

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**SEDE CENTRAL**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DOCTORADO EN MEDICINA**



**“FACTORES QUE PREDISPONEN AL EMBARAZO, EN LAS  
ADOLESCENTES INSCRITAS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN  
MATERNA, DE LA UCSF CIUDAD DELGADO Y UCSFE PUERTO DE LA  
LIBERTAD DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE 2016”.**

**PRESENTADO POR:**

Alicia Guadalupe Hernández Rivas

Teresa Carolina Morán Hernández

Cristina Guadalupe Flores

Para optar al título de:

**DOCTORADO EN MEDICINA**

**ASESOR:**

Dr. Henry Reyes Merlos

Ciudad Universitaria, San Salvador 21 de abril 2017

## INDICE

	Pagina
<b>RESUMEN</b> .....	i
<b>INTRODUCCION</b> .....	ii
<b>OBJETIVOS</b> .....	1
<b>CAPITULO I MARCO REFERENCIAL</b>	
Marco histórico.....	2
Marco Teórico.....	3
<b>CAPITULO II HIPOTESIS</b>	
Hipótesis general.....	33
<b>CAPITULO II DISEÑO METODOLOGICO</b>	
Tipo de investigación.....	34
Periodo de investigación.....	34
Universo.....	34
Muestra.....	34
Variables.....	35
Operacionalización de variables.....	36
Cruce de variables .....	43
Criterios de inclusión.....	44
Criterios de exclusión.....	44
Fuentes de información.....	44
Técnicas de obtención de información.....	44

Herramientas para la obtención de información.....	45
Mecanismo de procesamiento de datos.....	45
Mecanismo de confidencialidad y resguardo de los datos .....	46
<b>CAPITULO IV RESULTADOS.....</b>	<b>47</b>
<b>CAPITULO V DISCUSION DE RESULTADOS .....</b>	<b>85</b>
CAPITULO VI CONCLUSIONES .....	89
CAPITULO VII RECOMENDACIONES .....	91
Revisión bibliográfica.....	93
Anexos.....	95

## **RESUMEN**

El embarazo en adolescentes representa un problema de salud con implicaciones biopsicosociales muy importantes, por lo que esta investigación pretende establecer los factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna en la unidad de salud comunitaria familiar de Ciudad delgado y unidad comunitaria familiar y especializada del Puerto de la Libertad en el período de septiembre a diciembre 2016; estudio, de tipo descriptivo con corte transversal y con variables cuantitativas, que consistió en una población adolescente femenina de 90, tomando como muestra el número total de población adolescentes embarazadas, obteniendo la información del instrumento mediante la encuesta y exponiendo los datos en tablas de contingencia para su posterior análisis.

La adolescencia es una etapa fundamental en el crecimiento y desarrollo humano comprendido entre los 10 y 19 años, período marcado por cambios interrelacionados del cuerpo, la mente, el espíritu y vida social; que implican un desarrollo biopsicosocial.

Se obtuvieron datos que nos muestran que la mayoría de adolescentes embarazadas se encuentran en la etapa media, siendo estudiantes y su inicio de relaciones sexuales ha sido en esta edad, culturalmente en nuestra sociedad la maternidad adolescente es aceptada y que estos aspectos socio-culturales del entorno, contribuyen a una mayor incidencia de embarazos.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo en las adolescentes constituye un problema social, económico y de salud pública que últimamente se encuentra con considerable impacto en El Salvador, en los últimos años. Debido a que, asumir la maternidad durante el proceso de crecimiento biológico, psicológico y social; vivirla en el momento en que se deben resolver los propios conflictos de la edad, vivirla antes de haber logrado la propia identidad personal y la madurez emocional, conllevan a generar incertidumbre y que interfiere con el desarrollo y logro de una madurez plena en el ámbito biopsicosocial.

Adolescentes en edades cada vez más tempranas viven el drama de la maternidad no deseada, sin preparación previa y esa imprevista situación desencadena frustraciones sociales y personales, sumado a los riesgos para la salud que tiene el embarazo precoz como complicaciones obstétricas, mortalidad y morbilidad materna, mortalidad y morbilidad de niños e infantes, bajo peso del recién nacido, abortos en condiciones de riesgo, entre otros, que comprometen el disfrute de una vida digna y adecuada para su edad.

En el presente trabajo, se investigaron los factores que predisponen al embarazo en las adolescentes de 10 a 19 años, tomando como variable embarazos inscritos en el programa de Atención Materna llevadas a cabo en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) de Ciudad Delgado y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada (UCSFE) del Puerto de La Libertad, en un tiempo transcurrido desde septiembre a diciembre de 2016, dando a conocer dichos factores asociados como psicosociales, económicos, de género, etc. que influyen en el desarrollo tanto físico como cognitivo de las adolescentes.

Además, enfatizando de cómo el abordaje cultural, cómo el aspecto educacional está implicado dentro de la toma de decisiones a temprana edad, para formar núcleos familiares y en muchas ocasiones familia no nuclear.

Este estudio fue de tipo descriptivo y de corte transversal se realizo a través de la aplicación de técnicas de recolección de información cuantitativa por medio de entrevistas, la revisión de documentos y posteriormente el procesamiento y análisis de datos.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

- Identificar los factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, de la UCSF Ciudad Delgado y UCSFE Puerto de La Libertad de Septiembre a Diciembre 2016

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar los factores socios demográficos, económicos, y culturales asociados con embarazos en adolescentes.
- Conocer la forma que los factores biológicos se relacionan con el embarazo en adolescentes.
- Relacionar el nivel educativo con los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva.
- Indagar antecedentes familiares de embarazo precoz.

## **CAPITULO I**

### **MARCO REFERENCIAL**

#### **MARCO HISTORICO**

Los primeros hechos en torno a la atención de la embarazada, se remontan a los inicios de la raza humana, su atención, ha variado a lo largo de la historia y frecuentemente se concibe en un entorno lleno de mitos y tabúes.

Los patrones culturales tradicionalmente han asignado a las mujeres, el rol de curanderas, y ellas han sido quienes se han encargado de la atención del parto, la cual se realizaba en la casa de la embarazada y se encuentran referidos en múltiples registros, pero nada o muy poco se encuentra escrito sobre los cuidados durante el embarazo <sup>1</sup>

La atención prenatal inicialmente fue proporcionada por parteras y enfermeras, pero el médico fue tomando control en el transcurso del tiempo. La atención prenatal pasó de la partera que atendía a la embarazada en su hogar al consultorio del médico y el parto se cambió a nivel hospitalario. Se pasó de tener una visión del embarazo como una etapa normal y vinculada íntegramente al proceso de la vida, a la de ver el embarazo como un proceso médico prioritariamente de orden biológico y desvinculada de los cuidados de enfermería y mucho menos de una partera. <sup>2</sup>

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hace ya unos 30 años, para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto. En lo psicosocial por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares. El mundo moderno, especialmente durante el siglo XX y principios del siglo XXI ha sufrido muchos

---

<sup>1</sup> Alfaro Alfaro, Noé; Villaseñor Farías, Martha et al. Investigación en salud. Redalyc[Internet] 2006[Citado 13 octubre 2016]; VIII(1);5. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/142/14280108.pdf>

<sup>2</sup> Carlos Larracilla. INVESTIGACIONES ALU D. Algunos aspectos históricos de la Atención al embarazo [Internet]. 2006 [citado 14 Octubre 2016]; 8(1): 53. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2006/isg061h.pdf>



cambios en los diferentes ámbitos: económico, político y social. Esta situación favoreció el surgimiento de una generación cuyos valores éticos y morales están desgastados.

El exceso de información y libertad que reciben los jóvenes conlleva a la trivialización de cuestiones como el género, por ejemplo. Esta liberación sexual, acompañada por la falta de límite y responsabilidad, es una de las razones que favorecen la incidencia del embarazo adolescente.<sup>3</sup>

## **MARCO TEORICO**

### **LA ADOLESCENCIA**

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes.

Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.<sup>4</sup>

La adolescencia es un período de cambios rápidos y notables en el que el individuo experimenta procesos de:

- a) **Maduración física:** crecimiento corporal general que incluye la capacidad de reproducción.
- b) **Maduración cognoscitiva:** una nueva capacidad para pensar de manera lógica conceptual y futurista.

---

<sup>3</sup> Dr. Juan R. Issler. Embarazo en la adolescencia. Emb\_Adolescencia [Internet]. 2001 [citado 15 octubre 2016];107: 1. Disponible en: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html)

<sup>4</sup> OMS [Internet]. España. [citado 10 septiembre 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)

**c) Desarrollo psico-social:** una mejor comprensión de uno mismo, en relación a otros.

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

• **Adolescencia Temprana (10- 13 años):**

Biológicamente es el período peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca, psicológicamente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Aumenta habilidades cognitivas y fantasías sexuales, no controla sus impulsos, exploración acentuada del autoerotismo y se interrelaciona con una sexualidad donde lo físico predomina (coquetería, amor platónico).

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

Adolescencia propiamente dicha. Se completa crecimiento y desarrollo somático. Edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual, conducta sexual exploratoria (puede presentarse experiencias homosexuales, heterosexuales no planificadas), negación de las consecuencias de la conducta sexual (por sentimientos de invulnerabilidad), asumen conductas omnipotentes generadoras de riesgo.

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

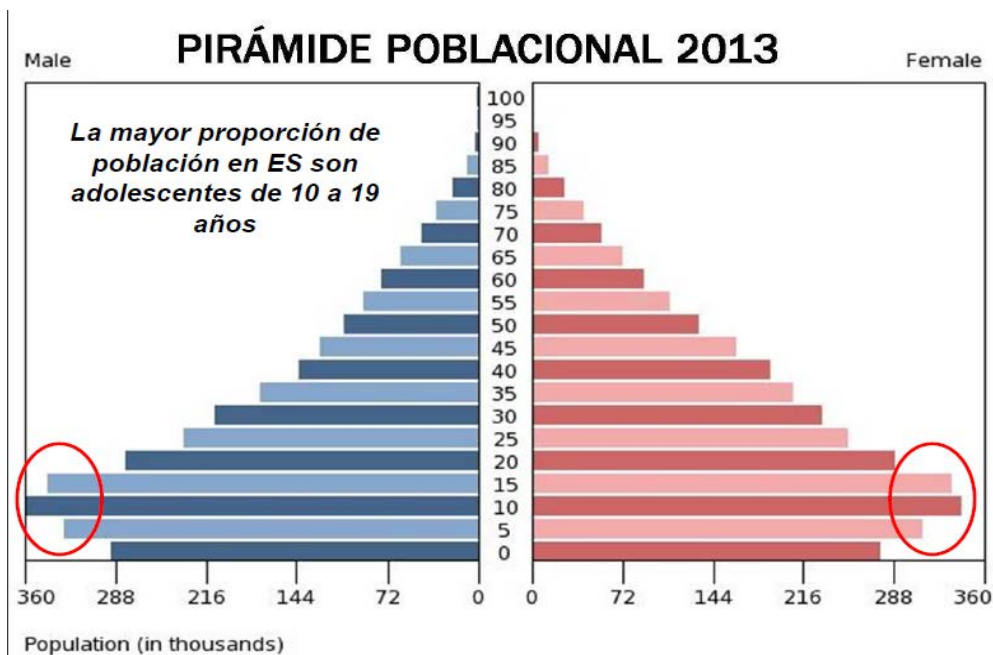
Se caracteriza por la completa maduración física y aceptación de su imagen corporal; logros definidos en la maduración psicológica, conducta sexual expresiva y puede establecer relaciones íntimas y estables con definición de su rol sexual. Valores presentan una perspectiva más adulta y adquieren mayor importancia las relaciones íntimas.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo, sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que

está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; *son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes*".<sup>5</sup>

A nivel mundial, el departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la División de Población de las Naciones Unidas (ONU) estima que de cada 100 personas que habita el planeta, 17 son adolescentes o jóvenes (15 a 24 años), constituyéndose en uno de los grupos poblacionales de mayor importancia demográfica. En El Salvador es y ha sido por casi siete décadas, un país donde la población adolescente y joven tiene un peso demográfico importante, ya que para el año 2012, la Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC) estima que una de cada 5 personas tiene entre 15 y 24 años.<sup>6</sup>

Las estimaciones de población en números absolutos muestran que de 1950 al 2007 hay una tendencia de incremento anual de adolescentes y jóvenes, pasando de 0.4 millones en 1950 a 1.2 millones en 2007, y se proyecta que el año 2015, hay 1.3 millones de adolescentes y jóvenes.



<sup>5</sup> Dr. Juan B. Issler. Embarazo en la adolescencia. Emb. Adolescencia [Internet]. 2001 [citado 15 octubre 2016];107:1-10. Disponible en: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html)

<sup>6</sup> Digestyc [Internet]. El Salvador. [Citado 14 oct 2016]. Disponible en: [www.digestyc.gob.sv/index.php/.../26institucion.html?...adolescentes...salvador](http://www.digestyc.gob.sv/index.php/.../26institucion.html?...adolescentes...salvador)

En el caso específico de las mujeres adolescentes y jóvenes, desde 1950 hasta 2015 se proyecta una tendencia al incremento, pasando paulatinamente de representar el 19.1% del total de mujeres en 1950, al 20.0% en el año 2015, manteniéndose la relación de una adolescente o joven por cada 5 mujeres.

La tasa global de fecundidad (número de hijos que tendría cada mujer como promedio al final de su vida fértil), es de 4.5 hijos por mujer en el ámbito rural y 2.8 en el urbano. De acuerdo al nivel educativo, dicha tasa es de 4.9 entre mujeres sin educación formal y de 2.4 para las que tienen 10 ó más años de escolaridad. Otro dato revelador es que el 61 por ciento de las mujeres no siguen ningún método de planificación familiar. El número de partos en la adolescencia está aumentando. El porcentaje de partos en adolescentes supera el 33 por ciento del total de partos.<sup>7</sup>

## **EL EMBARAZO**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación). Entonces el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.

### **Cambios en la anatomía y fisiología de la embarazada**

El embarazo por sí solo, produce cambios en la anatomía y fisiología de la mujer, que suponen una adaptación continua para permitir el adecuado desarrollo del feto, preparación al parto y la lactancia, a continuación una breve reseña de estos cambios fisiopatológicos<sup>8</sup>:

---

<sup>7</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Unicef [Internet]. El Salvador. 2014 [citado 15 oct 2016]. Informe de situación de la niñez y adolescencia en El Salvador; 326. Disponible en: [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)

<sup>8</sup> Manuel Purizaca. Modificaciones fisiológicas en el embarazo. Rev Per Ginecol Obste [Internet]. 2010 [Citado 15 oct 2016]; 56: 59-61. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56\\_n1/pdf/a10v56n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a10v56n1.pdf)

- **Modificaciones en el sistema cardiovascular**

El corazón y la circulación presentan adaptaciones fisiológicas importantes desde las primeras semanas del embarazo. El gasto cardiaco se incrementa hasta en 50% en comparación con la mujer no gestante, atribuyéndose estas modificaciones a una elevación de la frecuencia cardiaca (15 a 25% mayor que en la mujer no embarazada), al volumen latido, que se encuentra elevado en 25 a 30% al final del embarazo, y finalmente a una disminución de la resistencia vascular periférica, en 20%, aproximadamente. En gestaciones múltiples, el gasto cardiaco materno es mayor en 20% sobre el incremento normal; la volemia y el volumen plasmático se incrementan hasta 45% y 55%, respectivamente, al final del embarazo. Estas modificaciones tienen implicaciones farmacológicas, ya que el aumento del volumen plasmático y gasto cardiaco incrementan el volumen de distribución de medicamentos, sobre todo los hidrosolubles. Además, el aumento de la volemia y del volumen plasmático conduce a disminución del hematocrito y de la concentración de hemoglobina.

- **Modificaciones en el aparato urinario**

Se produce dilatación de la pelvis renal, cálices y los uréteres, unido al crecimiento de la vascularización renal y mayor volumen intersticial ocasionan aumento en la longitud del riñón, de aproximadamente 1 a 1.5 cm, en comparación con el riñón de la mujer no gestante.

La hidronefrosis e hidrouréter se inician precozmente desde la sexta semana de gestación y el 90% de los embarazos presenta estas modificaciones alrededor de la semana 28. El mecanismo sería el resultado de la combinación del factor mecánico (posición del útero gestante) y la relajación del músculo liso, por efecto de la acción de la progesterona; es más común en el lado derecho, por la dextrorrotación del útero y la acción amortiguadora del colon sigmoidees sobre el uréter izquierdo. Las modificaciones descritas actúan como factores que predisponen a las infecciones urinarias. La función renal se altera también

durante el embarazo; así, el flujo sanguíneo renal (FSR) y la tasa de filtración glomerular (TGF) se incrementan en 50 a 60%; la reabsorción de agua y electrolitos también están elevada, manteniéndose normales el balance hídrico y electrolítico.

Durante el embarazo se pierden aminoácidos y vitaminas hidrosolubles por la orina, en mayor cantidad que en las mujeres no gestantes; la creatinina y el nitrógeno ureico sérico disminuyen; de manera que, una creatinina sérica mayor a 0,9 es sospechosa de enfermedad renal subyacente.

También, la depuración de creatinina es 30% mayor comparada con mujeres no gestantes; valores por debajo de 137 mL/min deben ser estudiados exhaustivamente. Estas modificaciones pueden tener efectos significativos en la farmacocinética, como sería el caso de un incremento en la depuración de ciertos medicamentos, como la mayoría de antibióticos.

- **Modificaciones en el tracto gastrointestinal**

El estómago se modifica debido a factores mecánicos y hormonales; el elemento mecánico es el útero ocupado por el producto y el factor hormonal, la progesterona, que disminuye el peristaltismo gástrico e intestinal; como resultado del factor hormonal, se producirá retraso en el vaciamiento gástrico y, en el intestino, una mayor absorción, debido a la lentitud en el tránsito intestinal. El hígado no experimenta modificaciones morfológicas y el flujo sanguíneo de la vena porta y el flujo sanguíneo total están incrementados significativamente a partir de las 28 semanas, aunque el flujo por la arteria hepática no se altera. Este efecto sería por acción de la progesterona, la cual juega un rol importante en la regulación del metabolismo. Algunas pruebas de la función hepática se alteran durante el embarazo; por ejemplo, la fosfatasa alcalina se eleva casi al doble, mientras que las aminotransferasas, gamma glutamil transpeptidasa y bilirrubina total muestran concentraciones ligeramente disminuidas. La albúmina sérica disminuye debido al incremento del volumen sanguíneo, pudiendo ser menor la relación albúmina/globulina en comparación a la mujer no embarazada. La actividad de aminopeptidasa de leucina está

elevada en el suero de la mujer embarazada, como consecuencia de la aparición de una o varias enzimas propias del embarazo; la aminopeptidasa inducida por la gestación tiene actividad de oxitocinasa y vasopresinasa.<sup>9</sup>

- **Modificaciones en el sistema nervioso central y periférico**

Por resonancia magnética se ha demostrado que el riego sanguíneo cerebral bilateral en las arterias cerebrales media y posterior disminuye progresivamente hasta el tercer trimestre; se desconoce el mecanismo e importancia clínica de esta merma, aunque podría explicar la disminución de la memoria durante el embarazo.<sup>10</sup>

- **Modificaciones en el sistema respiratorio**

Se producen precozmente a partir de la octava semana modificaciones en las capacidades, volúmenes y ventilaciones pulmonares, por efecto hormonal y modificaciones mecánicas y anatómicas:

- Por efectos hormonales: dilatación de la vía aérea, disminución de la resistencia pulmonar hasta en 50% (por acción de la progesterona, cortisol y relaxina). Además, se presenta ingurgitación de la mucosa nasal, orofaríngea y laríngea, proporcionando mayor vascularidad, razón por la cual habría una mayor absorción de medicamentos y riesgo de epistaxis. Se encuentran aumentados el volumen corriente, la ventilación pulmonar y el consumo de oxígeno; la capacidad residual funcional y el volumen residual están disminuidos, por elevación del diafragma.

- Por modificaciones anatómicas: los diámetros verticales interno y circunferencia de la caja torácica muestran modificaciones importantes; el primero disminuye hasta 4 cm, por

---

<sup>9</sup> Manuel Purizaca. Modificaciones fisiológicas en el embarazo. Rev Per Ginecol Obste [Internet]. 2010 [Citado 15 oct 2016]; 56: 59-61. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56\\_n1/pdf/a10v56n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a10v56n1.pdf)

<sup>10</sup> Manuel Purizaca. Modificaciones fisiológicas en el embarazo. Rev Per Ginecol Obste [Internet]. 2010 [Citado 15 oct 2016]; 56: 59-61. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56\\_n1/pdf/a10v56n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a10v56n1.pdf)

elevación del diafragma por el útero ocupado; el eje transversal y anteroposterior incrementan la circunferencia torácica en 6 cm.

