

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA**



Título:

“FACTORES PREDISPONENTES A LA FRECUENCIA DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES QUE CONSULTAN EN UCSF SAN JACINTO QUEZALTEPEQUE, EN EL PERIODO DE MAYO A JUNIO DE 2016.”

Presentado por:

Martha Gladis Cañas Martínez

Rebeca del Carmen Chacón Chacón

William Brando Ayala Tejada

Asesor metodológico:

Dr. Rafael Monterrosa Rogel

San Salvador, octubre 2016

ÍNDICE

I.	Titulo.....	1
II.	Resumen.....	2
III.	Introducción.....	4
IV.	Objetivos.....	6
V.	Marco teórico.....	7
VI.	Diseño metodológico	24
VII.	Resultados.....	33
VIII.	Discusión de resultados.....	54
IX.	Conclusiones.....	57
X.	Recomendaciones.....	59
XI.	Referencias Bibliográficas	61
XII.	Anexos.....	63

TITULO

“Factores predisponentes a la frecuencia de embarazos en las adolescentes que consultan en UCSF San Jacinto Quezaltepeque, en el periodo de mayo a junio de 2016”

RESUMEN

El embarazo en la adolescencia, constituye un problema amplio, pues engloba múltiples factores. Su incidencia en nuestro país continúa en ascenso, viéndose reflejado durante la consulta diaria en los diferentes establecimientos del sector salud. Es considerado uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza. Para comprender esta problemática, se hace necesario indagar en sus factores causales.

En nuestra población, se ha observado la fuerte influencia de factores sociales, culturales y económicos, que conllevan a que las adolescentes decidan procrear prematuramente. En el municipio de Quezaltepeque, no se cuenta con estudios enfocados en embarazos en adolescentes, en el cual se efectuó la investigación.

El presente estudio tiene un enfoque descriptivo, se obtuvo la información a través de la entrevista semi estructurada. Las interrogantes planteadas a cada una de las pacientes se formularon proponiendo ciertas opciones de respuesta para no perder el enfoque del estudio; no obstante se permitió dar respuestas abiertas; para el análisis de resultados se utilizó tablas, sin embargo para un mejor visualización y discusión de los mismos se elaboraron gráficas de las interrogantes más representativas.

Con este estudio se evidenció que los factores tanto sociales, económicos y culturales ejercen un rol importante sobre adolescentes y la probabilidad que presenten un embarazo a esta edad.

Las pacientes estudiadas se encuentran en su mayor proporción en el rango de edad de 14 a 17 años, correspondiente a la adolescencia media. No se observó diferencia respecto al área de procedencias, la mayoría ha alcanzado un nivel de escolaridad básico, 50% suspendió sus estudios. Así mismo no cuentan con un empleo formal, desempeñando un rol de ama de casa. En su mayor porcentaje las pacientes refirieron tener algún conocimiento sobre salud sexual reproductiva y además sobre métodos anticonceptivos, lo cual se correlaciona con su nivel académico.

Los padres de las entrevistadas poseen un nivel de escolaridad básico, en su mayoría su ocupación es un empleo informal, con un salario igual al mínimo. Dicha situación evidencia que las familias de las que provienen estas pacientes difícilmente pudieron brindar una seguridad alimentaria idónea, educación, a las mismas, que les garantice un estado óptimo intelectual y de salud. Además se corrobora que las creencias religiosas ejercen poco impacto en esta problemática.

INTRODUCCION

Se ha evidenciado por medio de la práctica clínica, la incidencia de embarazos en las adolescentes, convirtiéndose en un problema social y de salud por el riesgo obstétrico que conlleva. A pesar de tratarse de un problema que implica varios ámbitos, ha sido poco estudiado.

Según datos del ministerio de salud, para el año 2013 se reportaron 27,429 embarazos, de las cuales 8,941 fueron pacientes en periodo de adolescencia, colocándolo a nuestro país en segundo lugar en Latinoamérica con mayor incidencia de estos casos. La cifra persiste elevada en la actualidad, incluso se reportan incremento en el número de casos entre las edades de 10 a 15 años. .⁹

En su mayoría, las adolescentes no saben cómo evitar el embarazo, existen deficiencias en la educación sexual y reproductiva, considerada, por la población como un tabú. A partir de este contexto, estas se sienten demasiado cohibidas o avergonzadas para solicitar servicios de anticoncepción, y/o desconocen de los mismos.

Con el embarazo se ven obligadas además a abandonar sus estudios, buscar una fuente de ingreso económico, empleos poco favorables debido a su bajo nivel académico. Todo ello genera altos costos económicos para el país, se pierden ingresos anuales que una joven hubiera ganado a lo largo de su vida de no haber tenido un embarazo precoz.

Esta situación se vuelve alarmante para el sector salud, pues como es conocido, el embarazo en adolescentes implica mayor riesgo obstétrico, mayor probabilidad de complicaciones como parto prematuro, bajo peso al nacer, entre otros.

A nivel local, siendo Quezaltepeque un municipio con alto índice poblacional, la situación no es diferente. En la consulta diaria en los diferentes establecimientos de salud, se refleja incidencia en aumento de pacientes gestantes adolescentes.

La UCSFB San Jacinto Quezaltepeque, en particular, tuvo 22 embarazadas, en el periodo de mayo a junio, 10 de las cuales son adolescentes.

La situación antes expuesta, es la que ha motivado la realización de la presente investigación, para determinar qué factores son los predominantemente implicados para que surja este fenómeno y a partir de ello, poder generar o modificar las medidas en salud dirigidas a reducir la incidencia de embarazos en este grupo etéreo, todo con la finalidad de disminuir la morbilidad materna e infantil, que es uno de los objetivos primordiales del sector salud en nuestra sociedad actual.

La investigación se enfocó además en identificar aquellos factores que contribuyen o ejercen influencia en la toma de decisiones de las adolescentes, y que condicionan de forma positiva o negativa su comportamiento y expectativas de vida, para lo cual nos planteamos la siguiente interrogante.

¿Cuáles son los factores predisponentes a la frecuencia de embarazos en las adolescentes que consultan en UCSF San Jacinto Quezaltepeque, en el periodo de mayo a junio de 2016?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores que predisponen a la frecuencia de embarazos en adolescentes que consultan en UCSF San Jacinto Quezaltepeque, en el periodo de mayo a junio de 2016

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar los factores sociales, económicos y culturales que influyen en el embarazo en las adolescentes.
2. Determinar el grado de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva de las adolescentes gestantes atendidas en UCSFB San Jacinto el periodo antes descrito.
3. Verificar la relación entre el acceso a educación y embarazo en adolescentes

MARCO TEORICO

El embarazo en adolescentes es un asunto complejo con muchas razones para preocuparse. Ser madre a temprana edad no es solo un problema social, económico y familiar, sino también un problema de salud.¹

Embarazo adolescente o embarazo en la adolescencia, se define como **aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente**. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados, provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos.¹

El embarazo adolescente afecta la salud integral tanto de los padres adolescentes como la de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí. ¹

Adolescencia

La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la adultez. Su definición no es fácil, puesto que "su caracterización depende de una serie de variables: ubicación ecológica (referidos al medio ambiente natural), estrato socioeconómico, origen étnico y período de la adolescencia, entre otros."²

En el área cognitiva el adolescente debe ser capaz de "examinar los propios pensamientos, formular hipótesis, diferenciar lo posible de lo probable y planificar"¹. En el área afectivo-social el adolescente debe lograr un desprendimiento de su núcleo familiar, alcanzar la autonomía.²

El autoestima en esta etapa es central, ya que el adolescente muestra una extraordinaria sensibilidad en relación con el concepto de sí mismo. Otra de las tareas en esta área es la de "alcanzar la identidad sexual y búsqueda de pareja, cuya elección le llevará a constituir su núcleo familiar en etapas posteriores"²

La adolescencia es un periodo de transición en el desarrollo entre la niñez y la vida adulta, comienza alrededor de 12-13 años con la pubertad, que es un largo y complejo proceso en el que se producen importantes cambios biológicos como el comienzo de la menstruación en las niñas, la presencia de esperma en los varones, la maduración de los órganos reproductivos y el desarrollo de características sexuales secundarias, todo esto produce el alcance de la maduración sexual. ²

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 Temprana: (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: (14-17 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 18 a 19 años)**

Se caracteriza por la completa maduración física, social, legal; logros definidos en la maduración psicológica, conducta sexual expresiva y puede establecer relaciones

íntimas y estables con definición de su rol sexual. Los adolescentes son vulnerables, porque tanto las características del ambiente familiar y social en que una persona se desenvuelve con sus propias particularidades, pueden hacerlos muy vulnerables, ya que es quien teme mayor riesgo de recibir determinada lesión o daño.²

Los lineamientos de atención preconcepcional, embarazo, parto y puerperio del MINSAL priorizan la atención a las adolescentes por ser un grupo etario de alto riesgo reproductivo y obstétrico. En relación a las niñas y adolescentes, que tuvieron parto en el año 2012, el estudio refleja que el 99% recibieron atención prenatal; en cambio, la atención postnatal cubrió solo 91%. En el caso de las niñas de 10 a 12 años, que pueden estar en mayor condición de vulnerabilidad a una complicación obstétrica, sólo el 80% expresó que recibió atención postnatal.³

Por otra parte, casi la mitad de las niñas y adolescentes, que tuvieron parto en 2012, no utilizan actualmente métodos anticonceptivos, exponiéndolas a un nuevo embarazo. Es de destacar que, al momento de la entrevista, el 29% de ellas ha tenido un segundo embarazo, estaba embarazada o en postparto. ³

Otro de los hallazgos del estudio es que una de cada cinco niñas de 10 a 12 años, que en el año 2012 tuvieron un parto, su primera relación sexual fue con un familiar; lo que, de acuerdo al Código Penal vigente, constituye delito de agresión sexual agravada.³

Las causas por las cuales los adolescentes tienen sexo y lo hacen sin adoptar métodos efectivos de anticoncepción es un tema de debate, algunas de ellas están relacionadas con:

Adquieren su madurez sexual (fertilidad), aproximadamente, cuatro o cinco años antes de alcanzar su madurez emocional y son incapaces de manejar las situaciones de riesgo

– Aceptan mantener relaciones sexuales a edades cada vez más precoces.

En la actualidad, los adolescentes se están desarrollando en una cultura donde sus amigos, la televisión, las películas, la música y las revistas transmiten mensajes directos o sutiles de que las relaciones sin un matrimonio de por medio (específicamente las que comprometen a los adolescentes) son comunes, aceptadas e incluso esperadas.

Existe un mal funcionamiento del núcleo familiar.

Con frecuencia, no hay educación acerca de los comportamientos sexuales responsables ni tampoco una información clara y específica con respecto a las consecuencias del intercambio sexual: El embarazo, Las enfermedades de transmisión sexual y Los efectos psicosociales.

Sin medir el riesgo y la consecuencia, sienten la necesidad de probar su fecundidad.

¿Cuáles son los factores de riesgo?

Los estudios realizados a nivel mundial, asocian el embarazo adolescente con estos factores de riesgo:

Familiares

Las características de la familia son muy importantes para determinar el riesgo.

Los adolescentes que viven con ambos padres y tienen una buena relación con ambos, tienen un riesgo menor de tener sexo no protegido y de llegar al embarazo. Específicamente, estos adolescentes no van a iniciar la actividad sexual a una edad temprana y, cuando la inician, lo hacen con una frecuencia menor. ¹

Cuando el adolescente proviene de una familia disfuncional: uniparental, o con conductas promiscuas y con consumo de drogas, en la que no hay un adecuado diálogo padres–hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que él/ella no sabe resolver, impulsándolo/a a buscar esa comunicación y afecto en los amigos y

compañeros de colegio quienes probablemente tendrán su misma ignorancia. Es más probable que los hijos inicien la actividad sexual a una edad temprana.¹

Son chicos/as que van de relación en relación, en búsqueda de una estabilidad que no hallan y siempre exponiéndose a los riesgos hasta que el embarazo les sirve como el mejor de los síntomas para los conflictos que no logra superar.¹

Los varones educados en hogares en los que se golpeaba a la madre o que fueron golpeados ellos mismos, tendrían muchas más probabilidades de embarazar a su pareja que los varones que no habían tenido esta experiencia.¹

Se ha demostrado que las chicas cuyos padres habían abandonado el hogar cuando ellas eran niñas, tenían más probabilidades de iniciarse precozmente en la vida sexual y de quedar embarazadas.¹

Una joven es más fácil que se convierta en madre adolescente si su madre y su hermana también lo fueron.

Otro factor de riesgo muy marcado es la falta de comunicación entre los padres y la adolescente. Cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y no implementan medidas anticonceptivas.¹

Grupo de amigos

Búsqueda del reconocimiento de los pares: buscando el reconocimiento por parte del otro y principalmente del grupo de tus amigos, las citas a la edad de 12 años están relacionadas con una probabilidad del 91% de tener relaciones sexuales antes de los 19 años y las citas a la edad de 13 se asocian con una probabilidad del 56% de actividad sexual durante la adolescencia).¹

Cuando el adolescente sabe que sus amigos más cercanos usan condones, hay más posibilidades de que él lo use también.

