

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



**Universidad de El Salvador**

*Hacia la libertad por la cultura*

**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL APARECIMIENTO DE EMBARAZOS EN  
ADOLESCENTES INSCRITAS EN EL PROGRAMA DE ATENCION MATERNO  
EN LAS UCSFB DE HIGUERAS, DERRUMBADO (LISLIQUE) Y SAN FELIPE  
(PASAQUINA) MARZO-AGOSTO 2016.**

Informe Final Presentado Por:

LOPEZ CAMPOS, CESAR ABDON  
LAZO MATA, CARLOS ERNESTO  
MERLOS ROMERO, PABLO EFRAIN

Para Optar al Título de:  
DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:  
Dr. ROBERTO HENRY REYES MERLOS

San Salvador, Noviembre 2016.

## CONTENIDO

	PAG.
<b>I.</b> TITULO DE LA INVESTIGACION.....	1
<b>II.</b> RESUMEN.....	2
<b>III.</b> INTRODUCCIÓN.....	3
<b>IV.</b> OBJETIVOS.....	8
<b>V.</b> MARCO TEORICO.....	9
<b>VI.</b> DISEÑO METODOLÓGICO.....	34
<b>VII.</b> RESULTADOS.....	41
<b>VIII.</b> DISCUSION.....	69
<b>IX.</b> CONCLUSIONES.....	76
<b>X.</b> RECOMENDACIONES.....	78
<b>XI.</b> BIBLIOGRAFÍA.....	81
<b>XII.</b> ANEXOS.....	82

**I. TITULO**

**“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL APARECIMIENTO DE EMBARAZOS  
EN ADOLESCENTES INSCRITAS EN EL PROGRAMA DE ATENCION  
MATERNO EN LAS UCSFB HIGUERAS, DERRUMBADO (LISLIQUE) Y SAN  
FELIPE (PASAQUINA) MARZO-AGOSTO 2016.”**

## **II. RESUMEN**

Siendo la adolescencia una etapa crítica del ser humano en las cuales se realiza una transición del ser niña/o a adulto/a, y además una etapa de mayor influencia de factores biopsicosociales para la definición de un estilo de vida donde se pueden tomar decisiones que afecten los proyectos de vida.

En este informe se presenta los resultados del trabajo de investigación sobre factores que influyen en el apareamiento de embarazos en adolescentes inscritas al programa materno de las unidades comunitarias de salud familiar (UCSF) Derrumbado (Lislique), Higueras (Lislique) y San Felipe (Pasaquina), en el periodo de marzo-agosto 2016.

El problema de investigación fue identificado al observar la alta cantidad de adolescentes embarazadas que consultaron a las UCSF, nuestro objetivo fue determinar los factores que influyen en el apareamiento de embarazos en las adolescentes inscritas en el programa de atención materno de las UCSFB de Higueras, Derrumbado y San Felipe Marzo - Agosto 2016.

La investigación fue descriptiva de corte trasversal ya que se detalló y caracterizó los significados que tiene la población en un periodo de tiempo determinado, atreves de una serie de preguntas y la entrevista realizadas.

Se logró identificar muchas condiciones que influyen en que se presenten como la deficiente educación, la repetición de roles, los bajos ingresos económicos, la falta de inclusión a programas de planificación familiar, las relaciones sexuales precoces y el grado de funcionalidad que existe en sus familiar, lo que condicionan presentar embarazos lo cuales aumentan considerablemente los riesgo de morbimortalidad materno e infantil que existen.

### **III. INTRODUCCION**

El embarazo en adolescentes es un asunto complejo con muchas razones para preocuparse. Los niños de 12 a 14 años de edad son más propensos que otros adolescentes a tener relaciones sexuales no planeadas y de ser convencidos a tener sexo. Hasta dos tercios de embarazos en la adolescencia ocurren en adolescentes de 18 a 19 años de edad.

La adolescencia es definida como la edad comprendida entre 10 años y 19 años según la organización mundial de la salud (OMS), está inmersa en la juventud (10-24 años de edad). Es la etapa que marca el proceso de transformación del niño en adulto, es un período de transición que tiene características peculiares.

A diferencia de lo que sucede en los niños, en los adolescentes, en la medida que aumenta la edad, se incrementa la mortalidad. La prevención primordial y la promoción de factores generales y específicos de protección evitan y controlan los daños y trastornos en la salud del adolescente. Algunos de estos factores de protección incluyen la educación, la nutrición, las inmunizaciones, el ejercicio físico, el tiempo libre justo, la promoción de las actividades familiar, la atención al desarrollo emocional, las oportunidades de trabajo y el desarrollo de cambios en las legislaciones favorables para el niño y el adolescente.

En lo anterior cabe destacar que las adolescentes tienen un mayor riesgo de sufrir morbimortalidad materna e infantil ya que no se encuentran con la madures física, mental y social para enfrentar los cambios que trae consigo el embarazo. En El Salvador la Ley LEPINA estipula en cuanto al embarazo no planificado o en la adolescencia que toda niña o adolescente embarazada es considerada en un estado de alto riesgo obstétrico y perinatal, por tanto debe recibir atención médica de manera integral e integrada, en las instituciones de salud pública. También hace referencia que el estado debe establecer programas específicos para la prevención a través de la información, educación y la atención del embarazo no planificado o en la adolescencia en niñas y adolescentes.

En El Salvador el embarazo en adolescentes es un problema de gran magnitud; tanto para sus implicaciones socioeconómicas, como por el alto porcentaje de mujeres menores de 20 años y mayores de 10 años que anualmente se convierten en madres. Tal es así que a nivel nacional según el Ministerio de Salud en el 2015 fueron inscritas en el programa materno 82,691 mujeres embarazadas, de las cuales 25,021 son adolescentes embarazadas que oscilan entre las edades de 10 a 19 años, las que no solamente enfrentan problemas médicos para la salud de ellas y de sus hijos, sino que también sufren posteriormente problemas socioeconómicos ya que incrementan sus posibilidades de: recibir menos educación, tener mayor dificultad para conseguir un empleo, sufrir abandono de su pareja, vivir en la pobreza, entre otros.

En el año 2015 en el departamento de La Unión hubo un total de 8,653 embarazos según datos del Ministerio de Salud entre 9-19 años de edad de los cuales el 1.52% (132) fueron embarazos entre 10-14 años y un 29.28% (2,534) entre 15-19 años de edad, en total los embarazos entre 9-19 años un 30.81% (2,666).

En el año 2015 los embarazos que hubieron en las UCSF higueras, Derrumbado y San Felipe los siguientes embarazos: UCSF Higueras hubieron 24 embarazos en total de esos embarazos 42% fueron embarazos en adolescentes de los cuales fueron 20% embarazos entre la edad 10-14 años y 80% embarazos entre 15-19 años. UCSF Derrumbado: hubo 56 embarazos en total de estos 36% embarazos fueron en adolescentes. En la UCSF San Felipe: hubo 56 embarazos de estos 27% fueron embarazos en adolescentes.

En el año 2016 en el periodo de enero a junio los embarazos que hay actualmente en las UCSF Higueras, Derrumbado y San Felipe: UCSF Higueras: 22 embarazadas de estas 64% embarazadas adolescentes. UCSF Derrumbado: 26 embarazadas de estas 35% son

embarazadas adolescentes. UCSF San Felipe: 33 embarazadas de estas 27% son embarazadas adolescentes.

Según el boletín “Desafíos”, una publicación de la CEPAL (Comisión Económica Para América Latina) y UNICEF (El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), publicado 2,007 incluyen los siguientes factores:

- ✓ Cambios socioeconómicos.
- ✓ Nuevos estilos de vida.
- ✓ Insuficiente educación sexual.

Según el Estado Mundial de la Infancia 2007, las niñas menores de 15 años tienen cinco veces más probabilidades de morir durante el embarazo que las mujeres mayores de 20 años. Si una madre tiene menos de 18 años la probabilidad de que su bebé muera durante el primer año de vida es un 60%; incluso en caso de que sobreviva existe una mayor probabilidad de que sufra de bajo peso al nacer, de desnutrición o de retraso en el desarrollo físico y cognitivo.

Según la FESAL (Encuesta Nacional de Salud Familiar) 2008 en El Salvador muestran que en grupo de mujeres de 15 a 19 años alrededor del 18% tienen al menos un hijo vivo cifra que asciende alrededor del 56% en el grupo de 20 a 24 años de edad.

Los datos indican que en promedio las mujeres adolescente jóvenes quedan embarazadas de hombre mayor de edad que ellas siendo 17.3 años para ellas y 22.5 años para ellos. Una de cada dos mujeres de 15 a 24 años tiene su primera experiencia sexual. El promedio de edad para iniciar la vida sexual es de 16.3 años y es más frecuente la primera relación clasificada como premarital que la marital. Prácticamente dos de cada tres mujeres de 15 a 24 años cuya relación sexual fue premarital no usaron ningún método de anticoncepción en esta ocasión fue de 16.3 años para su edad.

Según FESAL en El Salvador las adolescentes de 15 años que tuvieron su primera experiencia sexual el 8.4% quedaron embarazadas. Adolescentes de 19 años que tuvieron su primera experiencia sexual el 43% quedaron embarazadas.

El porcentaje de adolescentes que son madres aumentó entre 1990 y 2010 en la mayoría de países con datos disponibles (12 de 18 países) y, si bien la maternidad se concentra en el grupo de 18 a 19 años, el incremento fue relativamente mayor entre las adolescentes de 15 a 17 años. Según CEPAL en América Latina un 30% de las mujeres son madres durante la adolescencia.

El número de embarazos tempranos es sistemáticamente más elevado en el campo que en la ciudad. Persiste además una marcada asociación entre el nivel educativo de las jóvenes y la proporción de madres. En casi la mitad de los países con datos disponibles la maternidad adolescente entre las jóvenes que llegaron como máximo al nivel escolar primario es más del triple que aquellas que alcanzaron el nivel secundario. Hay brechas también según la pertenencia étnica y el nivel de ingresos.

Estudio realizado en la primera reunión de la CEPAL en agosto 2013 en Montevideo la Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe junto con gobiernos, sociedad civil y organismos internacionales.

Será el momento de hacer balance tanto en esta materia como en otras muchas también relacionadas con los jóvenes. Sabemos que son las nuevas generaciones las que tendrán en sus manos el reto de construir sociedades que crezcan con igualdad y sostenibilidad ambiental. Es imperativo comenzar ahora a preparar este camino, este futuro, que es el de todos.

Fue importante llevar a cabo esta investigación debido a que muchas adolescentes, que tienen un futuro por delante, quedan embarazadas principalmente entre las edades de 10 a 19 años, es por eso que esta investigación brindan información sobre los factores que



predominan y que afectan a las jóvenes adolescentes provocando altos índices de embarazos.

Las limitantes es la poca colaboración mostrada por las pacientes, ya que se indagaba en las temas que para la sociedad es tabú, además cuando se pedía profundizar en algún tema ellas se mostraban cerradas y no facilitaban el acceso a su información.

## **IV. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar los factores que influyen en el apareamiento de embarazos en las adolescentes inscritas en el programa de atención materno de las UCSFB de Higuera (Lislique), Derrumbado (Lislique) y San Felipe (Pasaquina), Marzo - Agosto 2016

### **OBJETIVO ESPECIFICO**

- Identificar los principales factores sociodemográficos, culturales y económicos que influyen en el apareamiento de embarazo en las adolescentes
- Relacionar el nivel educativo, con el conocimiento de salud sexual y reproductiva que posee las embarazadas adolescentes inscritas en el programa de atención materno.
- Establecer la relación de los embarazos en adolescentes con los antecedentes familiares de embarazos precoz.