- Gases sanguíneos: La disminución de la PaCO<sub>2</sub> hasta llegar a los 30 mmHg, se registra a partir de las 12 semanas, por efecto de la progesterona. La PaO<sub>2</sub> aumenta desde el primer trimestre a 107 mmHg, luego desciende en el tercer trimestre a 103 mmHg. El bicarbonato sérico disminuye a 20 mEq/L, por aumento en la excreción renal, alterando ligeramente el pH en 0,02 a 0,06, como compensación metabólica a una alcalosis respiratoria.

- **Modificaciones en la piel**

Bajo la influencia de las hormonas del embarazo, se observa las siguientes modificaciones:

- Prurito: se presenta en 3 a 20% de las embarazadas, puede ser localizado o generalizado y se acentúa conforme avanza la gestación.

- Alteraciones pigmentarias: la más común y que preocupa a la mujer gestante es el cloasma o melasma; esto se debe a que en determinadas áreas de la piel hay mayor cantidad de melanocitos, siendo la única alteración histológica el depósito de melanina, influenciadas por la hormona estimulante de la melanina, factores genéticos, cosméticos y radiación ultravioleta.

- Estrías: frecuente en personas de piel clara, de localización abdominal, alrededor del ombligo y en las mamas; no solo se producen por la distensión de la piel, sino también influirían los factores hormonales<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Manuel Purizaca. Modificaciones fisiológicas en el embarazo. Rev Per Ginecol Obste [Internet]. 2010 [Citado 15 oct 2016]; 56: 59-61. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56\\_n1/pdf/a10v56n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a10v56n1.pdf)



## **EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

- Unos 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos.
- Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo.
- Cada año, unos 3 millones de adolescentes de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos.
- Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años.

El 40 % de mujeres en países en vías de desarrollo tiene un parto antes de cumplir 20 años. Muy pocos de estos embarazos son planeados o deseados por las adolescentes.

Muchas de ellas son forzadas por las presiones sociales a tener matrimonios tempranos y embarazos tempranos, o son resultado de adolescentes a las que se les negó libre acceso a anticonceptivos.<sup>12</sup>

El embarazo en adolescentes puede tener consecuencias adversas para la salud tanto de corto plazo como de largo plazo. En el corto plazo el resultado del embarazo será muy probablemente desfavorable. Una razón es biomédica: la niña adolescente embarazada es más propensa a sufrir toxemia de embarazo y desproporción cefalo-pélvica cuando los huesos de la pelvis no se han desarrollado completamente. Y tiene más probabilidades de tener un bebé con bajo peso de nacimiento.

Otro tipo de consecuencias a largo plazo son las fístulas obstétricas, que a consecuencia del trabajo de parto prolongado u obstruido, es un orificio entre la vagina y la vejiga o el

---

<sup>12</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Unicef [Internet]. El Salvador. 2014 [citado 15 oct 2016]. Informe de situación de la niñez y adolescencia en El Salvador; 326. Disponible en: [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)

recto, lo cual causa que la mujer padezca de incontinencia crónica. Las embarazadas adolescentes tienen mayor posibilidad de tener desnutrición y de dar a luz a hijos con bajo peso. Por motivos físicos y sociales.

Sus cuerpos aún no están del todo desarrollados, por esto sus necesidades de nutrientes son muy altas durante el embarazo. Además, tienen mayores posibilidades de morir durante el embarazo o lactancia que las mujeres mayores. Esto debido principalmente al nivel de pobreza en que viven, que no solo expone a la madre sino también a los hijos. Se observa que la situación de las embarazadas se presenta como compleja y difícil antes, durante y después del nacimiento, esto debido a las carencias económicas. El factor pobreza origina menores oportunidades de educación, educación que disminuiría los embarazos a temprana edad y en consecuencia la pobreza. La repetición intergeneracional del embarazo adolescente puede ser un mecanismo intermediario en la reproducción intergeneracional de la pobreza. Algunas niñas temen decir que están embarazadas, y por este motivo retrasan los cuidados prenatales.

Algunas niñas son obligadas a dejar la escuela y en algunos casos su casa, por lo que deben buscar sustento para ellas mismas, y en algunos casos recurren a la prostitución para conseguirlo<sup>13</sup>

### **Tasas de natalidad**

Si bien desde 1990 se ha registrado un descenso considerable, aunque irregular, en las tasas de natalidad entre las adolescentes, un 11% aproximadamente de todos los nacimientos en el mundo se producen todavía entre muchachas de 15 a 19 años. La gran mayoría de esos nacimientos (95%) ocurren en países de ingresos bajos y medianos.

---

<sup>13</sup> Food and Agriculture Organization of the United Nations. Alimentación y Cuidado de las mujeres[Internet]. 5;66. Disponible en: <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/008/y5740s/y5740s09.pdf>

En el 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 muchachas. Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 muchachas, siendo las más altas las del África Subsahariana.

El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza.

En El Salvador Según el MINSAL, en el año 2011 El Salvador presentó la tasa más alta de embarazo adolescente en Centroamérica. Adicionalmente, se reporta que el 11% de las muertes maternas se dio en mujeres adolescentes.

Según el informe de FESAL-2008, “7 de cada 10 adolescentes con experiencia sexual tuvieron un embarazo. Las adolescentes con experiencia de embarazo están concentradas en el área rural y en el grupo de 15 a 19 años”.

Otras características de las adolescentes embarazadas son su bajo nivel de ingreso y de escolaridad. Del total de mujeres entre los 15 y los 24 años con experiencia sexual, el 28.2% reportó el uso de algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. La práctica de protección en experiencia premarital se registra en adolescentes y jóvenes con mayores niveles de educación.

En el 2012 se registraron 10 muertes en menores de 19 años a causa del embarazo y el parto, que representaron el 18.9% del total de muertes maternas 67. El informe de labores 2012-2013 del MINSAL refleja que 1 de cada 4 partos atendidos en el sistema de salud corresponde a niñas de 19 años o menos.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Unicef [Internet]. El Salvador. 2014 [citado 15 oct 2016]. Informe de situación de la niñez y adolescencia en El Salvador; 326. Disponible en: [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)

<b>Número de adolescentes inscritas en control prenatal</b>				
<b>Departamento</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Ahuachapán	1,692	1,555	1,491	1,674
Santa Ana	2,299	2,280	2,225	2,130
Sonsonate	2,331	2,222	2,186	2,435
Chalatenango	882	740	706	748
La Libertad	2,616	2,508	2,616	2,657
San Salvador	5,132	4,852	4,745	4,942
Cuscatlán	1,190	1,197	1,128	1,144
La paz	1,614	1,454	1,471	1,554
Cabañas	892	813	750	834
San Vicente	948	978	841	825
Usulután	1,991	1,822	1,973	1,781
San Miguel	2,254	1,960	2,124	2,038
Morazán	1,107	1,090	986	965
La unión	1,504	1,359	1,369	1,216
<b>Total</b>	<b>26,452</b>	<b>24,830</b>	<b>24,611</b>	<b>24,943</b>

Datos tomados de ministerio de Salud (MINSAL)/ Sistema Nacional de Salud Morbilidad+ Estadísticas Vitales/ unfpa.org.sv

<b>NÚMERO DE INSCRIPCIONES EN CONTROL PRENATAL SEGÚN EDAD EN 2015</b>					
<b>Departamento</b>	<b>10-14</b>	<b>15-17</b>	<b>18-19</b>	<b>20-49</b>	<b>Total</b>
Ahuachapán	80	765	829	4,400	<b>6,074</b>
Santa Ana	112	978	1,040	5,235	<b>7,365</b>
Sonsonate	142	1,183	1,110	5,987	<b>8,422</b>
Chalatenango	42	334	372	2,375	<b>3,123</b>
La Libertad	158	1,277	1,222	5,599	<b>8,255</b>
San Salvador	285	2,184	2,473	10,539	<b>15,481</b>
Cuscatlán	79	531	534	2,708	<b>3,852</b>
La paz	90	757	707	3,066	<b>4,620</b>
Cabañas	51	398	385	2,122	<b>2,956</b>
San Vicente	49	401	375	1,861	<b>2,686</b>
Usulután	119	871	791	3,808	<b>5,589</b>
San Miguel	101	963	974	4,635	<b>6,673</b>
Morazán	43	476	446	2,219	<b>3,184</b>
La unión	86	591	539	2,873	<b>4,089</b>
<b>Total</b>	<b>1,437</b>	<b>11,709</b>	<b>11,797</b>	<b>57,427</b>	<b>82,369</b>

Datos tomados de ministerio de Salud (MINSAL)/ Sistema Nacional de Salud Morbilidad+ Estadísticas Vitales/ unfpa.org.sv

En el salvador como parte de los documentos legales y regulatorios a favor de la prevención de embarazos en adolescentes se encuentran:

## **LEY DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA LEPINA:**

### **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 25.- Obligaciones del Sistema Nacional de Salud<sup>15</sup>**

Corresponde al Estado, a través del Sistema Nacional de Salud:

- a) Elaborar y ejecutar la política integral de salud para la atención de la niñez y adolescencia, entre otros ámbitos, en la atención primaria, el combate de la mortalidad materno-infantil, la desnutrición, el embarazo precoz, la atención y tratamiento de personas que sean portadoras del virus de inmunodeficiencia humana o padezcan del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, así como de aquéllos que padezcan enfermedades crónicas;
- b) Asegurar el fácil acceso de la niña, niño o adolescente a los servicios necesarios para su tratamiento;
- c) Desarrollar programas de atención integral de la salud sexual y reproductiva de la niña, niño y adolescente;

---

<sup>15</sup> Ley de protección integral de la niñez y adolescencia [internet]. El Salvador. 2009[actualizado 2013; citado 15 oct 2016]. Asamblea Legislativa de El Salvador; 93. Disponible en: <http://www.asamblea.gob.sv/eparlamento/indice-legislativo/buscador-de-documentos-legislativos/ley-de-proteccion-integral-de-la-ninez-y-adolescencia>

- d) Promocionar y fomentar la lactancia materna exclusiva, al menos en los primeros seis meses de vida, en los centros públicos y privados de salud;
- j) Establecer directrices y protocolos de actuación del personal de salud para la prevención, identificación, atención y tratamiento de la niña, niño o adolescente maltratado o abusado sexualmente, así como para dar aviso o denuncia a la autoridad competente;
- n) Establecer protocolos para la atención de la niña, niño, adolescente y mujer embarazada.

## **PLAN MINSAL PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO PRECOZ Y DE LOS RESULTADOS REPRODUCTIVOS ADVERSOS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS <sup>16</sup>**

### **Objetivo General del Plan de Prevención de embarazo en adolescentes:**

Implementar estrategias e intervenciones integrales de promoción, prevención y educación en salud para el fortalecimiento de los factores protectores y disminución de los factores de riesgo en los jóvenes de los municipios priorizados para contribuir en la reducción del embarazo en adolescentes a través de dos campos de acción: 1.) Prevenir el embarazo precoz y 2.) Prevenir los resultados reproductivos adversos caso existiera embarazo.

### **Objetivos Estratégicos:**

1. Favorecer la Educación Integral de la Sexualidad en adolescentes y jóvenes a nivel municipal, así como el uso de transferencias condicionadas para mantener a las adolescentes escolarizadas en áreas rurales seleccionadas y asegurar el uso de servicios de salud en caso se embaracen.

---

<sup>16</sup> MINSAL, Prevención del embarazo precoz [Internet]. El Salvador. [citado 16 oct 2016]. Disponible en: [http://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/telesalud\\_2016\\_presentaciones/presentacion22042016/Plan-prevencion-Embarazo-Adolescentes-El-Salvador-2016.pdf](http://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/telesalud_2016_presentaciones/presentacion22042016/Plan-prevencion-Embarazo-Adolescentes-El-Salvador-2016.pdf)

2. Mejorar el contexto para animar a tomar decisiones saludables, con énfasis en la prevención del embarazo precoz y retraso del segundo embarazo especialmente en las zonas con mayor prevalencia y del área rural.
3. Promover intervenciones de prevención de larga duración, con énfasis en el uso de tecnología de la información y de medios de comunicación para sensibilizar sobre la importancia de prevenir el primer embarazo en adolescentes.
4. Fortalecimiento de intervenciones clínicas eficaces, a través del incremento de las capacidades de los proveedores de servicios de educación para disminuir el estigma a la adolescente embarazada y apoyarla en la continuidad de la educación. Y del personal de salud en abogacía, búsqueda de estrategias locales, etc., que incrementen el uso de los servicios de salud y prevención de segundo embarazo
5. Establecer coordinación estrecha entre la Alianza Intersectorial por la Salud Integral de Adolescentes y la Mesa de Salud Materna del MINSAL, para ampliar la abogacía, con la participación de actores como MINED, MINSAL, Grupo de Parlamentarias de la Asamblea Legislativa, COMURES, sector privado, sociedad civil.

**Enfoque Propuesto:**

**Plan de Acción Específico.**

Este plan de acción específico responde al objetivo 3 del *Plan Intersectorial para la Atención Integral de Adolescente (PIAIA)*: “Fortalecer el desarrollo de acciones de promoción de la salud, prevención y atención integral de la SSR, con énfasis en prevención del embarazo precoz, ITS/VIH en adolescentes y jóvenes”, cuyo resultado esperado indica que se habrá fortalecido la RIISS para el desarrollo de acciones de promoción de la salud, prevención y atención integral del embarazo en adolescentes.

Este plan específico se guía por las estrategias planteadas en el PIAIA:

**Estrategia 9.** Acceso universal a las y los adolescentes a una atención integral y diferenciada en los servicios públicos y privados de salud, de asistencia legal y protección; con especial énfasis en salud mental, salud sexual y reproductiva derechos, prevención y atención de violencia de género, familiar, sexual y social.



**Estrategia 10.** Desarrollo de estrategias intersectoriales para la prevención del embarazo y de la morbilidad materna en adolescentes.

Otros programas que implementa el MINSAL: **Política de Salud Sexual y Reproductiva** y **Lineamientos Técnicos para el desarrollo de círculos educativos con adolescentes embarazadas.**

### **FACTORES PREDISPONENTES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

1. **Menarquía y espermarquia temprana:** otorga madurez reproductiva cuando aún psicológica y socialmente no maneja las situaciones de riesgo.
2. **Inicio en la adolescencia o a temprana edad, de relaciones sexo coitales:** cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
3. **Familia disfuncional:** aquella en donde se generan relaciones en un ambiente de violencia que tienen como consecuencia carencias afectivas que las y los adolescentes no saben resolver impulsándoles a la búsqueda de afecto en otras personas.
4. **Naturalización de la maternidad adolescente como parte de la cultura;** en nuestro país especialmente en la zona rural se considera “normal” que la maternidad se comience en la adolescencia, lo que tiene la aprobación del grupo familiar y de la comunidad, sin considerar que en esta etapa no solo se pueden presentar riesgos orgánicos en la adolescente sino de carácter social que influye en reproducción intergeneracional de la pobreza.
5. **Adolescentes que se ausentan o desertan del sistema educativo:** con desinterés general y menor oportunidad de desarrollar un proyecto de vida por la falta de aspiraciones personales.

6. **Migraciones internas recientes:** lo cual ocasiona la pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aun con motivo de estudios superiores.

7. **Pensamientos mágicos:** propios de esta etapa de la vida, que les lleva a creer que no sucederá un embarazo porque no lo desean.

8. **Fantasías de esterilidad:** comienzan sus relaciones sexo coitales sin cuidados y, como no se embarazan porque no han estado en el periodo fértil, piensan que son estériles.

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

10. **Controversias entre su sistema de valores y el de su familia:** cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexo coitales entre adolescentes, muchas veces los y las jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones y no implementan medidas anticonceptivas.

11. **Aspectos socioculturales:** aceptación de la sociedad a una sexualidad irresponsable en el hombre y que las mujeres son las responsables de las consecuencias de un embarazo y posterior maternidad.<sup>17</sup>

Los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales. En países de ingresos medianos y bajos más del 30% de las mujeres contraen matrimonio antes de los 18 años, y cerca del 14% antes de los 15 años.

Algunas adolescentes no saben cómo evitar el embarazo, pues no hay educación sexual. Es posible que se sientan demasiado cohibidas o avergonzadas para solicitar servicios de anticoncepción; puede que los anticonceptivos sean demasiado caros o que no sea fácil

---

<sup>17</sup> MINSAL. [Internet] El Salvador. [actualizado 2015; citado 17oct2016]. Lineamientos técnicos para el desarrollo de círculos educativos con adolescentes embarazadas; 116. Disponible en: [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos\\_circuitos\\_educativos\\_con\\_adolescentes\\_embarazadas.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_circuitos_educativos_con_adolescentes_embarazadas.pdf)

conseguirlos o incluso que sean ilegales. Aun cuando sea fácil conseguir anticonceptivos, las adolescentes activas sexualmente son menos propensas a usarlos que las mujeres adultas. Puede que no puedan negarse a mantener relaciones sexuales no deseadas o a oponerse a las relaciones sexuales forzadas, que suelen ser sin protección.

### **Consecuencias para la salud**

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo. Cada año se practican unos 3 millones de abortos peligrosos entre adolescentes de 15 a 19 años, lo que contribuye a la mortalidad materna y a problemas de salud prolongados.

La procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos. En los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo.<sup>18</sup>

### **Consecuencias económicas y sociales**

El embarazo en la adolescencia puede también tener repercusiones sociales y económicas negativas para las muchachas, sus familias y sus comunidades. Muchas adolescentes que se quedan embarazadas se ven obligadas a dejar la escuela. Una adolescente con escasa o ninguna educación tienen menos aptitudes y oportunidades para encontrar un trabajo.

Esto puede también tener un costo económico para el país, puesto que se pierden los ingresos anuales que una mujer joven hubiera ganado a lo largo de su vida de no haber tenido un embarazo precoz.

---

<sup>18</sup> IDEM

## **Complicaciones psicológicas para la adolescente embarazada**

En general, los estudios hablan de una serie de circunstancias por las que pasan las mamás adolescentes:

- Miedo a ser rechazadas socialmente: una de las consecuencias de la adolescencia y el embarazo es que la joven se siente criticada por su entorno y tiende a aislarse del grupo.
- Rechazo al bebé: son niñas y no desean asumir la responsabilidad, el tiempo y las obligaciones que supone ser madre. Sin embargo, esto también las hace sentirse culpables, tristes y su autoestima se reduce.
- Problemas con la familia: comunicar el embarazo en la familia muchas veces es fuente de conflicto e incluso rechazo por parte de su propio entorno.
- Los hijos de madres y padres adolescentes suelen sufrir mayor tasa de fracaso escolar, problemas de inserción social o de aprendizaje.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda para evitar el embarazo en la adolescencia: limitar el matrimonio antes de los 18 años, aumentar el uso de anticonceptivos para los adolescentes, reducir las relaciones bajo coacción y apoyar los programas de prevención de embarazos en la adolescencia.<sup>19</sup>

## **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

Según OMS, la salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.

---

<sup>19</sup> OMS [Internet] [Septiembre 2014; citado el 27 sept 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

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.

### **Derechos sexuales y de procreación**

La *salud sexual* y de la reproducción constituye un derecho de hombres y mujeres. Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos, a disponer de la información y los medios para ello; y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.

También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones, ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

**1) Derecho a la salud sexual y de la reproducción:** como componente de la salud general, a lo largo de todo el ciclo vital de las personas.

**2) Derecho a adoptar decisiones con respecto a la procreación:** incluidos la elección voluntaria de cónyuge, la formación de una familia y la determinación del número, el momento de nacer y el espaciamiento de los propios hijos; y el derecho de tener acceso a la información y los medios necesarios para ejercer una opción voluntaria.

**3) Derecho a condiciones de igualdad y equidad de hombres y mujeres:** a fin de posibilitar que las personas efectúen opciones libres y con conocimiento de causa en todas las esferas de la vida, libres de discriminación por motivos de género.

**4) Derecho a la seguridad sexual y de la reproducción:** incluido el derecho a estar libres de violencia y coacción sexual y el derecho a la vida privada.

## **Planificación familiar**

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad.<sup>20</sup>

Se calcula que en los países en desarrollo unos 225 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación, pero no utilizan ningún método anticonceptivo.

Algunos métodos de planificación familiar, como los condones, ayudan a prevenir la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

La planificación familiar y los anticonceptivos reducen la necesidad de recurrir al aborto, en especial, al aborto peligroso.

La planificación familiar refuerza el derecho de las personas a decidir el número de hijos que desean tener y el intervalo de los embarazos.

La planificación familiar y el uso de anticonceptivos previenen la muerte de madres y niños, al evitar los embarazos no deseados.

## **Beneficios de la planificación familiar y de la anticoncepción**

La promoción de la planificación familiar —y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas— resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.