Tener una pareja mayor disminuye también las posibilidades del uso de anticonceptivos y, por lo tanto, incrementa las de un embarazo y del posible contagio de alguna enfermedad de transmisión sexual.¹

Cuando el adolescente no ha desarrollado la habilidad comunicativa necesaria para negociar y la habilidad de aprender a resistirse ante la presión de sus compañeros/as cuando éstos/as ya son sexualmente activos/as.

La diferencia de edades en la pareja es importante: Las adolescentes **cuya pareja es más grande que ellas (y sobre todo si él es adulto)**, tienen más probabilidades de quedar embarazadas que cuando se involucran con chicos de su edad.

Es también más probable que lleven su embarazo a término en vez de decidirse por el aborto. Los estudios reportan que las madres adolescentes que habían iniciado la actividad sexual muy precozmente, habían tenido relaciones con hombres mucho mayores que ellas y se involucraban en un sexo más frecuente y promiscuo.¹

Individuales

Los estudios han demostrado que la edad, **el desarrollo físico y el género**, tienen una influencia dramática en el comportamiento sexual del adolescente. Conforme van creciendo en edad, se van incrementando las posibilidades de tener actividad sexual (más frecuentemente y con más parejas). Esto mismo sucede cuando se desarrollan precozmente y parecen mayores. Algunos efectos son estrictamente físicos pero otros son sociales como por ejemplo la presión de los amigos y el incremento en las oportunidades de tener sexo que vienen con una mayor libertad e independencia.¹

Este incremento en el número se traduce en un incremento en las posibilidades de embarazarse o de embarazar a la pareja aun cuando usen algún anticonceptivo.¹

Socioeconómicos

El medio ambiente social que los rodea, **existen creencias y prácticas asociadas a que, la maternidad y a la paternidad, la feminidad y masculinidad, son consideradas como un asunto central en su proyecto de vida** y como un único destino para su realización personal.¹

Existe abuso sexual o violencia en la relación de pareja: Antes de los 15, la mayoría reporta que su experiencia sexual fue involuntaria.

Este factor se asocia también a tener más de un compañero sexual simultáneamente.

Cuando los padres del adolescente tienen una educación superior y un ingreso familiar alto, se observa una disminución en el número de embarazos. Esto se refiere a que son los padres los que ponen énfasis en la **importancia de obtener una educación** que les permita lograr una meta. El embarazo en la adolescencia se debe evitar para lograr el objetivo.¹

La pobreza explica numerosos embarazos. La mujer tiende a conformar pareja definitiva entre los 15 y los 17 años como un intento de mejorar las condiciones de pobreza en las que vive; ella sueña que casándose, todo será mejor.¹

Según la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) 2012, la población salvadoreña se distribuye en un 54% mujeres y un 46% hombres. La población de NNA representa un 36% del total, presentando una distribución paritaria por género. Uno de los aspectos que más afecta a la niñez es la pobreza. El 8.9% de hogares se encontraba en pobreza extrema y 25.6% en pobreza relativa en 2012 (EHPM); y mientras la pobreza extrema ha disminuido un 50% entre los años 2000-2012, la pobreza relativa ha aumentado 26% en el mismo período.⁴

Se estima que 15% de niños pobres vive en hogares con pobreza extrema y 35% en hogares con pobreza relativa, situación que es acompañada por una

vulnerabilidad familiar particular, ya que 14% de los hogares tiene un miembro en el extranjero (EHPM), y el 40% de la población menor de 18 años vive sin alguno de sus padres, debido al abandono de padre (21.3%), abandono de ambos (4.6%) y la migración del padre (3.5%)⁴

Pero, a causa de **la crisis económica**, numerosas jóvenes son abandonadas por su pareja inicial y se ven obligadas a estructurar otra relación que siempre exige más hijos y que, con frecuencia, no termina por ser la última sino, por el contrario, el inicio de una cadena de relaciones, muchas de las cuales suponen nuevos embarazos y partos, destinados a deteriorar aún más la condición de la mujer y la de sus hijos. En este proceso, una mujer de 20 años puede tener cuatro o más hijos y, probablemente, un mayor número de embarazos que terminen en abortos espontáneos o provocados por desconocimiento de la sexualidad¹.

Acceso a la educación

Los hallazgos muestran que sólo un 36% de las niñas y adolescentes, que tuvieron parto en el 2012, estaban estudiando al momento de su primer embarazo. Por otra parte, de las que sí estaban estudiando, el 89% abandonó los estudios a causa de la maternidad o la unión y apenas un 18% se reintegró a la escuela después de su primer embarazo, confirmando con ello el embarazo trunca el desarrollo educativo de las niñas y adolescentes. Un elemento que sobresale en los datos recopilados es que un 47% de las niñas de 10 y 12 años manifestó que percibió rechazo al asistir embarazada a la escuela.²

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.²

La escuela y el éxito escolar: Si él/la joven tiene un proyecto de vida en el cual es necesario alcanzar un determinado nivel educativo, es más probable que, aun teniendo relaciones sexuales, adopten una prevención efectiva del embarazo.

A nivel nacional la escolaridad promedio por sexo es de 6.7 grados para los hombres y 6.5 para las mujeres. En el área urbana, la escolaridad promedio de los hombres es de 7.9 grados y de las mujeres de 7.5; en la zona rural, la de los hombres es de 4.9 grados y de las mujeres de 4.6 grados.¹

Es de destacar que al desagregar la escolaridad promedio por departamento los que presentan los indicadores más altos o con más grados de escolaridad son San Salvador y La Libertad con 8.2 y 6.9 grados de escolaridad respectivamente. Siendo los departamentos de La Unión y Morazán, los que muestran los niveles más bajos de escolaridad, 4.7 y 5.0 grados respectivamente.¹

Los estudios han demostrado que la involucración con las actividades escolares (principalmente de tipo religioso) está relacionado con una disminución en la tasa de embarazos adolescentes.¹

Cuando el nivel educativo del adolescente es bajo. Los adolescentes con historia de frustraciones educativas, años perdidos y bajo rendimiento escolar, pueden encontrar en el embarazo una salida a una insatisfecha historia dentro del sistema escolar.¹

Pandillerismo: Se ha demostrado que cuando el adolescente pertenece a una pandilla es más probable que inicie muy joven la actividad sexual, que tenga varias parejas y que llegue al embarazo.¹

Falta educación acerca del comportamiento sexual en la adolescencia: Existe una desinformación en torno a lo que es y significa la adolescencia.

El colegio les habla de todo, menos de ellos mismos y de su cuerpo destinado a lo placentero pero también siempre dispuesto a la concepción. A las profesoras y profesores les asusta hablar de libertad y de amor, de ternura y de placer. Creen que si hacen el amor por primera vez no habrá embarazo porque para el embarazo se requiere mantener una vida sexual frecuente y conocen de nombre los métodos de control de la fecundidad, pero no saben bien cómo utilizarlos.¹

Buscan información en otras fuentes, sobre todo entre los amigos o en lecturas poco serias y nada orientadoras.¹

Cuando el varón, por sentirse que él ya lo sabe todo y que no lo necesita, **se ausenta de las tareas de salud reproductiva incluida la información sobre sexualidad, consejerías en salud sexual y servicios de anticoncepción.**

Por ignorancia y actitud ante los riesgos: desdeñan el uso de métodos de planificación familiar porque se sienten invulnerables y dudan de la efectividad de los mismos, creyendo que tienen efectos secundarios, o bien que utilizar los métodos es una falta de respeto con la otra persona a la que quieren, antes que nada, complacer.¹

Pensamiento Mágico: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean, o no tienen cuidado porque, como no se embarazaron de casualidad, piensan que son estériles y, además, no tienen miedo de las enfermedades de transmisión sexual.¹

Falta o hay distorsión de la información: es común que entre los adolescentes circulen “mitos” como: “sólo te embarazas si tienes orgasmo”, o “nunca cuando lo haces con la menstruación” o “cuando no hay penetración completa”, etc.

En muchos casos, el uso de los anticonceptivos es inadecuado. La inexperiencia hace que uses mal el condón o que se te olvide tomar las píldoras anticonceptivas, etc.

Debido a que ningún método anticonceptivo es completamente efectivo, **la abstinencia** (no tener relaciones sexuales) es la única forma segura de prevenir el embarazo. **Una adolescente sexualmente activa, que no utilice anticonceptivos tiene un 90% de probabilidades de quedar embarazada en un año.**

Corren riesgos voluntariamente: forma parte de su crecimiento y desarrollo como adolescentes. Les ayuda a probar fuerzas y capacidades para enfrentarse al mundo. Desafortunadamente, en ocasiones, los jóvenes creen que los comportamientos de riesgo son muestras de madurez.¹

Otros factores que se han asociado a embarazo adolescente son: el consumo de alcohol u otras drogas, incluyendo los productos del tabaco, tener pocos amigos, la falta de participación en actividades escolares, familiares o comunitarias y ser hija de una madre que tuvo su primer parto a una edad de 19 o siendo aún más joven¹.

Déficit en los servicios específicos de atención en consejería sobre salud sexual y reproductiva; prevención para la población adolescente incluida la anticoncepción y educación sexual y falta de promoción sobre los derechos sexuales y reproductivos.¹

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 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.²

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).²

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 embarazo².

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.²

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.²

El informe final de la Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL 2008, evidencia que la edad promedio del inicio de las relaciones sexuales es de 16.3 años para mujeres y 15 años para hombres.⁶

Además se muestra que del total de mujeres de 15 a 24 años de edad, la mitad de ellas ya experimento al menos una relación sexual (51%).⁶

Los resultados de FESAL-2008 muestran que en el grupo de mujeres de 15 a 19 años, alrededor del 18 por ciento tiene al menos un(a) hijo(a) actualmente vivo(a), cifra que asciende a alrededor del 56 por ciento en el grupo de 20 a 24 años de edad. Los datos indican que en promedio las mujeres adolescentes o jóvenes

quedan embarazadas de hombres de mayor edad que ellas, siendo la edad promedio de 17.3 años para ellas y 22.5 años para ellos.⁶

El 37% de mujeres cuya primera relación ocurrió cuando tenían menos de 15 años declaró que la pareja era de 3 a 5 años mayor que ella y para el 45% la pareja era 6 o más años mayor. Esta información confirma que las adolescentes que tienen su primera relación sexual a edad más temprana, están más propensas a tener parejas sexuales mayores que ellas.⁶

Una de cada 2 mujeres de 15 a 24 años tiene 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 pre marital que la marital: 26.4 por ciento en el grupo de 15 a 19 años y 54.5 por ciento en el grupo de 20 a 24 años de edad. La proporción cuya primera relación sexual fue pre marital asciende rápidamente del 11.3 por ciento entre las mujeres de 15 años de edad actual a un 43 por ciento entre las de 19 años y sigue ascendiendo hasta alcanzar un 62 por ciento en el grupo con 24 años de edad.²

Según datos de la Unidad de Monitoreo y evaluación del MSPAS en el año 2009, de las 74,777 inscripciones prenatales, el 33.6% se brindaron en mujeres adolescentes.²

La atención de partos en el año 2009, fue de 76,672 partos institucionales, de los cuales 31% fueron atendidos en mujeres adolescentes y entre este grupo el 5% en menores de 15 años.²

Según la FESAL 2008, prácticamente ocho de cada 10 mujeres de 15 a 24 años con experiencia sexual tuvieron al menos un embarazo, pero contrario a la primera relación sexual, es mayor el porcentaje de embarazos que se clasifica como marital que el clasificado como pre marital (22.1 contra 17 por ciento). El porcentaje con

experiencia de embarazo (marital o pre marital) asciende rápidamente del 8.4 por ciento entre las que tienen 15 años de edad a un 43 por ciento entre quienes tienen 19, hasta llegar al 73 por ciento en el grupo de 24 años de edad actual.⁶

Al considerar la edad al momento de la primera relación sexual, la proporción que usó anticonceptivos asciende del 20% entre quienes la tuvieron antes de los 15 años al 26% de las de 15 a 17 años. Llegando al 37% entre quienes tenían de 18 a 24 años de edad en ese momento.⁷

Un 29 por ciento de los primeros embarazos ocurrió cuando la mujer pensaba que no podía salir embarazada, proporción que resulta ser el doble en el embarazo que se clasifica como pre marital, comparado con el que se clasifica como marital (41.2 contra 20.2 por ciento) y desciende del 39 por ciento entre las que tenían menos de 15 años cuando quedó embarazada al 24.2 por ciento entre las que tenían de 20 a 24 años.⁷

Las razones más frecuentes para pensar que no saldrían embarazadas fueron: "No tenía relaciones frecuentes" y por "falta de información" (18 por ciento cada una), "era la primera vez" (16.4 por ciento) y "creía que no estaba en su período fértil" (13.1 por ciento). Por otra parte, el 42.5 por ciento no planeó su primer embarazo, proporción que varía del 23.3 por ciento entre los clasificados como maritales al 67.4 por ciento para los pre-maritales. Probablemente estas cifras serían menores si la educación en salud sexual y reproductiva fuera generalizada en el Sistema Educativo de El Salvador, pero de los centros educativos, sólo un 70 por ciento de las mujeres de 15 a 24 años reporta que recibió información sobre el embarazo y un 64 por ciento sobre los métodos anticonceptivos.²

Se detallan datos nacionales, obtenidos de la Unidad de Información, Monitoreo y Evaluación del Ministerio de salud Pública y Asistencia Social.