## V. MARCO TEORICO.

El embarazo en la adolescencia es el resultado de la determinación social y se ha convertido en seria preocupación para varios sectores; para salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables para las madres, su hijo o hija; y por las implicaciones del aborto y el suicidio. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene como adolescente y sus familiares, tales como baja autoestima, falta de oportunidades para continuar estudios o encontrar trabajo digno; discriminación y exclusión, estigmatización. Hay que tomar en cuenta que nos estamos refiriendo en embarazos en adolescente que no solo implica la responsabilidad para la mujer sino también para los hombres, por lo que se vuelve necesario trabajar una responsabilidad compartida y social. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia ya que una adolescente embarazada a pesar de la condición no pierde las características psicosociales de esta edad.<sup>1</sup>

La OMS define como *adolescencia* al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 19 años<sup>2</sup>

Entre los 10 y 19 años, los jóvenes experimentan cambios en la estructura corporal, fisiología y el funcionamiento psicológico y social. Las hormonas establecen esta agenda del desarrollo, junto con las estructuras sociales diseñadas para favorecer la transición desde la infancia hasta la vida adulta. La adolescencia progresa a través de tres periodos distintos: precoz (10 – 13 años), media (14 – 16 años) y tardía (17 – 19 años), cada uno

---

<sup>1</sup> Lineamientos técnicos para el desarrollo de círculo educativo con adolescentes embarazadas., 2015

<sup>2</sup> 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. Manual OMS planificación familiar.

de ellos marcado por un conjunto de características biológicas, psicológicas y sociales sobresalientes. (Stanton, 2008).

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

- **Adolescencia Precoz: (10- 13 años)**

Caracterizada por el inicio de la maduración sexual, extrema curiosidad por su cuerpo, muchas fantasías sexuales, exploración acentuada del autoerotismo y se interrelaciona con una sexualidad donde lo físico predomina (coquetería, amor platónico, etc.).

- **Adolescencia Media: (14-16 años)**

Completa maduración sexual, manifestación de alta energía sexual con énfasis en el contacto físico y conducta sexual exploratoria (puede presentarse experiencias homosexuales, relaciones heterosexuales no planificadas), negación de las consecuencias de la conducta sexual (por sentimientos de invulnerabilidad), falta de información y educación sexual, relaciones intensas y fugaces.

- **Adolescencia Tardía: (De 17 a 19 años)**

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

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la adolescencia como la etapa que va desde los 10 años a los 19 años. No obstante, la auténtica adolescencia es un período que se caracteriza por profundos cambios físicos, psicológicos y sociales donde es difícil establecer límites cronológicos precisos para este período vital. En esta etapa de la vida, el embarazo suele representar un problema desde el punto de vista sanitario y social.

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

La relación entre la conducta sexual del adolescente y otras preocupaciones más amplias son claras. Los estudios demuestran que las conductas de riesgo tienen factores comunes interrelacionados. Por ejemplo, los adolescentes que tienen un embarazo no deseado, practican el sexo sin protección y de riesgo, y tienen relaciones abusivas que suelen ser los mismos que consumen sustancias y tienen bajo rendimiento escolar. Hay estudios que muestran que el consumo de sustancias está relacionado con una conducta sexual de riesgo, lo que a su vez lleva a un aumento en la incidencia de embarazos no deseados e ITS, incluyendo el VIH/SIDA (Jessor, 1998). La alta fertilidad en la adolescencia está ligada a un bajo nivel educacional y a la pobreza y viceversa (Buvinic, 1998,1997); más aún, el comportamiento de riesgo se relaciona con el bajo rendimiento escolar y una menor supervisión y apoyo por parte de la familia. Las causas subyacentes a estos problemas se originan en un pobre desarrollo psicosocial y en factores sociales y medioambientales inadecuados.

El consenso social sobre la maternidad adolescente se ha modificado con el transcurso del tiempo y los cambios sociales que han tenido lugar. De este modo, desde hace ya tres décadas, este fenómeno se ha convertido en una preocupación para varios sectores de la sociedad básicamente urbana: desde el punto de vista de la salud por la

mayor incidencia de resultados perinatales desfavorables cuando la joven lleva adelante el embarazo, o por las implicaciones del aborto, si decide interrumpirlo.

El embarazo y maternidad de adolescentes son más frecuentes que lo que la sociedad quisiera aceptar. Es un suceso difícil que afecta la salud integral de los padres adolescentes, la de sus hijos, familiares y de la comunidad en su conjunto.

El embarazo de adolescentes se relaciona con tres factores: las probabilidades de iniciar precozmente las relaciones sexuales y tener un embarazo no deseado. En 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.

Entre los cambios que suceden en la adolescencia se encuentran:

**Menarquía:** Este acontecimiento se modifica por factores genéticos familiares; en una misma familia la mayoría de las mujeres tienen su primera menstruación en edades similares.

El promedio de edad de la menarquía ha bajado en el último siglo, y su magnitud y los factores responsables siguen en discusión. Ocurre de los 14 a los 16 años, actualmente estos cambios suelen aparecer entre los 8 y los 16 años. La edad de la menarquía varía de una adolescente a otra. Las diferencias físicas pueden ser muy marcadas: mientras unas niñas ya se han desarrollado completamente otras aún no han iniciado el proceso de desarrollo.

El embarazo o gravidez (del latín *gravitas*) es el período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen

en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.<sup>3</sup>

### **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."

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

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

---

<sup>3</sup> CLAP/SMR Publicación científica N° 1577, 3ra Edición. Año 2011

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).

### **Definición de Salud Reproductiva de la OMS**

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, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo.

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 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. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y tener acceso a métodos de su elección seguros, eficaces, aceptables y económicamente asequibles en materia de planificación familiar, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos y 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.<sup>4</sup>

### **EMBARAZO EN ADOLESCENTES.**

El embarazo adolescente se define: *“es el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando el adolescente es aun dependiente de su núcleo familiar de origen.”* (Issler, 2001)

**Embarazo en la adolescencia o embarazo temprano,** *es el que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente.* (Gilberto Enrique Menendez, 2015)

---

<sup>4</sup> 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. Manual OMS planificación familiar

La edad de la madre tiene consecuencias importantes en el embarazo si se ubica en algunos de los extremos de la vida (inicio de las adolescencias o finales de la etapa de la reproducción).

Las adolescentes son más propensas a padecer anemia y a tener hijos con restricción del crecimiento, partos pre términos y mayor mortalidad de los recién nacidos. La frecuencia de enfermedades de transmisión sexual (comunes entre las adolescentes) es mayor durante el embarazo. Muchos de los embarazos de adolescentes son imprevisto y por ello rara vez solicitan asesoramiento previo a la concepción.

La adolescente aún está en fase de crecimiento y desarrollo, por lo que sus necesidades calóricas son mayores que en el adulto. La adolescente con peso normal o con bajo peso deben recibir orientación para incrementar 400 Kcal/día ingesta calórica. Por el contrario la adolescente obesa no necesita calorías adicionales es importante orientarlas para que aprendan a identificar o prevenir las complicaciones más comunes del embarazo.

La mayoría de las adolescentes no planea embarazarse, pero muchas lo hacen. Los embarazos en la adolescencia tienen riesgos adicionales de salud tanto para la madre como para el bebé. Con frecuencia, las adolescentes no reciben cuidados prenatales a tiempo y tienen mayor riesgo de hipertensión arterial y sus complicaciones durante el embarazo. Los riesgos para el bebé incluyen partos prematuros y niños con poco peso al nacer. Los adolescentes de hoy crecen rodeados de una cultura donde compañeros, televisión, cine, música y revistas transmiten frecuentemente mensajes manifestados o secretos en los cuales las relaciones sexuales en los noviazgos jóvenes son comunes, aceptadas y a veces, esperadas.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Política Nacional de salud sexual y reproductiva, año 2004.

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

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

El embarazo en la adolescencia se considera desde el punto de vista médico y social como una situación de riesgo para la salud y el desarrollo personal de la madre, su hijo o hija y su pareja. Aunque no se tienen cifras fidedignas, se estima que un gran porcentaje de los nacimientos que ocurren en menores de edad son embarazos no planeados y probablemente no deseados. (Rodriguez, 2009-2014).

## **FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS**

### **FACTORES SOCIALES.**

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera (Issler, 2001):

- ***Sociedad Represiva:*** niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.
- ***Sociedad Restrictiva:*** tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.
- ***Sociedad Permisiva:*** tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.
- ***Sociedad Alentadora:*** para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico.

Dentro de las causas sociales podemos mencionar:

1. Inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas.
2. Permanecer más tiempo solas(os).
3. Pocas oportunidades de esparcimiento y educación.
4. Poca información y a veces deformada sobre educación sexual y anticoncepción.
5. Abundancia de programas que incitan a las relaciones sexuales.
6. Tendencia a la reproducción del modelo materno (hijos a temprana edad).
7. Falta de acceso a los servicios de planificación familiar.

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

1. ***Estratos medio y alto:*** la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.
2. ***Estratos más bajos:*** donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse.

Existe abundancia de propaganda que incita las relaciones sexuales, tendencia a la reproducción de la madurez materna (hijos a temprana edad), falta de acceso a los servicios de planificación familiar. Una unidad psicosocial sujeta a la influencia de los factores socioculturales, protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis.

Entre los factores socioculturales: el embarazo de la adolescente está relacionado con la condición de la mujer en las diferentes sociedades. Esta se describe en términos de su ingreso, empleo, educación, salud y fertilidad y también los roles que ella desempeña en la familia y la comunidad. También incluye la percepción de la sociedad sobre estos roles y el valor que esta le otorga. El estereotipo de la mujer de baja condición es la mujer con un niño al pecho, embarazada y varios niños más alrededor de su falda. Es la mujer para quien la maternidad ha sido el único destino desde su nacimiento, ella se ve mayor de la edad que tiene, su salud está revestida por embarazos a repetición, la maternidad y el

trabajo doméstico agotador. Es típico su baja escolaridad, falta de ingreso, falta de empleo, salud inadecuada y falta de acceso a la salud.

El machismo y la necesidad del varón de probarse es un factor dinámico en el comportamiento del varón "preñador", en el que también se ha demostrado la exigencia de una gran carencia afectiva y necesidades no satisfechas. El machismo influye el patrón de conducta sexual y el uso de métodos anticonceptivos (especialmente entre los adolescentes). La imagen de una mujer pasiva, silenciosa, dependiente, es el resultado de una generación de privación y restricciones impuestas para mantener el dominio masculino en la vida diaria. Freíd Said, dice que esto se expresa en la negación del derecho de la mujer a la realización sexual, independiente de la reproducción. Esto refleja un sistema de valores que iguala maternidad con reproducción.

La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes. La precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, más bien la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones. La educación se ha descrito como el medicamento contra el fatalismo. Las mujeres analfabetas de los sectores rurales no entienden de la fisiología de la reproducción o como controlarla, en consecuencia aceptan el embarazo como una voluntad divina, una mujer sin educación está menos informada e indispuesta a buscar cuidados para su salud y atención médica. Se describe como factor de riesgo la baja escolaridad, las zonas de pobreza con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad familiar disfuncionales, falta de recursos a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo.

## **FACTORES CULTURALES.**

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

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

de salud entre otras cosas. Una madre adolescente que ya tiene problemas en su vida sin resolver, difícilmente podrá encontrar la solución a sus problemas adicionando responsabilidades a su vida.

5. "Los hijos/as deben tenerse jóvenes para gozarlos". Definitivamente que los hijos/as necesitan de la fortaleza y vigor de sus padres y entre más tiempo puedan disfrutarlos más reconfortante será para ambos. Sin embargo esto es tan importante como la seguridad y la estabilidad de los padres, condiciones que un adolescente difícilmente tiene. La juventud apenas empieza a los 20 años y entre más condiciones haya adquirido el/la joven para brindar a sus hijos/as mayores serán los beneficios.
6. "Entre más temprano tenga hijos/as una mujer es mejor". Los hijos/as deben tenerse cuando los futuros padres tienen las condiciones físicas, afectivas y económicas adecuadas, así como la madurez necesaria para ejercer la maternidad y la paternidad. Además, el hecho de tener un desarrollo corporal que permite un embarazo, no asegura la madurez psicológica de una madre para afrontar esa responsabilidad.