---

<sup>20</sup> Organización Mundial de la Salud. [Internet]. [actualización2014; citado 17 oct 2016]. El embarazo en la adolescencia. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

### **Prevención de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo en las mujeres**

La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna. Evita los embarazos no deseados, incluidos los de mujeres de más edad, para quienes los riesgos ligados al embarazo son mayores.

Permite además que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener. Se ha comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna.

Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos.

### **Reducción de la mortalidad infantil**

La planificación familiar puede evitar los embarazos muy cercanos entre sí y en un momento inoportuno, que contribuyen a causar algunas de las tasas de mortalidad infantil más elevadas del mundo. Las criaturas cuya madre muere a causa del parto también tienen un riesgo mayor de morir o enfermar.

### **Prevención de la infección por el VIH y el SIDA**

La planificación familiar disminuye el riesgo de que las mujeres infectadas por el VIH se embaracen sin desearlo, lo que da como resultado una disminución del número de criaturas infectadas y huérfanas. Además, los condones masculinos y femeninos brindan una protección doble: contra el embarazo no deseado y contra las infecciones de transmisión sexual, en especial la causada por el VIH.

### **Poder de decisión y una mejor educación**

La planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva. Brinda además la oportunidad de que las mujeres mejoren su educación y puedan participar más en la vida pública, en especial bajo la forma de empleo remunerado en empresas que no sean de carácter familiar.

Tener una familia pequeña propicia que los padres dediquen más tiempo a cada hijo. Los niños que tienen pocos hermanos tienden a permanecer más años en la escuela que los que tienen muchos.

### **Disminución del embarazo de adolescentes**

Las adolescentes que se embarazan tienen más probabilidades de dar a luz un niño de pretérmino o con peso bajo al nacer. Los hijos de las adolescentes presentan tasas más elevadas de mortalidad neonatal. Muchas adolescentes que se embarazan tienen que dejar la escuela, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para ellas personalmente, para sus familias y para la comunidad.

### **Menor crecimiento de la población**

La planificación familiar es la clave para aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo.

### **Uso de anticonceptivos**

El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en al África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57.4% en 2014. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49



años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2014.<sup>21</sup>

El uso de métodos anticonceptivos por los hombres representa una proporción relativamente pequeña de las tasas de prevalencia mencionadas. Los métodos anticonceptivos masculinos se limitan al condón y la esterilización (vasectomía).

### **La necesidad insatisfecha de anticoncepción en el mundo**

Se calcula que en los países en desarrollo unos 225 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación, pero no utilizan ningún método anticonceptivo.

Los motivos son los siguientes:

- poca variedad de métodos;
- acceso limitado a la anticoncepción, particularmente por parte de los jóvenes, los segmentos más pobres de la población o los solteros;
- temor a los efectos colaterales, que a veces se han sufrido con anterioridad;
- oposición por razones culturales o religiosas;
- servicios de mala calidad;
- errores de principio de los usuarios y los proveedores
- barreras de género.

---

<sup>21</sup> Organización Mundial de la Salud. [actualizado 2015; citado 17oct2016]. Planificación familiar. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

## MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS<sup>22</sup>

- **Anticonceptivos orales en combinación** (la «pastilla» o «píldora»):

Contiene dos hormonas (estrógeno y progestágeno).

Método de acción: Evita la liberación de óvulos por los ovarios (ovulación). Eficacia: >99% si se usa de manera correcta y sostenida. 92% como se usa comúnmente. Disminuye el riesgo de cáncer endometrial y ovárico.

- **Pastillas de progestágeno** solo «minipastilla» o «minipíldora»:

Contiene únicamente progesterona.

Método de acción: Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten y previene la ovulación. Puede usarse mientras se amamanta. Eficacia: 99% si se usa de manera correcta y sostenida.

- **Implantes:** Cilindros o cápsulas pequeños y flexibles que se colocan debajo de la piel del brazo.

Contienen únicamente progestágeno. Se puede usar durante 3 a 5 años.

Método de acción: Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo y evita la ovulación. Eficacia: >99%.

- **Progestágeno en forma inyectable:** Se inyecta por vía intramuscular cada 2 o 3 meses, según el producto.

---

<sup>22</sup> Organización Mundial de la Salud. [actualizado 2015; citado 17oct2016]. Planificación familiar. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

Método de acción: Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo y evita la ovulación. Eficacia: >99% si se usan de manera correcta y sostenida.

- **Inyectables mensuales o anticonceptivos inyectables en combinación:** Se inyectan cada mes por vía intramuscular.

Contienen estrógeno y progestágeno.

Método de acción: Impide que los ovarios liberen óvulos (ovulación). Eficacia: >99% si se usan de manera correcta y sostenida.

- **Parche anticonceptivo combinado y anillo vaginal anticonceptivo combinado:**  
<sup>23</sup>Libera dos hormonas de forma continua, una progestina y un estrógeno, directamente a través de la piel (parche) o mediante el anillo.

Método de acción: Impide que los ovarios liberen óvulos (ovulación). Eficacia: Los estudios de eficacia realizados señalan que puede ser más eficaz que los anticonceptivos orales combinados, cuando se utilizan de un modo correcto y sostenido.

- **Dispositivo intrauterino (DIU): de cobre:** Dispositivo plástico flexible y pequeño que contiene un asa o cubierta de cobre y se inserta en el útero.

Método de acción: El cobre daña los espermatozoides e impide que se junten con el óvulo. Eficacia: >99%.

- **Dispositivo intrauterino (DIU): de levonorgestrel:** Dispositivo plástico en forma de T que se inserta en el útero y libera diariamente pequeñas cantidades de levonorgestrel.

---

<sup>23</sup> Organización Mundial de la Salud. [actualizado 2015; citado 17oct2016]. Planificación familiar. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

Método de acción: Suprime el crecimiento del revestimiento de la cavidad uterina (endometrio). Eficacia: >99%.

- **Condón masculino y femenino:** Forma una barrera que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo.

También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH. Eficacia condón masculino: 98% si se usa de manera correcta y sostenida. Condón femenino: 90% si se usa de manera correcta y sostenida.

- **Esterilización masculina (vasectomía):** Anticoncepción permanente por la cual se bloquean o cortan los tubos (conductos deferentes) que transportan los espermatozoides desde los testículos.

Método de acción: Impide que haya espermatozoides en el semen eyaculado. Eficacia: >99% después de la evaluación del semen a los 3 meses. Tarda en actuar unos 3 meses debido a que quedan espermatozoides almacenados; no afecta el funcionamiento sexual del hombre.

- **Esterilización femenina (ligadura de las trompas; salpingectomía):** Anticoncepción permanente por la cual se bloquean o cortan las trompas de Falopio.

Eficacia: >99%.

- **Método de la amenorrea del amamantamiento (MELA):** Es un método de anticoncepción temporal para las mujeres recién paridas que no han vuelto a menstruar; exige el amamantamiento exclusivo o día y noche completos, de una criatura menor de 6 meses.

Método de acción: Impide que los ovarios liberen óvulos (ovulación). Eficacia: 99% si se aplica de manera correcta y sostenida.

- **Anticoncepción de urgencia (levonorgestrel, 1,5 mg):** Son pastillas de progestágeno que se toman para prevenir el embarazo hasta 5 días después de una relación sexual sin protección.

Método de acción: Evita la ovulación. No altera el embarazo si este ya se ha producido.

Eficacia: Reduce en un 60% a un 90% el riesgo de embarazo.

- **Método de la temperatura basal corporal:** La mujer debe registrar su temperatura corporal a la misma hora todas las mañanas antes de levantarse, prestando atención a que se produzca un aumento de 0,2°C a 0,5°C.

Cuando aumenta la temperatura basal y se mantiene alta durante tres días enteros, se ha producido la ovulación y el período fértil ha pasado. Las relaciones sexuales pueden reanudarse el cuarto día hasta la siguiente menstruación mensual.

Método de acción: Impide el embarazo, si se evita el coito sin protección durante los días fértiles. Eficacia: 99% si se usa de manera correcta y sostenida.

- **Método de Billings o del Moco Cervical:** Este método consiste en determinar los períodos fértiles, prestando atención a la presencia de moco cervical (si hay secreciones, tipo, color y consistencia). Es difícil de aplicar si hay infección vaginal u otra afección que altere el moco cervical. El coito sin protección puede reanudarse después de dos días consecutivos sin secreciones.  
Eficacia: 96% si se usa de manera correcta y constante.

- **Método sintotérmico:** Consiste en determinar los períodos fértiles prestando atención a los cambios en el moco cervical (textura transparente), la temperatura corporal (ligero aumento) y la consistencia del cuello del útero (ablandamiento).  
Eficacia: 98% si se usa de manera correcta y sostenida.

- **Método del calendario o método del ritmo:** Consiste en observar el ciclo menstrual durante 6 meses, restar 18 de la duración del ciclo más corto (primer día

fértil estimado) y restar 11 de la duración del ciclo más largo (último día fértil estimado).

Se impide el embarazo evitando el coito sin protección durante el posible primer día fértil y el posible último día fértil, bien absteniéndose o utilizando un preservativo. Eficacia: 91% si se usa de un modo correcto y sostenido.

- **Marcha atrás (coitus interruptus):** Consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación y eyacular fuera de ésta, cerciorándose de que el semen no entre en contacto con los genitales externos.

Eficacia: 96% si se usa de forma correcta y sostenida. 73% tal y como se practica comúnmente.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> Organización Mundial de la Salud. [actualizado 2015; citado 17oct2016]. Planificación familiar. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

## **CAPITULO II**

### **HIPÓTESIS GENERAL**

La composición e influencia de los factores que predisponen al embarazo, son la causa principal del embarazo en las adolescentes, inscritas en el programa de atención materna, en la UCSF Ciudad Delgado y UCSFE del Puerto de La Libertad, en el período de Septiembre-Diciembre 2016.

## **CAPITULO III**

### **DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Consiste en una investigación médica de tipo descriptivo, no experimental de corte transversal, con variables de tipo cuantitativas.

#### **PERÍODO DE INVESTIGACIÓN**

Período de diseño de la investigación: Julio a Agosto 2016

Período Investigado: Septiembre a Diciembre de 2016

Período de Ejecución de la Investigación: Octubre a Diciembre de 2016

Período de Procesamiento y Análisis de Información: Diciembre de 2016

Período de Redacción del Informe Final y Presentación de Resultados: Diciembre de 2016 a Febrero 2017

#### **UNIVERSO**

El universo fueron 90 adolescentes embarazadas de las UCSF-E Del Puerto de La Libertad y UCSF Ciudad Delgado inscritas en el programa materno en el período de septiembre a diciembre de 2016.

#### **MUESTRA**

Fue el mismo número de pacientes que el universo, un total de 90 adolescentes embarazadas inscritas en el programa de atención materna de las UCSF-E Del Puerto de La Libertad y UCSF Ciudad Delgado en el período de Septiembre a Diciembre de 2016.



## **VARIABLES**

Variable dependiente: Embarazos en adolescentes inscritas en el programa de atención materna de las UCSF Ciudad Delgado y UCSFE Puerto de La Libertad

Variable Independiente: Factores que predisponen al embarazo en las adolescentes en las UCSF Ciudad Delgado y UCSFE Puerto de La Libertad.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivos	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Valor	Fuente de información	Técnica	Instrumento
Identificar los factores socio demográficos, económico, y culturales asociados con embarazos en adolescentes	(independiente ) factores socio demográficos, económico, y culturales	Aspectos y modelos culturales, creencias, actitudes, inmigración, natalidad, financieras de una comunidad.	Todos aquellos aspectos o situaciones que influyen que una adolescente presente un embarazo	Tipo de familia	Nuclear Extensa Desintegrada Pareja actual	Adolescente embarazada	Entrevista	Cuestionario
				Aportación económica	Padre Madre Hermanos Abuela Pareja Tío/a			
				Conducta social	Estudia Trabaja Estar en casa			
				Religión	Católico Evangélico Testigo de jehová Ateo Otras			
				Procedencia	Rural Urbana			

Objetivos	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Valor	Fuente de información	Técnica	Instrumento
Identificar los factores socio demográficos, económico, y culturales asociados con embarazos en adolescentes	(Dependiente) embarazos en adolescentes	Gestación que ocurre durante los 2 primeros años después de la primera menstruación (entre los 10 y 13 años aprox.), y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de sus padres.	Femenina embarazada de 10- 19 años	Edad	10-13 14-16 17-19	Adolecente embarazada	Entrevista	Cuestionario
				Estado Civil	Casada Soltera Acompañada			
				Edad de padre de su hijo	10-14 15-20 21-25 26-30 Más de 30			
				Edad de primera relación sexual	10-13 14-16 17-19			

Objetivos	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Valor	Fuente de información	Técnica	Instrumento
Conocer los factores biológicos relacionados con el embarazo adolescente	(Independiente) Factores biológicos	Son todos aquellos aspectos inherentes a la fisiología del organismo y que pueden condicionar el estado de salud	Factores que determina la madurez fisiológica en el ser humano	Edad	10-13 14-16 17-19	Adolecente embarazada	Entrevista	Cuestionario
				menarquía	Edad			
				Número de embarazos	numero de gestas			

Objetivos	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Valor	Fuente de información	Técnica	Instrumento
Conocer los factores biológicos relacionados con el embarazo adolescente	(Dependiente) embarazos adolescentes	Gestación que ocurre durante los 2 primeros años después de la primera menstruación (entre los 10 y 13 años aprox.), y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de sus padres.	Femenina embarazada de 10- 19 años	Edad	10-13 14-16 17-19	Adolecente embarazada	Entrevista	Cuestionario
				Estado Civil	Casada Soltera Acompañada			
				Edad de padre de su hijo	10-14 15-20 21-25 26-30 Más de 30			
				Edad de primera relación sexual	10-13 14-16 17-19			

Objetivos	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Valor	Fuente de información	Técnica	Instrumento
Relacionar el nivel educativo con los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva	Nivel Educativo	Parte de lo que se conoce como educación formal, es decir, aquel tipo de enseñanza que está organizada en niveles o etapas, que tiene objetivos claros y que se imparte en instituciones especialmente designadas para ello (escuelas, colegios, institutos).	Conocimientos adquiridos de manera formal en un centro de estudios	Nivel educativo	Parvulario Primer ciclo Segundo Ciclo Tercer Ciclo Bachillerato Universitario	Adolecente embarazada	Entrevista	Cuestionario

Objetivos	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Valor	Fuente de información	Técnica	Instrumento
Relacionar el nivel educativo con los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva	Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva	Capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo.	Actitudes, conocimientos y prácticas de las adolescentes frente la sexualidad y reproducción	Conocimiento de anticonceptivos	Si No	Adolecente embarazada	Entrevista	Cuestionario
				Conocimiento de su embarazo	Si No			
				Influencia Sexual	Si No			

Objetivos	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Valor	Fuente de información	Técnica	Instrumento
Indagar antecedentes familiares de embarazo precoz	Antecedentes familiares de embarazo precoz	Familiares que Gestaron durante los 2 primeros años después de la primera menstruación (entre los 10 y 13 años aprox.),	Pariente que quedó embarazada antes que la muestra de estudio	Influencia familiar a embarazarte	Si No	Adolecente embarazada	Entrevista	Cuestionario
				Familiares con embarazo precoz	Si No			



## CRUCE DE VARIABLES

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

**Criterios de inclusión de la unidad muestral:**

- ✓ Adolescentes embarazadas de 10 a 19 años inscritas en el programa de atención materna en la UCSF de Ciudad Delgado y UCSFE Puerto de La Libertad.
- ✓ Adolescentes embarazadas que viven en el área geográfica en estudio.

**Criterios de exclusión de la unidad muestral:**

- ✓ Adolescentes embarazadas que no residen en el área geográfica de estudio.
- ✓ Adolescentes embarazadas mayores de 19 años de edad
- ✓ Adolescentes embarazadas con discapacidad física o mental.

**FUENTES DE INFORMACIÓN**

Para el desarrollo de esta investigación se tuvo una fuente de información:

Fuente de Información primaria:

Adolescentes embarazadas inscritas en el programa de atención materna en la UCSF de Ciudad Delgado y UCSFE Puerto de La Libertad de Septiembre a Diciembre 2016

**TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN**

Se utilizó la siguiente técnica de obtención de Información:

Para la fuente de información primaria: se utilizó la entrevista estructurada, por medio de un cuestionario sobre los conocimientos de salud sexual y reproductiva y los factores socios demográficos, económicos, y culturales asociados al embarazo en adolescentes.

## **HERRAMIENTAS PARA LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN**

Para la obtención de la información se utilizó el siguiente instrumento: *un cuestionario sobre los conocimientos de salud sexual y reproductiva y los factores socios demográficos, económicos, y culturales asociados al embarazo en adolescentes*, el cual tiene por objetivo identificar el grado de conocimiento de las adolescentes en el área de salud sexual y reproductiva e identificar cuáles son los factores que influyen en la incidencia de embarazo en edad precoz; dicha herramienta constó de un total de 30 preguntas.

## **MECANISMO DE PROCESAMIENTO DE DATOS**

Se elaboró una base de datos en Excel donde se realizó los estadísticos referidos a unidades estadísticas de medidas de tendencia central encontrándose las bases de datos estructuradas en función de los diferentes elementos de los instrumentos. El proceso del conteo de datos se realizó de manera manual directa. Para su posterior incorporación en las diferentes bases de datos.

## **MECANISMO DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE LOS DATOS.**

Para la realización del presente estudio se aplicaron los siguientes aspectos éticos de investigación.

Como toda investigación científica se involucraron a seres humanos por lo cual fue indispensable aplicar los tres principios éticos que describe Polit- Hungler (2005) siendo estos: respeto por la dignidad de las personas, beneficencia y justicia.

### **Mecanismo de confidencialidad para entrevista**

Se elaboró una hoja donde se solicitó la participación de las adolescentes embarazadas inscritas en el programa de atención materna donde se le comunicó a la persona que la información que se solicitaría sería completamente anónima y confidencial, así se protegería el derecho de las participantes a la privacidad y a no ser discriminadas.

### **Resguardo de los datos**

Los protocolos de entrevista completados serán resguardados por los investigadores por un periodo de dos años después de los cuales serán destruidos. Las bases de datos se encontrarán resguardadas por la universidad de El Salvador donde se entregaron tres copias a esta institución de cuyo resguardo y utilización será responsable.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS

**Tabla 1: Adolescentes embarazadas encuestadas en UCSF especializada del Puerto de la Libertad y UCSF de Ciudad Delgado**

Unidad de salud	Frecuencia	Porcentaje
UCSF de Ciudad delgado	45	50%
UCSFE del puerto de la libertad	45	50%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

Fuente de datos: Encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

El presente estudio, comprendió un total de 90 adolescentes embarazadas. 45 pertenecientes a UCSFE Puerto de La Libertad y 45 a UCSF Ciudad Delgado, inscritas en el programa de atención materna, que se avocaron en dichas unidades durante el período de Septiembre-Diciembre de 2016.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Identificar los factores socios demográficos, económicos, y culturales asociados con embarazos en adolescentes.**

**Tabla 2: Área geográfica de las adolescentes embarazadas de la UCSFE del Puerto de la Libertad y UCSF de Ciudad Delgado**

Área	Frecuencia	Porcentaje
Rural	40	44%
Urbana	50	56%
<b>Total</b>	90	100%

Fuente de datos: Encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: Se recogieron datos de 50 de ellas, pertenecientes a la zona urbana y 40 pacientes de zona rural, entre las dos UCSF. Es de tomar en cuenta, que en UCSFE Puerto de La Libertad predominó la población de zonas rurales en comparación con la predominancia de pacientes de zona urbana en UCSF Ciudad Delgado.

**Tabla 3: Edades de las adolescentes embarazadas**

<b>Edades</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
10- 13	0	0%
14-16	28	31%
17-19	62	69%
<b>Total</b>	90	100%

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: Dentro de la adolescencia temprana no se observa resultado de ninguna paciente embarazada; sin embargo, la adolescencia tardía, incluye el rango de edad con mayor predominio.

**Tabla 4: Estado civil de adolescentes embarazadas**

<b>Estado civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Soltera	20	22%
Casada	2	2%
Acompañada	68	76%
<b>Total</b>	90	100%

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: En cuanto al estado civil, representan la mayoría, aquellas que se encuentran acompañadas en comparación con una minoría que refirió estar soltera y en unión matrimonial.



**Tabla 5: Actividades realizadas previo a embarazo**

<b>Actividad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Estudiar	42	47%
Trabajar	16	18%
Trabajar y estudiar	7	8%
Estar en casa	25	28%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: Del total, 42 se encontraban estudiando, siendo la mayoría y en menor proporción aquellas que realizaban oficios domésticos, trabajar y ambas actividades (trabajar y estudiar).

**Tabla 6: Actividad que realiza actualmente adolescente embarazada**

<b>Actividad</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>
Estudiar	11	12%
Trabajar	23	26%
Trabajar y estudiar	2	2%
Estar en casa	54	60%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: Así mismo se indagó sobre la actividad que desarrollan durante su embarazo, y se denota una disminución en cuanto a la actividad de estudiar y un aumento significativo de las adolescentes que se encuentran realizando oficios domésticos. Además de un leve aumento de las pacientes que solamente trabajan y 2 pacientes que aún persisten trabajando y estudiando.