Tabla No. 1. Embarazo en adolescentes.

Inscripciones prenatales de 10 a 19 años en El Salvador.

Años	10 a 14 años	15 a 19 años	Total
2005-06	3590	54054	57644
2007	1927	27920	29847
2008	1970	28816	30786
2009	1719	22633	24352
Total	7487	110790	118277

Fuente: Unidad de Información, Monitoreo y Evaluación del MSPAS.

En la tabla anterior, muestra que el número de embarazo en adolescentes en los dos últimos años en ambos grupos de edad ha aumentado; siendo los Departamentos de San Salvador, La Libertad y Sonsonate los que representa con mayor número de adolescentes; solo en San Salvador del total de embarazadas adolescentes de 10 a 19 años para el año 2007 representaba el 23.29% y para el año 2008 el 23.26%.²

Aunque la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres ha tenido avances en la última década, actualmente todavía no llega a niveles satisfactorios. La población adolescente no queda excluida de esta situación, que se ve reflejada en el limitado ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, y el alto índice de embarazos no planificados de adolescentes, con los efectos negativos que tiene este hecho en sus posibilidades de desarrollo.²

Según el estudio, "Salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes: Incorporando la perspectiva de derechos humanos en las inversiones de salud pública", el 43,8% de los embarazos en adolescentes son deseados, mientras un

56,2%

no.

La investigación realizada entre 1.258 jóvenes, entre las edades de 10 y 19 años, también destacó que las adolescentes salvadoreñas en promedio tienen su primer encuentro sexual a los 15,9 años y los hombres adolescentes a los 14,8.

Indicó también que uno de cada 10 adolescentes afirmó no tener suficiente información sobre métodos anticonceptivos y de planificación familiar.

De una población de 6,1 millones de personas, dos millones son menores de 14 años y alrededor de 1,7 millones tienen entre 15 y 29 años, según datos oficiales

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es del tipo descriptivo, pues se observó y correlaciono el comportamiento de las variables en estudio sin ejercer influencia en las mismas, y además de corte transversal, ya que comprendió un periodo de tiempo establecido.

PERÍODO Y LUGAR DE INVESTIGACIÓN

La investigación se realizó en el periodo comprendido de mayo a junio de 2016 en el municipio de Quezaltepeque, específicamente en el área de responsabilidad de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica San Jacinto.

UNIVERSO

El universo que contempla este estudio está constituido por las adolescentes embarazadas que consultaron en la UCSFB San Jacinto, del municipio de Quezaltepeque, que corresponde a 10 pacientes.

MUESTRA: CÁLCULO Y DISEÑO MUESTRAL

Se utilizó un muestreo no probabilístico, obteniendo una muestra por conveniencia, con un total de 10 pacientes, es decir se incluyó el universo en el estudio. La unidad de análisis está constituida por las pacientes gestantes cuya edad corresponde al grupo de adolescentes, seleccionadas mediante criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes en periodo de gestación, que se encontraban en el grupo etario de adolescentes, es decir entre las edades de 10 a 19 años.
- Pacientes gestantes adolescentes que residieran en el Área de responsabilidad de UCSFB San Jacinto.
- Paciente adolescente que estuvo en etapa de gestación en el periodo de estudio de mayo a junio.
- Pacientes Embarazadas adolescentes que deseaban participar en la investigación, previo consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes gestantes mayores de 19 años de edad.
- Paciente que no residiera en el área de responsabilidad de la UCSFB San Jacinto
- Paciente gestante que no llevara sus controles prenatales en la UCSFB San Jacinto

CLASIFICACIÓN DE VARIABLES

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Valores	Escala	Unidad de Medida
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Años cumplidos desde la fecha de nacimiento hasta la fecha de consulta.	Expediente clínico	Pacientes entre las edades 10 a 19 años de edad	Nominal	Años
Factor social	Aquellos elementos o factores pertenecientes o relativos a la sociedad que influyen al individuo. Aspecto relacionado con la manera en que	Factores que influyen sobre la conducta, comportamiento, desempeño e interacción del individuo en la sociedad.	Clases sociales Grupos sociales	Baja, intermedia, alta Amigos, familiares, compañeros de estudio o trabajo, vecinos	Nominal	No medible

	funciona una sociedad.		Estado civil	Soltera, Unión estable, casada		
			Violencia social	Intrafamiliar, social, delincuencia, pandillas		
Factor económico	Factores relacionados con el comportamiento de la economía, el flujo de dinero, de bienes y servicios, tanto a nivel nacional o internacional	Factores relacionados a la economía de la paciente y su grupo familiar.	Condición económica	estable, pobreza, pobreza extrema	Nominal	No medible
			Empleo	Empleo formal, empleo informal, desempleada, ama de casa		
			Vivienda	Propia, alquilada,		

<p>Factor cultural</p>	<p>Rasgos distintivos que hacen diferentes a grupos humanos y asentamientos poblacionales dentro de un mismo espacio geográfico y social, permite comprender su desarrollo histórico, sus tendencias más significativas, nexos entre las actuaciones de individuos y grupos y las dinámicas sociales.</p>	<p>Conjunto de costumbres, tradiciones y conductas heredadas por las nuevas generaciones, las cuales orientan el comportamiento del individuo</p>	<p>Religión</p> <p>Rol de género</p> <p>Costumbres</p>	<p>Católica, Evangélica, Testigo de Jehová Otra</p> <p>Aceptación o rechazo del rol Toma de decisiones Planificación del futuro individual y de pareja</p> <p>Las aplica, no las aplica</p>	<p>Nominal</p>	<p>No medible</p>
------------------------	---	---	--	---	----------------	-------------------

Adolescentes	Es la etapa que sigue a la niñez, y comienza con la pubertad, aproximadamente a la edad de los 10 años, abarca hasta los 19 años.	Paciente cuya edad cronológica se encuentra entre las edades de 10 a 19 años	Temprana Media Tardía	10-13 14-17 18-19	Intervalo	Años
Acceso a educación	Capacidad que tiene el individuo para adquirir conocimientos, que promueve la socialización, concientización cultural y conductual de las nuevas generaciones.	Oportunidad para la adquisición de habilidades, destrezas, conductas y conocimiento, mediante el aprendizaje.	Acceso Nivel educativo	Sí, no Básica, Media, Superior	nominal	No medible
Embarazo en	Embarazo que se produce en una mujer	Paciente en periodo de gestación	Semanas de Amenorr	Primer trimestre	Intervalo	Semanas

adolescencia	entre la adolescencia inicial o pubertad – comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia. Mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica	cuya edad cronológica se encuentra en el etapa de adolescencia	ea (edad gestacion al) Edad de la paciente	Segundo trimestre Tercer trimestre Edad entre 10-19 años	Nominal	Años
Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva	Conocimientos generales y específicos que posee un individuo sobre el mantenimiento y preservación de su salud sexual y reproductiva	Conocimientos generales adquiridos por la paciente respecto a salud sexual y salud reproductiva	Nivel de conocimiento	Amplio Regular Nulo	Intervalo	No medible

FUENTES DE INFORMACIÓN

Las fuentes para obtención de la información, comprendió **fuentes primarias**, es decir, se abordó a la paciente en estudio de manera directa, realizando el interrogatorio a través de un instrumento (cuestionario) , además se utilizó **fuentes secundarias**, como revisión del expediente clínico, corroborando cumplimiento de criterios de inclusión y exclusión.

TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

Para la obtención de la información se abordó a cada una de las pacientes, mediante la técnica de entrevista semi estructurada, utilizando para ello un instrumento (Cuestionario) previamente elaborado que permitió dirigir el interrogatorio.

HERRAMIENTAS PARA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

Se utilizó como herramienta de recolección de información el cuestionario, durante la entrevista con cada paciente. Este permitió a la paciente proporcionar una respuesta abierta, sin embargo en este se sugirió algunas opciones de respuesta, a manera de dirigir el interrogatorio en los aspectos que pretendíamos conocer. El instrumento fue contestado de manera verbal.

MECANISMOS DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE LOS DATOS

Previo a la entrevista, se realizó lectura del consentimiento informado, en el cual se explicó a la paciente, en primer lugar la confidencialidad de la información a obtener, garantizando el anonimato en cada cuestionario, además en qué consiste la investigación y su finalidad; al estar en completo acuerdo, cada una firmó dicho documento.

Los cuestionarios llenados durante cada entrevista, fueron de uso exclusivo de los miembros del equipo de investigación, resguardados en una carpeta, y utilizados únicamente para el procesamiento y análisis de resultados.

PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Se organizó la información obtenida en tablas, las cuales reflejan la frecuencia absoluta y relativa de los datos, para lo cual se utilizó el programa Microsoft Excel. A partir de estos se elaboró graficas de pastel. Además aquellos datos que no pueden tabularse, únicamente se analizaron para construir conclusiones.

ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Mediante la utilización de tablas y gráficos, se verifico el cumplimiento de los objetivos de la investigación, haciendo énfasis en las interrogantes del instrumento (Cuestionario) más representativas que permitieron analizar y enumerar los factores sociales influyentes en el problema en estudio. Se hizo un análisis detallado de la información obtenida, se indago sobre la interrelación e influencia de las variables en las pacientes estudiadas con el fin de comprender este problema.

PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Organizados los datos en tablas, se construyeron gráficos de pastel para una mejor visualización e interpretación de los resultados, a partir de los cuales se elaboraron conclusiones. Con el apoyo de equipo multimedia (computadora portátil, cañón, entre otros) se realizará la presentación de los principales hallazgos y conclusiones obtenidas con el presente estudio.

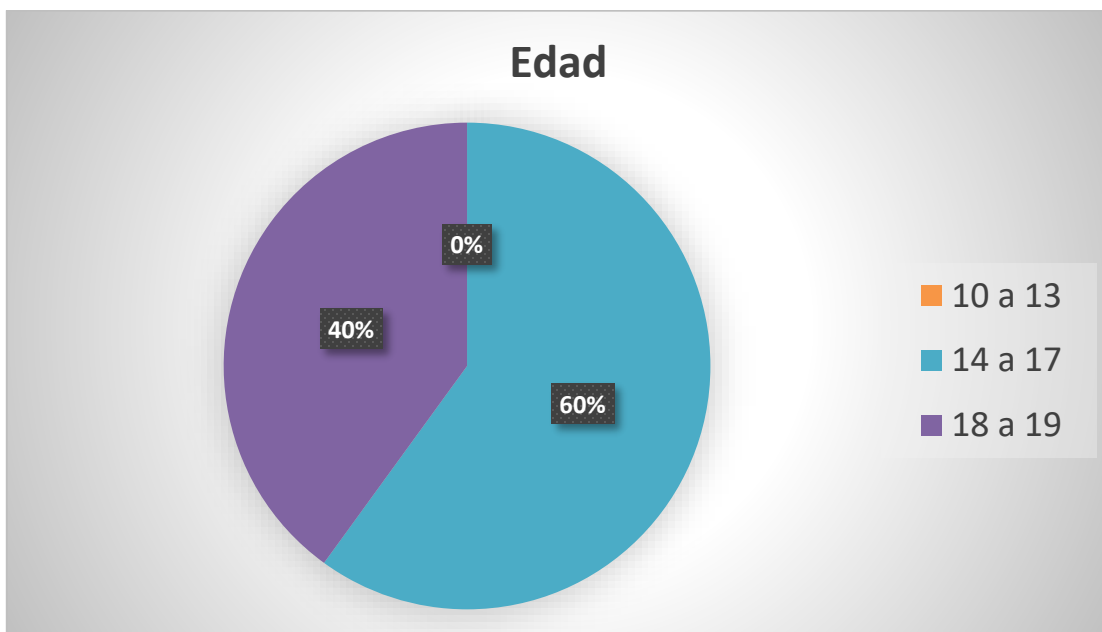
RESULTADOS

Objetivo 1

Identificar los factores sociales, económicos y culturales que influyen en el embarazo en las adolescentes.

Grafica 1.

Edad de adolescente embarazada.

