

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



INCIDENCIA DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES, FACTORES QUE INTERFIEREN Y SUS CONSECUENCIAS ENTRE LAS EDADES DE 14 A 18 AÑOS EN UCSFB “EL PIMENTAL”, UCSFI “NOMBRE DE JESUS” Y UCSFE “QUEZALTEPEQUE” EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2016

Informe Final Presentado Por:

Juan Alberto Gómez Rubio
Wendy Carolina Gómez Urbina
América Astrid Granados Cañas

Para Optar al Título de:

DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:

Dra. Jenny Lissette Chávez Hércules

San Salvador, 9 del 2017

INDICE

1. RESUMEN	1
2. INTRODUCCIÓN	2
3. OBJETIVOS	6
4. MARCO TEORICO	7
5. HIPOTESIS	30
6. DISEÑO METODOLÓGICO	31
7. RESULTADOS	39
8. DISCUSION	56
9. CONCLUSIONES	58
10. RECOMENDACIONES	60
11. BIBLIOGRAFIA	62
12. ANEXOS	64

1. RESUMEN

Esta investigación como su nombre lo indica "Incidencia de embarazo en adolescentes, factores que interfieren y sus consecuencias entre las edades de 14 a 18 años" en Unidades Comunitarias de Salud El Pimental, Nombre de Jesús y Quezaltepeque que pertenecen a nuestro país; pretende determinar la incidencia, los factores tanto socioculturales y económicos, así como las consecuencias después del embarazo por el que pasaron estas mujeres, aquellas que durante el periodo de junio a diciembre del año 2016 se inscribieron en el control prenatal de los establecimientos de salud antes mencionados.

Para efectos de esta investigación el estudio es de descriptivo mediante revisión de expedientes que incluye el CLAP y encuesta; de corte transversal, ya que solamente se realizó en un tiempo y momento determinado; cuyo periodo es retrospectivo.

Entre los principales resultados obtenidos se encuentran que el 73% de los embarazos adolescentes pertenecen al área rural, el 42% solamente viven con la madre, iniciaron las relaciones sexuales entre las edades de 15 a 18 años en el 85%, cuyo pareja en el 79% fue un hombre mayor de 20 años, cuya principal complicación fue Infección del tracto urinario en el 87% de las embarazadas adolescentes encuestadas.

Por lo que se puede concluir que la falta de recursos económicos, menor acceso a la educación, un ambiente familiar desintegrado y falta de información en temas de salud sexual y reproductiva conllevan a las adolescentes a prácticas sexuales de riesgo y por lo tanto a un embarazo a temprana edad que en la mayoría de los casos no es deseado ni mucho menos planeado.

2. INTRODUCCIÓN.

Adolescencia, según la OMS, se define como un periodo de desarrollo humano entre los 10 a 19 años. Un adolescente no es plenamente capaz de comprender la relación entre su conducta y sus consecuencias, tampoco de percibir el grado de control que tiene o puede tener respecto a la toma de decisiones concernientes con la salud; por ejemplo, las relacionadas a la construcción de la sexualidad que inciden en el momento de iniciar las relaciones coitales, la voluntad o no de embarazarse y la forma que acceden o no a una maternidad segura.

El inicio de la actividad sexual en los adolescentes es influenciada por diversos factores que forman parte de su entorno, dentro de los cuales es importante mencionar en cuanto al factor biológico, la descarga hormonal que reciben los adolescentes en esta etapa de la vida, la cual alimenta el apetito sexual y debe considerarse un factor importante, pero no está restringido solo a esto, si no que la vida sexual de los adolescentes, está determinada por distintos procesos de socialización e interacción, y las complejas influencias de factores culturales, económicos y educativos¹

Al hablar de los factores que contribuyen en esta problemática, se puede mencionar el perfil de los adolescentes que están dentro de esta situación. Pues hablamos de aquellas jóvenes con padres de bajo nivel académico, con hogares desintegrados, a quienes no se les han forjado metas, con recursos económicos limitados, falta de atención de parte de sus padres.