**Tabla 7: Actividad que realizara posterior al embarazo.**

<b>Actividad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Trabajar	47	52%
Dejar la escuela	1	1%
Seguir estudiando	22	24%
Ser ama de casa	20	22%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: La mitad de las pacientes manifestó que como planes a futuro desea trabajar y un tercio, planea seguir estudiando; con una mínima diferencia aquellas que piensan ser ama de casa en esta etapa. Se denota, por tanto, disminución en las aspiraciones de continuar sus estudios y en cambio, un incremento de aquellas adolescentes que planean conseguir un trabajo.

**Tabla 8: Persona que aporta la economía al hogar**

<b>Miembro</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Mamá	26	27%
Papá	18	18%
Hermanos	1	1%
Abuela/o	8	8%
Pareja	39	40%
Tía/o	1	1%
Suegra/o	5	5%
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100%</b>

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: La mayoría de pacientes encuestadas refirió que su pareja es quien aporta principalmente a la economía del hogar ya sea estando casadas o en unión estable, y en segundo lugar, es su madre quien les ayuda económicamente.

**Tabla 9: Ingreso familiar mensual.**

Ingreso	Frecuencia	Porcentaje
\$50-\$100	28	31%
\$100-\$150	16	18%
\$150-\$200	9	10%
\$200-\$250	10	11%
\$250-\$300	19	21%
> \$300	8	9%
<b>Total</b>	90	100%

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: Se denota con el resultado obtenido, que un tercio de la población femenina percibe un ingreso que oscila entre \$50-\$100; por el contrario, menos de un tercio de la población respondió que percibe un ingreso de 250-300\$; resultados muy variantes entre ingresos bajos y altos. Sólo 8 personas reciben arriba de \$300 mensuales.

**Tabla 10: Miembros del grupo familiar de adolescentes embarazadas.**

<b>Grupo familiar</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Nuclear	24	27%
Extensa	15	17%
Desintegrada	6	7%
Con pareja actual	45	50%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: La mitad de las adolescentes, refirieron que su grupo familiar es conformado principalmente por su pareja. El resto y en orden de prevalencia respondieron entre familia nuclear, extensa y desintegrada.

**Tabla 11: Religión que profesa.**

<b>Religión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Católica	23	26%
Evangélica	38	42%
Otra	0	0%
Ninguna	29	32%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: Como un factor sociocultural importante se realiza la pregunta sobre la religión practicante de las pacientes. Cuyo resultado refleja la prevalencia de las pacientes que son evangélicas, seguido de las que no practican ninguna religión.

**Tabla 12: Embarazo planificado.**

<b>Embarazo Planificado</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	31	34%
No	59	66%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: Al indagarse sobre la planificación del embarazo resultó que la mayoría de adolescentes no planeó su embarazo en comparación con aquellas que refirieron que sí.



**Tabla 13: Reacción de los padres al enterarse de embarazo en adolescente.**

<b>Reacción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Me pegaron	3	3%
Se pusieron felices	21	23%
No me dijeron nada	44	47%
Me sacaron de la casa	4	4%
Me regañaron	21	23%
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100%</b>

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: Se denota que hay una prevalencia en aquellas pacientes cuyos padres no les dijeron nada al enterarse de su estado de embarazo; en misma prevalencia aquellos, que se pusieron felices y los que las regañaron y se observa además en mínima cantidad, aquellas pacientes a quienes les pegaron y les sacaron de casa.

**Tabla 14: Edad de progenitor**

<b>Rango</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
10 a 15	0	0%
16 a 20	37	41%
21 a 25	29	32%
26 a 30	16	18%
> 30	8	9%
<b>Total</b>	90	100%

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: Existe una mayor prevalencia en aquellos padres cuya edad predomina entre los 16 y 20 años de edad, seguido por aquellos que poseen entre 21 a 25 años; en traslape con ninguno entre las edades de 10 a 15 años.

**Tabla 15: Reacción de la pareja al saber de embarazo.**

<b>Reacción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Se enojó	12	13%
Me pego	2	2%
Se puso feliz	70	78%
Me abandono	6	7%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: La mayoría de pacientes respondió que sus parejas se pusieron felices al saber de la noticia de su embarazo lo que contrasta con los restantes a quienes entre las diversas reacciones sus parejas se enojaron, les pegaron y las abandonaron.

**Tabla 16: Tipo de sustancias que consume el progenitor.**

Sustancias	Frecuencia	Porcentaje
Alcohol	26	25%
Tabaco	22	21%
Marihuana	6	6%
Cocaína	2	2%
Otra	1	1%
Ninguna	46	44%
No se	2	2%
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100%</b>

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: Se puede observar prevalencia de las parejas que no consumen ninguna sustancia en comparación con aquellas que consumen diversas sustancias entre las que se encuentran mayoritariamente el alcohol y el tabaco. Y en menor prevalencia aquellas parejas que consumen otras drogas como marihuana y cocaína. Una jovencita que respondió que otra y dos que respondieron no saber del consumo de su pareja.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Conocer los factores biológicos relacionados con el embarazo en adolescentes.**

**Tabla 17: Edad de menarquia de adolescentes embarazadas.**

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
10 años	1	1%
11 años	11	12%
12 años	22	24%
13 años	31	34%
14 años	20	22%
15 años	5	6%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: Como un factor biológico importante está la edad en que experimentaron las embarazadas su primera menstruación, en su mayoría respondieron que fue a la edad de 13 años, seguido en menores cantidades aquellas pacientes cuyas edades de menarquía fueron en orden de prevalencia a los 12, 14 y 11 años.

**Tabla 18: Tipo de ciclo menstrual.**

<b>Tipo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Regulares	73	81%
Irregulares	17	19%
<b>Total</b>	90	100%

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: En cuanto a la frecuencia con que se presentan sus menstruaciones antes de haber quedado embarazadas, prevalecen las pacientes que manifestaron que sus ciclos son regulares; en contraste con la poca cantidad de adolescentes que manifestaron presentar ciclos menstruales irregulares.

**Tabla 19: Duración de ciclo menstrual.**

<b>Duración</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
3 a 5 días	52	58%
5 a 7 días	34	38%
>7 días	4	4%
<b>Total</b>	90	100%

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: Siempre ahondando en los factores biológicos, se realiza la pregunta sobre la duración, en días, del período menstrual, respondiendo en su mayoría que de 3 a 5 días; y en mínima cantidad las pacientes en quienes su ciclo menstrual es anormal con duración mayor de 7 días.

**Tabla 20: Edad de inicio de relaciones sexuales.**

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
10- 13 años	10	11%
14- 16 años	60	67%
17- 19 años	20	22%
<b>Total</b>	90	100%

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: Otro elemento importante que aporta a los factores biológicos que abarca este estudio, es en cuanto a la sexarquía. Se evidencia que en su mayoría las jovencitas iniciaron relaciones sexuales entre la edad de 14 a 16 años de edad.



**Tabla 21: Número de parejas sexuales.**

<b>Número</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
1	51	57%
2	29	32%
3	5	6%
4	2	2%
>5	3	3%
<b>Total</b>	90	100%

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: Podemos observar que más de la mitad de las pacientes encuestadas refieren haber tenido sólo una pareja sexual, mientras que en menor cantidad respondieron que dos. Sin embargo, dentro de las encuestadas 3 respondieron que más de 5 parejas.

**Tabla 22: Primigesta (primer embarazo)**

<b>Primigesta</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	75	83%
No	15	17%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: Se describe en esta tabla que la mayoría de las adolescentes experimenta su primer embarazo en comparación con la menor proporción, que manifestaron que es su segundo embarazo.

**Tabla 23: Si no es primigesta ¿su pareja actual es el padre de sus otros hijos?**

<b>Parámetros</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	7	47%
No	8	53%
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: Al realizar la pregunta de si su pareja actual es el padre de sus otros hijos, como resultado se observa que es una mínima diferencia entre las pacientes que respondieron que sí, en comparación con las que manifestaron que no es la misma pareja, siendo esta respuesta la prevalente.

**Tabla 24: Antes de realizarse la prueba de embarazo ¿Por qué pensaba que estaba embarazada? (opción múltiple)**

Parámetros	Frecuencia	Porcentaje
Porque no veía regla	79	79%
Mareos	8	8%
Vómitos	10	10%
Me creció el estómago	2	2%
Quería ponerme en control de PF	1	1%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: Cumpliendo el objetivo número 2, se les cuestionó a las pacientes sobre los signos o síntomas que percibieron por lo cual pensaban que estaban embarazadas; resultando que la mayor parte de pacientes manifestaron que porque ya no veían su período menstrual y otras diversas respuestas que respondieron en minoría, como percibir mareos, vómitos o que notaron aumento de su abdomen, y solamente una paciente que manifestó que quería ponerse en planificación.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 3: Relacionar el nivel educativo con los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva.**

**Tabla 25: Nivel de escolaridad de adolescentes embarazadas**

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje
Parvularia	1	1%
Primer ciclo	4	4%
Segundo ciclo	23	26%
Tercer ciclo	37	41%
Bachillerato	24	27%
Universitario	1	1%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: Del total de pacientes, prevalecen los resultados de tercer ciclo y bachillerato, seguido por pacientes que logran segundo ciclo; solamente una, que logra un nivel educativo universitario y una que refirió lograr nada más nivel parvulario. Por lo que, es importante destacar la dificultad que se genera en este proceso de embarazo adolescente, para lograr un nivel educativo superior, y que la mayoría de las pacientes poseen un nivel básico de aprendizaje.

**Tabla 26: Causa del embarazo.**

<b>Causas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
No usar preservativo	16	18%
Por descuido	31	34%
No usar métodos de PF	14	16%
No conocimiento de métodos de PF	2	2%
Porque quería quedar embarazada	27	30%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: Se evidencia que prevalecen las jovencitas que como causa de su embarazo consideran el descuido; sin embargo, contraponiéndose con leve diferencia, la respuesta de que era su deseo experimentar esta etapa.

**Tabla 27: Conoce la existencia de los métodos anticonceptivos.**

<b>Respuesta</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	61	68%
No	29	32%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: Se evidencia que más de la mitad de las pacientes manifiesta conocer acerca de los métodos de anticoncepción y en menor proporción aquellas que refirieron no conocerlos.

**Tabla 28: Si conoce algún método anticonceptivo, ¿Cuál es?**

Métodos	Frecuencia	Porcentaje
Pastillas	37	29%
Inyecciones	45	36%
Preservativo masculino	35	28%
Preservativo femenino	1	1%
DIU	6	5%
Natural	2	2%
<b>Total</b>	126	100%

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: Al indagar con las embarazadas que respondieron sí conocerlos, se les cuestiona además sobre cuáles de éstos conoce, evidenciándose que en orden de prevalencia las inyecciones, las pastillas y el preservativo masculino son mayoritariamente de su conocimiento. Y en menor cantidad aquellas pacientes que respondieron los métodos como el DIU o naturales y solamente una persona que conocía del preservativo femenino.



**Tabla 29: Lugar donde obtuvo información de los tipos de métodos anticonceptivos.**

Lugar	Frecuencia	Porcentaje
Escuela	49	68%
UCSF	16	22%
Mi familia	5	7%
Redes sociales	2	3%
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100%</b>

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: Siempre en relación a los datos previos sobre el conocimiento de los métodos anticonceptivos, se evidencia que la escuela y la Unidad de Salud son los dos lugares prevalentes en donde estas jovencitas adquirieron la información. Minoritariamente la familia y las redes sociales.

**Tabla 30: Uso previo de métodos de Planificación Familiar**

<b>Uso de métodos de PF</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	34	38%
No	56	62%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: Sobre el uso previo de los diversos métodos anticonceptivos resultó que más de la mitad de las adolescentes manifestó nunca haber utilizado algún método de anticoncepción correlacionando con datos previos en que más de la mitad, así mismo, manifestó saber acerca de ellos.

**Tabla 31: Tipo de método anticonceptivo utilizado.**

Métodos	Frecuencia	Porcentaje
Pastillas	5	15%
Inyecciones	20	59%
Preservativo masculino	9	26%
Preservativo femenino	0	0%
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: De la cantidad de pacientes que respondieron que sí alguna vez en su vida ocuparon métodos anticonceptivos, mayoría de pacientes respondió que había utilizado inyectables entre las que se encuentran las mensuales y trimensuales.

**Tabla 32: Porque no ha utilizado método anticonceptivo.**

<b>Causas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
No quería	31	55%
Mi pareja no quería	3	5%
No los conocía	20	36%
Me daban miedo	2	4%
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100%</b>

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: En cuanto a las pacientes que respondieron que no ha utilizado métodos anticonceptivos; en mayor proporción manifiestan que la razón es porque no querían, en comparación con menor proporción de aquellas que respondieron que no los conocían o que manifestaron que su pareja no quería o que les daba miedo su uso.

**Tabla 33: El embarazo ocurrió mientras utilizaba algún método anticonceptivo.**

Parámetro	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	6%
No	85	94%
<b>Total</b>	90	100%

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: La mayoría de embarazadas, no estaba utilizando ningún método anticonceptivo durante el período que quedó embarazada. Sin embargo, 5 pacientes respondieron que Sí.

**Tabla 34: ¿Que método anticonceptivo utilizaba cuando ocurrió el embarazo?**

<b>Método anticonceptivo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Pastillas	2	40%
Inyecciones	0	0%
Preservativo masculino	3	60%
Preservativo femenino	0	0%
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: De las 5 pacientes que dieron por afirmativo el hecho de estar utilizando algún método anticonceptivo durante el período que quedaron embarazadas, se les cuestionó además de qué método anticonceptivo se trataba, por lo que se obtuvo resultado en el que predominan las pastillas anticonceptivas y el preservativo masculino.

**Tabla 35: ¿Usted cree que exista un riesgo en la salud de la embarazada y el feto al ser una adolescente?**

<b>Parámetros</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	17	19%
No	38	42%
No se	35	39%
<b>Total</b>	90	100%

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: Podemos observar que es mínima la diferencia entre las jovencitas que refieren no saber de si existe riesgo en su embarazo y las que manifestaron rotundamente que no hay ningún riesgo en su salud o la de su bebé.

**Tabla 36: ¿Durante el embarazo que riesgos en la salud de la adolescente y el feto conoce?**

<b>Riesgos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Prematurez	10	59%
Aborto	1	6%
Malformaciones	2	12%
Da preeclampsia	2	12%
Enfermedades	2	12%
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: De la minoría de pacientes que contestaron que sí existe riesgo para la salud del binomio, se destacan respuestas como la prematurez y en menor prevalencia respuestas como el aborto, malformaciones y preeclampsia; sin embargo 2 pacientes refirieron que presentan “enfermedades” pero sin lograr especificar cuáles.



**OBJETIVO ESPECÍFICO 4: INDAGAR ANTECEDENTES FAMILIARES DEL EMBARAZO PRECOZ.**

**Tabla 37: Antecedentes familiares de embarazo adolescente.**

<b>Parámetros</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	44	49%
No	46	51%
<b>Total</b>	90	100%

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: Al indagar en cuanto a los antecedentes familiares de embarazo precoz que puedan predisponer a las adolescentes a repetir el mismo proceso, se obtuvo información de que es leve la prevalencia entre las pacientes que no los tiene y las que sí poseen familiar que pasó por la misma situación.

**Tabla 38: Que familiar ha presentado antecedentes de embarazo adolescente.**

<b>Familiares</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Madre	20	45%
Hermana	7	16%
Abuela	2	5%
Tía	0	0%
Prima	15	34%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100%</b>

Fuente de datos: encuesta: “Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna” realizado en UCSFE El puerto de la libertad y UCSF ciudad delgado de Septiembre – Diciembre 2016.

Análisis: De las pacientes que dieron por afirmativo el antecedente familiar, con mayor prevalencia resultaron aquellas pacientes a quienes su madre y su prima, son las personas que experimentaron la misma situación de embarazo precoz.

## **CAPITULO V**

### **DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

El propósito fundamental de esta investigación fue describir los diferentes factores que predisponen a que una adolescente quede embarazada. Por lo que, respondiendo a este propósito a través de una encuesta, es que se verificó los resultados siguientes de acuerdo a los objetivos planteados.

En el presente estudio se tomó como muestra representativa adolescentes embarazadas, 90 pacientes en total, entre la UCSFE Puerto de la Libertad (45 pacientes) y UCSF Ciudad Delgado (45 pacientes). Dentro de las cuales 50 pacientes, son pertenecientes a la zona urbana en comparación con 40, que provienen de áreas rurales. Es de tomar en cuenta que en la UCSFE Puerto de La Libertad predominó la población de adolescentes embarazadas de zonas rurales y que es en la UCSF Ciudad Delgado donde resultó predominancia del casco urbano.

En nuestro estudio, respondiendo al objetivo número 1, los factores sociodemográficos, económicos y culturales asociados a embarazos adolescentes fueron:

Mayoría de pacientes, es perteneciente a la región urbana, cuyo resultado se verifica con la bibliografía que cita que un 58% de la población de adolescentes reside en la zona urbana comparado con el resto, que reside en zonas rurales. La religión parece no ser un factor predisponente ya que 74% suma entre las pacientes practicantes y no practicantes. 69% se encuentran en la adolescencia tardía, que comprende entre los 17 y 19 años, además de 31%, entre las edades de 14 a 16 años; según MSPAS, la prevalencia de embarazos se da en las edades entre 15 y 19 años y las adolescentes entre 10 y 19 años representan un 30% del total de embarazos.

De las encuestadas, 76% están acompañadas, por lo que 50% de ellas respondió que su grupo familiar lo conforma principalmente su pareja quienes se encuentran entre las edades de 16 a 25 años; que aportan a la economía del hogar y cuyos ingresos oscilan

entre \$50-\$100; según UNICEF mayoría de adolescentes embarazadas proviene de países cuyos ingresos son de bajos a medianos.

De ellas, un 66% respondió que fue un embarazo no planificado; sin embargo, más de dos tercios de las adolescentes manifestó que su pareja “se puso feliz”.

Antes del embarazo, 47% se encontraban estudiando, actualmente durante embarazo 60% suelen estar en casa y sólo un 24% considera dentro de sus planes seguir estudiando, corroborándose con bibliografía que se genera un desinterés y menor oportunidad de desarrollo de un proyecto de vida, por falta de aspiraciones personales.

Otro resultado que es importante, es la naturalización de la maternidad adolescente como componente cultural, ya que la reacción de los padres de estas adolescentes fue de 70% entre los que “no les dijeron nada” y “se pusieron felices”.

Luego, para responder al objetivo específico número 2 sobre los factores biológicos relacionados con el embarazo en las adolescentes; se detallan a continuación los resultados:

La edad en que experimentaron la menarquia, es entre los 12 y 13 años (58%), una Menarquia temprana otorga madurez reproductiva cuando aún psicológica y socialmente no se maneja las situaciones de riesgo según cita la literatura, en la mayoría de adolescentes son ciclos menstruales regulares y con una duración principalmente de 3 a 5 días.

La sexarquia o inicio en la adolescencia de relaciones sexo coitales cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención fue otro factor contributorio en nuestra investigación, ya que 67% inicia las relaciones sexuales entre las edades de 14 a 16 años y según FESAL, 7 de cada 10 adolescentes con experiencia sexual tuvieron un embarazo. La mayoría refirió ser su primer embarazo, haber tenido sólo una pareja sexual y como signo o síntoma principal, el no ver menstruación.

El nivel educativo de las adolescentes y, por tanto, la relación entre éste y el conocimiento de los temas sobre salud, sexual y reproductiva es también uno de los propósitos de esta investigación; a través del objetivo número 3 planteado.

De acuerdo al nivel educativo, 68% de las encuestadas, han logrado cursar hasta tercer ciclo y bachillerato, por lo que mayoría respondió que sí conoce acerca de los métodos anticonceptivos entre los que predominan inyectables, anticonceptivos orales y preservativo masculino y es en la escuela, el lugar donde han obtenido principalmente la información. Datos se contrastan con los del observatorio de niñez y adolescencia que cita “Que de cada 5 mujeres 3 no habían cursado ningún grado educativo y tuvieron su primer parto antes de los 18 años”. Por otra parte, según UNICEF, la tasa de fecundidad es de 4.9 entre mujeres sin educación superior y de 2.4 para las que tienen 10 o más años de escolaridad.

34% respondió que quedó embarazada por descuido, en comparación con 30% que manifestó que quería quedar embarazada. 62% de encuestadas, refirió nunca haber utilizado algún método anticonceptivo y la razón con mayor porcentaje fue porque “no quería”; en quienes dieron por afirmativa esta respuesta, predominó los inyectables.