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

### **Religión**

La adolescencia está saturada de mitos comunes. Entender el proceso de desarrollo de la fe en las adolescentes puede servir de gran ayuda para entenderlas, obtienen de los adultos o jefes de iglesias las ideas acerca de Dios y de la religión.



Además debido al despertar de la pubertad, se le hace difícil mantenerse fieles a ciertas normas morales. Por ello no aceptan a la Iglesia y sus leyes, que con frecuencia les llegan totalmente deformadas, especialmente en lo referente a la vida sexual, pues ignoran los aspectos positivos de la Moral Cristiana y la ven tan solo como una moral de prohibiciones, por lo que consideran Moral y Religión como obstáculos para su desarrollo sexual y por ende estímulos para la primera relación sexual.

### **Nivel educativo de la adolescente embarazada.**

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

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

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

La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes. La precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, más bien la educación actúa mejorando la condición social y la auto

imagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones. La educación se ha descrito como el medicamento contra el fatalismo. Las mujeres analfabetas de los sectores rurales no entienden de la fisiología de la reproducción o como controlarla, en consecuencia aceptan el embarazo como una voluntad divina, una mujer sin educación está menos informada e indispuesta a buscar cuidados para su salud y atención médica. Se describe como factor de riesgo la baja escolaridad, las zonas de pobreza con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad familiar disfuncionales, falta de recursos a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo.

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

### **Salud Sexual y Reproductiva.**

La Política de Salud Sexual y Reproductiva entre los principios rectores contemplados están el de Equidad e Igualdad, no discriminación, integralidad, ética, entre otros; los enfoques considerados son de inclusión, ciclo de vida, de género, de derechos sexuales, derechos reproductivos y de los determinantes sociales. Las acciones consideradas están orientadas a toda la población en sus diferentes realidades y ciclos de

vida, para lo cual el rol del Estado a través de toda la institucionalidad es fundamental, iniciando con la intersectorialidad para garantizar que cada instancia asuma de acuerdo a sus competencias.

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

La promoción y consolidación de una sexualidad sana inicia desde la infancia, trasciende en la adolescencia, madura en la adultez y permanece en la vejez. El proceso reproductivo está íntimamente relacionado a la construcción de la sexualidad e incide en el momento de iniciar las relaciones coitales, la voluntad o no de embarazarse y la forma en que acceden o no a una maternidad segura; esta última vinculada directamente a las determinantes sociales. (Salud, 2004)

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

1. Alcanzar el nivel más elevado posible de salud en relación con la sexualidad, incluido el acceso a servicios de atención de la salud sexual y reproductiva.
2. Buscar, recibir e impartir información sobre la sexualidad.
3. Recibir educación sexual.
4. Respeto de la integridad física.
5. Elegir pareja.
6. Decidir si ser o no sexualmente activa.
7. Mantener relaciones sexuales de mutuo acuerdo.
8. Decidir si tener hijos, o no, y cuando.

9. Llevar una vida sexual satisfactoria, segura y placentera.

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

## **LEY DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA** **(LEPINA)** (Legislativa, 2009)

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

Asimismo, se destacan los contenidos de los siguientes artículos:

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

Cualquier niña, adolescente o mujer embarazada que se encuentre en peligro inminente de muerte o de sufrir daños irreparables para su salud o la del niño o niña por nacer y por ello requiera atención médica de emergencia, será atendida en la institución de salud pública o privada más cercana del lugar donde se encuentre, de acuerdo a lo establecido en el artículo anterior. La insolvencia del requirente o la falta de recursos de la institución requerida no eximirán la atención de la embarazada en trabajo de parto.

**Artículo 24.-** Embarazo precoz.

Toda niña o adolescente embarazada es considerada en un estado de alto riesgo obstétrico y perinatal, por tanto deberá recibir atención médica de manera integral en las instituciones de salud pública. El Estado, con la colaboración de la sociedad, deberá establecer una política pública y programas específicos para la prevención a través de la información, la educación y la atención del embarazo precoz en niñas y adolescentes.

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

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

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

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

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

## **VIOLENCIA**

Según Naciones Unidas, la violencia contra la mujer es todo acto de violencia basado en el género, que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico.

La violencia contra la mujer puede tener las siguientes formas:

- La violencia física, sexual y psicológica en la familia: incesto, violación por el marido y la violencia relacionada con la explotación.
- La violencia física, sexual y psicológica a nivel de la comunidad en general: violencia, hostigamiento, intimidación en el trabajo, en instituciones educativas y otros ámbitos, prostitución forzada.

- La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el estado donde quiera que ocurra.

El uso de la violencia contra las personas con menos poder dentro de las sociedades, no es solo una expresión de dominio y control, es una expresión de la dominación y subordinación basada en el género y la edad.

#### VIOLENCIA CONTRA LA MUJER:

- Es una forma de exclusión porque afecta las relaciones sociales, individuales y grupales en las normas de comportamiento que estructuran las relaciones interpersonales entre hombres y mujeres.
- Es aprendida.
- No es coyuntural, sino permanente.
- Constituye una violencia primaria que se reproduce generacionalmente.
- Permite el silencio y el sostenimiento en caso de incesto.
- Existe la dificultad para poner límites al agresor en casos de VIF
- Se extiende en muchas niñas hasta la edad madura.

#### LA VIOLENCIA EN SUS DIFERENTES MANIFESTACIONES EMPLEA:

- Fuerza física
- Psicológica
- Económica
- Política

El Ministerio de Salud, considera que la violencia es un problema que afecta a los individuos, familias y sociedad por lo que es un serio problema de salud pública. Además, es un problema que se sufre en todas las formas de violencia y en todo el ciclo de vida,

generando un incremento de la morbi-mortalidad de la población y una carga económica al sistema Nacional de Salud y al Estado general. Por lo mismo, la Ley Especial Integral para una vida Libre de Violencia para las mujeres; la Ley de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia. Las estrategias están encaminadas a la reducción de la violencia y mejorar la salud mental, atención integral, reducción de alcoholismo, promoción y Educación en estilos de vida saludables, estableciendo redes de comunicación para las referencias y atención de casos detectados en el establecimiento de salud con otras instituciones y la RIISS, violencia contra las mujeres, y el Embarazo Precoz.<sup>6</sup>

Prácticamente una de cada dos mujeres alguna vez casadas o unidas reporto que fue alguna vez objeto de violencia de pareja alguna vez en su vida incluyendo al menos una de cada cuatro de violencia física y al menos una de cada ocho violencia sexual. Prácticamente una de cada 10 mujeres reporto violación sexual con o sin penetración y para más de la mitad de ellas, la primera vez ocurrió cuando tenían menos de 20 años de edad.<sup>7</sup>

## **FACTORES FAMILIARES.**

Una familia con un funcionamiento adecuado, o familia funcional, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud favorables en éstas. Así como también que una familia disfuncional o con un funcionamiento inadecuado, debe ser considerada como factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros.

---

<sup>6</sup> MINSAL PLAN DE PREVENCIÓN DE VIOLENCIA 2016

<sup>7</sup> INFORME RESUMIDO FESAL 2008

Para reafirmar este criterio queremos apoyarnos en el concepto de salud brindado por la OMS, donde se concibe ésta no sólo como ausencia de síntomas sino también el disfrute de un bienestar psicológico y social.

La familia como grupo social debe de cumplir 3 funciones básicas que son: la función económica, la biológica y la educativa, cultural y espiritual, es precisamente éste uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, o sea, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo. Sin embargo, para hacer un análisis del funcionamiento familiar, creemos necesario verlo con una perspectiva sistémica, pues la familia es un grupo o sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y a la vez integrada a un sistema mayor que es la sociedad.

Concebir a la familia como sistema implica que ella constituye una unidad, una integridad, por lo que no podemos reducirla a la suma de las características de sus miembros, o sea, la familia no se puede ver como una suma de individualidades, sino como un conjunto de interacciones. Esta concepción de la familia como sistema, aporta mucho en relación con la casualidad de los problemas familiares, los cuales tradicionalmente se han visto de manera lineal (causa-efecto) lo cual es un enfoque erróneo, pues en una familia no hay un “culpable”, sino que los problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema. El funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal, sino circular, o sea, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa. El enfoque sistémico nos permite sustituir el análisis de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, que es lo que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y por tanto a las causas de la disfunción.



A la hora de hablar de funcionamiento familiar encontramos que no existe un criterio único de los indicadores que lo miden. Algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros.

Otros autores señalan como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas.<sup>8</sup>

El sistema familiar debe permitir el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros. Para hacer un análisis de este indicador hay que tener en cuenta los vínculos familiares que intervienen en la relación autonomía-pertenencia. En muchos casos familiares, para mostrar lealtad, hay que renunciar a la individualidad y este conflicto se puede ver tanto en las relaciones padre- hijo, como en las de pareja o sea generacionales e intergeneracionales.

El sistema familiar debe existir flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos: aquí hay que analizar los vínculos familiares que intervienen en la relación asignación-asunción de los roles, o sea, aquellas pautas de interacción que tienen que ver con lo que se debe y no se debe hacer y con las funciones, deberes y derechos de cada miembro del grupo familiar.

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, como podría ser en casos de madres adolescentes o de hogares monoparentales y también

---

<sup>8</sup> Herrera, P. M. (1997). Familia funcional y Disfuncional, un indicador de salud. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. V.13 n.6, Ciudad de La Habana, Cuba

se deben a sobrecargas genéricas o por estereotipos genéricos que implican rigidez en cuanto a las funciones masculinas y femeninas en el hogar.

La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía, (por ejemplo: la madre que pide autorización al hijo para volverse a casar) y cuando la jerarquía se confunde con el autoritarismo.

No se puede hablar de funcionabilidad familiar como algo estable y fijo, sino como un proceso que tiene que estar reajustando constantemente. Por lo tanto, la principal característica que debe tener una familia funcional es que promueva un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio.

Familia disfuncional (tensión y conflicto familiar), familia en crisis, pérdida de un familiar, enfermedad crónica de algún familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, vínculo más estrecho con el padre, padre ausente. La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los micros ambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia. Un mal funcionamiento puede predisponer a una relación sexual prematura, un adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de las relaciones sexuales y además puede encontrar alivio a la soledad y abandono a través de un embarazo que le permita huir de un lugar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto.

La homeostasis familiar que se establece entre los miembros facilita una relación emocional y física, promueve el desarrollo individual y familiar para mantener el equilibrio, cada familia utiliza valores, normas y reglas que condicionan y marcan las relaciones tanto en el medio externo como en el interno.

Las adolescentes se enfrentan a una diversidad de problemas dentro de los cuales se encuentran: Al estar presente los problemas económicos en el hogar, la adolescente trata de conseguir un marido que la acompañe y la ayude a sobrevivir económicamente; frecuentemente pasan de la dependencia de los padres a la dependencia del marido. Se menciona además los ingresos económicos insuficientes, conduciendo así a un embarazo precoz. Los problemas Psicológicos, como la soledad, conflictos familiares, alcoholismo, inestabilidad emocional y baja autoestima. Los problemas socioculturales: como el antecedente de embarazo de la madre o hermana antes de los 19 años de edad y el machismo.

## **VI. DISEÑO METODOLOGICO**

### **TIPO DE ESTUDIO**

El tipo de estudio que se realizó fue descriptivo de corte transversal.

- Carácter descriptivo porque permitió caracterizar y detallar los significados que fueron brindados por la población
- De corte transversal, ya que se estudió las variables en un período determinado de tiempo, siendo este del mes de Marzo - Agosto 2016.