Pero esta problemática se torna aún más profunda, afecta a países en vías en desarrollo, como es El Salvador; en donde se busca garantizar la salud materna infantil de manera integral, pero el embarazo con todos sus cambios y riesgos, trae más peligro para aquellas jóvenes que no se han desarrollado física y mentalmente por completo, y es aquí en donde todas las estrategias planteadas para cuidar a pacientes grávidas en ocasiones fallan.

Esta realidad que tienen que sobrellevar niñas y adolescentes responde, por lo general, a la ausencia de oportunidades y a las presiones sociales, culturales y

económicas de los contextos que viven ellas. Con poca autonomía y mínimo empoderamiento sobre el libre ejercicio de sus derechos, muchas se convierten en madres sin desearlo, y en muchos casos como consecuencia de la violencia sexual

El Salvador forma parte de los 193 estados miembros de las Naciones Unidas que adoptaron por unanimidad los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), un conjunto de 17 metas con el objetivo de transformar el mundo en los próximos 15 años. Estos objetivos plantean horizontes claros que de ser alcanzados propiciarán mejores escenarios para el desarrollo de las capacidades de la población joven, como por ejemplo entornos libres de todo tipo de violencia, matrimonio infantil y discriminación para las niñas y mujeres, así como el acceso a la salud sexual y reproductiva.

El Salvador ha venido dando pasos importantes encaminados a fortalecer el trabajo para atender y proteger a niñas y adolescentes que han tenido que enfrentar un embarazo, creando la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; implementando los Servicios Amigables de Salud para Adolescentes y Jóvenes; incorporando la Educación Integral para la Sexualidad (EIS) en la curricula nacional y creando el Plan Nacional de educación *El Salvador Educado*, en el que se incluyen algunos elementos para la prevención del embarazo adolescente a través de la EIS y la mejora de condiciones para las niñas y adolescentes.

Todos estos esfuerzos han dado pocos frutos, y esto lo refleja el mapa de embarazos, realizado en un estudio en el año 2015, por el Fondo de Población para las Naciones Unidas, MINSAL, MINED, IML, el cual reveló que cada 21 minutos una adolescente resultó embarazada en el año 2015. El rango de edades fue entre los 10 y 19 años.

A pesar de los esfuerzos que vienen realizando algunas instituciones del gobierno, entre el año 2013 y 2015 uno de cada tres embarazos han sido de adolescentes. (UNFPA El Salvador)

Los embarazos en niñas y adolescentes son una problemática que tiene sus raíces más profundas en causas estructurales como la pobreza, la exclusión, la discriminación y los patrones patriarcales arraigados en la sociedad que condicionan a la mujer, desde sus etapas más tempranas de vida, a un rol meramente reproductivo.

Un embarazo puede implicar un impacto para la salud física y mental de una niña o adolescente, pero también es un impacto para el sistema de salud, de educación y otros sectores de la sociedad salvadoreña. El embarazo de una adolescente en El Salvador es una problemática que, no solo representa un riesgo para la salud de la embarazada, sino que limita también su desarrollo social y económico.

Un embarazo precoz reduce la capacidad de inserción laboral y hace propensas a las adolescentes a generar relaciones de dependencias graves y algunas de ellas entran en ciclos de violencia de los que no pueden salir debido a la necesidad de otros para subsistir junto a sus hijos.

Niñas víctimas de abuso sexual dentro de su familia; hombres adultos que tienen relaciones con niñas o adolescentes, y viven con ellas con el permiso de sus padres; niñas que dejan de estudiar o que no van a la escuela porque deben trabajar o cuidar a sus hermanos menores: estas son algunas de las circunstancias que están detrás de un embarazo adolescente.