Relacionado a los resultados anteriores, 94% de las embarazadas adolescentes respondió que no estaba usando método anticonceptivo durante el período que salió embarazada.

Existió una mínima diferencia entre las jovencitas que respondieron que no existen riesgos para la salud del binomio por tratarse de un embarazo adolescente (42%) y las que respondieron que no sabían (39%) siendo (según datos de UNICEF) las complicaciones durante el embarazo y el parto, la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo. El resto de pacientes que contestaron que sí conocían de complicaciones refirieron a la prematurez como la principal.

Finalmente con el objetivo número 4 se procuró indagar si hay antecedentes familiares de embarazo precoz que podría ser considerado como factor predisponente, resultando que del total de pacientes, 51% respondió que no, con una diferencia del 2% en cuanto a las que respondieron que sí, en las que predomina la madre. Por lo que la repetición intergeneracional del embarazo adolescente puede ser un mecanismo intermediario en la reproducción intergeneracional de la pobreza, como se cita en la bibliografía.

## **CAPITULO VI**

### **CONCLUSIONES**

En base a los factores sociodemográficos, económicos y culturales que se asocian a un embarazo precoz se concluye que pertenecer a comunidades poco instruidas y rurales no necesariamente implica que se presenten con mayor prevalencia embarazos en adolescentes; ya que, según el presente estudio, la mayoría de adolescentes ha logrado un nivel de educación básica, conoce sobre métodos de anticoncepción y pertenecen a zonas urbanas, cuyos embarazos no fueron planificados.

Así mismo, la edad en que prevalecen los embarazos es entre los 14 y 19 años de edad, y la religión no es un factor predisponente. La pareja de la adolescente ronda la misma edad y es quien conforma su grupo familiar principalmente y que además provee del aspecto económico, siendo ingresos bajos.

El núcleo familiar y la red de servicios de salud muestran deficiencia en la educación en temas de salud sexual y reproductiva.

Los planes de vida de las adolescentes cambian cuando éstas se embarazan, pierden el deseo de seguir estudiando y desarrollar un proyecto de vida. Sumado a que se tiene la aprobación del grupo familiar, sin considerar que en esta etapa no solo se pueden presentar riesgos orgánicos en la adolescente sino de carácter social que influye en reproducción de la pobreza.

En cuanto a los factores biológicos relacionados con el embarazo precoz se puede concluir que en la etapa que prevalece la menarquia, es en la adolescencia temprana, lo que otorga una madurez reproductiva sin estar preparados psicológica y socialmente para conductas sexuales de riesgo. Relacionado a esto se evidencia, en la adolescencia media, el inicio de las relaciones sexuales, haber tenido sólo una pareja sexual y ser el primer embarazo.

A pesar de que, en su mayoría, conocen de los métodos anticonceptivos, prevalecen aquellas pacientes que refieren nunca haber usado alguno y consideran que ese embarazo no constituye riesgo para la salud del binomio.

El antecedente familiar es probablemente un factor que predispone a que las adolescentes salvadoreñas se embaracen considerando que en nuestro país, culturalmente es aprobada la maternidad adolescente.

En el país culturalmente la maternidad adolescente es aprobada, además de que hay una adaptación a visualizarla como aceptable, siendo este el factor más significativo en nuestra investigación, como riesgo de carácter social que influye en la reproducción de la pobreza.



## **CAPITULO VII**

### **RECOMENDACIONES**

#### **AL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**

✓ Implementar el desarrollo de estrategias que vayan encaminadas a la promoción y educación en temas de salud sexual y reproductiva en etapas escolares tempranas, a nivel de primer ciclo y segundo ciclo. Coordinando además intersectorialmente, con centros educativos para que se realicen actividades, en pro del adolescente donde participen padres de familia y docentes, además de capacitar personal que ejecute dichas estrategias para evitar embarazos precoces.

#### **A LA UCSFE PUERTO DE LA LIBERTAD Y UCSF CIUDAD DELGADO**

✓ Incorporar a los adolescentes en grupos educativos de promoción en salud, orientados en temas de salud sexual y reproductiva; además de realizar círculos de adolescentes embarazadas para desarrollar talleres y charlas educativas sobre métodos de planificación familiar y riesgos para la salud del binomio antes y durante el embarazo.

#### **AL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA**

✓ Que potencien su papel social a través de consejería a todos los jóvenes acerca de temas de salud sexual y reproductiva.

#### **A LA FACULTAD DE MEDICINA**

✓ Incentivar el desarrollo de estudios de investigación orientados a identificar factores que inciden en las adolescentes para adoptar conductas sexuales y reproductivas de riesgo, con el fin de mejorar el abordaje de los temas de salud sexual y reproductiva.

## AL ESTUDIANTE DE MEDICINA

- ✓ Involucrarse en capacitaciones sobre temas de salud sexual y reproductiva.
- ✓ Actuar de forma protagónica e interesarse por el desarrollo de habilidades investigativas, sobre todo las que atañen con el factor social del país.

## REVISION BIBLIOGRAFICA

1. Dr.Juan R.Issler. Embarazo en la adolescencia. Emb\_Adolescencia [Internet]. 2001 [citado 15 octubre 2016];107: 1. Disponible en: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html)
2. Digestyc [Internet]. El Salvador.[Citado 14 oct 2016]. Disponible en: [www.digestyc.gob.sv/index.php/.../26institucion.html?...adolescentes...salvador](http://www.digestyc.gob.sv/index.php/.../26institucion.html?...adolescentes...salvador)
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Unicef [Internet]. El Salvador. 2014 [citado 15 oct 2016]. Informe de situación de la niñez y adolescencia en El Salvador; 326. Disponible en: [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)
4. Ley de protección integral de la niñez y adolescencia [internet]. El Salvador. 2009[actualizado 2013; citado 15 oct 2016]. Asamblea Legislativa de El Salvador; 93. Disponible en: <http://www.asamblea.gob.sv/eparlamento/indice-legislativo/buscador-de-documentos-legislativos/ley-de-proteccion-integral-de-la-ninez-y-adolescencia>
5. MINSAL, Prevención del embarazo precoz [Internet]. El Salvador. [citado 16 oct 2016]. Disponible en: [http://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/telesalud\\_2016\\_presentaciones/presentacion22042016/Plan-prevencion-Embarazo-Adolescentes-El-Salvador-2016.pdf](http://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/telesalud_2016_presentaciones/presentacion22042016/Plan-prevencion-Embarazo-Adolescentes-El-Salvador-2016.pdf)

6. MINSAL. [Internet] El Salvador. [actualizado 2015; citado 17oct2016]. Lineamientos técnicos para el desarrollo de círculos educativos con adolescentes embarazadas; 116. Disponible en: [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos\\_circuitos\\_educativos\\_con\\_adolescentes\\_embarazadas.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_circuitos_educativos_con_adolescentes_embarazadas.pdf)

7. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. [actualización2014; citado 17 oct 2016]. El embarazo en la adolescencia. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

# **ANEXOS**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DOCTORADO EN MEDICINA**



“Factores que predisponen al embarazo, en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna, UCSFE del Puerto de la Libertad y UCSF Ciudad Delgado en el período de Septiembre – Diciembre 2016”.

Objetivo: explorar los factores que predisponen al embarazo en las adolescentes de 10 a 19 años inscritas en el programa de atención materna de la UCSF Ciudad Delgado y UCSFE Puerto de La Libertad.

Indicación:

Solicitamos su ayuda, para que conteste las siguientes preguntas con la mayor sinceridad posible y que no le llevarán mucho tiempo. Sus respuestas serán confidenciales y anónimas.

Lea las instrucciones cuidadosamente.

1. Área geográfica

- Rural
- Urbano


2. Edad:

- 10 -13
- 14 - 16
- 17 - 19


2. Estado civil:

- Soltera
- Casada
- Acompañada


3. ¿Qué actividad realizaba previo a su embarazo?

- Estudiar
- Trabajar
- Trabajar y Estudiar
- Estar en casa


4. ¿Qué actividad realiza actualmente?

- Trabaja
- Estudia
- Trabajar y Estudiar
- Estar en casa


5. ¿Hasta qué grado estudió o qué grado cursa actualmente?

- Parvularia
- Primer ciclo
- Segundo ciclo
- Tercer ciclo
- Bachillerato
- Universitario

6. ¿Quién aporta a la economía de su hogar? (opción múltiple)

- Mamá
- Papá
- Hermanos
- Abuela/o
- pareja
- Tía/o
- Suegra/o

7. ¿Cuánto es el ingreso mensual en su familia?

- \$50-\$100
- \$100-\$150
- \$150-\$200
- \$200-\$250
- \$250-\$300
- > \$300



8. ¿Quiénes conforman su grupo familiar?

- Nuclear
- Extensa
- Desintegrada
- Con pareja actual


9. ¿Qué religión practica?

- Católica
- Evangélica
- Otra
- ninguna


Si su respuesta fue otra ¿Cuál es? \_\_\_\_\_

10. ¿A qué edad presento la Menarquía? \_\_\_\_\_

11. ¿sus ciclos son?

- Regulares (28-30 días)
- Irregulares


12. ¿Cuánto tiempo dura su periodo menstrual?

- 3-5 días
- 5-7 días
- > 7 días


13. ¿A qué edad inicio relaciones sexuales?

- 10- 13
- 14 - 16
- 17 - 19


14. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido? \_\_\_\_\_

15. ¿Es su primer embarazo?

- Si
- No


Si su respuesta fue no ¿Su pareja actual es el padre de sus otros hijos?

- Si
- No


16. ¿Fue planeado su embarazo?

- Si
- No


17. ¿Hay algún familiar que salió embarazada, siendo adolescente?

- Si
- No


Si la respuesta es sí, ¿Quién? \_\_\_\_\_

18. ¿Cuál cree que fue la causa por lo que usted salió embarazada?

- No usar preservativo
- Por descuido
- No usar Método de planificación familiar
- No conocimiento de los Métodos de PF
- Porque quería quedar embarazada


19. ¿Qué actividad piensa realizar posterior a su embarazo? (opción múltiple)

- Trabajar
- Dejar la escuela
- Seguir estudiando
- Ser ama de casa


20. ¿Cuál fue la reacción de sus padres al enterarse de su embarazo? (opción múltiple)

- Me pegaron
- Se pusieron felices
- No me dijeron nada
- Me sacaron de la casa
- Me regañaron


21. ¿Qué edad tiene el padre de su hijo?

- 10 a 15
- 16 a 20
- 21 a 25
- 26 a 30
- > 30


22. ¿Cuál fue la reacción de su pareja al saber de su embarazo?

- Se enojo
- Me pego
- Se puso feliz
- Me abandono


23. Su pareja consume alguna de estas sustancias (opción múltiple)

- Alcohol
- Tabaco
- Marihuana
- Cocaína
- Otra
- Ninguna
- No se


24. en este embarazo antes de realizarse la prueba de embarazo ¿Por qué pensaba que estaba embarazada?

- Porque no veía regla
- Mareos
- Vómitos
- Quería ponerme en control de PF
- Me creció el estomago


25. ¿Conoce qué son los métodos anticonceptivos? (si la respuesta es sí contestar pregunta 27)

- Si
- No


Si su respuesta es sí, ¿Cuáles conoce? \_\_\_\_\_

26. ¿A dónde obtuvo la información? (opción múltiple)

- Escuela
- UCSF
- Mi familia
- Redes sociales


27. ¿Alguna vez ha usado método anticonceptivo?

- Si
- No


Si la respuesta es sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Si es no ¿por qué? \_\_\_\_\_

28. ¿Estaba usando algún método anticonceptivo en el período en que salió embarazada?

- Si
- No


Si la respuesta es sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_

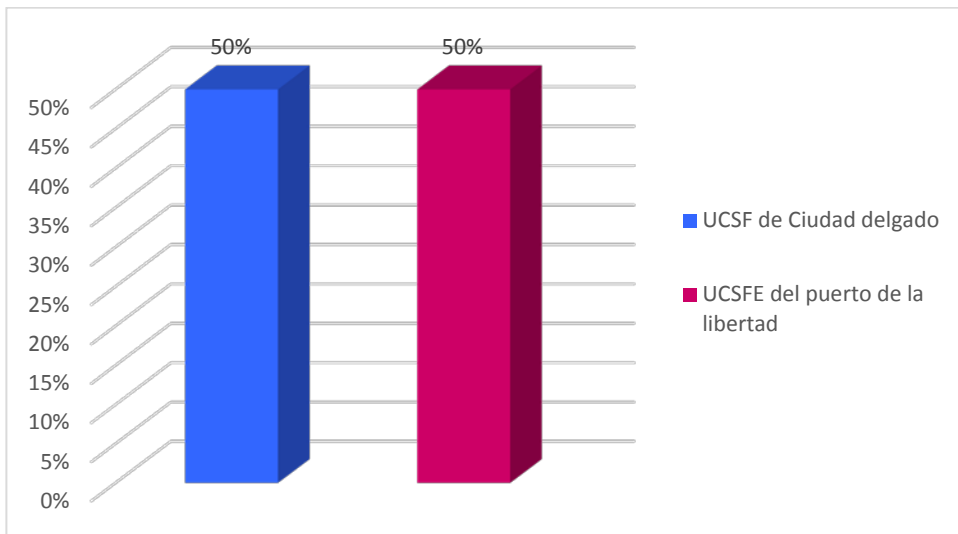
29. ¿usted cree que exista un riesgo en su salud o la de su bebe al ser un embarazo en adolescente?

- Si
- No
- No se


Si su respuesta es sí ¿Cuál es el riesgo?

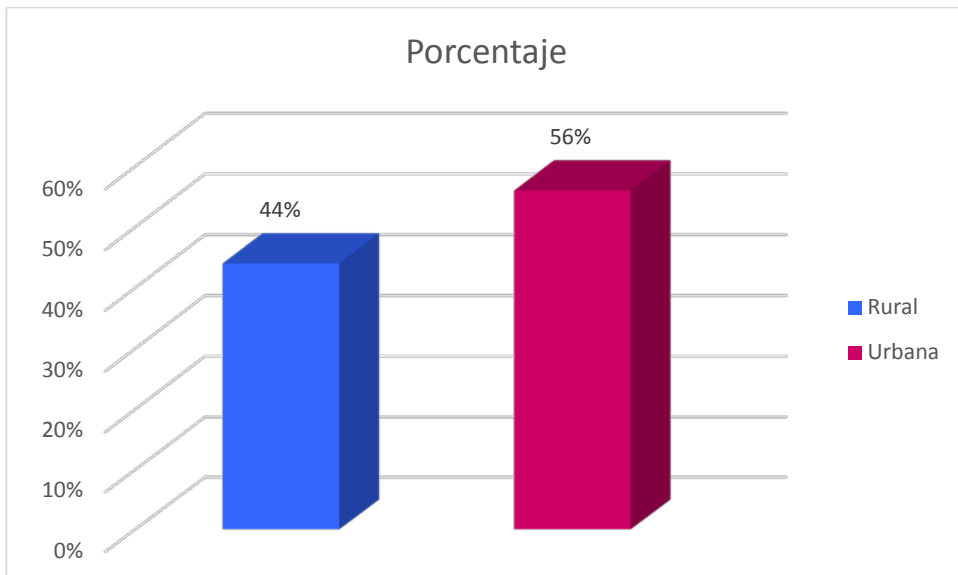
## GRAFICOS

**Gráfico 1: Adolescentes embarazadas encuestadas en UCSF especializada del Puerto de la Libertad y UCSF de Ciudad Delgado.**

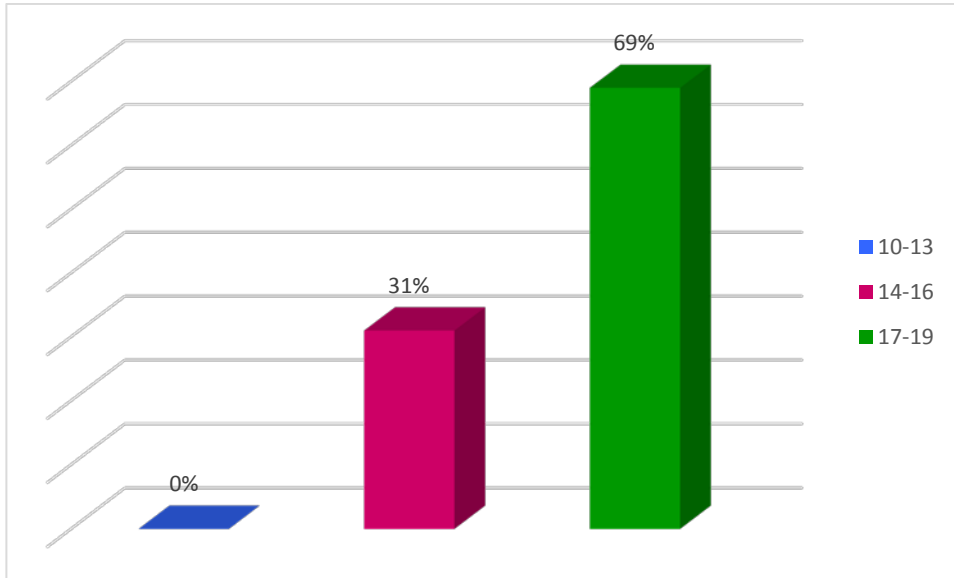


**OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Identificar los factores socios demográficos, económicos, y culturales asociados con embarazos en adolescentes.**

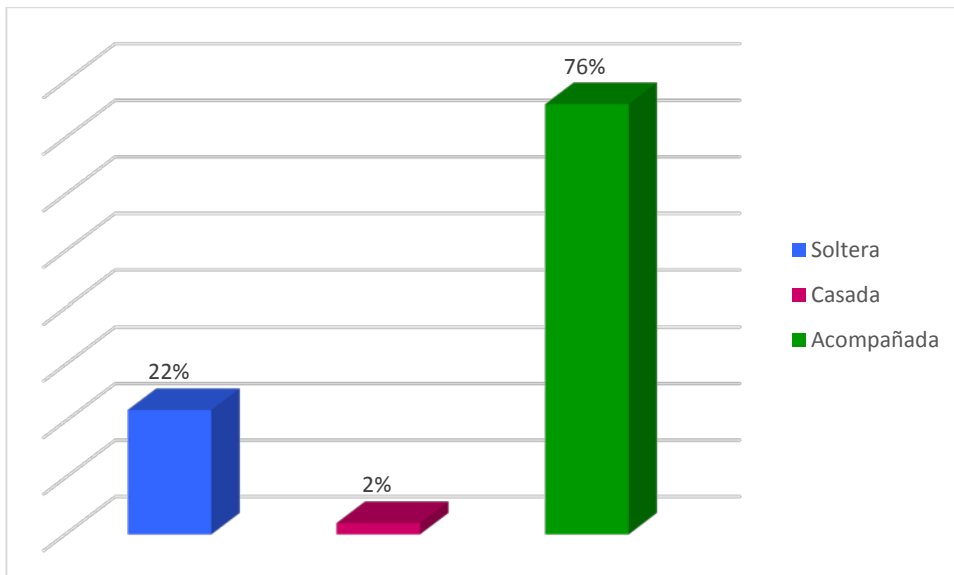
**Gráfico 2: Área geográfica de las adolescentes embarazadas de la UCSFE del Puerto de la Libertad y UCSF de Ciudad Delgado**



