conoce el uso del método, estos resultados evidencian que la mayoría de las adolescentes no pudieron evitar el embarazo por que no se les había brindado la información sobre este anticonceptivo quedando expuestas a un embarazo. También refirió

el 100% no haber utilizado el anticonceptivo por diversos motivos, difícil accesibilidad y creencias; sin embargo es importante recalcar que según la pre investigación las unidades de salud solo tienen a disposición el método en caso de violaciones de lo contrario la joven se ve obligada a obtenerlo en farmacias implicando un costo económico.

Con respecto a la dimensión de práctica sobre salud sexual reproductiva se presentan los siguientes datos relevantes:

En relación a la comunicación sobre el tema de salud sexual reproductiva el 86.66% dijo que hablar sobre este tema no es prohibido en la familia, sin embargo las adolescentes no están practicando esta oportunidad para adquirir mayor conocimiento. En cuanto a la comunicación de los temas en salud sexual con la pareja un 78.88% dijo si hablar de estos temas lo que resulta contradictorio porque si existiera comunicación sobre ello con la pareja se pudiera negociar el uso de métodos de planificación regular.

En lo referente al ámbito religioso un 74.44% dijo no recibir información en salud sexual reproductiva; un 73.33% no participar en las actividades donde se brinda esta información. Además se destaca que el 100% de las encuestadas refieren que nunca utilizaron el método de planificación de emergencia. Esto nos permite pensar que aunque poseen un conocimiento de los métodos de planificación nos lo utilizan o los utilizan mal por lo cual se debe hacer un esfuerzo por parte de la sociedad para concientizar a las adolescentes la importancia de buscar formas de prevenir los embarazos no deseados.

Con respecto a la dimensión de las fuentes de información sobre salud sexual reproductiva se presentan los siguientes datos relevantes:

En cuanto a la información obtenida por parte del profesional en salud un 18.88% dijo no haber recibido de ningún profesional la información en salud sexual reproductiva lo cual es un resultado grave ya que demuestra que no se

está abarcando a toda la población joven al momento de brindar la información, siendo esta una causa del poco conocimiento a la hora de prevenir los embarazos. También mencionaron que el grupo del cual consideraban recibir conocimientos más completos en salud sexual reproductiva es el grupo familiar en un 52.22% lo cual afirma la buena comunicación y relación; sin embargo no asegura que la información que la familia brinde sea con bases científicas libres de tabús.

En cuanto al centro educativo refieren que la información recibida si ayuda a prevenir los embarazos en un 67.78% lo cual evidencia vacíos de la información obtenida siendo necesario reforzar en esta área para contribuir a la prevención del embarazo y un 68.88% consideraba que la información brindada por la iglesia no contribuía a la prevención de embarazos. Demostrando que hay necesidad de mejorar en la información que se brinde para motivar a los jóvenes a acercarse a estos grupos y contribuir desde esta perspectiva a la prevención, ya que la iglesia siempre ha tenido influencia en la sociedad que en conjunto con el ministerio de salud y de educación pueden crear estrategias que contribuya a la educación en temas de salud sexual.

En cuanto a planificación familiar un 28.88% dijo aun no haber recibido orientación para prevenir nuevos embarazos siendo evidente el poco interés de los profesionales para que las adolescentes no aumenten los niveles de pobreza y riesgos para la crianza del bebé, a la vez demuestra que hace falta conocer el uso correcto de cada método para que su eficacia sea exitosa. También se menciona que el ministerio tiene a disposición los métodos de planificación para la población y queda en ella utilizarlos o no. Además un 48.88% dijo no haber utilizado ningún método de planificación al mantener las relaciones sexo coitales por lo que influye mucho a que se sigan generando más embarazos no planeados aun cuando no están preparadas y se ven obligadas a asumir los riesgos, consecuencias y la responsabilidad de un hijo.

En lo que refiere a los diferentes medios de comunicación, las adolescentes consideran que si hay facilidad de encontrar pornografía en internet en un 96.66% y que las vallas publicitarias incitan el sexo libre en un 54.44%, también consideran que algunos géneros musicales incitan a tener relaciones coitales en un 74.44% y que los programas de televisión vistos por las adolescentes incitan a tener relaciones coitales en un 38.88%, dejando como manifiesto la influencia negativa sin responsabilidad ya que esto acelera los impulsos sexuales y deseos de iniciar la vida sexual activa por los diferentes medios, aun cuando es prohibido por la ley LEPINA, ya que sin el conocimiento necesario de prevención pueden contribuir al aumento de los embarazos durante la adolescencia.

Por lo anterior mencionado es confirmada la hipótesis nula donde hace mención que las adolescentes no poseen conocimiento y practica sobre salud sexual reproductiva en un 80%. Lo cual da a conocer que la falta de conocimiento sobre salud sexual reproductiva es uno de los factores presentes en gran medida del embarazo en la adolescencia.

Con respecto a la vulneración de los derechos en salud sexual reproductiva se presentan los siguientes datos relevantes:

Es importante resaltar que el 100% de las adolescentes refieren que la relación sexo coital que sostuvieron por primera vez fue de mutuo consentimiento aun cuando eran menores de edad, por lo cual aún no se cuenta con la madurez para definir lo que realmente es amor al estar atravesando por una etapa de proceso en su desarrollo, además de ello algunas de sus parejas eran mayores de edad por lo tanto legalmente no tenían permitido tener relaciones con un menor aunque fuese voluntario, demostrando también la poca orientación por parte del grupo familiar en hacer cumplir los derechos de las adolescentes. También se menciona que el 50% dijo no ser planeado su embarazo lo que evidencia la falta de preparación previa necesaria para formar una familia.

A la vez el 12.22% dijeron no poder expresar ni ser escuchados en cuenta y el 10% dijo no recibir por parte de la familia una calidad de vida adecuada, además de que el 3.33% dijo no tener el espacio íntimo para realizar los cuidados personales en el hogar, demostrando que aun en el grupo familiar es necesario fomentar el cumplimiento y respeto por los derechos en salud sexual y reproductiva ya que esto influye en el aumento de embarazos no planeados.

Por lo anterior mencionado es confirmada la hipótesis nula donde hace mención que las adolescentes no poseen vulneración a sus derechos en salud sexual reproductiva en un 83.51%.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones

De los resultados obtenidos en la investigación se derivan las siguientes conclusiones:

- ❖ Se logró determinar factores sociales del embarazo en la adolescencia como: Elementos del funcionamiento familiar, conocimiento sobre salud sexual reproductiva y vulneración de derechos en salud sexual reproductiva, los cuales se encontraron presentes en los embarazos de las adolescentes inscritas en el Programa de Atención Materna de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar del municipio de Apopa.
- ❖ Con relación a los elementos del funcionamiento familiar se encontró que está presente en un 80.77%, sin embargo se destaca que la mayoría de adolescentes viven en núcleos familiares conformados solamente por madre e hijos o viven con otro pariente y no por una familia integrada, dando como resultado que se diera el inicio de relaciones sexo coitales a temprana edad y como consecuencia el embarazo precoz.
- ❖ Se detecta que el conocimiento, practica y fuentes de información sobre salud sexual y reproductiva es un factor presente en los embarazos de las adolescentes, ya que, al realizar la comprobación de hipótesis se aceptó la hipótesis nula que nos confirmaba que no tienen el conocimiento, práctica y fuentes de información ideal sobre lo antes expuesto.

- ❖ Con el estudio se pudo constatar en cuanto a la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos que a las adolescentes no se le han vulnerado en un 83.51% sus derechos, ya que la comprobación de hipótesis nos confirmó que las adolescentes embarazadas no tienen alterado este factor.

B. Recomendaciones

Al Ministerio de Educación

- ❖ Promover temas de orientación para la vida incluyendo componentes sobre proyectos de vida, derechos sexuales y reproductivos y modelos familiares.