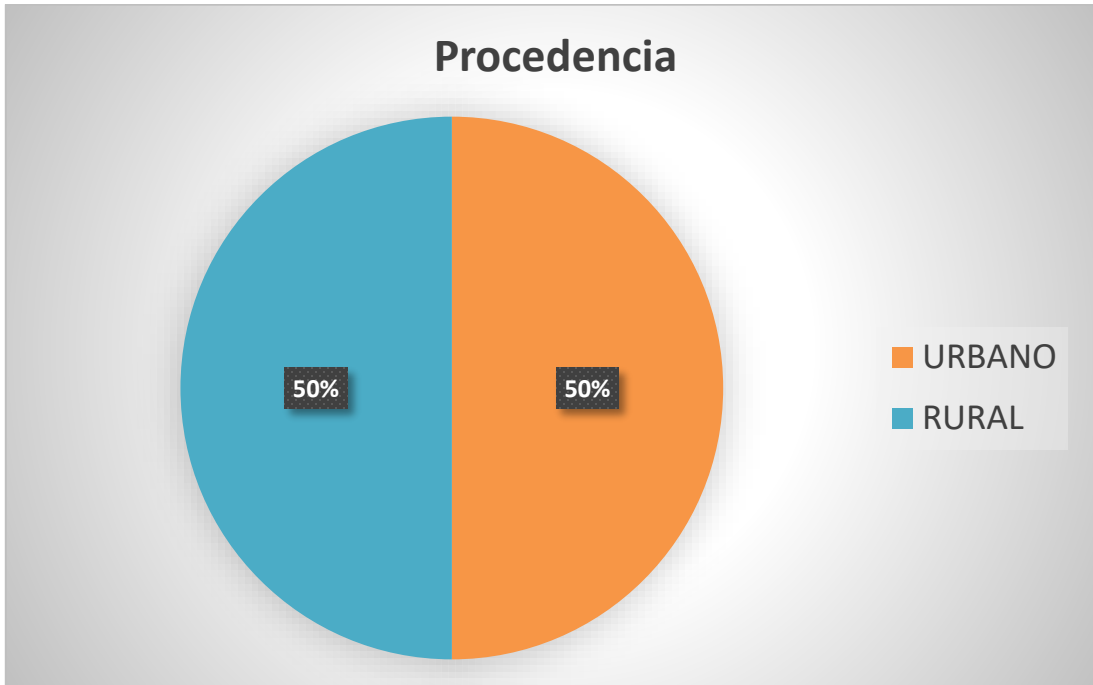


Fuente: trabajo de investigación "Factores predisponentes a la frecuencia de embarazos en las adolescentes que consultan en UCSF San Jacinto Quezaltepeque, en el periodo de mayo a junio de 2016"

Como se observa en la gráfica anterior el 60% de las adolescentes entrevistadas se encuentran entre los 14 y 17 años de edad, y el 40% se encuentran entre los 18 a 19 años.

Grafica 2.

Procedencia de la adolescente embarazada

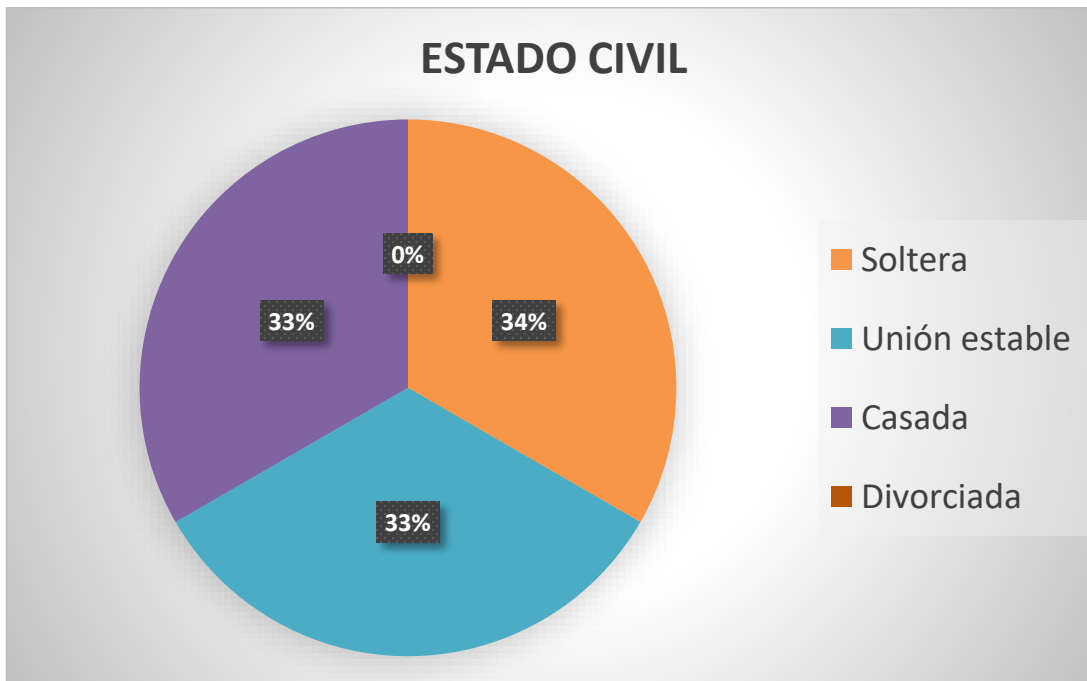


Fuente: trabajo de investigación "Factores predisponentes a la frecuencia de embarazos en las adolescentes que consultan en UCSF San Jacinto Quezaltepeque, en el periodo de mayo a junio de 2016"

Como se nota en la gráfica el 50% proviene del área urbana y 50% del área rural.

Grafica 3.

Estado civil de la adolescente embarazada

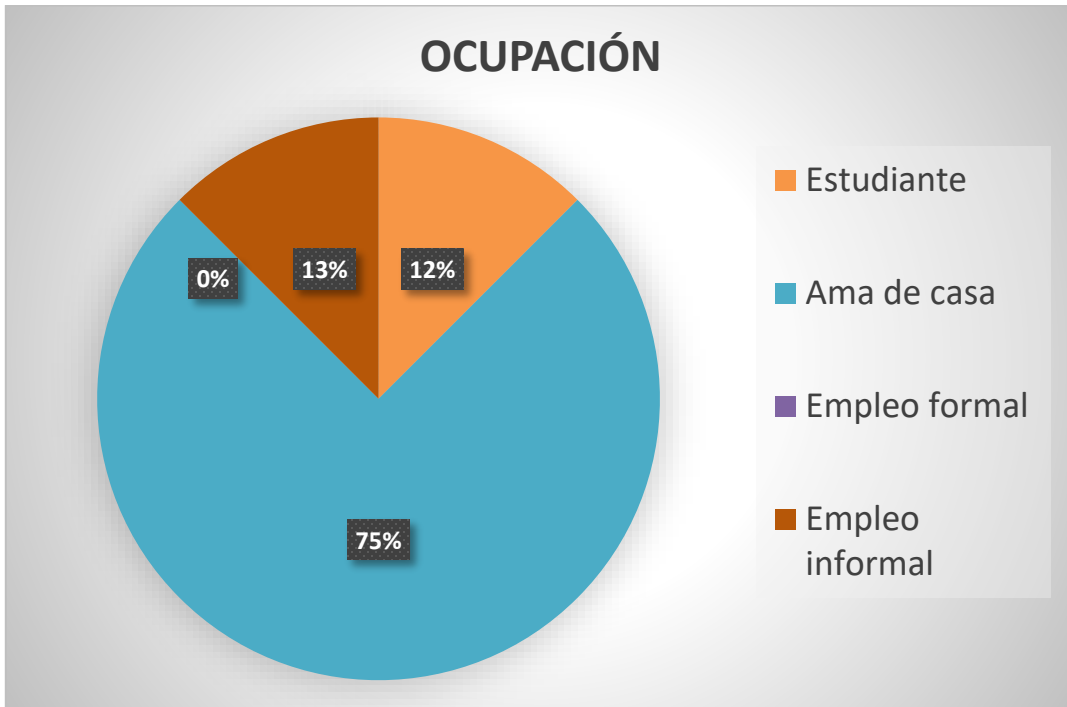


Fuente: trabajo de investigación "Factores predisponentes a la frecuencia de embarazos en las adolescentes que consultan en UCSF San Jacinto Quezaltepeque, en el periodo de mayo a junio de 2016"

Se observa en la gráfica, el 34% son solteras, un 33% se encuentra casada y un 33% está en unión estable.

Grafica 4.

Ocupación de la adolescente embarazada.

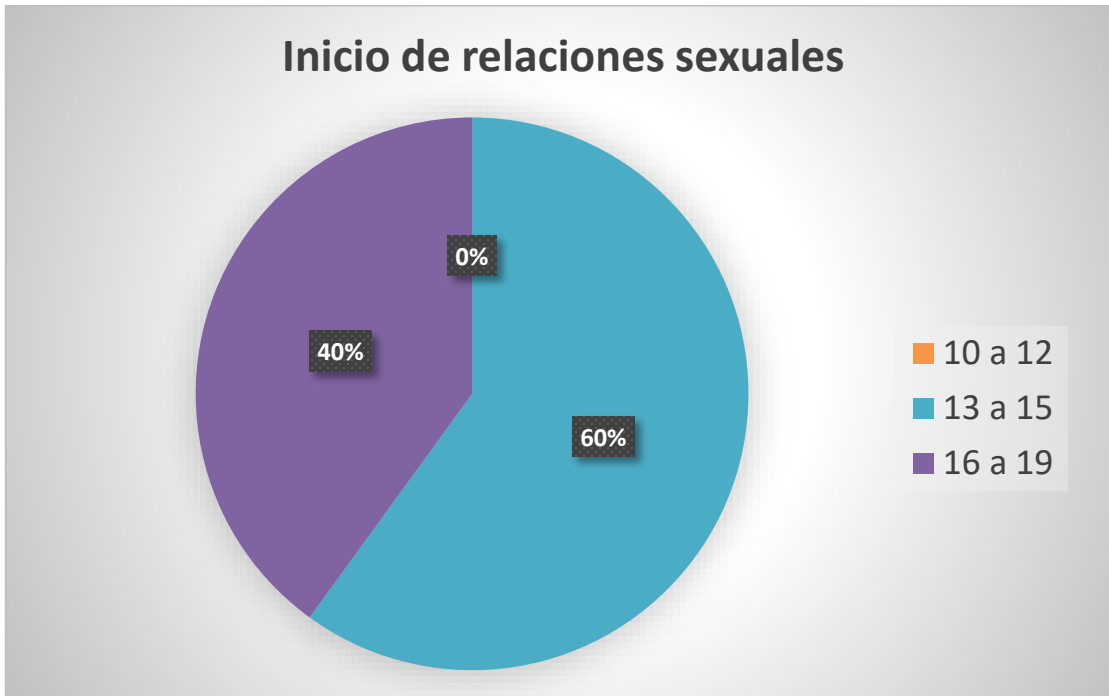


Fuente: trabajo de investigación "Factores predisponentes a la frecuencia de embarazos en las adolescentes que consultan en UCSF San Jacinto Quezaltepeque, en el periodo de mayo a junio de 2016"

El 75% de las entrevistadas es ama de casa, 13% posee empleo informal, y el 12% es estudiante.

Grafica 5.

Edad de inicio de relaciones sexuales en la adolescente embarazada.

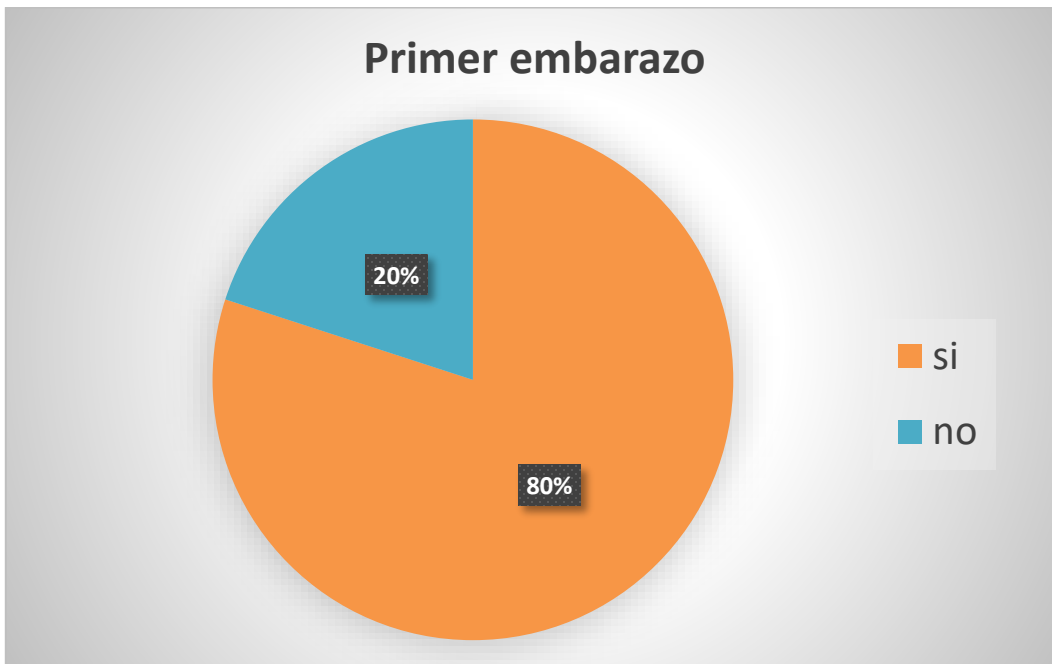


Fuente: trabajo de investigación "Factores predisponentes a la frecuencia de embarazos en las adolescentes que consultan en UCSF San Jacinto Quezaltepeque, en el periodo de mayo a junio de 2016"

Se observa que un 60% de las adolescentes inicio relaciones sexuales entre los 13 a 15 años de edad, mientras que el 40% restante inicio entre los 16 a 19 años.

Grafica 6.