**Grafico 3: Edades de las adolescentes embarazadas.**

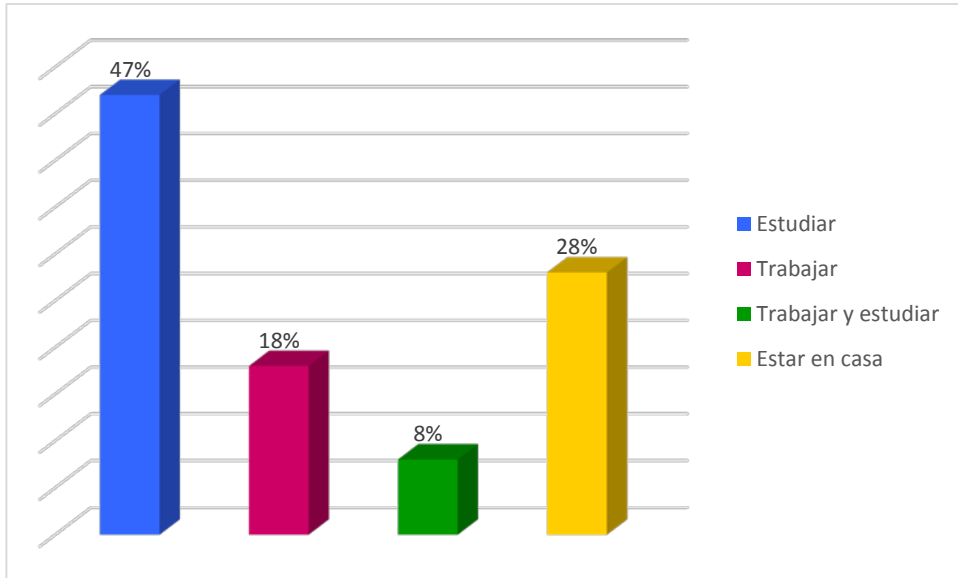


**Grafico 4: Estado civil de adolescentes embarazadas.**

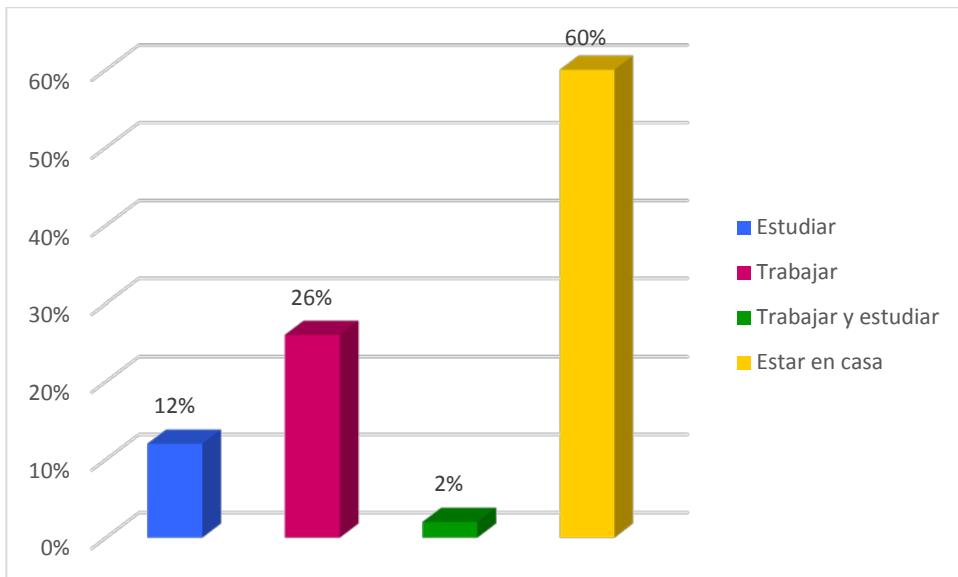




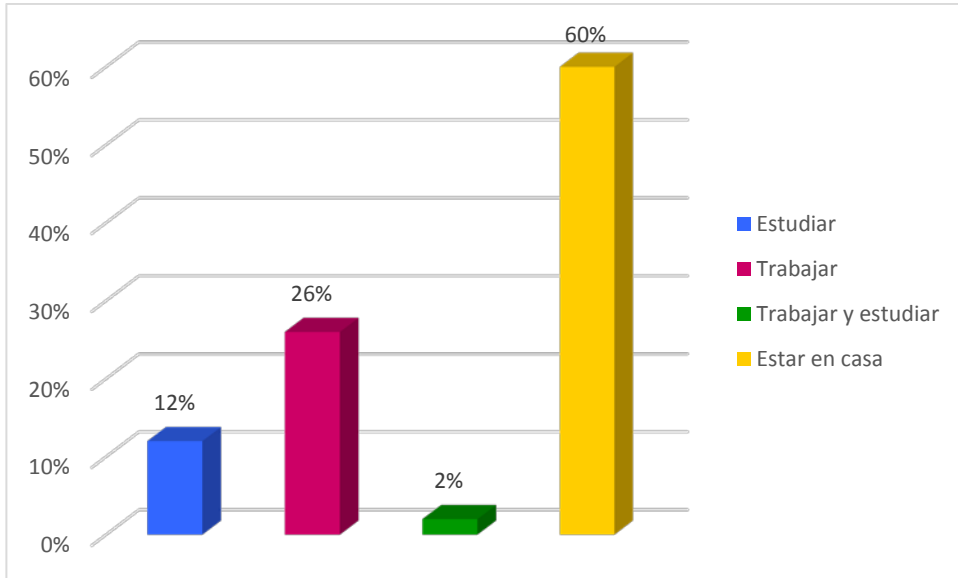
**Gráfico 5: Actividades realizadas previo a embarazo.**



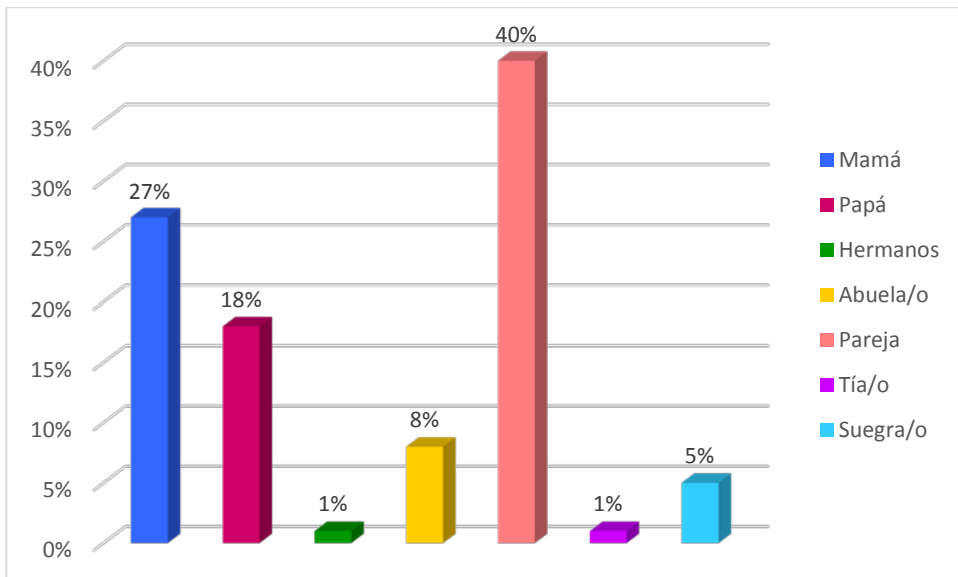
**Gráfico 6: Actividad que realiza actualmente adolescente embarazada.**



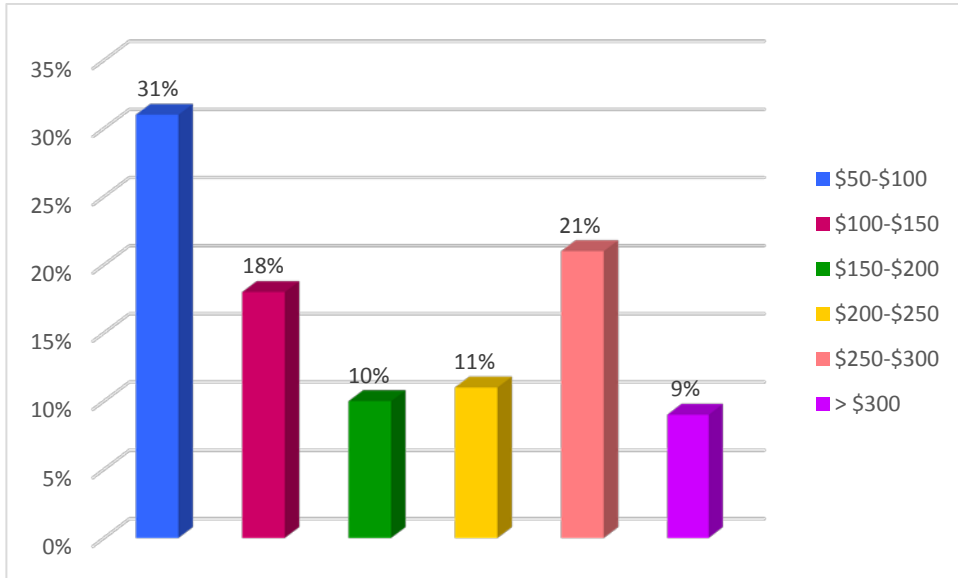
**Gráfico 7: Actividad que realizara posterior al embarazo.**



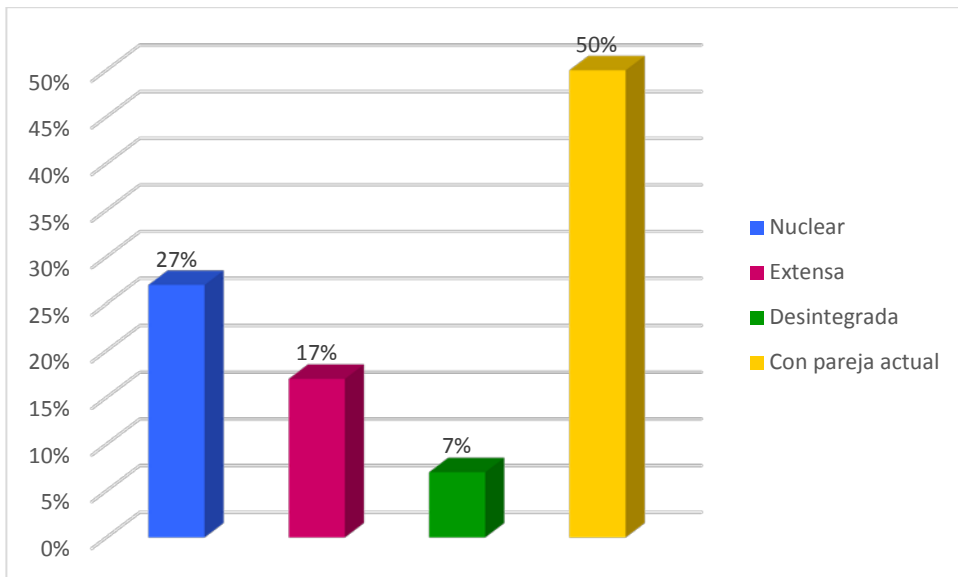
**Gráfico 8: Persona que aporta la economía al hogar.**



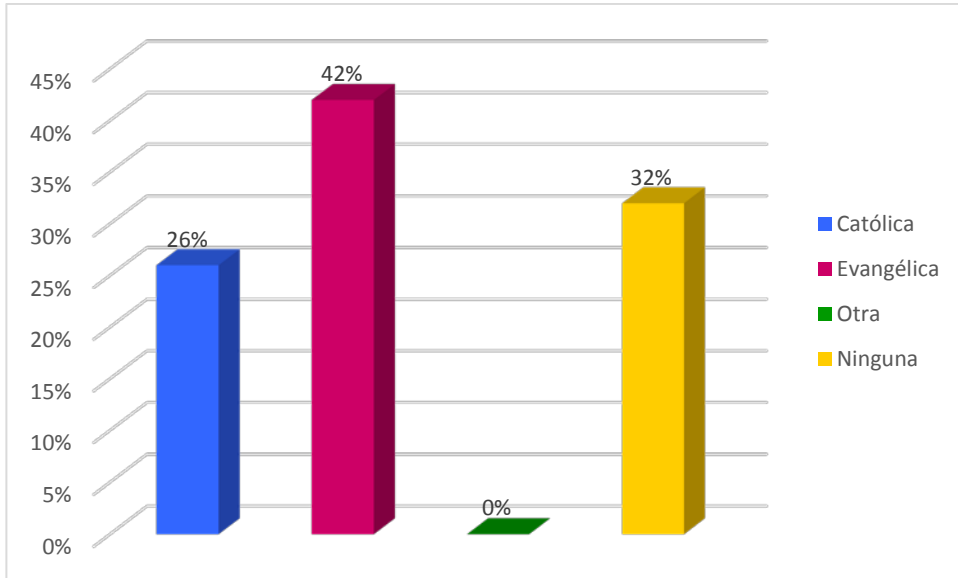
**Grafico 9: Ingreso familiar mensual.**



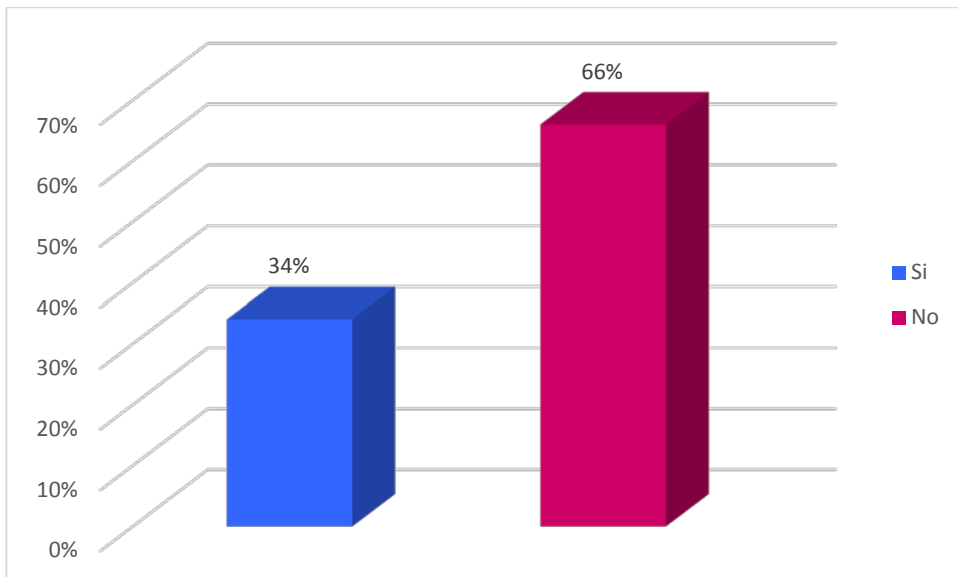
**Grafico 10: Miembros del grupo familiar de adolescentes embarazadas.**



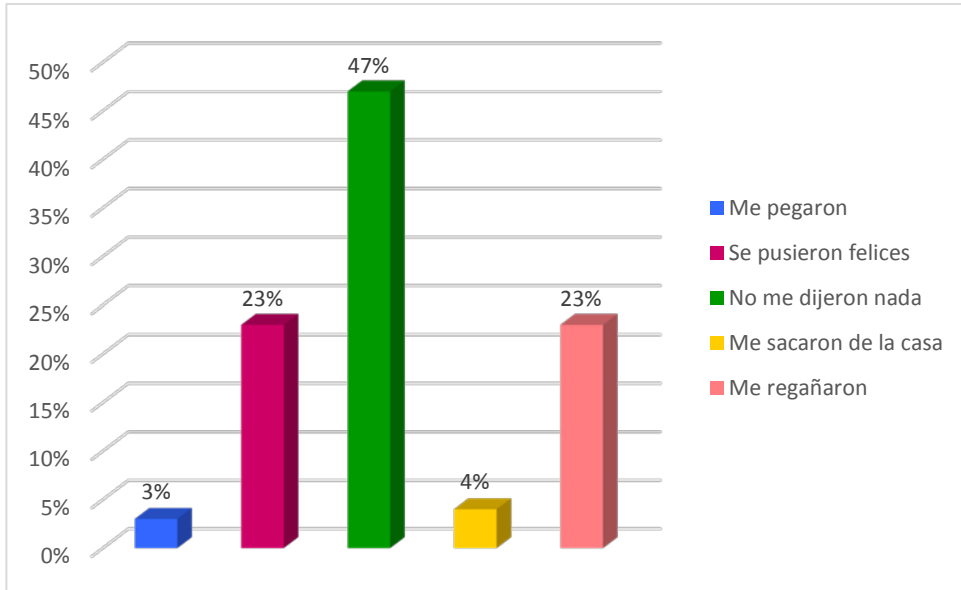
**Grafico 11: Religión que profesa.**



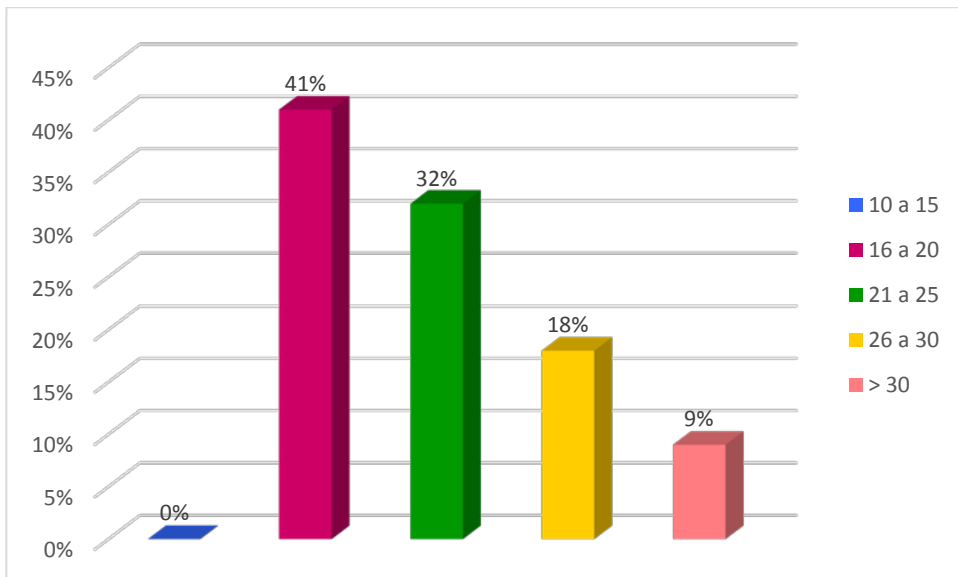
**Grafico 12: Embarazo planificado.**



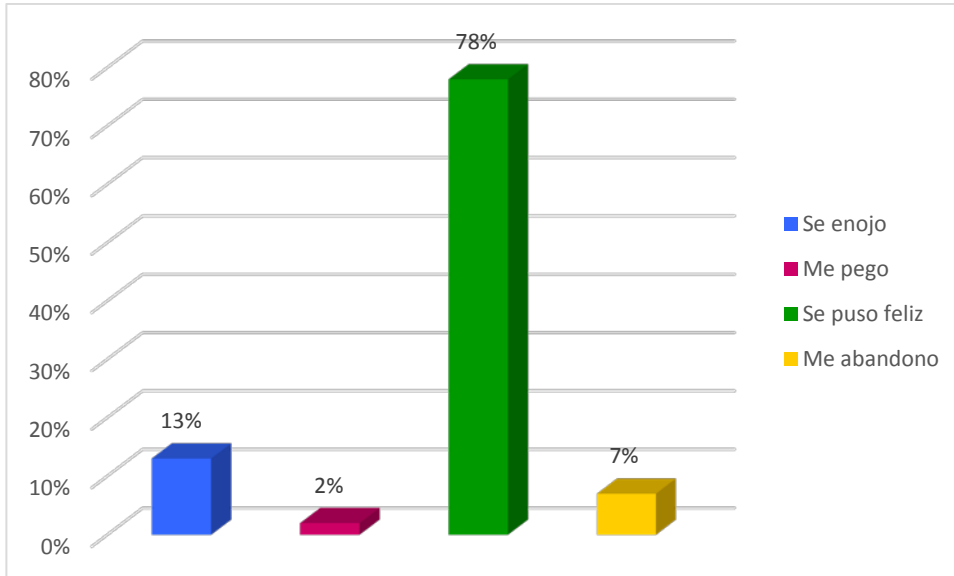
**Grafico 13: Reacción de los padres al enterarse de embarazo en adolescente.**