Al Ministerio de Salud.

- ❖ Incorporar a las adolescentes a grupos de autoayuda intersectorial dirigido por personal interesado en la problemática (personal de salud, profesores, familia, líderes comunales y religiosos), para que juntos brinden una atención integral a las adolescentes ayudándoles a formular y ejecutar su proyecto de vida; ampliando las oportunidades laborales y educativas.
- ❖ Desarrollar un plan de capacitaciones en salud sexual y reproductiva al personal encargado del programa de atención integral de adolescentes proporcionando información completa, veraz y oportuna de acuerdo a las necesidades, promoviendo así los comportamientos sexuales y reproductivos saludables y responsables.
- ❖ Ejecutar intervenciones educativas sobre la niñez y la adolescencia así como los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.
- ❖ Crear estrategias donde el Ministerio de Salud y Educación firmen un acuerdo con las iglesias para mejorar la calidad de salud sexual y reproductiva que viven las adolescentes salvadoreñas.

A iglesia, alcaldía y familias del municipio de Apopa.

- ❖ Trabajar en conjunto para prevenir los embarazos en la adolescencia a través de programas, capacitaciones y comunicación oportuna con bases científicas libre de tabús.

C. Propuesta de intervención.

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



PROYECTO EDUCATIVO SOBRE SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA Y
PRACTICA DE LA SEXUALIDAD DIRIGIDO A LAS ADOLESCENTES QUE
ASISTEN A LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR, DEL
MUNICIPIO DE APOPA.

POR:

CASTRO CASTILLO EDIS ESTER
SALAZAR GALDÁMEZ LORENA MARISOL
TORRES PEÑA MARIA JOSE

ASESOR.

LIC.JOSE ISMAEL LOPEZ PEREZ.

CIUDAD UNIVERSITARIA, FEBRERO DE 2016

INDICE

Contenido	Pág.
INTRODUCCION.....	1
I. JUSTIFICACION.....	2
II. OBJETIVOS	
2.1 General.....	4
2.2 Específicos.....	4
III. METAS.....	5
IV. GENERALIDADES DE LA PROPUESTA.....	6
V. DESCRIPCION DE LA PROPUESTA.....	7
VI. METODOLOGIA.....	8
VII. RECURSOS.....	9
VIII. BIBLIOGRAFIA.....	10
IX. ANEXOS	
Anexo n°1 Cronograma de propuesta	
Anexo n°2 Presupuesto	
Anexo n°3 Plan educativo sobre métodos de planificación	
Anexo n°4 plan educativo sobre riesgos del embarazo en la adolescencia.	
Anexo n°5 Plan educativo sobre proyecto de vida	
Anexo n°6 Desarrollo de temas	

INTRODUCCION

Con base a los resultados de la investigación que se realizó en las adolescentes inscritas en el Programa de atención materna de las Unidades Comunitarias de Salud familiar del municipio de Apopa, en las que se encontró que poseen déficit de conocimiento, practica y fuentes de información sobre salud sexual reproductiva lo que las expone a embarazos no planificados, por lo tanto las llevaría a problemas de salud física, psicológica y reproductiva debido a que las adolescentes no están aptas para la maternidad en ningún aspecto, es de suma importancia ampliar sus conocimientos sobre los métodos y reforzar los que ya poseen.

La propuesta que a continuación se presenta va orientada a la prevención de la maternidad y paternidad precoz, desde el punto de vista social.

En su elaboración, se puso especial cuidado en presentar los diferentes temas de una manera clara y sencilla, sin que por ello esta propuesta pierda su objetivo y nivel de profundidad.

A partir de lo anterior, se elaboró un proyecto educativo con el objetivo de contribuir a que las adolescentes posean mayor conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.

Así la presente propuesta está compuesta por las generalidades del proyecto, la justificación que fundamenta la importancia de su realización, la descripción del proyecto según las actividades a realizar, los objetivos que guíen la elaboración, las metas que se pretenden alcanzar y el plan operativo.

I. JUSTIFICACIÓN

La adolescencia es una época de cambio en todos los órdenes, social, psicológico, sexual, físico y esto va a originar que sea un campo abonado para toda clase de problemas. El adolescente, a pesar de calificar su salud como buena o muy buena, convive con importantes factores de riesgo, los cuales no conoce en gran medida; mantiene actitudes no saludables respecto a éstos y a la vez los convierte en habituales conductas de riesgo.

El comienzo precoz de las relaciones sexuales, entre otros, podría explicar algunas de las razones por las que la sexualidad del adolescente puede resultar más problemática. Entre las consecuencias de que haya una elevada proporción de adolescentes sexualmente activos, se encuentra la aparición del problema: maternidad y paternidad precoz. Las madres y padres que son adolescentes, al ser una población todavía en periodo de formación (física, emocional y sociocultural) deben dar un paso forzado hacia la madurez.

La adolescencia se define como la etapa de la vida comprendida entre los diez y los diecinueve años, y por ser una etapa en donde el individuo atraviesa diferentes cambios, no es recomendable una maternidad y paternidad en esta etapa.

Por lo que se aconseja que los hijos se tengan entre los veinticinco y treinta cuatro años, ya que este intervalo de edad supone menos riesgos.

El embarazo en la adolescencia constituye un importante problema de salud y sus principales consecuencias son matrimonios forzados, abandono de estudios, maternidad no deseada, etc. Sea cual sea la opción escogida tendrá una significativa repercusión en su futuro, tanto a nivel socioeconómico como afectivo.

La finalidad de este proyecto socio-educativo es brindar a la población de usuarias adolescentes de las unidades comunitarias de salud familiar del municipio de Apopa, comprendidos entre las edades de 10 a 19 años; como población de riesgo, los conocimientos necesarios sobre salud sexual y reproductiva para la prevención de la maternidad y paternidad precoz. Para ello, se han abordado temas de interés que promuevan la prevención y el desarrollo de una sexualidad responsable.

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General:

Contribuir a que las adolescentes que consultan en las unidades comunitarias de salud familiar del municipio de Apopa posean los conocimientos sobre salud sexual reproductiva y práctica de la sexualidad.

2.2 Objetivos específicos:

- ❖ Proporcionar los conocimientos sobre métodos de planificación familiar a la población de usuarias adolescentes de las unidades comunitarias de salud familiar del municipio de Apopa.
- ❖ Proporcionar conocimientos sobre prevención y riesgo del embarazo en la adolescencia.
- ❖ Orientar en la creación del plan de vida a la población de usuarias adolescentes en la prevención de la maternidad y paternidad precoz.

III. METAS

1. Que el 80% de las adolescentes obtengan y refuercen sus conocimientos sobre salud sexual y reproductiva.
2. Que el 80% de las adolescentes conozcan y utilicen los métodos de planificación familiar como medio para prevenir los embarazos no deseados.
3. Que el 80% de las adolescentes conozcan los riesgos de un embarazo precoz y la forma de prevención.
4. Que el 80% de las adolescentes embarazadas elaboren un proyecto de vida.

IV. GENERALIDADES

1. Nombre de la propuesta:

Proyecto educativo sobre salud sexual reproductiva y práctica de la sexualidad.

2. Dirigido a:

Población de usuarias adolescentes de las unidades comunitarias de salud familiar del municipio de Apopa.

3. Responsables de la Ejecución

Enfermeras/o del programa de adolescente y materno.

4. Lugar.

Unidades Comunitarias de Salud Familiar del municipio de Apopa.

5. Beneficiarias.

Población adolescente.

Autoridades de las Unidades de Salud del municipio de Apopa.

V. DESCRIPCION DE LA PROPUESTA.

El presente proyecto educativo sobre salud sexual y reproductiva y práctica de la sexualidad dirigido a las adolescentes de 10 a 19 años de las Unidades de Salud del municipio de Apopa, se considera necesario para lograr el propósito de orientar e informar a las adolescentes sobre la prevención de embarazo y formar mejores futuros de vida.