### **PERIODO DE INVESTIGACION**

La presente investigación se realizó en el período comprendido entre los meses Marzo - Agosto de 2016.

### **UNIDAD DE ANALISIS.**

Adolescentes Embarazadas de las UCSFB de Higueras, Derrumbado y San Felipe

### **UNIVERSO Y MUESTRA**

- **Universo:** Fueron las embarazadas adolescentes que se encuentran inscritas en el programa de atención prenatal de las UCSFB de Higueras, Derrumbado y San Felipe que son 47 embarazadas.
- **Muestra:** debido a que fue una población finita y relativamente pequeña, no se trabajó con muestra y se entrevistó a la totalidad de la población.

### **VARIABLES**

Variable independiente: Factores de Riesgo

Variable Dependiente: Embarazos en Adolescentes

**OPERACIONALIZACION DE VARIABLE.** (Ver recuadro anexo)

Objetivos	Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Indicador	Valor	Fuente de Información	Técnica	Instrumento
Identificar los principales factores sociodemográficos, culturales y económicos que influyen en el apareamiento de embarazo en las adolescentes	Factores sociodemográficos, culturales y económicos y económicos (VI)	Factores Sociodemográficos: Son los factores relativos a los aspectos y modelos sociales y características de la población	Son las actividades, actitudes de la población que interviene para la definición del ser	Estado Civil	Casada Acompañada Soltera Divorciada	Usuaría	Entrevista	Encuesta
				Procedencia	Rural Urbano			
				Nivel Educativo	Ninguno Parvularia Básica Bachillerato Técnico Universitaria			
				Nivel de integración Familiar	Nuclear Extensa Mono parenteral Homoparenteral Mixta Ensamblada De padres Separados			
				Nivel de Funcionalidad de la Familia	Funcional Moderadamente funcional Disfuncional Severamente disfuncional			
		Factores Culturales: son las actividades propias de una persona que influye constantemente en	Saberes, creencias y pautas de conducta de un ser Humano	Religión	Atea Católica Evangélica Testigo de Jehová Mormón Otras	Usuaría		

			estas ya sea positiva o negativamente			Actividades en Tiempo Libres	Deporte Ver Televisión Escuchar Música Otras		
						Violencia Familiar	Si No (de acuerdo a la Hoja Filtro de Violencia del Minsal)		
			Factores Económicos: son actividades que tienden a incrementar la capacidad productiva de bienes y servicios de una persona, para satisfacer sus necesidades.	Nivel de poder adquisitivo de una persona que ayudan satisfacer las necesidades ( Obtención de ingresos por su actividad laboral, comercial o productiva)		Ingresos Económicos	< \$ 252.52 = \$ 252.52 > \$ 252.52	Usuarías	
						Ocupación	Ama de casa Estudiante Empleada Desocupada		
	Embarazos en Adolescentes. (VD)	Estado de Gravidéz comprendido entre 10 años y 19 años.	Saberes del completo estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es solamente la ausencia de	Adolescentes en estado de gravidéz independientemente de las semana de gestación.		Semanas de Gestación	Menor de 12 semanas 12 – 27 semanas Mayor de 28 semanas	Expediente Clínico, Biometría por USG, Usuaría	Entrevista Encuesta
Relacionar el nivel educativo, con el conocimiento de salud sexual y reproductiva que posee las embarazada	Conocimiento de salud sexual y reproductiva. (VI)		Grado de conocimiento sobre los temas de salud sexual y reproductiva			Menarquia	Menor de 10 años 10 años 11 años 12 años 13 años 14 años 15 años Mayor de 15 años	Usuaría	Entrevista Encuesta

adolescentes inscriptas en el programa de atención materno.	enfermedad, disfunción o incapacidad	Sexuarquia	Menor de 10 años	Usuaría	Encuesta
			10 años		
			11 años		
Motivos de inicio de sexuarquia	Menor de 10 años 10 - 12 años 12 - 15 años 16 - 19 años 20 - 29 años 30 - 35 años Mayor 35 años	Usuaría	Encuesta		
				12 años	
				13 años	
Métodos de planificación familiar	Grado Académico	Edad	Encuesta		
				14 años	
				15 años	
Grado de aprendizaje que alcanza la persona en el sistema educativo.	Grado de educación que ha alcanzado la adolescente	Edad	Encuesta		
				Mayor de 15 años	
				Curiosidad	
Nivel educativo. (VD)	Grado de educación que ha alcanzado la adolescente	Edad	Encuesta		
				presión de amistades	
				presión del novio	
Antecedentes Familiares de Embarazos Precoz (VI).	Grado de educación que ha alcanzado la adolescente	Edad	Encuesta		
				abuso sexual	
				Inyecciones Orales	
Embarazo que se produce en una mujer adolescente	Grado de educación que ha alcanzado la adolescente	Edad	Encuesta		
				Barrera	
				Naturales	
Embarazos en Adolescentes (VD).	Grado de educación que ha alcanzado la adolescente	Edad	Encuesta		
				Permanentes	
				Ninguno	
Establecer la relación de los embarazos en adolescentes con los antecedentes familiares de embarazos precoz	Grado de educación que ha alcanzado la adolescente	Edad	Encuesta		
				Parvularia	
				Básica	
Estado de Gravidez comprendido entre 10 años y 19 años.	Grado de educación que ha alcanzado la adolescente	Edad	Encuesta		
				Bachillerato	
				Técnico	
Embarazos en Adolescentes (VD).	Grado de educación que ha alcanzado la adolescente	Edad	Encuesta		
				Universitario	
				Menor de 10 años	
Embarazos en Adolescentes (VD).	Grado de educación que ha alcanzado la adolescente	Edad	Encuesta		
				10 - 12 años	
				12 - 15 años	
Embarazos en Adolescentes (VD).	Grado de educación que ha alcanzado la adolescente	Edad	Encuesta		
				16 - 19 años	
				20 - 29 años	
Embarazos en Adolescentes (VD).	Grado de educación que ha alcanzado la adolescente	Edad	Encuesta		
				30 - 35 años	
				Mayor 35 años	
Embarazos en Adolescentes (VD).	Grado de educación que ha alcanzado la adolescente	Edad	Encuesta		
				10 - 12 años	
				12 - 15 años	
Embarazos en Adolescentes (VD).	Grado de educación que ha alcanzado la adolescente	Edad	Encuesta		
				16 - 19 años	
				Expediente Clínico, Usuaría	

## **FUENTES DE INFORMACIÓN**

- a) Fuentes primarias de información: Adolescentes embarazadas que se encuentran inscritas en las UCSFB de Higuera, Derrumbando y San Felipe que cumplan los criterios de inclusión.
- b) Secundaria: se obtuvo la cantidad de embarazadas adolescentes mediante el SIMMOW, el expediente clínico junto con la historia clínica prenatal y libros de embarazadas de las tres unidades.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- a) Pacientes Embarazadas Adolescentes
- b) Que se encuentren en controles prenatales en las UCSFB de Higuera, Derrumbando y San Felipe.
- c) Adolescentes Embarazadas que consulten en las UCSFB de Higuera, Derrumbando y San Felipe.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- a) Pacientes que no pertenecen al área geográficamente intervenida de la UCSFB de Higuera, Derrumbando y San Felipe.
- b) Pacientes que no deseen participar en el estudio

## **TECNICAS E INSTRUMENTOS DE OBTENCION DE INFORMACION**



**TECNICA:** la entrevista, por medio de la cual se obtuvo información y facilitó la recolección de información del paciente.

**INSTRUMENTO:** EL CUESTIONARIO. Donde se evaluaron ciertos puntos que son necesarios saber para dicha investigación ya que es un medio útil y eficaz para recoger información en un tiempo relativamente breve debido al tipo de investigación.

## **MECANISMOS DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE LOS DATOS**

A las participantes y sus responsables se les explicó en lo que consistía la investigación y del aporte a la comunidad científica y académica que con ella se tendrá, para ello también se le proporcionaron un consentimiento informado para autorizar por medio de su firma.

El resguardo de los datos fue por cada uno de los miembros del equipo de investigación, recordando las normas de ética y moral que rigen nuestra noble profesión.

## **PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN**

### **PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

En esta etapa se procesaron todos esos datos que se recogieron a partir del objeto de estudio. Otra finalidad es la de generar los resultados que se esperan de este proceso de investigación, como identificar los principales factores de riesgo.

En esta investigación en particular, el procesamiento de la información se llevó a cabo por medio de la tabulación de datos, ya que estos se expresaron por medio de tablas a través de las cuales se resumió los resultados concluyentes.

## **PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN.**

Los datos que se obtuvieron a través del instrumento, fueron tabulados manualmente por el Método de Palotes y posteriormente digitalizados a través del software Microsoft Office Excel 2010, se analizaron a través de tablas de frecuencia y porcentaje.

Los resultados fueron editados en un informe final en el programa Microsoft Office Word 2010 para ser presentado en un documento físico.

## **ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

El tipo de análisis que se aplicó en este protocolo de investigación fue de tipo descriptivo lo que significa que se trató de describir y sistematizar la información recolectada.

# **VII. PRESENTACION DE RESULTADOS**

## VII. RESULTADOS

TABLA N°1. EDADES DE LAS USUARIAS ENTEVISTADAS EN LAS UCSFB

Edad	Usuaris	Porcentaje
<b>14 años</b>	2	4.25%
<b>15 años</b>	3	6.38%
<b>16 años</b>	6	12.76%
<b>17 años</b>	15	31.91%
<b>18 años</b>	10	21.27%
<b>19 años</b>	11	23.40%
<b>Totas</b>	47	100%

**Fuente:** Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente inscritas en el programa de atención materno de Marzo a Agosto 2016

**Análisis:** En el anterior grafico podemos observar que la mayor concentración de adolescentes embarazadas se encuentra en el periodo de la adolescencia Tardía (17-19 años) con un 76%, con mayor pico de incidencia a los 17 años de edad.

TABLA N°2. PORCENTAJE DE GRAVIDEZ DE LAS USUARIAS ENTREVISTADAS EN LAS UCSFB

Gravidez	Usuaris	Porcentaje
1	37	78.72%
2	8	17.02%
3	2	4.26%
<b>Total</b>	47	100%

**Fuente:** Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente inscritas en el programa de atención materno de Marzo a Agosto 2016.

**Análisis:** Con lo anterior podemos observar que un 78.7% de las paciente están en su primera gestación, cabe resaltar que tenemos un alto porcentaje de pacientes que tiene su segunda o tercera gestación con un 21.2%, lo cual nos orienta a la poca falta de información sobre métodos de planificación familiar en esta etapa tan importante para el desarrollo de la mujer.

TABLA N°3 EDAD DE INICIO DE EMBARAZO ACTUAL EN USCF BASICAS

Edad	Frecuencia	Porcentaje
<b>10 – 12 años</b>	0	0%
<b>13 – 15 años</b>	7	14.90%
<b>16 – 19 años</b>	40	85.10%
<b>Total</b>	47	100%

**Fuente:** Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente inscritas en el programa de atención materno de Marzo a Agosto 2016.

**Análisis:** En el gráfico se puede observar que un 85% de embarazos actuales de las adolescentes encuestadas están en la adolescencia tardía correspondiente a las edades de 16 – 19 años y solo un 15% lo tiene ocupado la adolescencia intermedia en edad de 12 a 15 años.

TABLA N°4 EDAD DE LA PAREJA DE LA USUARIA DEL PROGRAMA MATERNO DE LAS UCSFB

Edad	Frecuencia	Porcentaje
<b>15 – 19 años</b>	8	17.02%
<b>20 – 24 años</b>	20	42.55%
<b>25 – 29 años</b>	6	12.77%
<b>30 – 34 años</b>	5	10.63%
<b>35 – 39 años</b>	2	4.25%
<b>40 años o mas</b>	1	2.13%
<b>Sin Dato</b>	5	10.63%
<b>Total</b>	47	100%

**Fuente:** Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente inscritas en el programa de atención materno de Marzo a Agosto 2016.