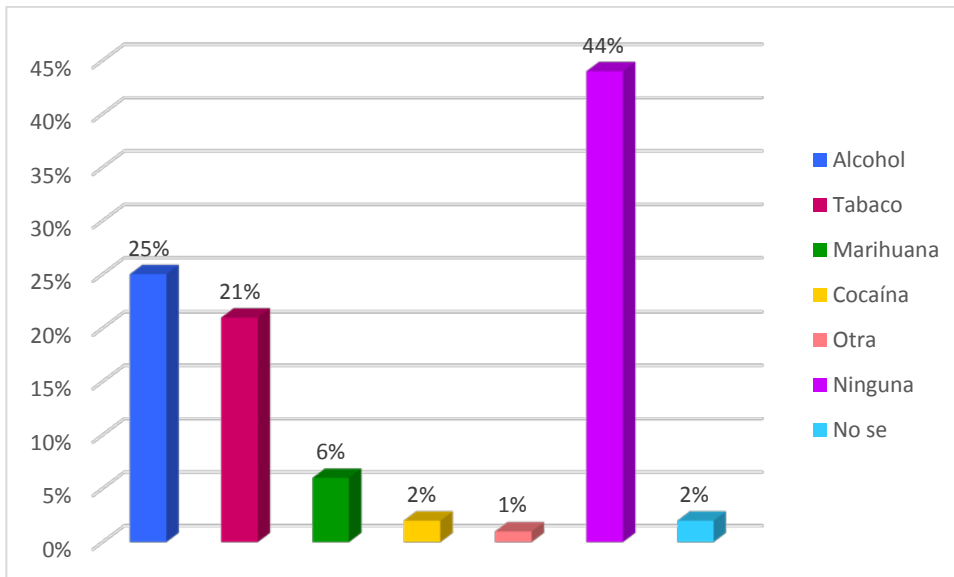
**Grafico 14: Edad de progenitor.**



**Gráfico 15: Reacción de la pareja al saber de embarazo.**

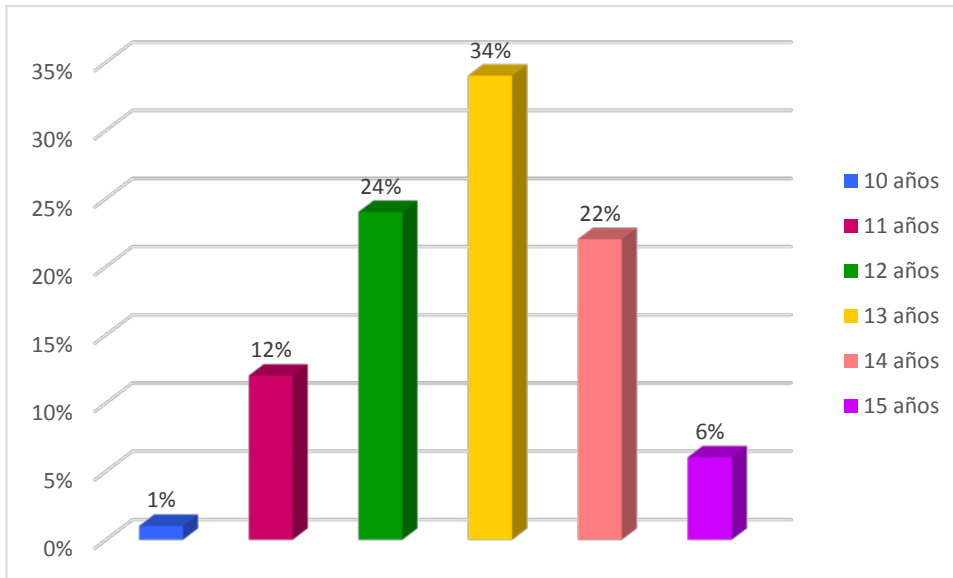


**Gráfico 16: Tipo de sustancias que consume el progenitor.**

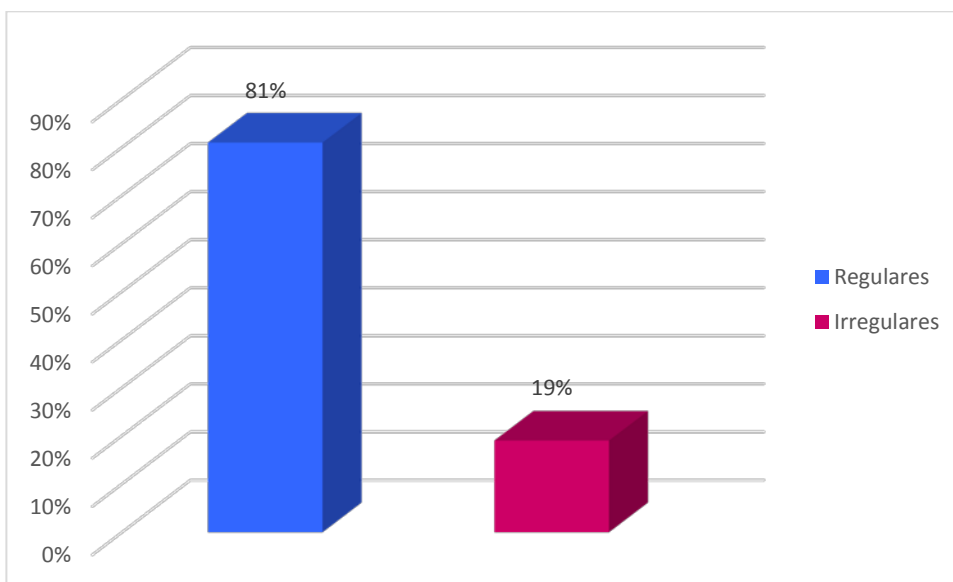


**OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Conocer los factores biológicos relacionados con el embarazo en adolescentes.**

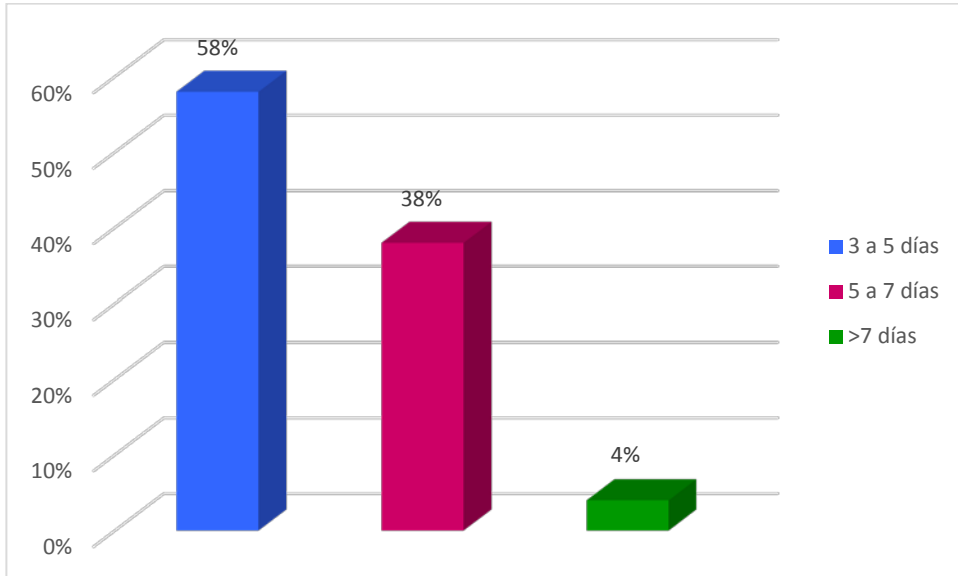
**Grafico 17: Edad de menarquia de adolescentes embarazadas.**



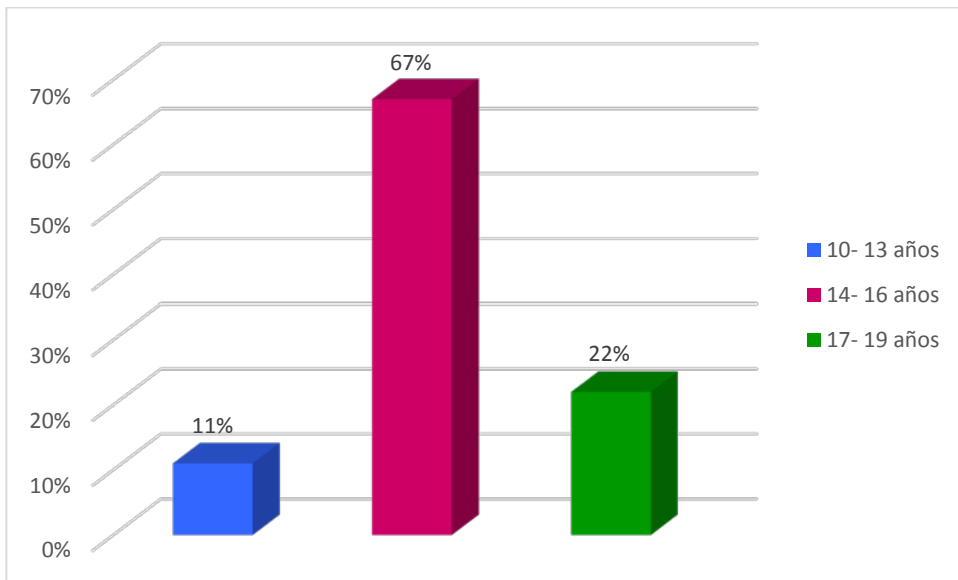
**Grafico 18: Tipo de ciclo menstrual.**



**Gráfico 19: Duración de ciclo menstrual.**

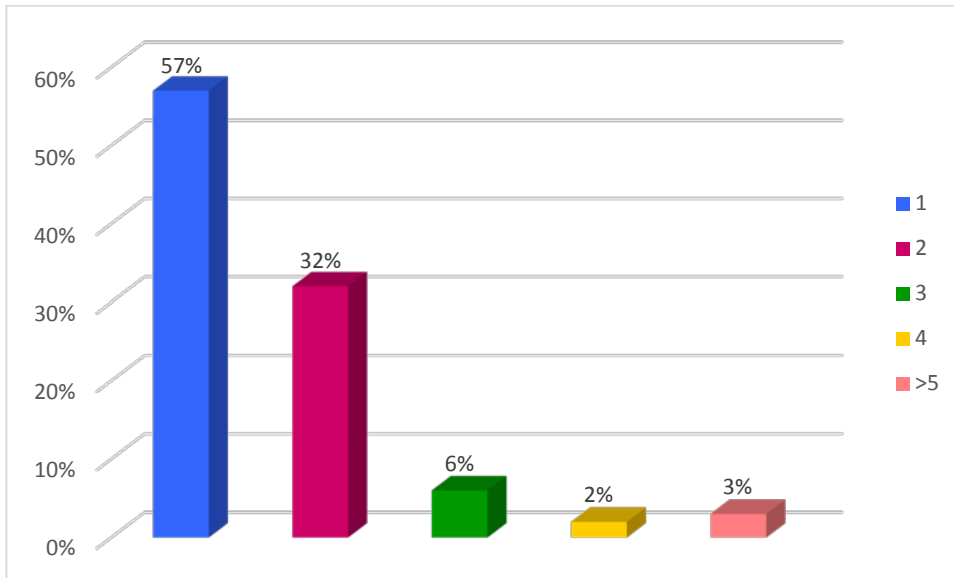


**Gráfico 20: Edad de inicio de relaciones sexuales.**

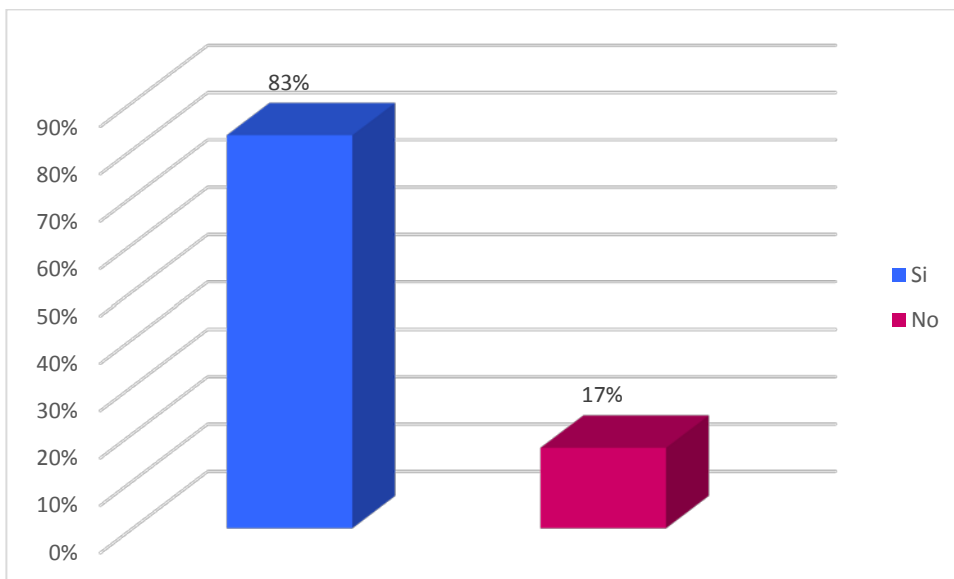




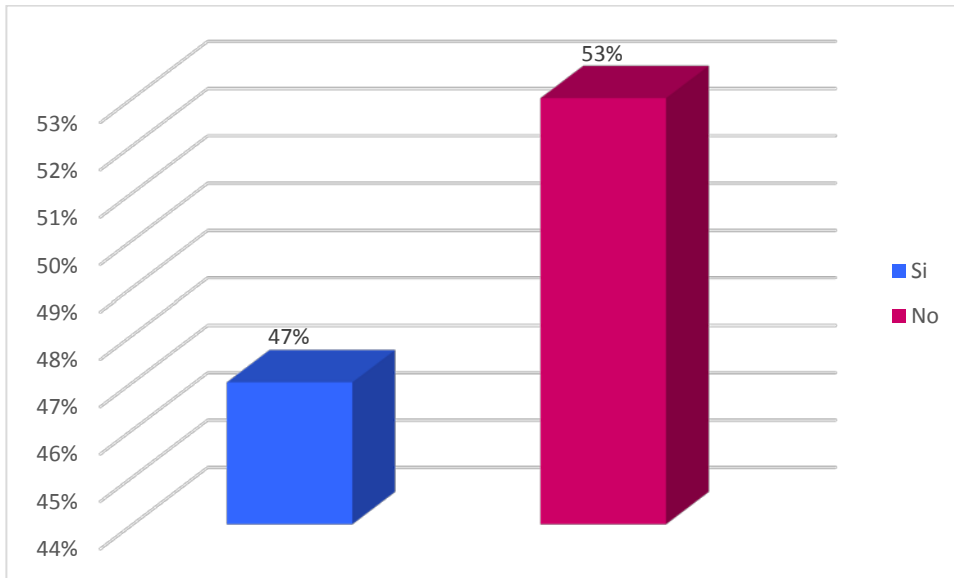
**Grafico 21: Número de parejas sexuales.**



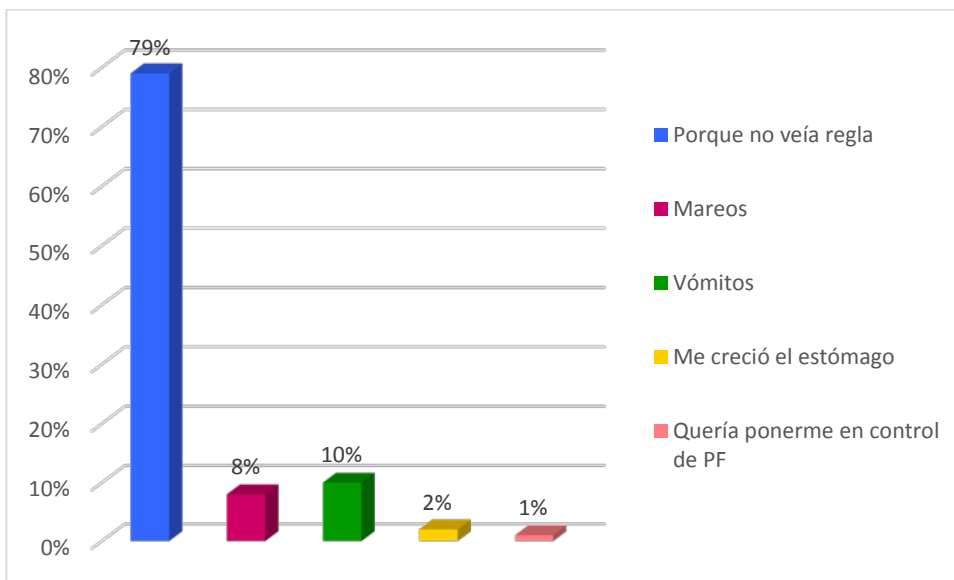
**Grafico 22: Primigesta (primer embarazo).**



**Grafico 23: Si no es primigesta ¿su pareja actual es el padre de sus otros hijos?**

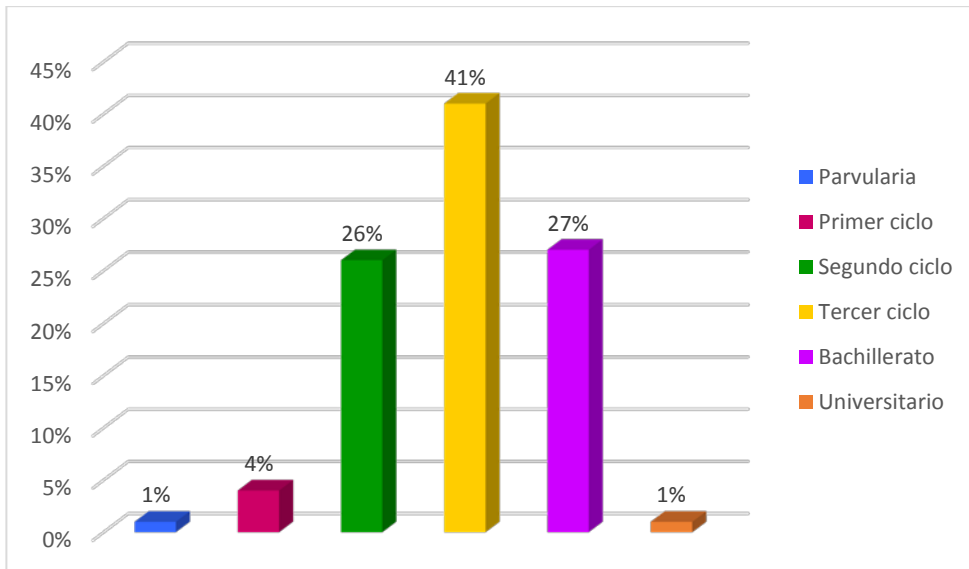


**Grafico 24: Antes de realizarse la prueba de embarazo ¿Por qué pensaba que estaba embarazada?**

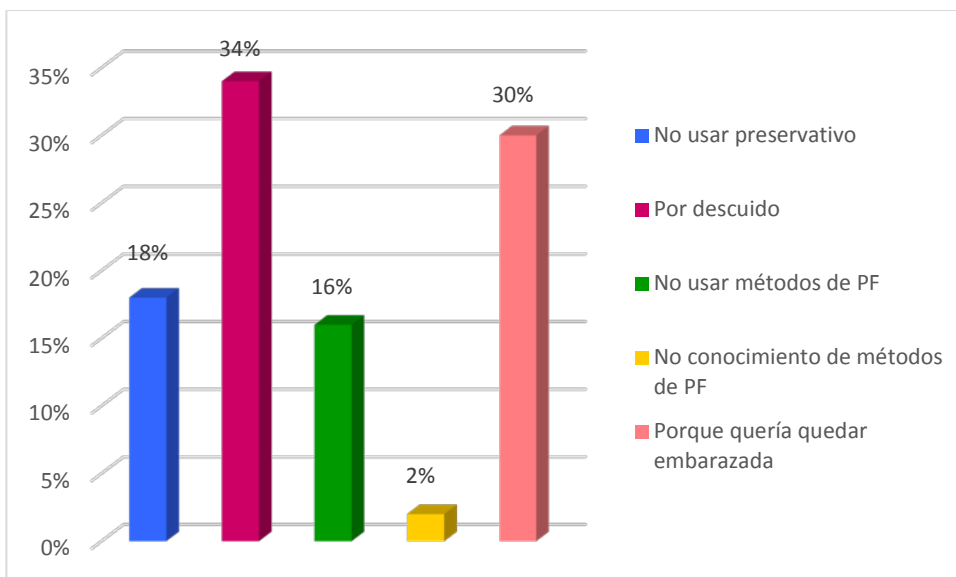


**OBJETIVO ESPECÍFICO 3: Relacionar el nivel educativo con los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva.**

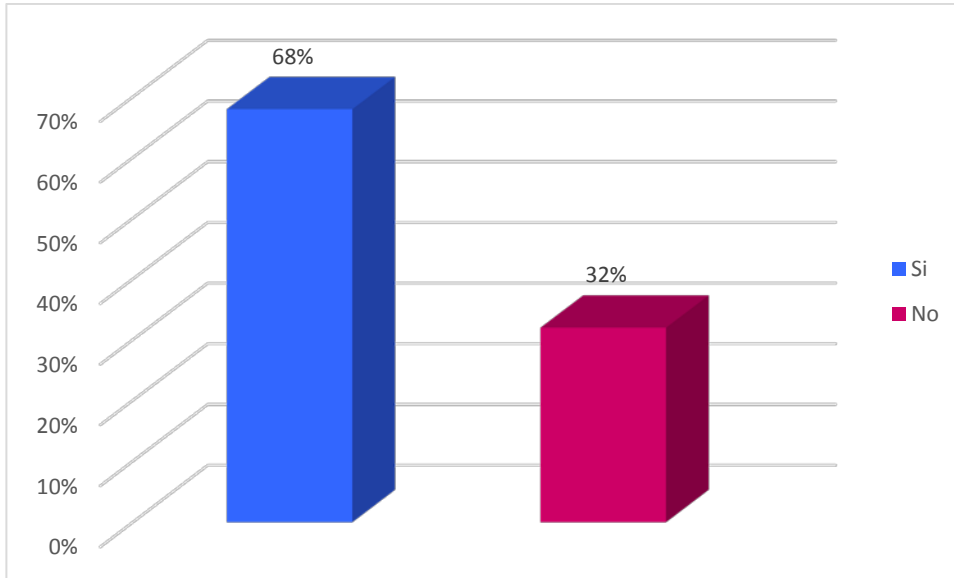
**Gráfico 25: Nivel de escolaridad de adolescentes embarazadas.**