El proyecto educativo ha sido diseñado, para ser aplicado utilizando una metodología participativa durante el proceso enseñanza aprendizaje realizándose dentro de la Unidad de Salud coordinado por sus autoridades y personal de enfermería, está programado para ser aplicado durante reuniones con grupos de adolescentes durante el transcurso del año; y la duración de cada entrega será de 1 hora, lo cual estará distribuido de la siguiente manera:

Parte I de la reunión, exposición del tema 30 minutos;

Parte II de la reunión, aplicación de estrategia de evaluación, dinámicas y preguntas 25 minutos;

Parte III de la reunión, cierre y agradecimiento 5 minutos.

VI. METODOLOGIA

A. Fase de planificación.

Para la realización de la propuesta se ha planificado la exposición de temáticas a través de jornadas educativas, que están dirigidas a la población de adolescentes que consultan en las UCSF del municipio de Apopa.

Con base al análisis general de la investigación, en la cual se detectó la necesidad de reforzar los temas sobre los riesgos del embarazo precoz, planificación familiar y plan de vida ya que según los resultados la mayor parte de las adolescentes embarazadas no conocen sobre los temas antes mencionados.

B. Fase de ejecución.

Durante cada reunión se utilizará una dinámica diferente según lo considere el ejecutor responsable además de exposición y ayudas visuales.

VII. RECURSOS

Recursos humanos:

- Profesional de salud responsable de programa de adolescentes.
- Profesional de salud responsable de programa materno.
- Adolescentes.

Recursos Materiales

- Hojas de papel bond
- Lapiceros
- Fotocopias
- Rollo de tirro
- Plumones
- Pliegos de papel bond
- Vejigas
- Páginas de colores.

VIII. BIBLIOGRAFIA

Gerencia de atención integral de la salud de adolescentes San Salvador, El Salvador, C.A, Ministerio de Salud pública y asistencia social. Manual de Educación para la vida. Guía para facilitadores de 15 a 19 años De adolescentes y para adolescentes. Tercera edición .San Salvador. El Salvador: GRAFICOLOR S.A. De C.V. Noviembre 2005.

ANEXO N°1

CRONOGRAMA DE LA PROPUESTA

Actividad	Noviembre				
	1	2	3	4	5
- Elaboración del cronograma de actividades	■				
- Discusión sobre el tema y objetivos de la propuesta		■			
- Redacción de generalidades de la propuesta		■			
- Elaboración de descripción y justificación		■			
- Formulación de metas y recursos		■			
- Realización de la metodología		■			
- Elaboración del plan educativo		■			
- Elaboración de presupuesto y evaluación.			■		

ANEXOS N° 2

PRESUPUESTO DEL PROYECTO

Cant.	Descripción	Precio Unitario	Total
80	Hojas de papel bond	\$ 0.02	\$ 1.00
3	Lapiceros	\$ 0.25	\$ 0.75
20	Fotocopias	\$ 0.02	\$ 4.00
1	Rollo de tirro	\$ 1.00	\$ 1.00
2	Plumones	\$ 1.00	\$ 2.00
5	Pliegos de papel bond	\$ 0.30	\$ 1.50
100	Vejigas	\$1.00	\$1.00
30	Refrigerio	\$0.50	\$15.00
1	Anillado	\$2.00	\$2.00
50	Páginas de colores.	\$0.05	\$2.50
3	Papel crespón.	\$0.45	\$1.35
	Imprevistos	\$10%	\$3.21
	Total		\$ 32.10

ANEXOS N°3

1. PLAN EDUCATIVO

Diagnóstico de Enfermería: Déficit de conocimiento relacionado a los métodos de planificación familiar.

Objetivo	Contenido	Metodología	Materiales y Recursos	Fecha y Hora	Evaluación
Que las adolescentes expliquen el uso correcto de los métodos de planificación familiar.	Concepto y tipos de métodos de planificación familiar. Generalidades de los métodos de planificación familiar. Ventajas y desventajas de los métodos de planificación familiar Uso correcto de los métodos anticonceptivos.	Se realizará una exposición participativa del tema, lluvia de ideas y socialización. Explicación detallada a través de imágenes de rotafolio.	Humanos – Personal de la Unidad de Salud. Materiales – Rotafolio – Carteles – Tirro – Folletos		Por medio de la participación voluntaria y preguntas al azar las adolescentes describirán el uso correcto de los métodos de planificación.

ANEXOS N°4

2. PLAN EDUCATIVO

Diagnóstico de Enfermería: Déficit de conocimiento relacionado con falta de conocimiento sobre riesgos de embarazo precoz.

Objetivo	Contenido	Metodología	Materiales y Recursos	Fecha y Hora	Evaluación
1. Fortalecer los conocimientos sobre riesgos del embarazo del embarazo precoz.	<ul style="list-style-type: none">○ Los riesgos del embarazo precoz○ Factores de riesgo para el niño y bebe.	Se realizará una exposición participativa del tema, lluvia de ideas y socialización. Explicación detallada a través de imágenes de rotafolio que contenga dibujos alusivos al tema. Impartir tema una vez al mes	Humanos – Personal de la Unidad de Salud. Materiales – Rotafolio – Carteles – Tirro – Folletos		Al finalizar la intervención se hará una dinámica con las adolescentes embarazadas en las que se harán preguntas relacionadas con los riesgos del embarazo precoz.

ANEXOS N°5

3. PLAN EDUCATIVO

Diagnóstico de Enfermería: Déficit de conocimiento relacionado a la creación del plan de vida.

Objetivo	Contenido	Metodología	Materiales y Recursos	Fecha y Hora	Evaluación
Fortalecer los conocimientos de las embarazadas y adolescentes que asisten a la unidad comunitaria de salud familiar sobre la elaboración de un proyecto de vida.	<ul style="list-style-type: none">○ Definición○ Objetivos de un proyecto de vida.○ Característica de un proyecto de vida.○ Dimensiones de un proyecto de vida.	Se realizará una exposición participativa del tema, lluvia de ideas y socialización.	Humanos <ul style="list-style-type: none">– Personal de la Unidad de Salud. Materiales <ul style="list-style-type: none">– Rotafolio– Carteles– Tirro– Folletos		Se realizara por medio de preguntas durante y después de la charla para verificar la comprensión del tema impartido.

ANEXO N°6

DESARROLLO DE TEMAS

METODOS DE PLANIFICACION EN LA ADOLESCENCIA.

Idealmente en la adolescencia no se debe tener relaciones sexo coitales. Para iniciarlas se debe estar preparada. Su inicio es una decisión que conlleva riesgos y mucha responsabilidad. Implica también, consecuencias biológicas, psicológicas y sociales para los adolescentes así como para sus hijos e hijas.

Un adolescente debe de llegar a la conclusión de posponer el inicio de la relaciones sexo coitales, porque desea realizarse como persona, como profesional, con un proyecto de vida definido, por lo que debe de optar por mantenerse abstinente hasta el matrimonio, es decir retrasar el inicio de las relaciones sexo coitales.

Las adolescentes que deciden lanzarse a la aventura de iniciar las relaciones sexo coitales, deben optar por tomar medidas preventivas para evitar el embarazo precoz y para prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual. La única practica 100% segura para evitar el embrazo y las ITS es la abstinencia. La adolescente que decide iniciar las relaciones sexo coitales debe minimizar el riesgo del embarazo y de las infecciones de transmisión sexual. Por ellos se detallan algunos métodos de planificación familiar:

El condón o preservativo.

Es una cubierta en forma de saco elástico de látex, muy delgado y transparente, que se fabrica en varias formas y colores. En un extremo está abierto, y en la punta, está cerrado. Los condones se conservan herméticamente sellados en una bolsa o sobre de plástico para asegurar que se conserven en buen estado. Es utilizado por el hombre en las relaciones sexo coitales para impedir que los espermatozoides entren en la vagina y para evitar que el hombre y la mujer

adquieran una infección de transmisión sexual. En la actualidad ya hay en el mercado el condón de látex femenino para que también la mujer pueda protegerse.