**Análisis:** Observamos que la mayor incidencia de edad de la pareja de las adolescentes oscila entre 20-24 años con un 42.55% esto concuerda con diversas investigaciones en las que la gran mayoría de las adolescentes se comprometen con parejas entre 5 a 10 mayor que ellas, además que las relaciones entre adolescentes son menos frecuentes ya que solamente 17.02% parejas son de adolescentes, además observamos que hay parejas de adolescentes con hombres de 40 años.

TABLA N°5 OCUPACION DE LAS PAREJAS DE LAS USUARIAS DEL PROGRAMA MATERNO DE LAS UCSFB

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
<b>Desempleado</b>	1	2.38%
<b>Salinero</b>	1	2.38%
<b>Ganadero</b>	1	2.38%
<b>Pescador</b>	1	2.38%
<b>Chef</b>	1	2.38%
<b>Peluquero</b>	1	2.38%
<b>Jornalero</b>	30	71.43%
<b>Motorista</b>	3	7.14%
<b>Albañil</b>	3	7.14%
<b>Total</b>	42	100%

**Fuente:** Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente inscritas en el programa de atención materno de Marzo a Agosto 2016.

**Análisis:** Podemos apreciar que las parejas de las adolescentes no tienen una profesión formal establecida y se dedican a diversos oficios los cuales por área geográfica y nivel educativo son los más fáciles de realizar, como el caso de los trabajos relacionados a la agricultura y ganadería los cuales representan un 73.80% de los empleos que realizan los cuales a la vez no son pagados adecuadamente.



## **OBJETIVO 1**

**Identificar los principales factores sociodemográficos, culturales y económicos que influyen en el apareamiento de embarazo en las adolescentes**

### **FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS**

**TABLA N°6 NIVEL ACADEMICO DE LAS USUARIAS ENTREVISTADAS EN EL ESTUDIO**

<b>Nivel Académico</b>	<b>Usuaris</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Ninguno</b>	2	4.25%
<b>Parvularia</b>	1	2.13%
<b>Básica</b>	41	87.23%
<b>Bachillerato</b>	3	6.38%
<b>Total</b>	47	100%

**Fuente:** Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente inscritas en el programa de atención materno de Marzo a Agosto 2016.

**Análisis:** Con la información anterior podemos observar que las usuarias inscritas al programa materno tiene en su mayoría un nivel académico básico con un 87.23%, además apreciamos que algunas usuarias no tiene algún tipo de educación formal 4.25% y son pocas las que han avanzado a estudios de educación superior (bachillerato) 6.38% a pesar que muchas tiene la edad para asistir a ella.

TABLA N°7. ESTADO CIVIL DE LAS USUARIAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
<b>Soltera</b>	8	17.02%
<b>Acompañada</b>	34	72.34%
<b>Casada</b>	3	6.38%
<b>Total</b>	47	100%

**Fuente:** Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente inscritas en el programa de atención materno de Marzo a Agosto 2016.

**Análisis:** Con lo anterior podemos apreciar que la mayoría de las adolescentes se encuentran en unión libre con su pareja con un 72%, un 11% se encuentran casadas, lo que nos da un total de 83% que se encuentra viviendo con su pareja y tenemos un 17% de ellas que se encuentran solteras.

TABLA N°8 LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS USUARIAS DEL PROGRAMA MATERNO DE LAS UCSF

Lugar de Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
<b>Rural</b>	46	97.87%
<b>Urbano</b>	1	2.13%
<b>Total</b>	47	100%

**Fuente:** Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente inscritas en el programa de atención materno de Marzo a Agosto 2016.

**Análisis:** Observamos que la mayor parte de las pacientes proviene del área rural con un 98% en la cual vive la mayor población del área geográfica que corresponde a las UCSFB.

TABLA N°9 NIVELES DE INTEGRACION FAMILIAR DE EMBARZADAS ADOLESCENTES

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
<b>Nuclear</b>	24	51.06%
<b>Extensa</b>	12	25.53%
<b>Monoparental</b>	3	6.38%
<b>Homoparental</b>	0	0%
<b>Mixta</b>	5	10.65%
<b>De padres separados</b>	3	6.38%
<b>Total</b>	47	100%

**Fuente:** Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente inscritas en el programa de atención materno de Marzo a Agosto 2016.

**Análisis:** la gráfica muestra el nivel de integración familiar de adolescentes embarazadas, sobresaliendo que 24 (51%) de ellas pertenecen a familia tipo NUCLEAR, la cual está constituida de padres con o sin hijos, 12 (25%) indicaron que su familia es de tipo EXTENSA es decir la que está constituida por miembros tales como abuelos, tíos, nietos. Lo que nos da la conclusión que la mayoría de adolescentes embarazadas viven con su padre y madre de familia. Un aspecto importante a resaltar es que por el momento no hay embarazadas adolescentes entre familia de parejas de hombres o pareja de mujeres (homo parenteral).

TABLA N°10 NIVEL DE FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA DE LA USUARIA PREVIO A SU EMBARAZO

Nivel funcional	Frecuencia	Porcentaje
<b>Funcional</b>	24	51%
<b>Moderadamente funcional</b>	20	43%
<b>Disfuncional</b>	3	6%
<b>Severamente disfuncional</b>	0	0%
<b>Total</b>	47	100%

**Fuente:** Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente inscritas en el programa de atención materno de Marzo a Agosto 2016.

**Análisis:** Vemos en esta tabla el nivel de funcionalidad donde estaba antes de salir embarazada vemos que 51% embarazadas tienen familias funcionales, en un 43% moderadamente funcionales y 6% embarazadas con familias disfuncionales, en conclusión vemos que la mayoría de embarazadas adolescentes tienen familias funcionales esto es muy positivo, también vemos que un porcentaje casi igual tienen familias modernamente disfuncionales no es muy positivo para las embarazadas adolescentes, también en un poco porcentaje tienen familias disfuncionales que es totalmente negativo para llevar un embarazo físicamente y emocionalmente.

## FACTORES CULTURALES

TABLA N°11 RELIGION PRACTICA DE LAS USUARIAS DEL PROGRAMA MATERNO DE LAS UCSFB

Religión	Usuarías	Porcentaje
<b>Atea</b>	0	0%
<b>Católica</b>	34	72.34%
<b>Evangélica</b>	11	23.40%
<b>Testigo de Jehová</b>	0	0%
<b>Mormón</b>	0	0%
<b>Ninguna</b>	2	4.25%
<b>Total</b>	47	100%

**Fuente:** Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente inscritas en el programa de atención materno de Marzo a Agosto 2016.

**Análisis:** La mayor parte de las usuarias encuestadas son de alguna religión descrita, con mayor predominio del catolicismo con un 72.34%, además observamos que 4.25% de ellas no dicen profesar religión alguna pero menciona que creen en Dios y Jesucristo por lo que catalogaríamos a todo la población de estudio como practicantes del Cristianismo.

TABLA N° 12. ACTIVIDADES QUE REALIZA LA ADOLESCENTE EMBARAZADA EN SU TIEMPO LIBRE

Actividad	Frecuencia	Porcentaje
<b>Deporte</b>	3	6.12%
<b>Ver Televisión</b>	21	42.85%
<b>Escuchar Música</b>	23	46.93%
<b>Otras</b>	2	4.10%
<b>Total</b>	49	100%

**Fuente:** Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente inscritas en el programa de atención materno de Marzo a Agosto 2016.

**Análisis:** el presente grafico indica las actividades que realizan las adolescentes embarazadas en su tiempo libre, según la distribución de mayor a menor, 23 de ellas escuchan música, 21 ven televisión, 3 realizan algún deporte y 2 de ellas realizan otras actividades no descritas anteriormente las cuales describen como caminar y leer la biblia, podemos mencionar que del total de embarazadas adolescentes entrevistadas solo 3 de ellas realizan un deporte que les favorece físicamente al desarrollo adecuado del feto.

TABLA N°13 TAMIZAJE SOBRE VIOLENCIA SEGÚN TEST DE VIOLENCIA DEL MINSAL

Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	4%
No	45	96%
<b>Total</b>	47	100%

**Fuente:** Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente inscritas en el programa de atención materno de Marzo a Agosto 2016.

**Análisis:** En esta tabla vemos que la mayoría de embarazadas adolescentes en un 96% no ha sufrido algún tipo de violencia familiar y vemos que un 4% que las embarazadas adolescentes si han sufrido algún tipo de violencia intrafamiliar, esto es muy importante porque el apoyo familiar y la no violencia familiar es la herramienta básica para llevar adelante un embarazo principalmente en una adolescente.



TABLA N°14 TRATO RECIBIDO POR LA ADOLESCENTE AL DAR A CONOCER SU EMBARAZO A SU FAMILIA

Trato	Frecuencia	Porcentaje
<b>Buen trato</b>	35	75%
<b>Enojo</b>	3	6%
<b>Maltrato físico y verbal</b>	0	0%
<b>Indiferencia</b>	7	15%
<b>Retiro de la casa</b>	2	4%
<b>Total</b>	47	100%

**Fuente:** Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente inscritas en el programa de atención materno de Marzo a Agosto 2016.

**Análisis:** Vemos en esta tabla que el trato al conocer sobre el estado de embarazo en la adolescente vemos que un 75% de embarazadas recibieron buen trato, también vemos que 15% embarazadas sufrieron de indiferencia al saber sus familiares sobre su estado de embarazo, el 6% embarazadas sus familiares se enojaron y en un 4% se retiraron de la casa, vemos que la mayoría de embarazadas adolescentes recibieron buen trato esto es muy importante para llevar un embarazo emocional y físicamente normal, también, en un poco porcentaje hubo indiferencia que no es positivo para el embarazo.

## ECONOMICOS

TABLA N°15. INGRESOS ECONOMICOS SEGÚN CATEGORIZACION EN LAS UCSF BASICAS

Ingresos	Frecuencia	Porcentaje
<b>Menor de \$ 252.52</b>	34	72.34%
<b>Igual a \$ 252.52</b>	10	21.27%
<b>Mayor \$ 252.52</b>	3	6.38%
<b>Total</b>	47	100%

**Fuente:** Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente inscritas en el programa de atención materno de Marzo a Agosto 2016.

**Análisis:** en la presente gráfica se muestra información sobre los ingresos económicos de adolescentes embarazadas, existiendo una distribución de la siguiente manera: del total de 47 adolescentes embarazadas encuestadas, el 72% (34) indican que sus ingresos son menores de \$252.52, el 21% (10) son igual a \$252.52 y un 6% (3) son mayores de \$252.52, lo que significa que existe un porcentaje mayor de adolescentes embarazadas que su situación económica es precaria.

TABLA N°16 OCUPACION DE LAS USUARIAS DEL PROGRAMA MATERNO DE LAS UCSFB

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
<b>Ama de Casa</b>	45	95.75%
<b>Estudiante</b>	0	0%
<b>Empleada</b>	0	0%
<b>Desocupada</b>	2	4.25%
<b>Otras</b>	0	0%
<b>Total</b>	47	100%

**Fuente:** Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente inscritas en el programa de atención materno de Marzo a Agosto 2016.

**Análisis:** Observamos que la mayoría de las usuarias son amas de casa con 95.75% y solamente un 4.25% desocupadas, lo que nos refleja que en su totalidad ya no continúan su educación formal o informal, además que no tiene trabajo, todo lo anterior disminuye su calidad de vida.