Primer embarazo de la adolescente.

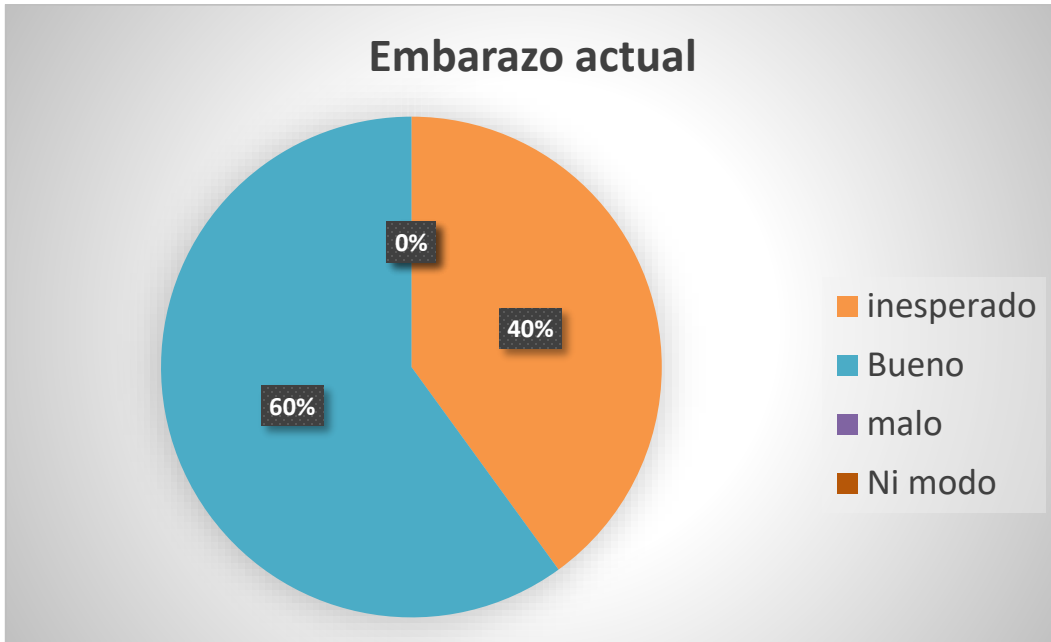


Fuente: trabajo de investigación "Factores predisponentes a la frecuencia de embarazos en las adolescentes que consultan en UCSF San Jacinto Quezaltepeque, en el periodo de mayo a junio de 2016"

Se evidenció que en el 80% de las pacientes es el primer embarazo, mientras que en el 20% tienen gestaciones previas.

Grafica 7.

Pensamientos de la adolescente sobre su embarazo actual.

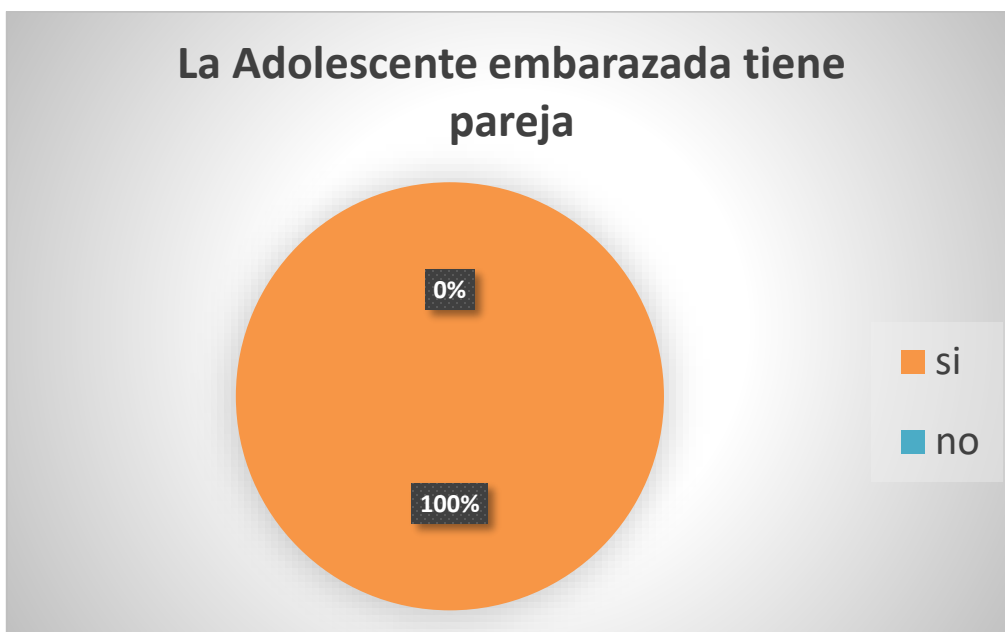


Fuente: trabajo de investigación "Factores predisponentes a la frecuencia de embarazos en las adolescentes que consultan en UCSF San Jacinto Quezaltepeque, en el periodo de mayo a junio de 2016"

El 60% de adolescentes considera que su embarazo actual es bueno, un 40% que es inesperado.

Grafica 8.

La adolescente embarazada está actualmente con su pareja

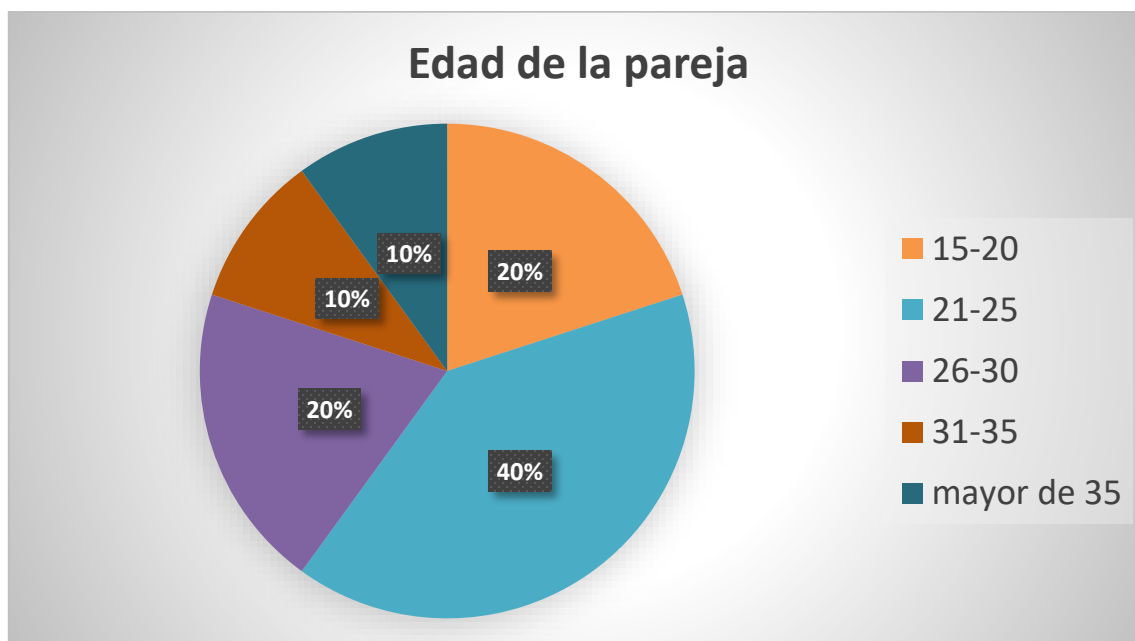


Fuente: trabajo de investigación “Factores predisponentes a la frecuencia de embarazos en las adolescentes que consultan en UCSF San Jacinto Quezaltepeque, en el periodo de mayo a junio de 2016”

El 100% de las pacientes estudiadas tiene pareja actualmente.

Grafica 9.

Edad de la pareja actual de la adolescente embarazada.

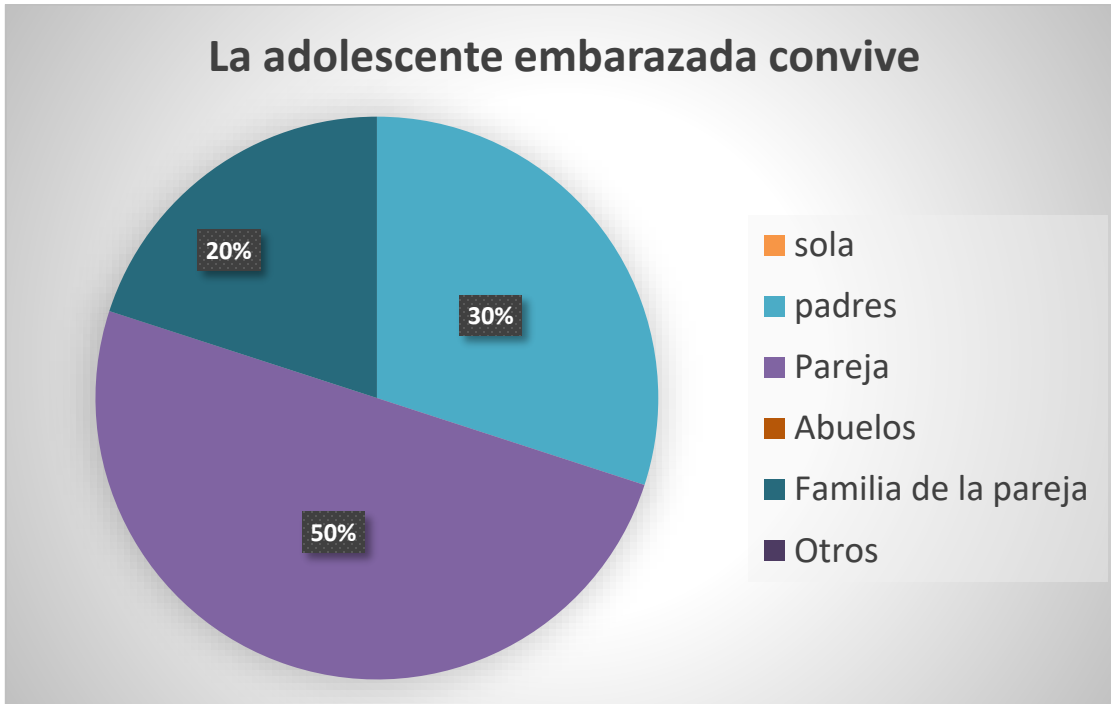


Fuente: trabajo de investigación "Factores predisponentes a la frecuencia de embarazos en las adolescentes que consultan en UCSF San Jacinto Quezaltepeque, en el periodo de mayo a junio de 2016"

La edad de las parejas en un 45% se encuentra entre los 21 y 25 años de edad, un 20% se encuentra entre los 15 y 20 años de edad, 20% entre los 26 y 30 años, 10% es mayor de 25 y un 10% entre 31 a 35 años de edad.

Grafica 10.

Personas que conviven con la adolescente embarazada

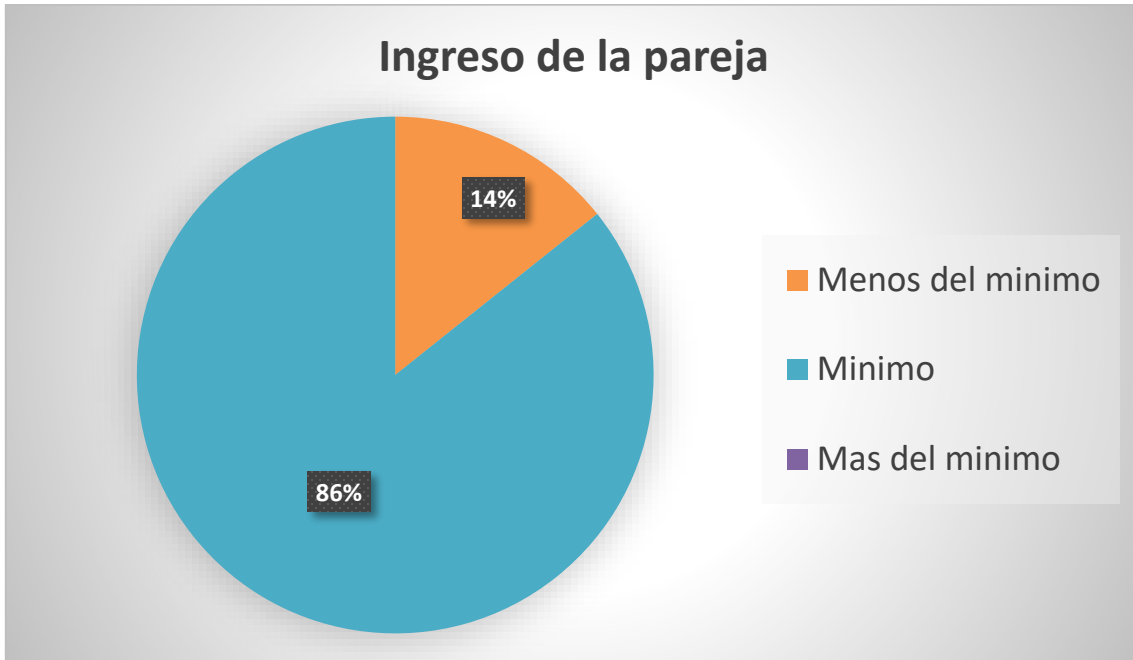


Fuente: trabajo de investigación "Factores predisponentes a la frecuencia de embarazos en las adolescentes que consultan en UCSF San Jacinto Quezaltepeque, en el periodo de mayo a junio de 2016"

El 50% vive con la pareja, el 30% vive con los padres, el 20% vive con la familia de la pareja.