Funcionamiento:

Al colocarlo de manera correcta en el pene erecto, durante la relación sexo coital, retiene todo el líquido seminal eyaculado. Así evita que el esperma sea depositado en la vagina y que pueda haber fecundación. Igualmente se evita el contacto directo del pene con la vagina previniendo las infecciones de transmisión sexual.

Uso:

El condón se debe de usar en forma correcta y consistente. Para usarlo en forma correcta, primero se tiene que asegurar que no esté vencido, luego se rompe el sobre con las yemas de los dedos y se desenrolla sobre el pene erecto. Se coloca poco antes del contacto sexo coital, teniendo cuidado de dejar un espacio en el extremo para recibir el semen y evitar que este se salga. Es importante que, una vez terminado el contacto sexo coital, se retire el condón, teniendo el cuidado de sujetarlo por la base para evitar que el semen se escape y se deposite en la vagina o en la vulva. Luego amarrarlo y desecharlo en la basura. Si se realiza otro contacto sexo coital se deberá utilizar un nuevo condón o preservativo. Nunca usarlo dos veces.

Precauciones.

- No debe guardarse en sitios como la billetera o en la bolsa del pantalón, sino en un lugar fresco.
- No se debe utilizar después de expirada la fecha de vencimiento, es decir cinco años después de la fecha de fabricación.

- El uso del condón debe mantenerse durante cada relación sexo coital, desde el comienzo hasta el final.

Criterios de selección.

- Puede ser utilizado por adolescentes con vida sexual activa y que hayan tomado la decisión de iniciar las relaciones sexo coitales.
- Da la oportunidad al hombre de participar con su pareja en la prevención del embarazo.
- Es el único método que previene las infecciones de transmisión sexual con un margen de fallo.
- Se usa con facilidad.
- No requiere receta médica.
- Es fácil de adquirir y portar.

Inconvenientes.

- Puede romperse; si no se usa con cuidado y forma correcta, aumentando la posibilidad de embarazo y del riesgo de infecciones de transmisión sexual
- Puede haber sensibilidad al látex
- Debe tener cuidado al retirarlo
- A algunas personas les disgusta su uso porque dice que aprieta y disminuye la sensibilidad, lo que no es cierto porque el material estira.
- Hay que utilizar un condón nuevo cada vez que se tenga contacto sexo coital.

La píldora.

Definición.

Es un medicamento elaborado con hormonas sintéticas similares a las que el ovario produce.

Mecanismo de acción.

Principalmente, inhibe la ovulación, y en forma secundaria, espesa el moco cervical, dificultando el paso de los espermatozoides.

Uso.

Todas las mujeres deben de asistir a la consulta con personal médico para ser evaluadas y definir si pueden usar las píldoras o no.

La píldora debe tomarse todos los días a la misma hora, aunque las relaciones sexo coitales sean esporádicas o eventuales. Se aconseja relacionar su toma con alguna otra actividad que realizamos a diario para que no se olvide, como: cepillarse los dientes, acostarse, desayunar. La primera píldora puede tomarse en cualquier momento durante los primeros cinco días de su periodo menstrual. Se cuenta, como primer día de la menstruación, aquel en el que se mancha, aunque sea una gota de sangre.

Existen tratamientos en sobres de 28 y 21 píldoras; las de 28 vienen en dos colores, 21 píldoras activas y 7 inactivas. Cuando se termina el sobre para 28 días, se comienza a tomar las píldoras de un sobre nuevo.

Cuando se termina el sobre de 21 días, se espera una semana (7 días) antes de tomar las píldoras de un nuevo sobre.

Si la mujer olvido tomar una píldora, debe tomarla tan pronto como lo recuerde y continuar con la que le corresponde a ese día y hora acostumbrada.

En caso de olvido de dos o más píldoras, se necesita de una alternativa de respaldo que puede ser la abstinencia por un periodo de siete días o usar condón o preservativo hasta que haya tomado una píldora activa, diariamente, durante siete días.

Criterios de selección.

- La píldora puede ser usada siempre y cuando se haya iniciado la menstruación.
- La píldora protege muy bien contra embarazo.
- No requiere preparativos especiales antes de la relación sexo coital.
- Puede regular las menstruaciones.
- No causa infertilidad.

Inconvenientes.

- Hay que tomarlas todos los días.
- Durante los primeros meses, pueden causar molestias, como ganas de vomitar, mareos, dolor de cabeza, sangrado entre una menstruación y otra, aumento de peso, dolor de los pechos (no siempre).
- No protege contra las infecciones de transmisión sexual.
- El olvido de tomarse una píldora incrementa la posibilidad de un embarazo.
- Algunas no son recomendables en periodo de lactancia porque afectan la cantidad y calidad de la leche materna.

La inyección.

Definición.

La inyección actúa, prácticamente, como la píldora. Contiene también hormonas sintéticas similares a las que produce el organismo.

Mecanismo de acción.

Principalmente, inhibe la ovulación y en forma secundaria, espesa el moco cervical dificultando el paso de los espermatozoides.

Uso.

- Las adolescentes, especialmente, necesitan orientación y una evaluación clínica del personal de salud, para iniciar el método.
- En el caso de las adolescentes son recomendables, de preferencia, las inyecciones mensuales porque contienen menos hormonas que las inyecciones para dos o tres meses.
- La primera inyección se aplica dentro de los primeros cinco a ocho días después del inicio de la menstruación.
- La siguiente inyección se pone siempre en la fecha indicada que es cada treinta días y hasta tres días posteriores como máximo. Si no se cumple con la fecha exacta, disminuye la protección y puede ocurrir un embarazo.

Criterios de selección.

- Protege muy bien contra el embarazo.
- No requiere preparativos especiales antes de la relación sexo coital.
- Se puede tener relaciones sexo coitales y estar protegida durante todo el mes.
- No causa infertilidad.

Inconvenientes.

- Especialmente durante los primeros meses, puede causar molestias como: ganas de vomitar, mareos, dolor de cabeza, sangrado entre una menstruación y otra, aumento de peso, dolor de los senos o pechos.
- No protege contra las infecciones de transmisión sexual.

El dispositivo intrauterino DIU.

Es un pequeño objeto de plástico que contiene hormonas o cobre, tiene diferentes formas y se coloca dentro del útero o matriz. Es conocido popularmente como el aparatito.

Mecanismo de acción.

El cobre contenido en el dispositivo afecta la viabilidad y la motilidad de los espermatozoides, impidiendo la fecundación; por lo tanto, interfiere con el proceso reproductor antes de que el ovulo llegue a la trompa de Falopio.

Uso.

Para usarlo es necesario ir al médico o a la enfermera para una evaluación clínica, y así valorar su uso. Es colocado por el médico o la enfermera en el útero de preferencia durante los primeros cinco días de menstruación.

Puede ser utilizado por adolescentes que ya hayan tenido su primer hijo y que tienen una pareja estable.

No es recomendable usarlo en personas con riesgo mayor de infecciones de transmisión sexual, porque cuando se tienen varias parejas, aumenta el riesgo de infecciones de transmisión sexual que pueden obstruir las trompas de Falopio y causar infertilidad.

Criterios de selección.

- Para mujeres que hayan tenido su primer hijo.
- Cuando se tiene contraindicación médica para el uso de métodos hormonales.

Ventajas.

- Se coloca una sola vez y dura hasta cinco años y diez años en el caso de la T de cobre.
- Protege muy bien contra el embarazo.
- Cuando se retira, la mujer puede quedar embarazada inmediatamente.

Inconvenientes.