## OBJETIVO 2

**Relacionar el nivel educativo, con el conocimiento de salud sexual y reproductiva que posee las embarazada adolescentes inscritas en el programa de atención materno.**

TABLA N°17 NIVEL ACADEMICO DE LAS USUARIAS ENTREVISTADAS EN EL ESTUDIO

Nivel Académico	Usuarías	Porcentaje
<b>Ninguno</b>	2	4.25%
<b>Parvularia</b>	1	2.13%
<b>Básica</b>	41	87.23%
<b>Bachillerato</b>	3	6.38%
<b>Total</b>	47	100%

**Fuente:** Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente inscritas en el programa de atención materno de Marzo a Agosto 2016.

**Análisis:** Con la información anterior podemos observar que las usuarias inscritas al programa materno tiene en su mayoría un nivel académico básico con un 87.23%, además apreciamos que algunas usuarias no tiene algún tipo de educación formal 4.25% y son pocas las que han avanzado a estudios de educación superior (bachillerato) 6.38% a pesar que muchas tiene la edad para asistir a ella.

TABLA N°18 EDAD DE MENARQUIA

Edad	Frecuencia	Porcentaje
<b>Menor de 10 años</b>	0	0%
<b>10 años</b>	2	4.27%
<b>11 años</b>	6	12.77%
<b>12 años</b>	10	21.27%
<b>13 años</b>	16	34.04%
<b>14 años</b>	8	17.02%
<b>15 años</b>	4	8.51%
<b>Mayor de 15 años</b>	1	2.12%
<b>Total</b>	47	100%

**Fuente:** Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente inscritas en el programa de atención materno de Marzo a Agosto 2016.

**Análisis:** el grafico muestra que la mayoría de las adolescentes tuvieron su Menarquía, es decir su primera menstruación en la adolescencia temprana (10 – 13 años) siendo la edad más frecuente a los 13 años con un 34%, lo cual es un factor de riesgo importante para que se den embarazos a temprana edad y por ende nos debe de interesar la educación en edades tempranas de la adolescencia.

TABLA N°19. EDADES EN LA QUE TUVIERON PRIMERA RELACION SEXUAL

Edad	Frecuencia	Porcentaje
<b>Menor de 10 años</b>	0	0%
<b>10 años</b>	0	0%
<b>11 años</b>	1	2.12%
<b>12 años</b>	0	0%
<b>13 años</b>	5	10.64%
<b>14 años</b>	7	14.89%
<b>15 años</b>	13	27.66%
<b>Mayor de 15 años</b>	21	44.68%
<b>Total</b>	47	100%

**Fuente:** Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente inscritas en el programa de atención materno de Marzo a Agosto 2016.

**Análisis:** este gráfico nos indica que la mayoría de las embarazadas tuvieron su primera relación sexual después de los 15 años, pero existe un número bastante alto de adolescentes embarazadas antes de los 15 años de edad, es decir experimentaron su primera relación sexual entre las edades de 11 a 15 años, provocando adelantar sus etapas de desarrollo y adquirir responsabilidades que no se encontraban en sus planes de vida.

TABLA N°20 MOTIVO QUE INFLUYO A TENER SU PRIMERA RELACION

Motivo	Frecuencia	Porcentaje
<b>Curiosidad</b>	25	53.20%
<b>Presión de amistades</b>	1	2.12%
<b>Presión del novio</b>	10	21.28%
<b>Abuso sexual</b>	1	2.12%
<b>Otros</b>	10	21.28%
<b>Total</b>	47	100%

**Fuente:** Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente inscritas en el programa de atención materno de Marzo a Agosto 2016.

**Análisis:** El principal motivo por el que han iniciado relaciones sexuales las adolescentes embarazadas fue en un 53.20% por curiosidad. Seguido por un 21.28% por influencia de la pareja y el mismo porcentaje contestaron otros lo cual significa que lo hicieron por amor o porque decidió acompañarse.

TABLA N°21 CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Familiar	Frecuencia	Porcentaje
<b>Si</b>	42	89%
<b>No</b>	5	11%
<b>Total</b>	47	100%

**Fuente:** Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente inscritas en el programa de atención materno de Marzo a Agosto 2016.

**Análisis:** Vemos en esta tabla que la mayoría de adolescentes embarazadas conocen que son los métodos de planificación familiar en un 89% embarazadas y vemos también que un 11% no conocen que son los métodos de planificación familiar este es un dato muy importante ya que sabiendo que son los métodos de planificación familiar presentaron embarazos en la etapa de la adolescencia.



TABLA N°22. TIPO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE CONOCEN LAS ADOLESCENTES

Métodos	frecuencia	Porcentaje
<b>Inyecciones</b>	40	95%
<b>Orales</b>	21	50%
<b>Barrera</b>	19	45%
<b>Naturales</b>	5	12%
<b>Permanentes</b>	10	23%
<b>Diu</b>	5	12%
<b>Total</b>	42	

**Fuente:** Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente inscritas en el programa de atención materno de Marzo a Agosto 2016.

**Análisis:** vemos en esta tabla que en un 95% conocen los métodos de planificación familiar tipo inyectable seguido de un 50% que son tipo oral y un 45% los métodos de planificar tipo barrera y un menor porcentaje significativos los permanentes diu y el 3 paciente manifestaron que los conocen todos, en conclusión vemos que el mayor método de planificación que conocen son los inyectables. Nota esta es una pregunta de múltiples escoges se podía contestar con varios métodos y muchas familiar por ende cambia el total real.

### OBJETIVO 3

**Establecer la relación de los embarazos en adolescentes con los antecedentes familiares de embarazos precoz.**

TABLA N°23. INCIDENCIA DE FAMILIARES CON EMBARAZOS EN LA ADOLESCENCIA

Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Si	32	68%
No	15	32%
<b>Total</b>	47	100%

**Fuente:** Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente inscritas en el programa de atención materno de Marzo a Agosto 2016.

**Análisis:** Vemos en esta tabla que el 68% que equivale a 32 personas de los familiares tuvieron embarazos en la etapa de la adolescencia y el 32% que equivale a 15 personas de los familiares no presento ningún embarazo en la adolescencia; vemos que hay mayor de incidencias de embarazo en la adolescencia en comparación a los que no y con ende hay mayor probabilidad que se den estos casos en sus familiares a futuro.

TABLA N°24 FAMILIARES DE LAS USUARIAS CON EMBARAZOS EN LA ADOLESCENCIA

Parentesco	Total de Personas	porcentaje
<b>Madre</b>	18	56%
<b>Hermana</b>	5	16%
<b>Prima</b>	8	25%
<b>Abuela</b>	1	3%
<b>Total</b>	32	100%

**Fuente:** Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente inscritas en el programa de atención materno de Marzo a Agosto 2016.

**Análisis:** Vemos en esta tabla que el 56% de familiares que tuvieron embarazos en la etapa de la adolescencia fueron las madres, posteriormente el 25% las primas y seguidamente de un 16% hermanas con un mínimo de porcentaje las abuelas. **Nota:** el total de esta tabla en base al total afirmativo que respondieron de la pregunta anterior Esto quiere decir que principalmente tiene un impacto directo que se transmite de madres a sus hijos y con ende por eso aumentan los casos de embarazos en adolescente.

TABLA N° 25 EDAD DE LOS FAMILIARES DE LAS USUARIAS CON EMBARAZOS EN LA ADOLESCENCIA

Edad	frecuencia	Porcentaje
<b>12</b>	1	3%
<b>13</b>	4	13%
<b>14</b>	0	0%
<b>15</b>	7	22%
<b>16</b>	11	34%
<b>17</b>	2	6%
<b>18</b>	5	16%
<b>19</b>	2	6%
<b>Total</b>	32	100%

**Fuente:** Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente inscritas en el programa de atención materno de Marzo a Agosto 2016.

**Análisis:** Vemos en esta tabla que la edad que prevaleció en un porcentaje mayor fue un 34% de la edad de 16 años, seguido de un 22% de la edad de 15 años y un 16 de la edad de 18 años y con menor porcentaje a la edad de 12, 19, años en conclusión vemos que la mayorías de familiares son adolescentes.

TABLA N°26 EDAD DE PRIMER EMBARAZO DE MADRE DE LAS USUARIAS EMBARAZADAS

Madre	Frecuencia	Porcentaje
<b>Menor de 10</b>	0	0%
<b>10-12 años</b>	0	0%
<b>12-15 años</b>	11	23%
<b>16-19 años</b>	27	58%
<b>20-29 años</b>	9	19%
<b>30-35 años</b>	0	0%
<b>Mayor de 35 años</b>	0	0%
<b>Total</b>	47	100%

**Fuente:** Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente inscritas en el programa de atención materno de Marzo a Agosto 2016.

**Análisis:** En esta grafica vemos un 58% las madres tuvieron su primer embarazo siendo la edad con mayor número de madres 16-19 años, seguidamente 23% de los 12-15 años y con un 19% las madres entre 20-29 años en conclusión la mayoría de madres tuvo su primer embarazo.

TABLA N°27 EDAD DE PRIMER EMBARAZO DE LA ABUELA DE LAS USUARIAS EMBARAZADAS

Abuela	Frecuencia	Porcentaje
<b>Menor de 10</b>	1	2%
<b>10-12 años</b>	3	6%
<b>12-15 años</b>	12	26%
<b>16-19 años</b>	17	36%
<b>20-29 años</b>	7	15%
<b>30-35 años</b>	1	2%
<b>Mayor de 35 años</b>	0	0%
<b>No</b>	6	13%
<b>Total</b>	47	100%

**Fuente:** Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente inscritas en el programa de atención materno de Marzo a Agosto 2016.

**Análisis:** En esta grafica vemos la edad en que las abuelas que tuvieron su primer embarazo siendo un 36% la con mayor número de abuelas 16-19 años, seguidamente de un 26% de abuelas entre los 12-15 años, y con menor número 20-29 años, siendo un 15% de abuela menor de 10 años, 10-12 años y mayor de 30-35 años en conclusión la mayoría de abuelas tuvo su primer embarazo en la etapa de la adolescencia.

## VIII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Las adolescentes embarazadas además de encontrarse en la misma situación que cualquier otra mujer embarazada deben enfrentarse a una mayor desprotección, mayores preocupaciones sobre su salud y su situación socioeconómica.

A nivel mundial las estadísticas de embarazos en las adolescentes confirma una relación entre el nivel educativo, la pobreza y las situaciones de inestabilidad familiar y la inestabilidad social que la rodea, y nuestro país no está ajeno a esa realidad según el ministerio de salud 30.25% de los embarazos a nivel nacional fueron de adolescentes, concentrándose principalmente en aquellos municipios catalogados como de extrema pobreza.

En base al estudio realizado hemos observado que los embarazos en adolescentes en un 76.5% ocurren en la adolescencia tardía (17-19 años) principalmente, con una mayor incidencia a la edad de 17 años, en esto en parte ya que durante esta etapa se alcanza la maduración física, social y legal por lo que busca la maduración psicológica y establecer una mayor autonomía con respecto a su familia, además aun teme los riesgos o daños que pueda recibir de una relación por lo que la hace vulnerable a establecer relaciones donde encuentre la estabilidad que según ella necesita con personas mayores.

El otro 23.5% ocurre en la adolescencia media (13-16 años), donde las adolescente comienzan con la maduración sexual, la energía sexual es más intensa, con énfasis en el contacto físico y conducta sexual exploratoria hay negación de las consecuencias de la conducta sexual aunado a la falta de información y educación sexual.

Evidenciamos que un 75% cursan su primer embarazo, aunque también hay una

considerable cantidad de adolescentes que están en su segundo o tercera gestación lo cual



se ha demostrado que es un factor de riesgo para incrementar la morbi-mortalidad materno-infantil, esto refleja la poca educación en salud sexual y reproductiva que se les brinda y la no inclusión a programas de planificación familiar para la prevención de gestaciones posteriores.