Grafica 11.

Ingreso económico de la pareja actual de la adolescente embarazada



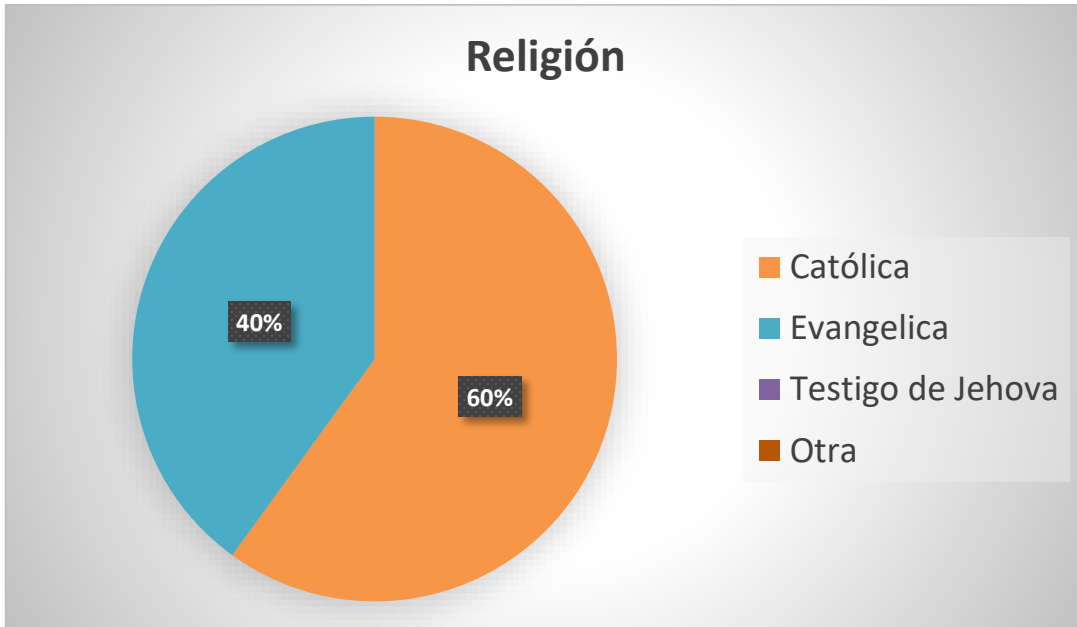
Fuente: trabajo de investigación "Factores predisponentes a la frecuencia de embarazos en las adolescentes que consultan en UCSF San Jacinto Quezaltepeque, en el periodo de mayo a junio de 2016"

*Solo 7 trabajan

El 86% ganan el salario mínimo, el 14% gana menos del salario mínimo.

Grafica 12.

Religión de la adolescente embarazada.



Fuente: trabajo de investigación "Factores predisponentes a la frecuencia de embarazos en las adolescentes que consultan en UCSF San Jacinto Quezaltepeque, en el periodo de mayo a junio de 2016"

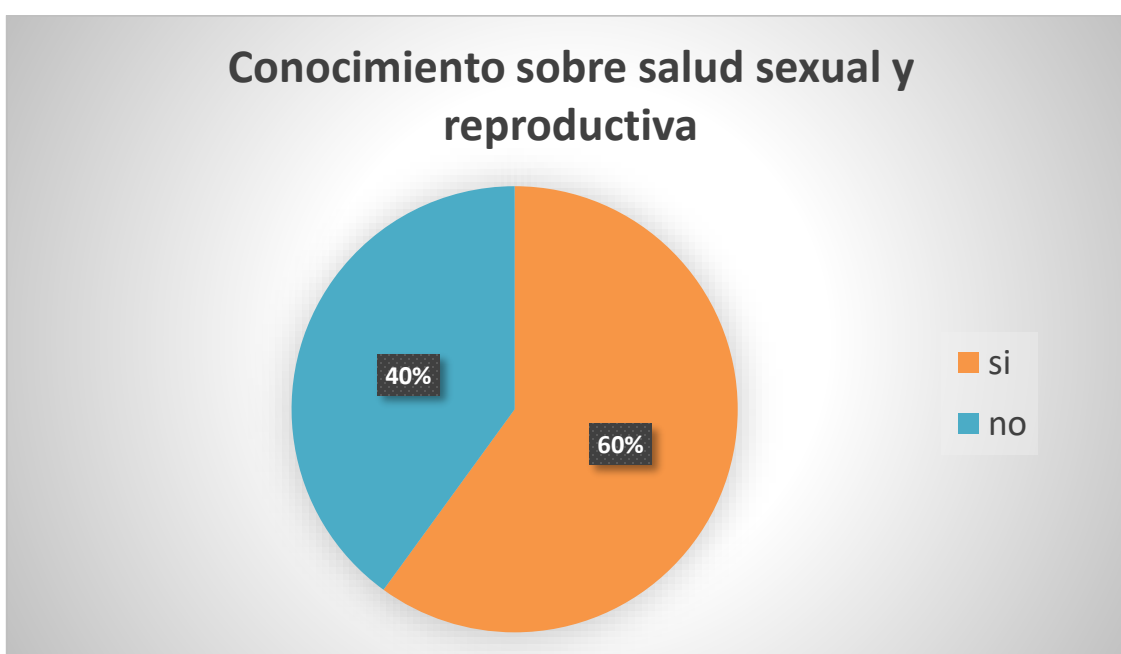
El 60% de las embarazadas profesan la religión católica, el 40% profesan la religión evangélica.

Objetivo 2

Determinar el grado de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva de las adolescentes gestantes atendidas en UCSFB San Jacinto el periodo antes descrito.

Grafica 13.

Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva de la adolescente

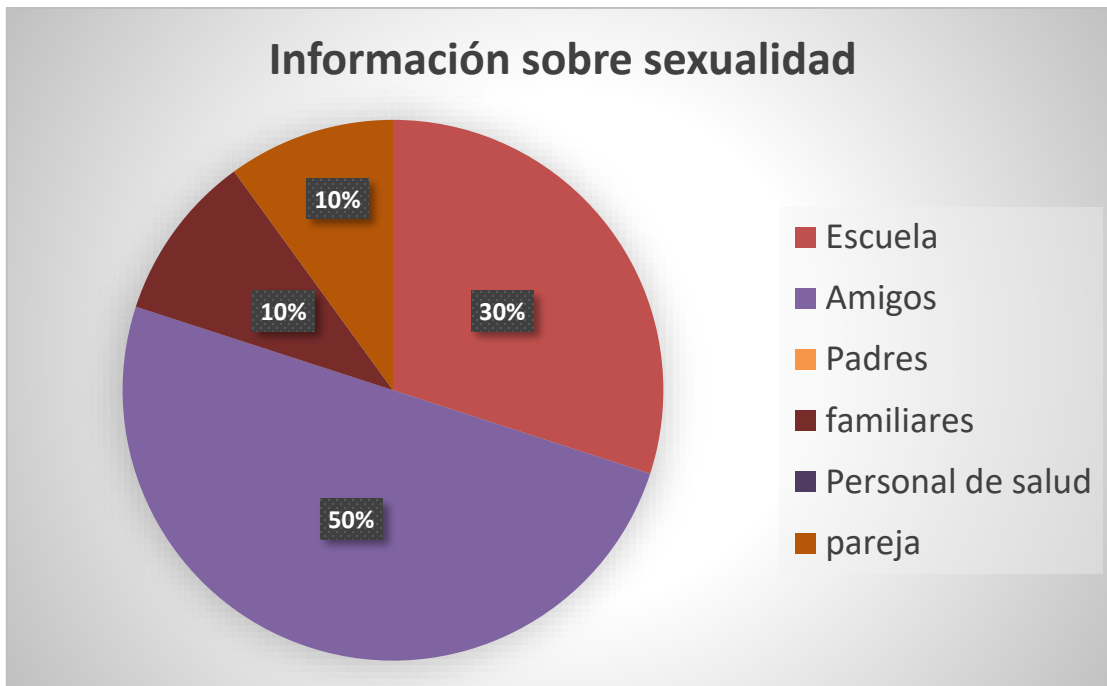


Fuente: trabajo de investigación "Factores predisponentes a la frecuencia de embarazos en las adolescentes que consultan en UCSF San Jacinto Quezaltepeque, en el periodo de mayo a junio de 2016"

El 60% de las adolescentes conoce sobre la salud sexual y reproductiva, y un 40% no.

Grafica 14.

Fuente de información sobre la sexualidad por la adolescente embarazada.

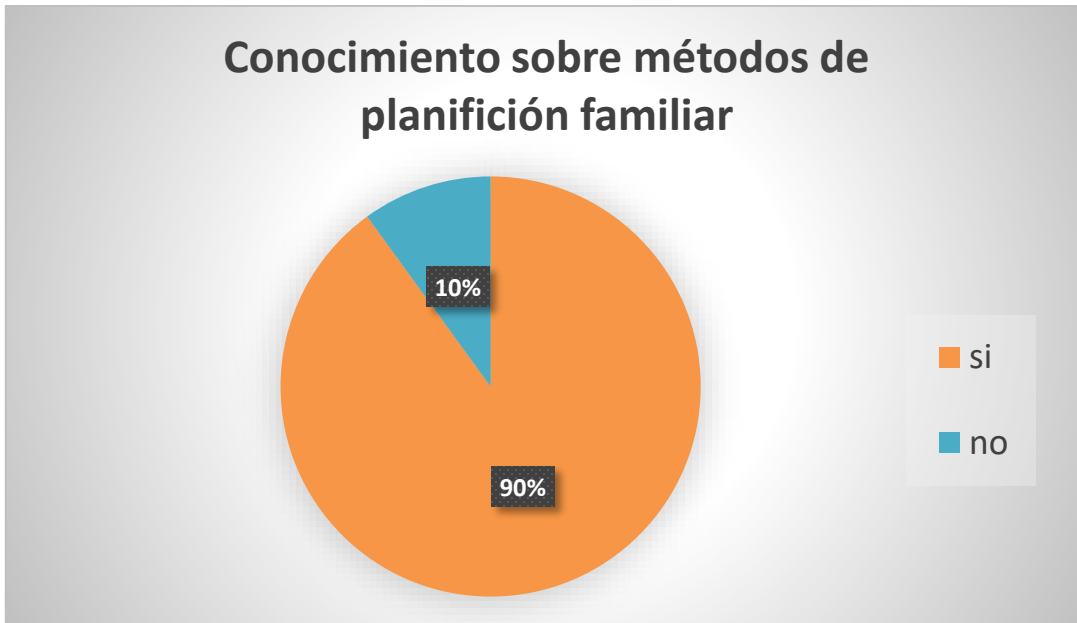


Fuente: trabajo de investigación "Factores predisponentes a la frecuencia de embarazos en las adolescentes que consultan en UCSF San Jacinto Quezaltepeque, en el periodo de mayo a junio de 2016"

El 50% obtuvo información con sus amigos sobre sexualidad, un 30% en la escuela, 10% de la pareja y un 10% de los familiares.

Grafica 15.

Conocimiento de la adolescente embarazada sobre tipos de métodos anticonceptivos.



Fuente: trabajo de investigación "Factores predisponentes a la frecuencia de embarazos en las adolescentes que consultan en UCSF San Jacinto Quezaltepeque, en el periodo de mayo a junio de 2016"

El 90% de pacientes conoce sobre métodos de planificación y un 10% desconoce sobre esto.

Grafica 16.

La religión de la embarazada está de acuerdo con la planificación familiar

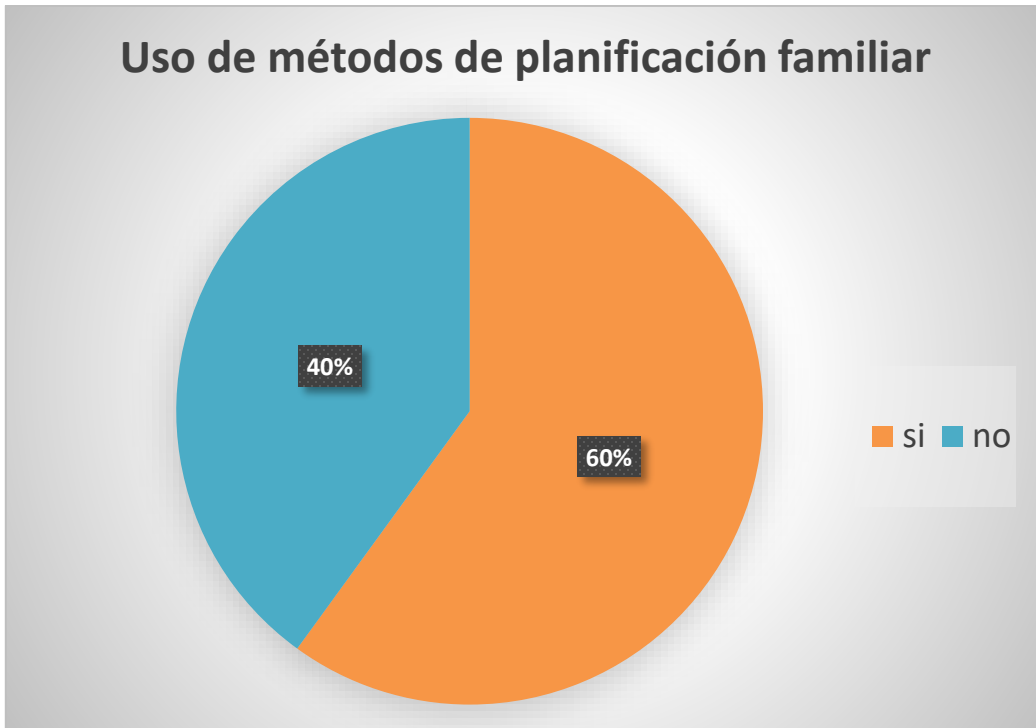


Fuente: trabajo de investigación "Factores predisponentes a la frecuencia de embarazos en las adolescentes que consultan en UCSF San Jacinto Quezaltepeque, en el periodo de mayo a junio de 2016"

El 80% dice que su religión acepta la planificación familiar, un 20% mencionó que no la acepta.