- Molestias cuando se introduce o se retira en los primeros tres meses de uso.
- Puede causar aumento de dolores y sangramientos menstruales.
- Puede causar infecciones en mujeres que tiene más de una pareja.
- No protege contra infecciones de transmisión sexual.
- Se necesita realizar un procedimiento médico para su inserción y retiro.
- Puede salirse fuera del útero sin que la mujer se dé cuenta.

Métodos naturales.

Son métodos que basan su acción en evitar tener relaciones sexo coitales durante el periodo fértil de la mujer. El periodo fértil de una mujer se puede reconocer mediante la observación y las anotaciones del ciclo menstrual y la interpretación de signos y síntomas naturales que se relacionan con la ovulación.

Para utilizar estos métodos, se debe tomar en cuenta que a pareja esté dispuesta y motivada para informarse y aprender sobre el ciclo menstrual de la mujer.

Entre ellos encontramos los siguientes:

- Método del calendario o ritmo.
- Método de la temperatura corporal basal.
- Método de moco cervical o Billings.

Mecanismo de acción.

Impiden que los espermatozoides se una con un ovulo, al evitarse las relaciones sexo coitales alrededor del periodo en que ocurre la ovulación.

Son aquellos métodos donde solo se pueden tener relaciones sexo coitales durante los días infértiles de la mujer, calculados de acuerdo a su ciclo menstrual. Para utilizar estos métodos, se debe tener en cuenta los cambios fisiológicos de la ovulación, y anotar los periodos menstruales para asegurarse de cuáles son los días de la ovulación, periodo fértil de la mujer. Su efectividad se determina por el uso correcto y sistemático del método, por la pareja.

Estos métodos pueden ser usados por todas las mujeres en su vida reproductiva y sexualmente activa; pero no son recomendables para aquellas que presentan periodos sin regla o que presentan ciclos irregulares, o cuando

no hay colaboración de la pareja y no puede abstenerse de tener relaciones sexo coitales durante los días del periodo fértil del ciclo menstrual de la mujer.

Método del calendario o ritmo.

Consiste en reconocer los días fértiles e infértiles, basándose en el cálculo y duración de los ciclos menstruales anteriores. Para usarlo, es necesario:

- Que los ciclos menstruales sean regulares
- Recibir adecuada consejería por personal capacitado.
- Que la pareja este de acuerdo.

Método de la temperatura corporal basal.

Consiste en el reconocimiento del periodo de ovulación mediante la observación del comportamiento de la temperatura corporal basal a lo largo del ciclo menstrual. La elevación de la temperatura indica que la mujer ha ovulado. Se pueden tener relaciones sexo coitales desde el tercer día de la elevación de la temperatura hasta la llegada de la menstruación.

Método del moco cervical.

Este método consiste en la observación de los cambios del moco cervical a lo largo del ciclo menstrual y de la relación de dichos cambios con la ovulación. Antes de que ocurra la ovulación, hay ausencia de moco o es escaso, de color blanquecino y amarillento, pegajoso y e poca consistencia. En la fase ovulatoria, el moco se vuelve claro, abundante, resbaloso y muy elástico. Después de la ovulación, el moco se vuelve de iguales características que al principio del ciclo menstrual. Al usar este método, las parejas deberán abstenerse de tener relaciones sexo coitales en la fase ovulatoria.

Criterios de elección.

- Cuando la mujer tiene contraindicaciones médicas para el uso de métodos hormonales.
- Cuando la persona no está de acuerdo en usar métodos hormonales o de barrera y quiere espaciar los embarazos.

Inconvenientes.

- Poco efectivo. Puede ocurrir un embarazo fácilmente.
- Las irregularidades menstruales en las adolescentes, reducen la efectividad del método.
- Puede haber error en el control de los días fértiles
- Necesita adiestramiento, disposición y cooperación de la pareja.
- No protege contra infecciones de transmisión sexual.

Abstinencia.

Este método es válido tanto para adolescentes que no han iniciado sus relaciones sexo coitales como para los que ya las iniciaron. Lo único que se requiere es: compromiso, mucha motivación, control de sí mismo y sobre todo tener metas claras en la vida, de realización personal y social.

Se debe de comprender que las relaciones sexo coitales son solo una de las formas de expresar amor y afecto, y que hay otras formas como los besos, las caricias, los abrazos que también son satisfactorios y sobre todo el respeto, que es la forma más grandiosa de expresar amor.

RIESGOS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.

El embarazo a edades tempranas puede tener implicaciones graves, ya que los problemas asociados incluyen el riesgo de la madre debido a la inmadurez de los órganos reproductivos así como el riesgo a sus hijos e hijas.

Un embarazo durante la adolescencia generalmente es producto de una relación sexual inesperada, espontánea, no planeada; por lo que en lugar de ser motivo de alegría, es una preocupación, un motivo de aflicción, de tristeza y frustración.

Esto generalmente tiene consecuencias muy graves principalmente para la madre adolescente, por lo que es importante tener presente los siguientes factores que pueden contribuir a que esto suceda.

Factores de riesgo.

Personales	Familiares	Sociales
Tener menos de 20 años.	Falta de comunicación en la familia.	Presión de grupo o de sus padres.
Baja autoestima.	Desintegración de grupo familiar.	Situación de extrema pobreza.
Problemas, donde la adolescente consciente o inconscientemente desarrolla el deseo de embarazarse	Violencia familiar	Medios de comunicación que distorsionan los mensajes.
Ignorancia de cómo funciona los órganos reproductores y el uso correcto de métodos de	Relaciones familiares conflictivas	Mitos y tabúes acerca de la sexualidad.

planificación familiar.		
Abandono escolar	Falta de atención de la familia Problemas socio – económicos.	Cree que atara al novio.
Adicción al alcohol y drogas.	Falta de orientación y conflictos familiares	Falta de resolución de conflictos.
Maduración sexual precoz.	Falta de información y de comunicación.	

Consecuencias.

El embarazo en la adolescente tiene muchas consecuencias: desde el punto de vista biológico, psicológico y social.

Desde el punto de vista biológico.

Para la salud física de la adolescente, y su hijo o hija, corren riesgos en el proceso del embarazo y parto, por la inmadurez de sus órganos sexuales.

El parto generalmente es más complicado: puede haber un aborto o pérdida temprana del niño o niña. El riesgo de un aborto provocado, además de ser un acto ilegal, tiene consecuencias emocionales, morales y físicas graves para la madre, incluso la posibilidad de llegar a morir. El niño corre el riesgo de nacer con bajo peso y talla, prematuridad o malformaciones físicas. Existen otras complicaciones durante el embarazo que solo se detectan en el control prenatal entre ellos se encuentran: Anemia, infecciones urinarias, hemorragias, presión arterial alta y obstrucción del canal del parto etc.

Desde el punto de vista psicológico.

A los cambios emocionales por los que atraviesa la adolescente (rebeldía, ambivalencia, necesidad de independencia, confusión ante su imagen corporal), se le suman los cambios que implica el embarazo. Este produce ciertos sentimientos como miedo, temores, ansiedad, inestabilidad emocional que se manifiesta en depresiones, intentos de aborto u fantasías de autodestrucción o en el peor de los casos, intento de suicidio o la muerte.

Desde el punto de vista social.

En el entorno social, generalmente, existe un rechazo inicial y a veces prolongado de la familia, del novio, de la escuela y de la sociedad en general. Esto puede hacer sentir triste, deprimida o con baja autoestima que puede causar frustraciones la adolescente. Los padres y madres ven el embarazo de su hija soltera como una desgracia, se sienten culpables y en vez de apoyarla, le hacen reclamos, la rechazan y algunas veces, hasta la maltratan físicamente. En ocasiones, la obligan a contraer matrimonio y la mayoría de las veces resulta un fracaso que termina en divorcio. Hay abandono de estudios, lo cual les provoca una frustración personal, acompañado de serios problemas económicos, emocionales y sociales.