Se observó que las parejas de las adolescentes rondan entre 20-24 años, y las parejas de estas son dedicados a oficios ya que no poseen profesión alguna en casi un 100%, dedicándose al área de agricultura y ganadería como principal fuente de empleo del área rural, lo que condiciona a una menor fuente de ingresos económicos en un 72% menor al salario mínimo urbano vigente (\$252.52) y 21% igual a este, lo que dificulta el acceso a una mejor calidad de vida por lo limitado de sus recursos.

Además observamos que el nivel educativo que tiene las pacientes adolescentes en un 87% es básico, y en muy poca cantidad ha comenzado sus estudios de educación media, cabe resaltar que se tiene un 4% de las adolescentes no asistieron a recibir algún tipo de educación, señalamos que los centros educativos del área rural que es el área predominante donde viven las embarazadas en 98% tiene educación hasta 6to grado de primaria en su gran mayoría de aproximadamente 18 centros escolares solo 4 tienen hasta 9 grado, además que se encuentran a largas distancias de sus hogares, el bajo nivel educativo está relacionado con la falta de proyectos de vida, metas de superación, preparación para el empleo, lo cual incide principalmente para que las jóvenes vean en las uniones tempranas la forma de independizarse de la familia y económicamente.

Teniendo un total de 87% (escolaridad de segundo y tercer ciclo) de las adolescentes tienen un nivel educativo bajo. Lo anterior se relaciona con el apareamiento del primer embarazo de las adolescentes en un 76% fue en la adolescencia tardía, seguido en un 24% de la adolescencia media, observando que ninguna de las adolescentes entrevistadas tienen una edad inferior a los catorce años posiblemente porque aún están

en la en la escuela sabiendo que en nuestro país las edades de inicio del segundo ciclo es aproximadamente a los 9 años y la edad de inicio del tercer ciclo es a los 12 años finalizando aproximadamente a los 15 años, se podría intuir que ese es uno de los motivos del apareamiento de embarazos es la adolescente es por deserción escolar por los diversos motivos que pueden existir como economía, distancia del centro educativo, autonomía, etc. A demás es importante recalcar que todas las embarazadas menores de quince años por normativa del MINSAL llevan su control prenatal en el segundo nivel de atención de la red nacional.

Esto también incide principalmente para que las jóvenes vean en las uniones tempranas la forma de independizarse de la familia y económicamente, encontrando que el 72% se encontraba en unión estable, un 17% soltera y solo un 6% se encontraba casada.

En el área rural es donde se presentó el 98% de adolescentes embarazadas, esto debido a que es en los estratos más bajos, donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y el 2 % pertenecía al área urbana.

Las adolescentes provienen en un 51% de familias nuclear que comprende padres con o sin hijos, el resto provienen de familiares con un nivel de integración diferente entre los cuales se puede mencionar la extensa, mixta o ensamblada y cabe mencionar que 3 adolescentes han vivido con padres separados, lo anterior se relaciona con la funcionabilidad de la familia ya que según las adolescentes entrevistadas un 51% provienen de familiar funcionales lo cual debe permitir el desarrollo de la identidad personal y la autonomía los adolescentes, en el sistema familiar debe existir flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos.

La mayor parte de los adolescentes ocultan sus sentimientos religiosos o incluso se avergüenza de ellos según la bibliografía, pero en nuestra investigación se manifestó

que un 100% creen Dios y manifiestan ser cristianas aunque solamente un 96% manifestó profesar alguna religión con predominio del catolicismo con un 74%, siguiendo en frecuencia la evangélica 22%, y un 4% manifestó no profesar ninguna religión.

El adelanto de la fecundidad permite la aparición de embarazos a edades más tempranas y depende por tanto no solo de factores biológicos sino de factores sociales y personales, en nuestro estudio el 34% de las adolescentes su menarquía fue a los 13 años, seguido de un 21% a los 12 años y a los 14 años de un 17%, evidenciando apareamiento de menarquía precoz (10 a 13 años) en el 72% de las adolescentes encuestadas, convirtiéndose así en una señal de la posibilidad de fertilidad. Teniendo un 17% a los 14 años y un 8.5% a los 15 años, y un 2.1% mayor de 15 años, siendo un 28% en total de menarquía en rango normal.

Aunado a lo anterior evidenciamos que en un 55% de las adolescentes inician su primera relación sexual antes de los 16 años de edad, en segundo lugar un 44% inicio actividad sexual posterior a los 15 años, observamos que un 12% tiene un inicio relaciones sexuales de 10 a 13 años, siendo motivadas principalmente con un 53% por la curiosidad y un 21% por la presión de novio, lo que demuestra la poca información en salud sexual y reproductiva que existe en las adolescentes del área, pero poniendo de aun de manifiesto el mito que toda mujer debe satisfacer los deseos del hombre ya que una considerable cantidad manifestaron que las tuvieron por la presión de sus novios, también observamos que las adolescentes son víctimas de abuso sexual ya que 2% nos manifestaron que fueron víctimas de un acto de crueldad contra su integridad.

Es bien sabido que la pobreza y la inequidad social van asociadas con resultados poco saludables para los adolescentes, incluyendo su salud sexual.

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

De los resultados sobre el conocimiento de las adolescentes con respecto a los métodos de planificación familiar del 100% de adolescentes el 89% conoce sobre métodos de planificación familiar y el otro 5% no conoce sobre métodos de planificación familiar.

Del 89% (42 embarazadas) que respondieron que conocían sobre métodos de planificación familiar el 95% de ellas conoce sobre métodos inyectables, el 50% sobre anticonceptivos orales, 45% sobre métodos de barrera, 12% de métodos naturales y 23% de métodos permanentes, cabe manifestar que el conocimiento de este método es limitado ya que ellas creen conocerlos al cuestionarlas sobre ese conocimiento ellas manifiestan en su mayoría que han oído de sus madres para que sirven, demostramos que un 4% (3 usuarias), conocen todos los métodos de planificación.

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

En todos los países en vías de desarrollo las ayudas a la planificación familiar han disminuido como porcentaje del gasto total en sanidad, al tiempo que ha aumentado la demanda. Si bien esto ha afectado a personas de todas las edades, el grupo de los adolescentes ha sido uno de los más perjudicados. Por no tener los suficientes acceso por motivos culturales, económicos o por falta de abastecimiento en nuestros servicios de salud.

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

El 81% de las embarazadas encuestadas han sido hijas de madres adolescentes, y sus abuelas no importa ser materna o paterna en 70% han sido madres adolescente creando un círculo vicioso en nuestras adolescentes embarazadas. El 68% han tenido antecedentes familiares de embarazos en la adolescencia (en su mayoría sus madres). El 32% de las adolescentes no tienen otras familiares que hayan tenido su primer embarazo en la adolescencia y una de las consecuencias asociadas con maternidad adolescente más conocida es que las hijas de madres adolescentes tienen una alta probabilidad de llegar a ser madres adolescentes también.

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

Las hijas de madres adolescentes tienen menos aspiraciones de estudios superiores, menor escolaridad y ejercen mayores labores de casa, al observar la ocupación de nuestras entrevistadas nos manifestaron en un 96% dedicarse a las practicas domesticas dejando de lado sus aspiraciones y deseos de mejor vida para ellas.

Según Naciones Unidas, la violencia contra la mujer es todo acto de violencia basado en el género, que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, al entrevistar a nuestras pacientes observamos que un 4% han sufrido algún tipo de violencia de estas pacientes un 50% fue víctima de abuso sexual, esto al realizar el Test de Tamizaje de Violencia por parte del MINSAL a ellas, pero cuando se cuestionó sobre el trato que recibieron al comentar que estaban embarazadas con su familia un 4% manifestó que se produjo el retiro del hogar, un 6% el enojo por parte de su familia, y un 15% la indiferencia, esta discrepancia se debe a que no comprende el concepto de violencia por su bajo nivel educativo de la gran mayoría de ellas, recordemos que los golpes para muchos en nuestra sociedad la violencia física es la única que consideran como tal dejando de lado la violencia psicológica que es la que mayor impacto e influencia causa en nuestras adolescentes.

## **IX. CONCLUSIONES**

1. La adolescencia tardía es en donde se presentó el mayor número de embarazos, que en su mayoría las adolescentes tiene parejas mayores que ellas y la unión estable es la que más predominó en las adolescentes embarazadas.
2. Las adolescentes embarazadas pertenecen a estratos económicos bajos con ingresos insuficientes para cubrir sus necesidades básicas. Perteneciendo con mayor frecuencia al área rural, y en su gran mayoría se dedican a las tareas domésticas las cuales no les generan recursos económicos, esto aunado al empleo de sus parejas que en su mayoría son oficios limita la posibilidad de superación del nuevo grupo familiar.
3. Los factores biológicos como la menarquía temprana y sexarquia temprana están relacionados con el apareamiento de embarazo en adolescentes, pues existe mayor oportunidad de fertilidad en la mujer.
4. El nivel educativo bajo en su mayoría de educación básica y en algunos casos sin educación formal, lleva a un conocimiento de salud sexual y reproductiva bajo asociado a un alto grado de desinformación de métodos de planificación familiar y salud sexual y reproductiva, así como inicio temprano de la primera relación sexual influyendo someramente en el apareamiento de edad temprana en embarazo de la adolescencia. Son un conjunto de entidades que una tras otra llevan a una cadena interminable de factores que al final inciden en la problemática investigada.

5. La integración familiar de donde provienen las adolescentes es variable pero con predominio de la familia nuclear, donde según ellas la disfuncionalidad familiar es frecuente en la mitad de los casos, las cuales se demuestran en la reacción familiar hacia la noticia de estar embarazada que en varios casos llevo a la separación del grupo familiar y enojo.
  
6. Los antecedentes familiares de embarazo en la adolescencia tienen una transmisión intergeneracional de la maternidad, repitiéndose el mismo escenario de vida, perpetuando un círculo de pobreza, heredando menos aspiraciones para su desarrollo personal, que incluya una vida digna de metas de provecho para su vida.



## **X. RECOMENDACIONES**

### **Al Ministerio de Salud.**

- Realizar alianzas o unificar esfuerzos de colaboración mutua entre otras instituciones públicas (ISSS, INJUVE, ONG'S entre otras) y privadas para el desarrollo de estrategias encaminadas a la promoción y educación en temas de salud sexual y reproductiva en adolescentes e Implementar nuevas planes o estrategias encaminadas sobre la prevención de embarazos en adolescentes.
- A las unidades de salud que están involucradas en esta investigación abordar principalmente el tema de salud sexual y reproductiva en adolescentes y promocionar también estrategias sin daños a terceros.
- Fortalecer los clubes de adolescentes de todos los establecimientos con temas de suma importancia como “Sin daños a terceros”.
- Desarrollo de talleres en temas de salud sexual y reproductiva, con participación de los padres de familia, docentes y adolescentes; en las diferentes comunidades.
- Fortalecer los círculos de embarazadas e implementar temas educativos, culturales, sociales para así mantener una buena salud física y mental y llevar un embarazo sin complicaciones.
- Desarrollar charlas educativas en los establecimientos de salud enfocadas en temas de salud sexual y reproductiva y embarazos en adolescentes y sus complicaciones y su elevada tasa de morbimortalidad materna-infantil.

### **Al Ministerio de Educación.**

- Mantener comunicación permanente con los padres y comprometerlos a asistir a las escuelas de padres en donde les impartan temas de salud sexual y reproductiva dirigida a los adolescentes; también Implementar en todos los centros educativos clases de salud sexual y reproductiva.
- Se recomienda al Ministerio de educación que implementen programas de atención al adolescente y se desarrollen clubes de adolescente con tema de interés, principalmente temas sobre educación sexual y reproductiva con énfasis en derechos sexuales y reproductivos, métodos de planificación familiar y daños a terceros.
- Implementares talleres educativos sobre los derechos y deberes del adolescente sobre salud sexual y reproductiva que los adolescentes poseen interrelacionados con maestros padres de familia, y alumnos en forma conjunta y periódica.
- Implementar actividades socio-recreativas con el fin que los adolescentes se mantengan ocupados y así mantenerlos alejados de los posibles riesgos que atenten contra su vida y con ende evitar las posibles consecuencias que estaos poseen.