Grafica 17.

Uso de método de planificación familiar por la adolescente embarazada.

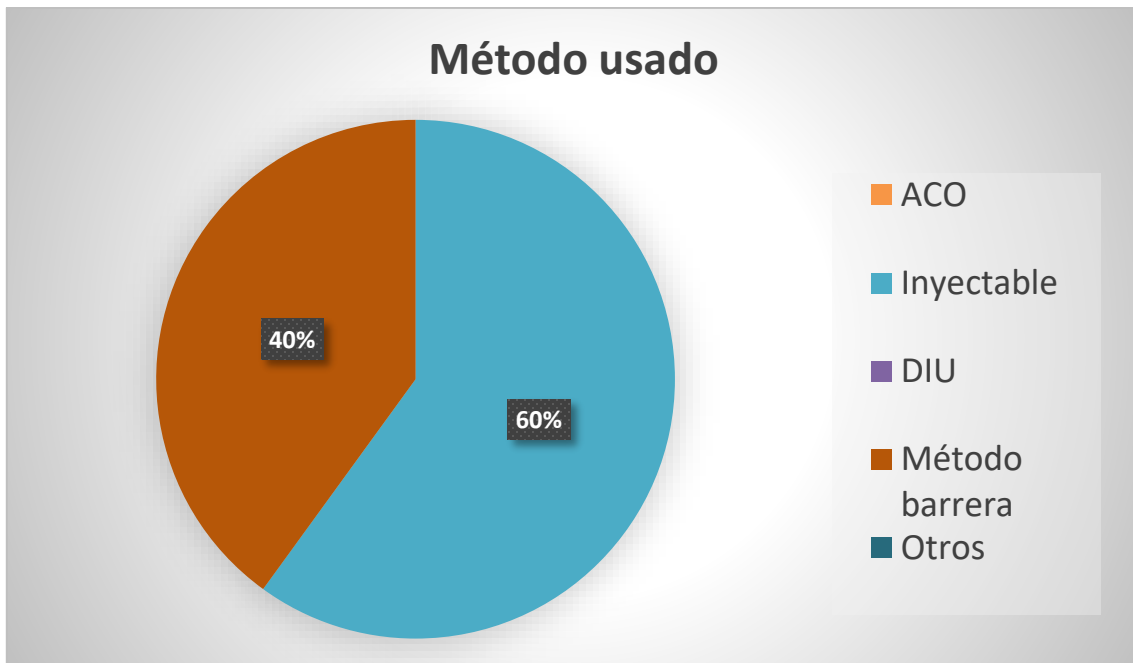


Fuente: trabajo de investigación "Factores predisponentes a la frecuencia de embarazos en las adolescentes que consultan en UCSF San Jacinto Quezaltepeque, en el periodo de mayo a junio de 2016"

Un 60% ha utilizado métodos de planificación familiar, mientras que 40% no los ha usado.

Grafica 18.

Métodos de planificación familiar usados previos al embarazo actual.



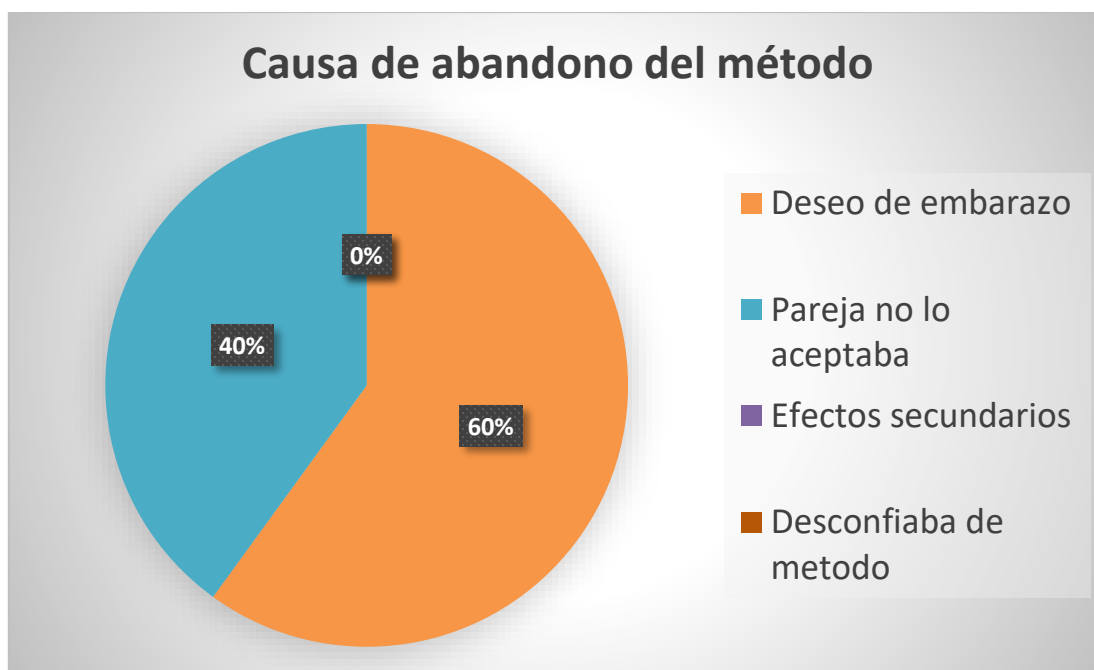
Fuente: trabajo de investigación "Factores predisponentes a la frecuencia de embarazos en las adolescentes que consultan en UCSF San Jacinto Quezaltepeque, en el periodo de mayo a junio de 2016"

** Solamente 6 han usado

El 60% de pacientes han utilizado métodos de tipo inyectables, y un 30% métodos de barrera.

Grafica 19

Causa de abandono del método de planificación por la adolescente.



Fuente: trabajo de investigación "Factores predisponentes a la frecuencia de embarazos en las adolescentes que consultan en UCSF San Jacinto Quezaltepeque, en el periodo de mayo a junio de 2016"

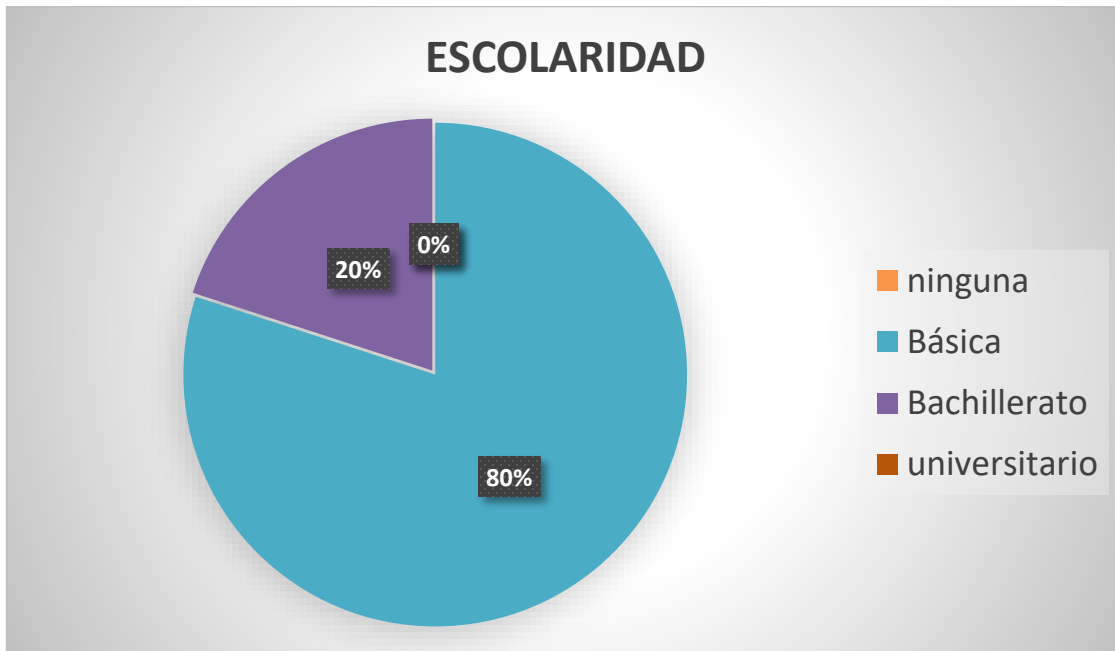
Las adolescentes abandonaron o suspendieron el método utilizado en un 60% por el deseo de salir embarazadas, y el 40% porque su pareja no aceptaba el uso de métodos anticonceptivos.

Objetivo 3

Verificar la relación entre el acceso a educación y embarazo en adolescentes

Grafica 20.

Escolaridad de la adolescente embarazada

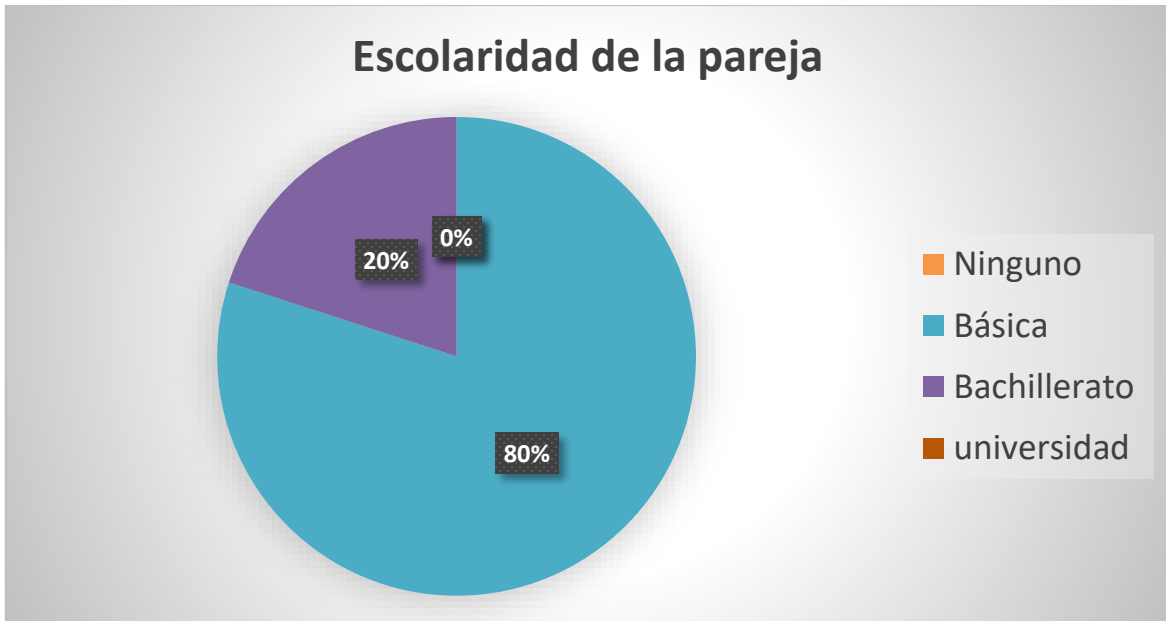


Fuente: trabajo de investigación "Factores predisponentes a la frecuencia de embarazos en las adolescentes que consultan en UCSF San Jacinto Quezaltepeque, en el periodo de mayo a junio de 2016"

El 80% de las entrevistadas posee educación básica, y únicamente el 20% ha alcanzado bachillerato.

Grafica 21.

Escolaridad de la pareja de la adolescente embarazada.



Fuente: trabajo de investigación "Factores predisponentes a la frecuencia de embarazos en las adolescentes que consultan en UCSF San Jacinto Quezaltepeque, en el periodo de mayo a junio de 2016"

El 80% de las parejas tienen educación básica, 20% son bachilleres.

DISCUSION DE RESULTADOS

Las pacientes estudiadas se encuentran en su mayor proporción en el rango de edad de 14 a 17 años, correspondiente a la adolescencia media. Es importante señalar que la adolescencia, en cualquiera de sus tres etapas, constituye un factor de riesgo para la embarazada.