PROYECTO DE VIDA

La elección de un proyecto de vida suele darse en la adolescencia. En esa época el joven se encuentra enfrentado a múltiples decisiones: Profesionales (qué estudiaré, a qué me quiero dedicar...), personales (identidad sexual, búsqueda de pareja estable o no, inicio de las relaciones sexuales...) e ideológicas (religiosidad, tendencias políticas...). Esto puede crear una gran inquietud en el joven y hace que ésta sea una etapa muy difícil en su vida.

Hay personas que ni siquiera se plantean que tienen que elegir un proyecto de vida. Creen que están determinados por su familia, su lugar de origen, su clase social o el destino y que no merece la pena preocuparse por intentar cambiarlo. Este pensamiento suele esconder el miedo a tomar decisiones y sólo conduce a una baja autoestima, a convertirse en alguien en manos de los demás y a caer en la depresión o en conductas autodestructivas como el consumo de drogas o alcohol. Las personas que no tienen un proyecto de vida claro se sienten desesperadas, se lamentan por los errores del pasado y las oportunidades perdidas, tienen miedo a lo que les traerá el futuro y se dejan llevar por los demás. Por ello, muchas adolescentes, que se encuentran confundidas, buscan un grupo que les diga cómo comportarse, cómo vestir e incluso cómo pensar, ya que se sienten incapaces de desarrollar una personalidad individual por sí mismas o resultan embarazadas.

Elegir un proyecto de vida ayuda a planificar metas a corto y largo plazo, a luchar por ellas y encauzar la energía de forma positiva. Además, el saber a dónde va y cómo va a hacerlo, hará que se sienta más seguro de sí mismo y que desarrolle una alta autoestima. Por eso es importante que los padres ayuden a su hija adolescente en esta tarea. Para poder elegir un proyecto de vida es imprescindible que las jóvenes se conozcan a sí mismas y que se sientan libres para tomar sus decisiones. Es una tarea importante para los

padres que hagan saber a sus hijas que están a su lado para apoyarlos en lo que decidan. Este proyecto de vida iniciado en la adolescencia nos guiará toda la vida y deberemos ir actualizándolo constantemente según las nuevas relaciones y metas que vayamos consiguiendo.

FUENTES DE INFORMACION

LIBROS:

- Alex Rodolfo Carballo Díaz. Factores que determinan la incidencia de embarazos en las adolescentes que consultan en las unidades de salud de Lolotique y anexa al Hospital Nacional San Juan de Dios del departamento de San Miguel, de julio a septiembre de 2003. [Tesis Doctoral]. Facultad Multidisciplinaria Oriental, Departamento de Medicina, Carrera de Doctorado de Medicina. Universidad de El Salvador. Diciembre 2003.
- Dra. Ena Isabel Merino, Dr. Ernesto Rosales Inestroza, Factores que influyen en el embarazo de las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de unidad de salud AltaVista, enero a junio de 2010. [Tesis Doctoral]. San Salvador, El Salvador; Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina. Enero 2011.
- Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación, 5ta edición 2006. Mexico: Interamericana Editores, SA DE C.V.
- Iris Anita Itzá Balan. Factores que influyeron en la ocurrencia de embarazos en adolescentes en el Barrio Playa Blanca, San Benito Peten de diciembre 2007 a mayo 2008. [Tesis Doctoral]. Facultad de Ciencias Médicas USAC – Escuela Nacional de Enfermeras/os de Guatemala. Julio 2008.
- Luis Adolfo Barrientos Núñez., Verónica Alicia Tobar Herrera. Determinantes Sociales de La salud relacionadas con el embarazo en la adolescencia en el área geográfica de responsabilidad de la Unidad de Salud La Hachadura Municipio de San Francisco Menéndez Departamento de Ahuachapán. Enero a Junio 2011. [Tesis Doctoral]. Universidad de El Salvador-Facultad de Medicina-Maestría en Salud Pública. Septiembre 2011.

- Macias Solís, Cristhian Javier, Murillo Barreto, Elder Russbel. Embarazo en adolescentes de 10 a 19 años de edad que acuden a la consulta de gineco – obstetricia del Centro materno infantil de Andrés de Vera de enero a septiembre del 2010. [Tesis Doctoral]. Portoviejo; Universidad Técnica de Manabí, Facultad de Ciencias de la Salud. 28 de Julio del 2011.
- Ministerio de Salud Pública, Opcit, Pág. 360-420 Papalia Diana E. Psicología del desarrollo. Pág. 27.
- Rubén Osorio Alania. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidos en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013. [Tesis Doctoral]. Lima – Perú, Universidad Nacional Mayor de san Marcos, Facultad de Medicina Humana. 2014.
- Vilma Gloria Martínez López, Ana Patricia Rodríguez Segovia, Ana Lidia Solano Ascencio. Principales factores asociados a embarazos en adolescentes del área rural de dos municipios del SIBAI: Cuscatlán de septiembre 2010 a Febrero de 2011. [Tesis Doctoral]. San Salvador, El Salvador; Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina. Mayo 2012.

REVISTAS:

- Código Penal. Decreto Legislativo No. 1030,26 de abril de 1997, Ley 210/1997. Diario Oficial No. 105, Tomo 335, (del 10 de junio del 1997).
Disponible en:
www.hsph.harvard.edu/population/trafficking/elsalvador.trf.03.pdf
- Geranda Mariana y Sileo Enriqueta, Embarazo en Adolescentes, pág. 15 OPS, Op. Cit. Pág. 413
- La Prensa, 30% de los embarazos en El Salvador son de niñas y adolescentes [sede web]. El Salvador: Carlemi Salinas;[10 de Octubre 2014]. Disponible en : <http://www.laprensagrafica.com/2014/10/10/30-de-los-embarazos-en-el-salvador-son-de-nias-y-adolescentes>.

- OMS, Embarazo en la Adolescencia [sede web]. Ginebra: Centro de Prensa; [septiembre 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
- SALUD REPRODUCTIVA.apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf pg:18- 19
- UNFPA. Embarazos en adolescentes deben disminuir [Sede web]. S.S. Gloria Marisela Moran, 30 de Octubre 2013, Disponible en: <http://www.contrapunto.com.sv/genero/unfpa-embarazosenadolescentes>.
- GARCÍA, M. "Embarazo y adolescencia" - Dpto. Obst. y Ginec. Hptal. Clín. Universidad de Salamanca – Rev. sobre Salud Sexual y Reproductiva No 2, año 2, junio 2.000. Disponible en: www.monografias.com/trabajos16/embarazo-en-adolescentes.

ARTICULO:

- Consejo nacional de la niñez y la adolescencia. Estado de situación de los derechos de las niñas, niños y adolescentes en El Salvador”. El Salvador, diciembre 2013.
- Dr. Ramiro M. El embarazo en adolescentes menores de 15 años de américa latina y el caribe. Factores relacionados con el embarazo y la mortalidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe., 2011 Julio Peru,pp 6.
- Ruth Chura – Muñico, Rosario Campos – Pardo, Lidiana Miranda – Malca y Susana Asca – Nakamatsu. Factores socioculturales relacionados con el embarazo reincidente en adolescentes atendidas en el Hospital Docente Madre – Niño San Bartolomé, Lima. (Revista Científica de Ciencias de la Salud) 2013; 100 (6:6): 68 – 73.