### **A la Universidad de El Salvador:**

- Seguir implementando trabajos de investigación orientados a la salud sexual y reproductiva en la adolescente con el fin de generar propuestas que ayuden a disminuir la incidencia y la prevalencia, a través de la educación, implementado en las jornadas de trabajo social que cada carrera debe realizar.

**A la comunidad:**

- Fortalecer el involucramiento de líderes de la comunidad para la capacitación de temas de salud sexual y reproductiva y así transmitirlos a los adolescentes en la comunidad.
- Coordinar con instituciones gubernamentales y no gubernamentales el apoyo para realizar evento socio-recreativos en la comunidad y así que los adolescentes se mantengan ocupados.
- Realizar convivios familiares con líderes religiosos y de la comunidad para así tener una buena relación padre-hijo y con ende halla mayor confianza y convivencia.

## **XI. BIBLIOGRAFÍA**

### **LIBROS:**

- Legislativa, A. (2009). *Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (LEPINA)*. San Salvador .
- Lineamientos técnicos para el desarrollo de círculo educativo con adolescentes embarazadas. (2015). En MINSAL. El Salvador .
- Rodríguez, M. I. (2009-2014). *Construyendo la Esperanza*. San Salvador .
- Stanton, K. B.-J. (2008). *Tratado de Pedriatria* . 18.
- Plan de prevención de la violencia de la mujer (2016) MINSAL El Salvador.

### **REVISTAS:**

- Gilberto Enrique Menendez, I. N. (2015). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente . *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* .
- Issler, D. J. (2001). Embarazo en la adolescencia . *Revista de postgrado de la Cátedra Via Medicina* , 11-23.
- Herrera, P.M. (1997) Familia funcional y disfuncional, un indicador de salud Rev. Cubana, Med. Gen. Integr. v13 n.6 Ciudad de La Habana, Cuba.

### **PAGINAS WEB:**

- Salud, O. M. (2004). *Derechos Sexuales y reproductivos* .
- FESAL (2008) Apartada de violencia contra la mujer.

## XII. ANEXOS

INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

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



**Título:** “Factores que influyen en el apareamiento de embarazos en las adolescente que consultan en las UCSFB de Higuera, Derrumbado y San Felipe Marzo-Agosto 2016”.

**Objetivo:** Determinar los factores que influyen en el apareamiento de embarazos en las adolescentes inscritas en el programa de atención materno de las UCSFB de Higuera (Lislique), Derrumbado (Lislique) y San Felipe (Pasaquina), Marzo - Agosto 2016.

**INDICACION:** Completar cada uno de los campos con la información proporcionada por el encuestado.

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

Hora: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años

Fórmula Obstétrica: G\_\_P\_\_P\_\_A\_\_V\_\_

1- De las siguientes opciones marque el nivel académico de la usuaria:

- Ninguno
- Parvularia
- Básica
- Bachillerato
- Técnico
- Universitaria

2- De los siguientes ítems diga ¿cuál es el estado civil de la usuaria?:

- Soltera
- Casada
- Acompañada
- Otros: Especifique \_\_\_\_\_

3- Mencione el lugar de procedencia de la usuaria:

- Rural
- Urbano

4- ¿Cuál es su religión practicante?:

- Atea
  - Católica
  - Cristiano protestante
  - Testigo de Jehová
  - Mormón
  - Otra
- Especifique\_\_\_\_\_

5- Diga ¿Cuál es su ocupación?:

- Ama de casa
  - Estudiante
  - Empleada
  - Desocupada
  - Otra:
- Especifique\_\_\_\_\_

6- ¿Cuál es la edad de su pareja?

    Edad: \_\_\_\_\_años

7- ¿A qué se dedica su pareja?

\_\_\_\_\_

8- De las siguientes cifras de ingresos económicos, mencione en que categoría se encuentra:

- Menor a \$252.52
- Igual a \$252.52
- Mayor a \$252.52

9- De las siguientes actividades cuales realiza en su tiempos libre:

- Deporte
- Ver Televisión

- Escuchar Música
- Otras: Especifique\_\_\_\_\_

10- De los siguientes niveles de integración familiar mencione ¿cuál es el de su familia?:

- Nuclear
- Extensa
- Mono parenteral
- Homo parenteral
- Mixta
- De padres Separados

11- ¿A qué edad tuvo usted su primera menstruación?:

- Menor de 10 años
- 10 años
- 11 años
- 12 años
- 13 años
- 14 años
- 15 años
- Mayor de 15 años

12- ¿A qué edad tuvo su primera relación sexo coital?:

- Menor de 10 años
- 10 años
- 11 años
- 12 años
- 13 años
- 14 años
- 15 años
- Mayor de 15 años

13- ¿Cuál fue el motivo que la influyó a tener su primera relación sexual?:

- Curiosidad
- presión de amistades
- presión del novio
- abuso sexual
- Otros: \_\_\_\_\_ Especifique

14- ¿Cuál es la edad de inicio del embarazo actual?:

- 10 - 12 años



- 12 – 15 años
- 16 – 19 años

15- ¿Cuántas semanas de edad gestacional tiene actualmente?:

- Menor de 12 semanas
- 12 – 27 semanas
- Mayor de 28 semanas

16- ¿Tiene usted algún familiar que tuvo algún embarazo en la adolescencia?

- Si
- No

17- Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa ¿Mencione su parentesco y su edad?

Parentesco: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

18- ¿Menciones la Edad en que su madre y Abuela tuvo su primer embarazo?:

- |                  |                     |
|------------------|---------------------|
| • Madre:         | • Abuela: (materna) |
| Menor de 10 años | Menor de 10 años    |
| 10 - 12 años     | 10 - 12 años        |
| 12 – 15 años     | 12 – 15 años        |
| 16 – 19 años     | 16 – 19 años        |
| 20 – 29 años     | 20 – 29 años        |
| 30 – 35 años     | 30 – 35 años        |
| Mayor de 35 años | Mayor de 35 años    |

19- ¿Conoce usted que son los métodos de planificación familiar?

- Si
- No

20- ¿Diga cuál de los siguientes métodos de planificación familiar conoce de los que se le presentan a continuación?;

- Inyecciones
- Orales
- Barrera
- Naturales
- Permanentes

21- Ha padecido usted de violencia familiar o algún otro tipo de violencia: (Esto se evaluara en base a la hoja filtro de violencia del MINSAL)

- SI
- NO

22- ¿Cuál es el trato de su familia al conocer sobre su embarazo?

- Buen trato
- Enojo
- Maltrato físico y verbal
- Indiferencia
- Retiro de la casa

23- ¿Cuál es el nivel de funcionalidad su familia? (Esto se evaluara en base a la escala de funcionalidad de la familia FSII)

- Funcional
- Moderadamente funcional
- Disfuncional
- Severamente disfuncional

### HOJA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA (MINSAL)

Una respuesta positiva a cualquiera de estas siete preguntas, es sugestiva de que la persona está siendo afectada por alguna forma de violencia.

Pregunta	Si	No
¿En el último año alguna vez han abusado de usted física o emocionalmente algún miembro de su familia, alguien cercano a usted, de la comunidad, en su trabajo o lugar de estudio?		
¿En el último año alguien le ha forzado a tener actividades sexuales?		
¿Le teme usted a algún extraño o a alguno de los/as miembros de su familia, cuidador/a, o miembros de su comunidad?		
<i>(A embarazadas) ¿Ha sido usted golpeada, maltratada o abusada por su pareja o alguien más durante el período de embarazo?</i>		
¿En el último año ha sufrido ataques a su integridad física y moral mediante amenazas, intimidación, agresiones verbales, robo, chantaje, castigos corporales o le impiden tomar sus propias decisiones, por parte de algún miembro de la familia o cuidador?		
¿Alguna vez ha tenido que suspender actividades recreativas o de estudio por estar obligado a trabajar?		
¿Alguna vez ha sido obligada a trabajos forzados o a tener relaciones sexuales forzadas mediante engaños para obtener un trabajo?		

A continuación se presentan otras preguntas que complementan al tamizaje de violencia.

Pregunta	Si	No
¿Se encuentra usted actualmente en una relación en la que haya sido lesionado(a) de manera física o amenazado(a) por su pareja? ¿Ha estado alguna vez en una relación de este tipo?		
¿Está usted (o ha estado alguna vez) en una relación en la cual sentía que era maltratada(o)? ¿En qué forma?		
¿Alguna vez ha destruido su pareja o algún miembro de la familia cosas que eran importantes para usted?		
¿Alguna vez le ha amenazado su pareja o maltratado a sus hijos?		
¿Alguna vez su pareja u otra persona la obliga a tener relaciones sexuales que le hacen sentir incomoda?		
¿Alguna vez ha tenido que suspender actividades recreativas o de estudio por estar obligado a trabajar?		
¿Qué pasa cuando usted y su pareja u otro miembro de la familia pelean o no están de acuerdo en algo?		
¿Se siente usted a salvo en su relación de pareja, familia, amigos o miembros de la comunidad?		

### Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)

A continuación se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir en su familia o no. Ud. debe clasificar y marcar con una X su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.		Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1	Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

Casi siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1

Diagnóstico del funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba FF-SIL.	
Funcional	De 70 a 57 puntos
Moderadamente funcional	De 56 a 43 puntos
Disfuncional	De 42 a 28 puntos
Severamente disfuncional	De 27 a 14 puntos



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

---

### Título del estudio:

“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL APARECIMIENTO DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTE INSCRITAS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN MATERNO EN LAS UCSFB DE HIGUERAS, DERRUMBADO Y SAN FELIPE MARZO-AGOSTO 2016.”

Lugar donde se realizará el estudio: cantón Higuera (Lislique), cantón Derrumbado (Lislique) y cantón San Felipe (Pasquina)  
Departamento de La Unión \_\_\_\_\_

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación realizada por médicos en servicio social de la Universidad de El Salvador. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

### 1. OBJETIVO DEL ESTUDIO

Determinar los factores que influyen en el apareamiento de embarazos en las adolescentes inscritas en el programa de atención materno de las UCSFB de Higuera (Lislique), Derrumbado (Lislique) y San Felipe (Pasquina), Marzo - Agosto 2016

### 2. BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Al finalizar este estudio, los resultados que se obtengan serán proporcionados a las autoridades de su comunidad, para que de esta manera usted podrá conocer de forma general cuál es la situación de salud y cuáles son las principales factores causales que influyen en embarazos de adolescentes, y si dicho conocimiento está relacionado concordantemente con el conocimiento científico, puesto que se anexará en dicho trabajo información fidedigna sobre el tema.

### 3. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

En caso de aceptar participar en el estudio, se le realizarán algunas preguntas sobre información que usted conozca acerca. Factores que influyen en el apareamiento de embarazos en las adolescentes inscritas en el programa de atención materno.

### 4. ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.



## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como miembro del cantón Higüera, Derrumbado y San Felipe he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio que lleva por nombre “Por tanto, convengo en participar en este estudio de investigación.

“Factores que influyen en el apareamiento de embarazos en las adolescentes”.

---

Nombre

Firma

### ***ESTA PARTE DEBE SER COMPLETADA POR LOS INVESTIGADORES***

He explicado al Sr(a). \_\_\_\_\_ la naturaleza y los propósitos de la investigación, acerca de la importancia y beneficios que se obtendrán a través de su participación, además he contestado las preguntas o dudas que tiene acerca del cuestionario de investigación.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

---

Nombre

Firma

## MAPAS OBSTETRICOS UCSF BASICAS

### UCSFB DERRUMBADO



### UCSFB HIGUERAS



**UCSFB SAN FELIPE**