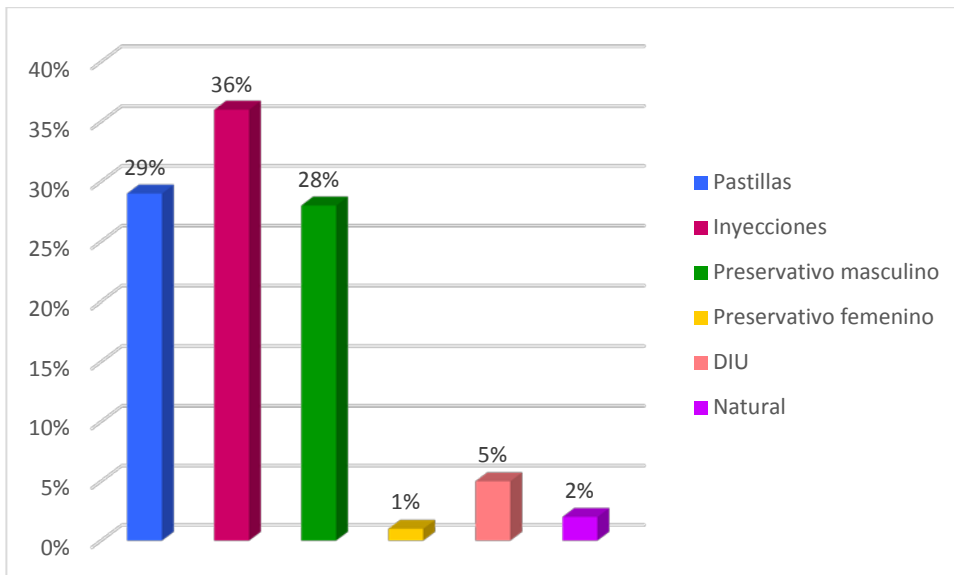
**Gráfico 26: Causa del embarazo.**



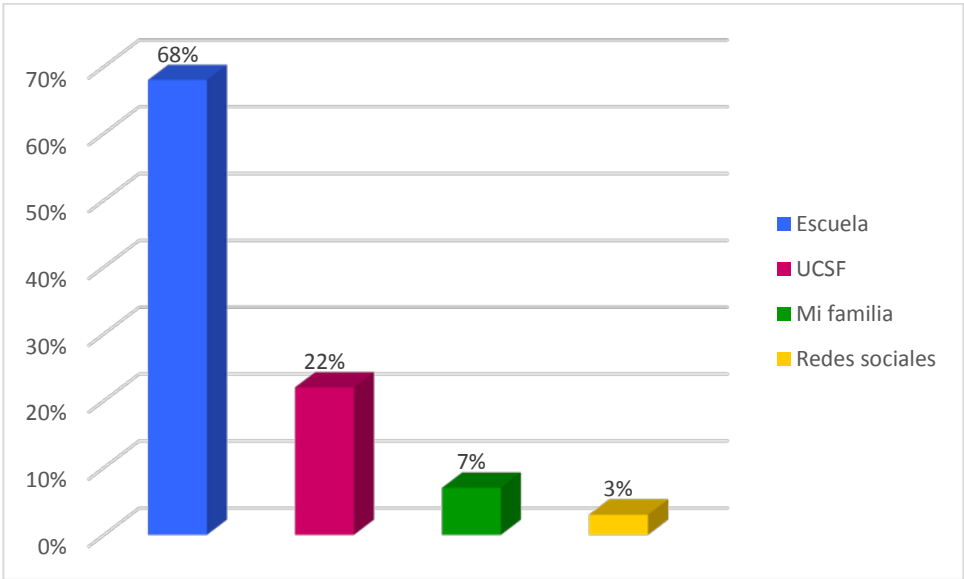
**Gráfico 27: Conoce la existencia de los métodos anticonceptivos.**



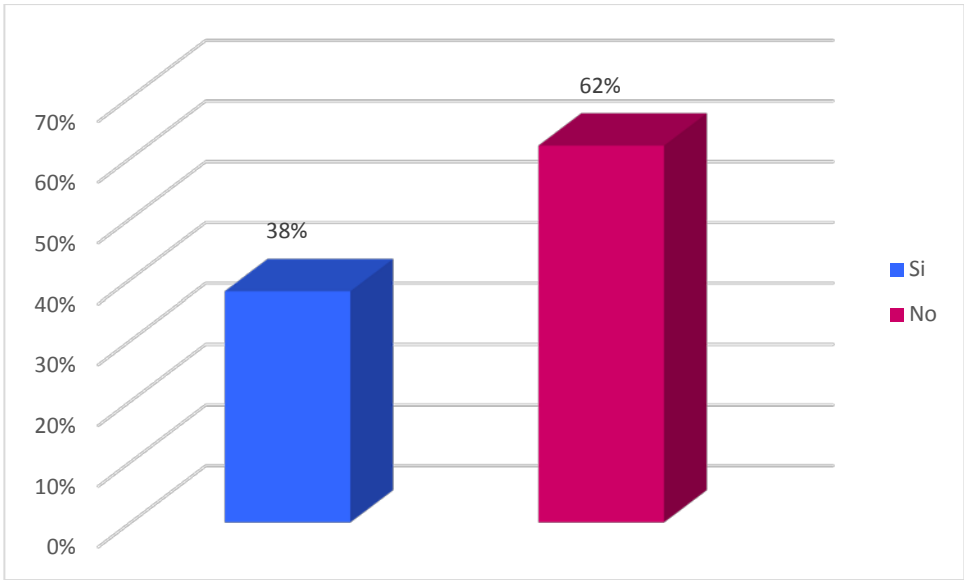
**Gráfico 28: Si conoce algún método anticonceptivo, ¿Cuál es?**



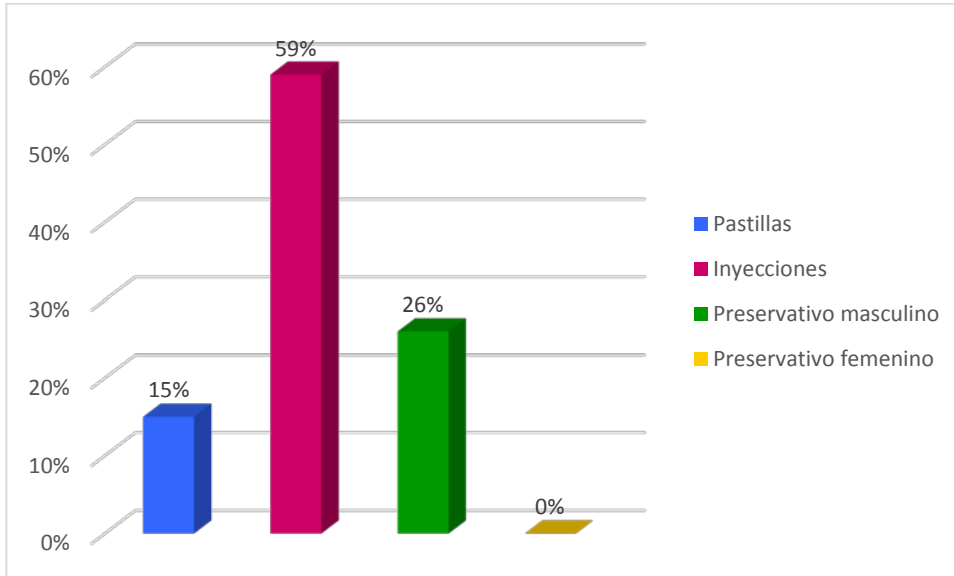
**Grafico 29: Lugar donde obtuvo información de los tipos de métodos anticonceptivos.**



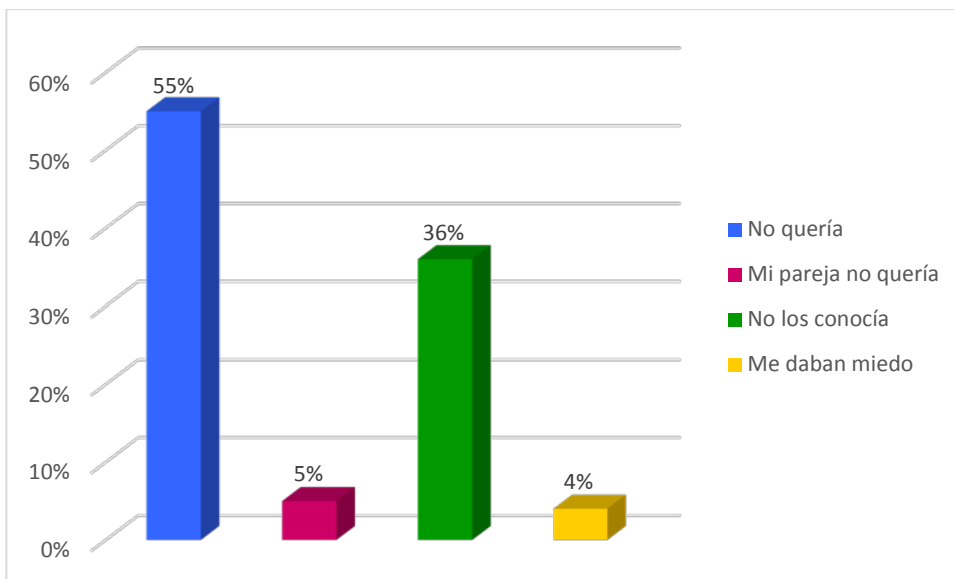
**Grafico 30: Uso previo de métodos de Planificación Familiar.**



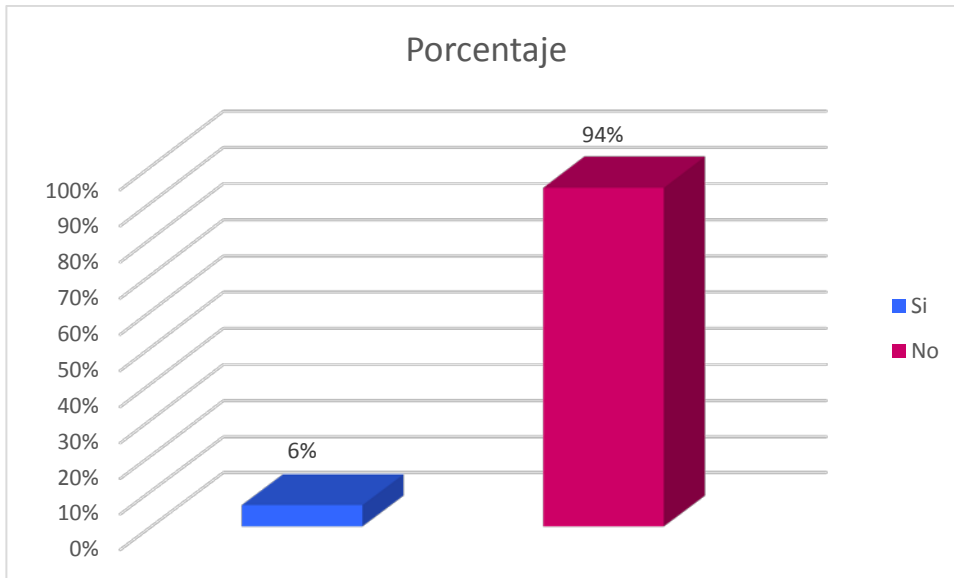
**Grafico 31: Tipo de método anticonceptivo utilizado.**



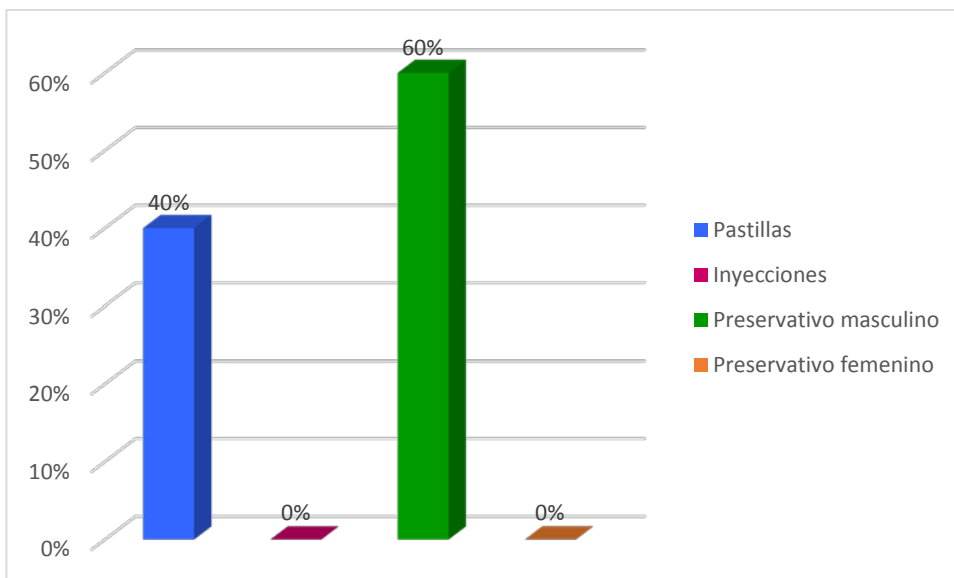
**Grafico 32: Porque no ha utilizado método anticonceptivo.**



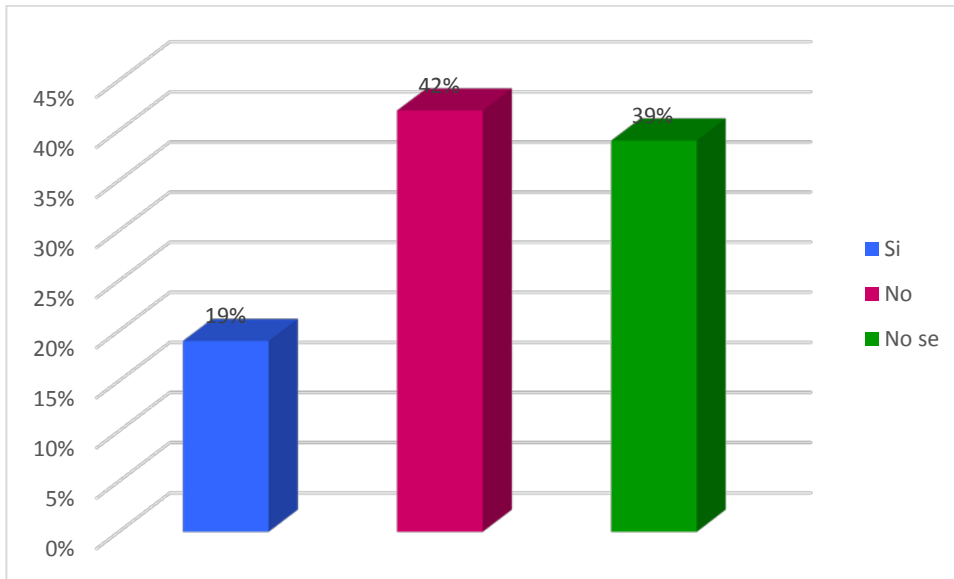
**Gráfico 33: El embarazo ocurrió mientras utilizaba algún método anticonceptivo.**



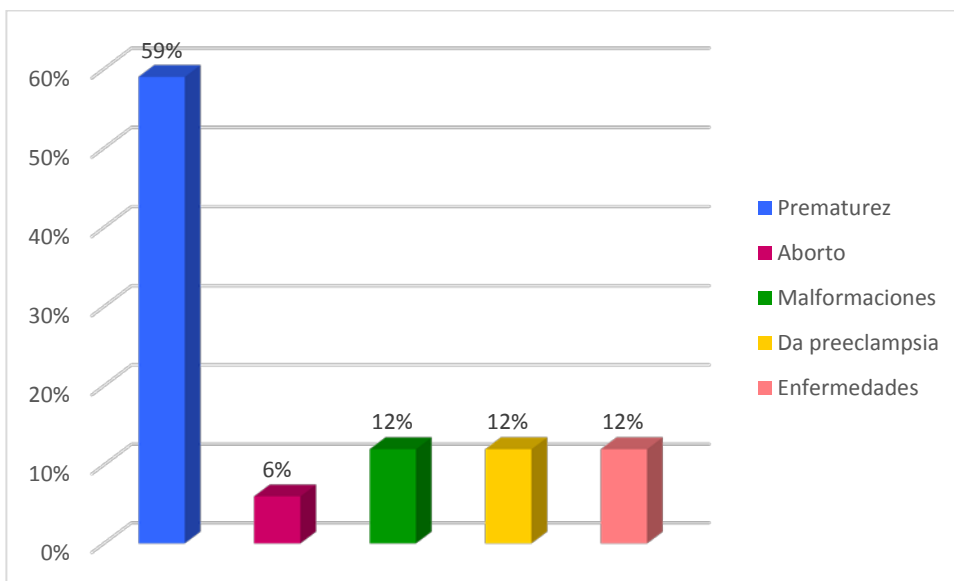
**Gráfico 34: ¿Que método anticonceptivo utilizaba cuando ocurrió el embarazo?**



**Grafico 35: ¿Usted cree que exista un riesgo en la salud de la embarazada y el feto al ser una adolescente?**



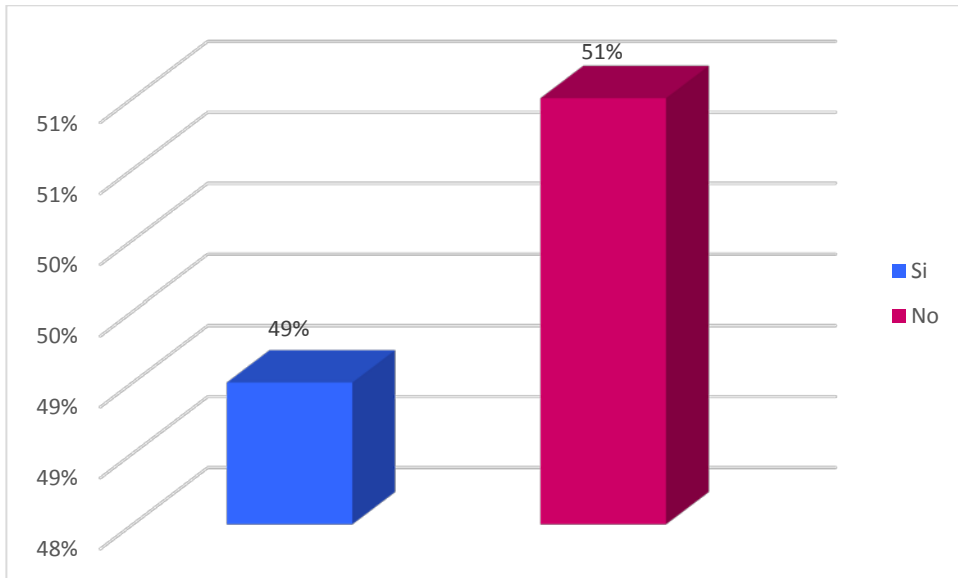
**Grafica 36: ¿Durante el embarazo que riesgos en la salud de la adolescente y el feto conoce?**



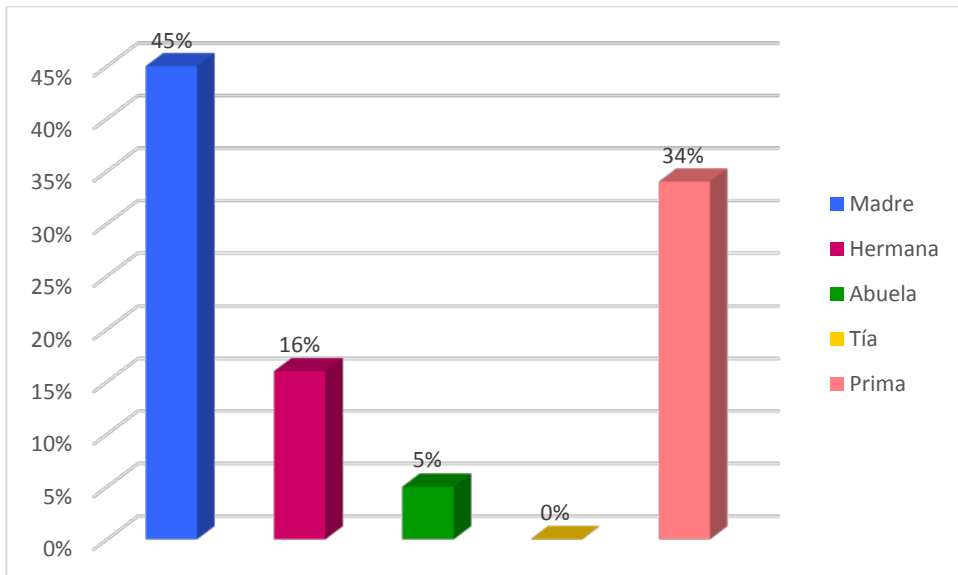


**OBJETIVO ESPECÍFICO 4: indagar antecedentes familiares del embarazo precoz.**

**Gráfica 37: Antecedentes familiares de embarazo adolescente.**



**Gráfica 38: Que familiar ha presentado antecedentes de embarazo adolescente.**



**Puerto de la libertad, La Libertad.**



## Municipio de Ciudad Delgado, San Salvador