PAGINAS ELECTRONICAS:

- Ángela Sánchez Trejo. Embarazo en las Adolescente. Caso del Hospital Obstétrico Pachuca. [Sede web]. Pachuca de Soto, Hidalgo, Noviembre 2005, Disponible en: <http://es.scribd.com>
- Código Penal. Decreto N° 1030. Asamblea Legislativa de La Republica de El Salvador Titulo IV Delitos contra la libertad sexual. Capitulo I. De la violación y otras agresiones sexuales. Art. 159 al 168. Páginas 43 a 45. Reformado por Decreto Legislativo No. 745 de fecha 05 de noviembre de 2008, publicado en el Diario Oficial No. 222, Tomo 381 de fecha 25 de noviembre de 2008.
Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/Codigo_Penal_El_Salvador.pdf
- Contrapunto.com, embarazo en adolescente [sede Web]. unfpa: contrapunto.com 2012-[actualizado 30 de octubre 2013, acceso 7 de abril de 2015].Disponible en: www.contrapunto.com.sv/.../unfpa-embarazos-en-adolescentes-deben-dis...
- El Salvador. Ministerio de Salud. Sistemas de Información en Salud[sede Web].San salvador: El salvador;2012- -[actualizado 30 de octubre 2014, acceso 7 de abril de 2015].Disponible en: <https://www.salud.gob.sv/servicios/...de...de.../3056-simmow.html>
- Dra. María Padilla Gil. Alerta por incremento de embarazos en adolescentes [Sede web]. S.S. Teresa Cubias. Domingo 29 de Agosto 2013, Disponible en: <http://www.elsalvador.com/noticias/EDICIONESANTERIORES/agosto29/NACIONAL/nacio6.html>
- OMS. Embarazo en adolescencia. [Sede web]. Ginebra, Suiza, septiembre 2014, Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>.

- UNFPA. Embarazos en adolescentes deben disminuir [Sede web]. S.S. Gloria Marisela Moran, 30 de Octubre 2013, Disponible en: <http://www.contrapunto.com.sv/genero/unfpa-embarazos-enadolescentesdeben-disminuir>.
- UNFPA. 69 Partos de Adolescentes por día en El Salvador [Sede web]. S.S. Diario.com [30 de Octubre 2013], Disponible en: <http://diario1.com/nacionales/2013/10/69-partos-de-adolescentes-por-dia-en-el-salvador/>

ANEXOS

ANEXO N°2
Costo de la investigación

DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	TOTAL
Protocolo de la Investigación			
Resma de papel	2	\$4.00	\$8.00
Folders	10	\$0.15	\$1.50
Fastener	10	\$0.10	\$1.00
Internet/hora	50	\$0.60	\$30.00
Digitado	75	\$0.20	\$15.00
Impresiones	120	\$0.05	\$6.00
Anillado	2	\$2.00	\$4.00
Lapiceros.	6	\$0.25	\$1.50
Fotocopias	100 pág.	\$0.02	\$2.00
Informe Final			
Fotocopias	500 pág.	\$0.02	\$10.00
Digitado Informe Final	150	\$0.20	\$30.00
Empastado de Informe Final	4	\$10.00	\$40.00
Impresiones	600	\$0.05	\$30.00
Internet/hora	50	\$0.60	\$30.00
Imprevistos	10%		\$20.9
TOTAL			\$209.00

ANEXO N°3

N° de encuesta: 1



Instrumento de recolección de datos

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



CUESTIONARIO SOBRE LOS FACTORES SOCIALES DEL EMBARAZO DIRIGIDO A LAS ADOLESCENTES INSCRITAS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN MATERNA, DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR, DEL MUNICIPIO DE APOPA, EN EL PERIODO DE OCTUBRE-NOVIEMBRE DEL 2015.

Objetivo del instrumento:

Recopilar la información necesaria para la determinación de los factores sociales del embarazo en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las unidades comunitarias de salud familiar, del Municipio de Apopa.

Indicaciones:

- Lea detenidamente cada pregunta y responda escribiendo una "X" en la casilla que corresponde de cada interrogante.
- Si usted lo desea el cuestionario puede ser llenada por la investigadora.
- Se le solicita contestar todas las interrogantes.
- Solo deberá responder un ítem por cada pregunta
- La información proporcionada será de mucha importancia para nuestra investigación, por lo que se solicita que responda claramente y honestamente las preguntas que se le hacen.
- Tiene derecho a retirarse cuando usted lo desee.
- Se garantiza la confidencialidad personal.

DATOS GENERALES:

- Fecha: _____ UCSF: _____ Edad: _____
- Edad del padre del bebé: Menor de 18 18-20 21-23 24-26 Mayor de 26
- Semanas de embarazo: _____ semanas. Semanas de puerperio: _____ semanas
- Ocupación: Estudiante Ama de casa Empleada Ninguno
- Ocupación de pareja: Estudiante Empleado Ninguno
- Escolaridad: Educación básica Educación media Sin escolaridad
- Estado civil: Casada Unión Libre Soltera Divorciada

I. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

1. ¿Cómo estaba integrada su familia antes del embarazo?

Padre, madre e hijos Padre e hijos Madre e hijos
Con abuelos Con tíos Padrastrós Pareja

2. ¿Le enseñaron valores éticos y morales en su familia?

Sí No

3. ¿Considera excelente la comunicación con su familia?

Sí No

4. ¿Considera excelente la comunicación con su pareja?

Sí No

5. ¿Considera excelente la relación familiar en su hogar?

Sí No

6. ¿Recibía usted apoyo de su familia antes de quedar embarazada?

Sí No

7. ¿Recibió apoyo de su familia al conocer su embarazo?

Sí No

8. ¿Considera usted que hubo cambios de actitud en su familia con su actual embarazo?

Si No Cuales: _____

9. ¿Cree que recibirá apoyo de su familia ya con el recién nacido?

Sí No

10. ¿Cuál fue el trato de su pareja hacia usted al conocer sobre su embarazo?

Apoyo Rechazo Abandono

11. ¿Considera que su madre cumplió con su rol dentro de su familia?

Sí No

12. ¿Considera que su padre cumplió con su rol dentro de su familia?

Sí No

13. ¿Cuáles son los planes para su vida, después del embarazo?

Trabajar Estudiar Cuidar a su bebé

II. CONOCIMIENTO Y PRACTICA SOBRE SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA

14. ¿Hablar sobre temas sexuales era prohibido en su familia?

Sí No

15. ¿Considera los temas sobre salud sexual y reproductiva que recibía en su centro educativo útiles para prevenir embarazos en adolescentes?

Sí No

16. ¿Con qué profesionales de salud ha recibido información sobre salud sexual y reproductiva?

Medico Enfermera Promotor Otro Ninguno

17. ¿De quién recibe orientación más completa sobre salud sexual y reproductiva?

Familia Escuela Amistades Medios de comunicación
Centros de salud Ninguno

18. ¿Habla con su pareja sobre temas de salud sexual y reproductiva?

Sí No

19. ¿En la iglesia donde asiste les dan información sobre salud sexual y reproductiva?

Sí No

20. ¿Participación en actividades religiosas sobre salud sexual reproductiva?

Sí No Sí su respuesta es no ¿Por qué?: _____

21. ¿Considera usted que la información sobre salud sexual y reproductiva impartida por la iglesia le ayuda a prevenir los embarazos no planificados?

Sí No

22. ¿Cuál considera la edad ideal para tener hijos?

10-14 15-19 20-24 25-34

23. ¿Conoces los riesgos de un embarazo en la adolescencia?

Si No cuales: _____

24. ¿Ha recibido orientación sobre planificación familiar para evitar nuevos embarazos?

Sí No

25. ¿Tiene prejuicios sobre el uso de método de Planificación familiar?

Si No

26. ¿Método de planificación familiar utilizado?

Hormonal Barrera Natural DIU Ninguno

27. ¿Conoce usted el uso del anticonceptivo de emergencia?

Sí No

28. ¿Ha utilizado usted el anticonceptivo de emergencia?

Sí No

29. ¿Por qué no ha utilizado el anticonceptivo de emergencia?

Es abortivo Iglesia lo prohíbe Dificil accesibilidad Otros

30. ¿Considera que hay facilidad de encontrar pornografía en internet?

Sí No

31. ¿Cree que las vallas publicitarias incitan el sexo libre?

Sí No

32. ¿Considera que algunos géneros musicales incitan a tener relaciones sexo coitales?