No se observó diferencia respecto al área de procedencia,⁸ con similar incidencia de embarazos en el grupo estudiado, lo cual puede explicarse por el hecho de tratarse de un municipio mixto; no obstante se considera que la procedencia del área rural resulta de mayor riesgo en situación de embarazo, por diversos factores, entre estos para el municipio en estudio difícil acceso a servicios de salud por ubicación geográfica, pues las pacientes deben recorrer una larga distancia para acudir a un establecimiento de salud.

Se verificó que las pacientes del estudio iniciaron relaciones sexo coitales en mayor porcentaje en el rango de edad de 13 a 15 años. Además la mayoría de pacientes ha alcanzado un nivel de escolaridad básico, 50% de ellas se vió forzada a suspender sus estudios. En su mayor porcentaje las pacientes refirieron tener algún conocimiento sobre salud sexual reproductiva, además manifestaron obtener información sobre sexualidad por medio de amigos, le sigue en orden descendente escuela y familia, ninguna manifestó conocimiento a través del personal de salud.

Con esta situación se evidencia la influencia del nivel de escolaridad respecto a los conocimientos que las pacientes pudieron adquirir sobre sexualidad, prevención de embarazos en adolescencia, uso de métodos de planificación familiar, entre otros, por medio del sistema educacional y/o prestadores de servicios de salud. Se vuelve importante el papel del área de Salud en alianza con Educación, respecto a prevención primaria, es decir, influir en este grupo poblacional para contribuir a la disminución de embarazos precoces.

En su mayoría las pacientes no cuentan con empleo, desempeñando un rol de ama de casa, un pequeño porcentaje posee empleo informal o continúan estudiando.

Con similar proporción poseen pareja actualmente, sin observar diferencias respecto al estado civil (soltera, casada, unión estable), el 50% de estas vive con su pareja. Estos factores reflejan las consecuencias de un embarazo a temprana edad, pues obliga a las pacientes a discontinuar o suspender su educación, con lo cual se les dificulta obtener un empleo estable y salarios adecuados, repercutiendo en su calidad de vida durante y después del embarazo.⁸

Como es conocido, la embarazada necesita tener una nutrición adecuada, estilos de vida saludable para minimizar posibles riesgos que repercutan en el desarrollo fetal; sin embargo nuestra población por lo general, desde la infancia no dispone de adecuadas condiciones nutricionales y alimentarias. Esto se ve influido por los ingresos económicos de las familias que con dificultad logran cubrir las demandas básicas de sus integrantes. Durante el estudio se corroboró que la realidad en el municipio de Quezaltepeque no es diferente pues, los padres de las entrevistadas poseen un nivel de escolaridad básico, además en su mayoría su ocupación es un empleo informal, con un salario igual al mínimo. Dicha situación permite señalar que las familias a las que pertenecen estas pacientes difícilmente pudieron brindar una seguridad alimentaria idónea, educación a las mismas, menos aun si el hogar tiene numerosos hijos. La edad de su pareja con la que convive la paciente también es de importancia, en el estudio se evidencio que es entre el rango de 21 a 25 años predominantemente, alcanzando un nivel de escolaridad básico, poseen empleo informal, percibiendo un salario igual al mínimo. Tales situaciones continúan el círculo vicioso, influyendo negativamente.

Respecto a religión existe similar tendencia en sus creencias religiosas predominando con poco porcentaje de diferencia la religión católica. Puede notarse que las creencias religiosas ejercen poco impacto en esta problemática.

Sobre métodos de planificación familiar la mayoría de las pacientes tiene algún conocimiento de los mismos, refieren que su religión no se opone a usos de estos métodos y la mayoría ha utilizado algún método de planificación familiar, siendo predominante el tipo inyectable y métodos de barrera. Se interrogó además el motivo por el cual la paciente suspendió el método anticonceptivo, siendo los

principales motivos el deseo de embarazo y por petición de su pareja a la no utilización.

En la actualidad la mayor parte de la población tiene acceso a servicios de salud, y con el avance de la tecnología los adolescentes pueden tener información sobre métodos anticonceptivos. Nuevamente, cabe resaltar la importancia de proporcionar a la población con énfasis en el grupo de adolescentes, una adecuada orientación y educación en salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos, entre otros, por parte del sistema de salud, reforzar las acciones ya establecidas y garantizar de esta forma una menor incidencia de embarazos en nuestras adolescentes.

CONCLUSIONES

- Se evidenció una estrecha relación entre los factores sociales, económicos y culturales y embarazos en adolescentes, pues estos determinan y condicionan el ambiente en que se desenvuelven estas jóvenes.
- La mayor parte de la población estudiada se encontraba en la adolescencia media, es decir, entre los 14 y 17 años de edad. Sin embargo al comparar, las parejas de estas son de mayor edad, predominando el grupo entre los 21 a los 35 años. Esta situación refleja la influencia de la población masculina sobre las adolescentes.
- No se observó diferencia respecto al área de procedencia, con similar incidencia de embarazos tanto urbano como rural.
- El inicio de relaciones coitales es precoz, se observó mayor porcentaje en el rango de edad de 13 a 15 años.
- Existe poco conocimiento en las adolescentes sobre salud sexual y reproductiva, se verificó que dicha información fue obtenida por medio de amigos en un mayor porcentaje, otras a través de su pareja, familiares y centro educativo en menor proporción, ninguna manifestó conocer al respecto por medio del personal de salud.
- La educación en todos los casos es baja, predominando el nivel básico, algunas han alcanzado bachillerato; de manera similar sus parejas poseen un nivel académico bajo, en su mayoría básico.

- En el aspecto económico, las adolescentes del estudio no disponen de un empleo formal, desempeñando en su mayoría un rol de ama de casa, un pequeño porcentaje posee empleo informal o continúan estudiando. Respecto a sus parejas, poseen en mayor proporción empleo informal, obteniendo ingresos económicos equivalentes al salario mínimo.

- Se observó predominio de la religión católica, las adolescentes manifestaron que su religión no está en contra del uso de métodos anticonceptivos.

- Las pacientes tienen conocimiento sobre métodos anticonceptivos, solamente 6 de estas han utilizado alguno método, no obstante decidieron suspenderlo por deseo de embarazo y / o petición de su pareja de no usarlo.

RECOMENDACIONES

AL CENTRO DE SALUD:

- Implementar estrategias que tengan por objetivo, la educación y la promoción de la salud sexual y reproductiva basadas en una información certificada y fidedigna por medio de charlas, material audio didácticos, afiches etc.
- Reforzar el programa de adolescentes que proporciona el MINSAL en la consulta diaria, identificando factores de riesgo, y brindando consejería enfocado en la educación de la salud sexual y reproductiva.
- Fomentar una relación estrecha con los centros de educación para impartir temas de salud sexual y reproductiva en los centros educativos, con la participación de docentes, alumnos y personal de salud.
- Solicitar reuniones a las instituciones de índole religioso para que estos se una en un esfuerzo para darles a conocer a la población la importancia que tiene llevar una vida sexual y reproductiva responsable.
- Se brinde información por medio de charlas, conversatorios material audio visual a los adolescentes sobre los diferentes métodos de planificación familiar, en qué consisten, el uso correcto de estos, efectos adversos y su grado de efectividad.

A LOS CENTROS EDUCATIVOS:

- Se desarrollen temas, charlas sobre la salud sexual y reproductiva, en las escuelas de padres, para fomentar conocimientos sobre estos temas en los padres para que estos puedan educar de la mejor manera a sus hijos.
- Solicitar a los centros de educación, incorporar conductas saludables en los adolescentes, fomentando el protagonismo juvenil y desarrollando diferentes actividades socio recreativas, para así disminuir factores de riesgo de tipo social en los adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Factores de riesgo de embarazo en la adolescencia. México: Infogen.org 2013de: [actualizado 3 de octubre de 2013; citado en mayo 2016].

Disponible en:

<http://infogen.org.mx/factores-de-riesgo-de-embarazo-en-la-adolescencia/>

2. Factores que influye en el embarazo de las adolescentes inscritas en el programa de atención materna en el programa de atención de unidad de salud de AltaVista enero a junio de 2010, (tesis de maestría) Dra. Ena Isabel Merino, Dr. Ernesto Rosales Inestroza. Universidad de El Salvador Año 2010. Disponible en:

[http://www.medicina.ues.edu.sv/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=57&Itemid=117.](http://www.medicina.ues.edu.sv/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=57&Itemid=117)

3. Ministerio de Salud/Instituto Nacional de Salud, Maternidad y Unión en niñas y adolescentes: Consecuencias en la vulneración de sus derechos. El Salvador 2015. Primera lectura de datos. San Salvador, El Salvador.

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

5. Ministerio de Economía. Dirección General de Estadística y Censos (2013) Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2013 (pág. 6) San Salvador. El Salvador.

6. Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL (2008) informe final. (Página 140), San Salvador, República de El Salvador [actualizado octubre 2009; citado mayo 2016], Disponible en:

<http://www.fesal.org.sv/2008/informe/final/espanol/descargas/InformeFinal/InformeFinal-FESAL2008.pdf>

7. Informe de la situación de la niñez y adolescencia en El Salvador. San Salvador, Republica de El Salvador [actualizado en 2014, citado en mayo 2016] Recuperado del sitio web de Unicef:

[http://www.unicef.org/elsalvador/Informe de situacion de la NNA en El Salvador.pdf](http://www.unicef.org/elsalvador/Informe_de_situacion_de_la_NNA_en_El_Salvador.pdf)

8. Embarazo en la Adolescencia, Nota descriptiva N° 364, Organización Mundial de la Salud, Centro de Prensa [actualización de septiembre de 2014];

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

9. Quiñones, Alessandra. Incidencia de embarazos en Adolescentes en El Salvador. Diario Digital La Página. 09 de julio de 2013; Nacionales.

<http://www.lapagina.com.sv/nacionales/84029/2013/07/09/Alarmante-incidencia-de-embarazos-en-adolescentes-en-el-pais-reporta-Salud>

Anexos

Anexo 1: instrumento

Universidad de El Salvador

Facultad de Medicina

OBJETIVO: Determinar los factores que predisponen a la incidencia de embarazos en adolescentes que consultan en UCSF San Jacinto Quezaltepeque, en el periodo de mayo a junio de 2016

INDICACIONES: Responda con sinceridad y objetividad a las preguntas que se le plantean a continuación, de ello depende la validez de los resultados de esta investigación:

LUGAR: UCSF-B SAN JACINTO QUEZALTEPEQUE, LA LIBERTAD.

FECHA_____ HORA_____

Nombre del entrevistado:_____

Edad:_____ FO: G__P__P__A__V__ FUR:_____

FPP:_____ EG:_____ Urbano____ Rural____

Sabe leer y escribir:_____ Nivel de escolaridad:_____

Estado civil_____ Ocupación:_____

CONTENIDO

1. ¿A qué edad inicio relaciones sexuales?
2. ¿Es su primer embarazo?
SI____ NO____
3. ¿Qué piensa usted sobre su embarazo?
Inesperado____ Bueno____

Malo____ Ni modo____

4. ¿Tiene usted pareja? Si es afirmativa la respuesta, ¿Cuál es su edad, y grado académico?

Edad____. Grado académico_____

5. ¿Con quién vive actualmente?

Padres____ Abuelos____ Pareja____

Familia de su pareja____ Sola____ Otros_____

6. ¿Cuál es el ingreso económico de su actual pareja?

Menor al salario mínimo____ salario mínimo ____ mayor al salario mínimo

7. ¿Cuál es Ingreso económico que tiene su familia?

8. ¿Cuál es su religión?

Católica____ Evangélica____ Testigo de Jehová____ Otra____

9. ¿Sabe usted que es la salud sexual y reproductiva?

Sí____ No__

10. ¿Adónde obtuvo la mayor parte de información sobre la sexualidad?

Escuela____ Amigos____ Padres____ Familiares____

Personal de salud____

11. ¿Conoce usted sobre tipos de métodos anticonceptivos?

Sí____ No____

12. ¿Su religión está de acuerdo con la planificación familiar?

Si__. No____

13. ¿Alguna vez usted ha utilizado un método de planificación familiar?

Si___ No___

14. ¿Cuáles?

ACOS___ Inyectables ___ DIU____. Barrera___ Otros___

15. Porque deajo de usarlo?

Deseo de embarazo___ Pareja no lo aceptaba___ Efectos secundarios___

Desconfiaba del método___

Anexo 2:

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación.

La presente investigación es realizada por los Médicos en Año social de la Universidad de El Salvador. La meta de este estudio es conocer Factores que predisponen a la alta incidencia de embarazos en adolescentes que consultan en UCSFB San Jacinto Quezaltepeque.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse en el momento que desee sin que eso lo perjudique en alguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de optar por no responderla.

Yo _____ Acepto participar voluntariamente en esta investigación, y he sido informado(a) que el objetivo de este estudio es conocer los factores que predisponentes a la alta incidencia de embarazos en adolescentes que consultan en UCSFB San Jacinto Quezaltepeque.

Reconozco que la información que yo brinde durante la investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento.

He sido informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y puedo retirarme del mismo cuando así lo desee, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

F. _____.