Sí No

33. ¿Cree usted que los programas de televisión que le gusta ver le incitan a tener relaciones sexo coitales?

Sí No

III. VULNERACION DE LOS DERECHOS EN SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA

34. ¿A qué edad inicio sus relaciones sexo coitales?

10-12 13-15 16-19

35. ¿Cuándo usted tuvo relaciones sexo coitales por primera vez fue con su consentimiento?

Sí No

36. ¿Con cuántas parejas a sostenido relaciones sexo coitales?

1 2 3 Mas

37. ¿Nº de embarazos?

1 2 3 Mas

38. ¿El embarazo fue planeado?

Sí No

39. ¿En su familia usted puede expresar su opinión y ser escuchado y tomado en cuenta?

Sí No

40. ¿Considera que su familia le proporcionó calidad de vida?

Sí No

41. ¿Tiene espacio íntimo para realizar sus cuidados personales en el hogar?

Sí No

42. ¿Participa en actividades de recreación y sano esparcimiento?

Sí No



ANEXO N°4

Consentimiento informado (Para ser sujeto de investigación)

El grupo investigador está conformado por 3 estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de El Salvador, realizan un estudio para conocer los factores sociales del embarazo en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, del municipio de Apopa. Por lo cual se le solicita su participación.

Si acepto participar en el estudio puede ocurrir lo siguiente:

- Se me pedirá que conteste preguntas acerca de los factores sociales del embarazo de las adolescentes, desde mi punto de vista.
- Perderé 20 minutos de mi tiempo para contestar el test, el cual no permitirá mentir y a la vez puedo interrumpir el test cuando desee.

Según la información brindada, el estudio dará resultados que no serán beneficios directos a mi persona, pero si ayudara a dar sugerencias para prevenir el aumento de los embarazos en adolescentes, siendo un beneficio para la población en general.

Yo tengo alternativas entre las cuales están:

- a) libertad de negarme a participar en la investigación.
- b) de retirarme en el momento que yo lo disponga.

Si participara no incurriría en ningún costo para mí.

Mis dudas o preguntas serán respondidas por los investigadores quienes tendrán la obligación de contestarlas.

El consentimiento informado será llenado previo a proporcionarle el instrumento de recolección de datos, el cual establece que LA PARTICIPACION EN ESTA INVESTIGACION ES VOLUNTARIA.

F. _____ F. _____
Participante Investigador.

Lugar y fecha: _____

ANEXO N°5

Definición de términos básicos.

1. Pubertad

La pubertad es el proceso en que los niños se transforman en personas sexualmente maduras, capaces de reproducirse. Comienza con los primeros cambios puberales y finaliza con la adquisición de la capacidad de reproducirse y con el cese del crecimiento somático.

2. Adolescencia

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud OMS; la adolescencia se define como el grupo poblacional que se encuentra entre 10 a 19 años de edad.

3. Adolescencia temprana

Periodo comprendido entre las edades de 10-14 años

4. Adolescencia tardía

Periodo comprendido entre las edades de 15 y 19 años

5. Autoestima

Es la capacidad de tener confianza respeto y aprecio por uno mismo, es como nos sentimos con nosotros mismos y como nos valorizamos. Se refiere al sentimiento positivo o negativo que experimentamos hacia nosotros.

6. Desintegración familiar

Es la desorganización familiar, constituye una modalidad de desintegración, la cual es el rompimiento de la unidad o quiebra en los roles de sus integrantes, por su incapacidad de desempeñarlos en forma consciente y obligatoria.

7. Embarazo no deseado

Es el embarazo no previsto, embarazo no planeado, imprevisto, es aquel que se produce sin deseo y se da por falló de métodos de planificación anti conceptivos.

8. Embarazo en adolescentes

Se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre. También se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad.

9. Familia

El grupo de personas relacionadas por lazos consanguíneos, como padres, hijos, hermanos, tíos, tías, primos, todas aquellas personas que descienden de un antepasado común, el sistema de parentesco también se forma por el matrimonio.

10. Familia nuclear

Es la familia formada por los padres e hijos, quienes habitan en la misma casa y mantienen relaciones estrechas, en todos los aspectos de la vida.

11. Familia ampliada.

Esta familia está constituida por padres, hijos y otros parientes cercanos (abuelos, tíos, primos, etc), habitando en la misma casa y abarcando más de dos generaciones.

12. Proyecto de vida

Es lo que planificamos hacer para nuestro futuro, son las metas que queremos alcanzar y vivir como lo proyectamos sobre la base de nuestra realidad.

13. Promoción de salud de adolescentes.

Proceso mediante el cual los individuos, las comunidades y la sociedad pueden proteger y mejorar su estado de salud.

14. Nivel de educación

Es cada uno de los tramos en que se estructura el sistema educativo formal. Los niveles de educación son: inicial, educación general, básica, polimodal y superior, no universitario.

15. Métodos de planificación familiar

Son métodos anticonceptivos que los seres humanos utilizan para evitar el embarazo.

16. Salud sexual y reproductiva

Es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.

17. Atención en salud sexual y reproductiva

La atención a la salud sexual y reproductiva es el conjunto de métodos, técnicas y servicios promocionales, preventivos, recuperativos y rehabilitadores, que contribuyen a la salud y al bienestar sexual y reproductivo de las personas de acuerdo con sus necesidades cambiantes en cada etapa de la vida.

18. Riesgo

Es la probabilidad de que acontezca un daño indeseado.

19. Riesgo obstétrico

Es la probabilidad de alterar el equilibrio del estado general físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el aparato reproductor. Se entiende por riesgo obstétrico como todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer, que pueden propiciar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o que puedan alterar de alguna forma del desarrollo normal o la supervivencia del producto.

20. Enajenación

Estado de una persona que siente un placer o admiración tan intenso por algo, que no puede apartar la atención de ello.

21. Violación

Delito que consiste en tener relaciones sexuales con una persona sin su consentimiento o con un consentimiento obtenido mediante la violencia, amenaza o engaño.

22. Agresión sexual

Relación sexual sin consentimiento con la otra persona.

23. Estupro

Es un delito sexual que se produce cuando una persona, generalmente mayor de edad, mantiene relaciones sexuales, con una persona adolescente.

24. Prevalimiento

Designa un escenario en el cual el autor del delito se aprovecha de una concreta y especial situación de superioridad, confianza, prestigio o potestad con respecto a la víctima para poder cometer con éxito el acto.

25. Acoso sexual

El acoso sexual es genéricamente la manifestación de una serie de conductas compulsivas de solicitud de favores sexuales con distintas formas de proceder dirigidas a un receptor contra su consentimiento.

26. Corrupción

Acción y efecto de corromper, echar a perder algo.

27. Prole

Conjunto de hijos de una persona.

ANEXO N °7

Guía de entrevista para pre investigación.

Al párroco:

- Recibe usted temas de educación sexual.
- Entre los temas q imparte a los feligreses incluye temas de salud sexual y reproductiva.
- Qué opina sobre el embarazo en la adolescencia.
- Es aceptada o no una adolescente embarazada en su congregación.
- Como imparte los temas de salud sexual reproductiva.

Al Profesor:

- En los programas q imparte a sus alumnos incluye temas de salud sexual y reproductiva.
- Le gusta impartir temas de salud sexual y reproductiva.
- Lo capacitan a usted para impartir temas de salud sexual y reproductiva.

Alumnos:

- Durante las clases le hablan de salud sexual y reproductiva.
- Los temas relacionados con la sexualidad son bien explicados por sus profesores.
- Reciben charlas o entregas educativas de salud sexual.
- Cuando tienes dudas acerca de la sexualidad te son aclaradas por tu profesor.

Personal de salud:

- Disponibilidad del anticonceptivo de emergencia
- Uso y frecuencia del anticonceptivo de emergencia

Farmacia: disponibilidad de venta del anticonceptivo de emergencia.