De acuerdo al estudio del MINSAL y UNFPA sobre maternidad y unión en niñas y adolescentes, realizado en 2015, solo la cuarta parte de las niñas y adolescentes que abandonan la escuela a causa del embarazo, retorna a sus estudios después del parto. Además, este estudio reporta que 6to grado es el promedio de escolaridad de las niñas y adolescentes de 10 a 17 años que tuvieron un parto en 2012. Este es el motivo principal en el que se centra esta investigación ya que con el pasar del tiempo esta problemática aumenta cada día en una relación directa con el aumento del desempleo, de las faltas de oportunidades de estudios superiores, del deterioro de las relaciones familiares entre los adolescentes y sus padres¹

En los últimos siete años, más de 10 mil adolescentes, de 12 a 14 años, han tenido que ser hospitalizadas para dar a luz o porque presentaron una grave complicación durante el embarazo o al momento del parto. De enero de 2010 a noviembre de 2016, los 30 hospitales públicos del país reportaron el egreso de 10,145 adolescentes por diagnósticos relacionados a parto, embarazo, preeclampsia, aborto y atención materna. De ellas, 365 tenían 12 años, 1,916 eran de 13 años y 7,864 tenían 14 años.

Examinar y comprender esta problemática facilitara visualizar diversos escenarios ya sea pasados, presentes y futuros que condicionan a la mujer desde sus etapas más tempranas de la vida a un rol exclusivamente reproductivo. Además de constatar la dimensión de esta realidad a nivel local.

Dar a conocer los factores tanto sociales, económicos y psicológicos nos proporcionara una idea más clara y mayor conocimiento de las áreas en donde se debe de fortalecer e intervenir directamente los padres como las instituciones relacionadas a la salud y a la educación tanto para prevenir las consecuencias de un embarazo a edades tempranas en la mujer y en el producto de su gestación.

Además de crear concientización a través de esta investigación que un adolescente aun no es un adulto, que por lo tanto todos los esfuerzos que se realicen a partir de este momento darán sus frutos, no inmediatamente, sino a lo largo de los años si todos los involucrados en conjunto se motivan con los resultados de este estudio y los próximos que surjan posteriores a este.

Por lo tanto es responsabilidad tanto del Estado, del personal de salud y de la familia de facilitar la educación y conocer las raíces de esta problemática que afecta a todo un país entero y porque no decirle a la población mundial.

3. OBJETIVOS

General

- Determinar la incidencia y factores que influyen en el embarazo de adolescentes entre las edades de 14 a 18 años en la UCSFB "El Pimental" de la Paz, UCSFI "Nombre de Jesús" de Chalatenango y UCSFE "Quezaltepeque" de La Libertad entre el periodo comprendido entre Junio a Diciembre del año 2016.

Específicos

- Definir los factores socioculturales que interfieren en los embarazos en adolescentes entre las edades de 14 a 18 años en población en estudio.
- Identificar los factores económicos que interfieren en los embarazos en adolescentes entre las edades de 14 a 18 años en población en estudio.
- Describir las consecuencias físicas que conlleva un embarazo adolescente entre las edades de 14 a 18 años en población en estudio.

4. MARCO TEORICO

La adolescencia se define como un periodo de desarrollo; la pubertad es el proceso biológico mediante el cual el niño se convierte en adulto. Estos cambios engloban la aparición de las características sexuales secundarias, el crecimiento hasta llegar al tamaño adulto y el desarrollo de la capacidad reproductiva²

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) la define como un periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años. Tratándose de una de las etapas de transición más importantes en la vida de todo ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

Los determinantes biológicos son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos. Así mismo se han registrado durante el paso de los siglos muchos cambios en relación con esta etapa vital, en particular el inicio más temprano de la pubertad, el inicio a temprana edad del matrimonio, el de concebir una familia, el desertar del estudio.

4.1 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA²

Para conocer y comprender aún más los procesos y cambios vitales durante este periodo, se puede dividir a groso modo en tres etapas principales:

a. Adolescencia Temprana:

Generalmente entre los 10 a 13 años, llamada también pubertad o pre adolescencia. Donde se producen la mayoría de cambios físicos como el desarrollo de caracteres sexuales secundarios.

- A nivel de identidad hay preocupación por el cuerpo cambiante, autoconciencia sobre el aspecto y el atractivo.

- A nivel familiar hay aumento de la necesidad de intimidad y de apuesta por la independencia, búsqueda de asociación con compañeros del mismo sexo para contrarrestar la inestabilidad.
- A nivel sexual aumenta el interés por la anatomía, ansiedad y dudas sobre los cambios y el tamaño de los órganos sexuales.

b. Adolescencia Media: abarca los 14 a 16 años.

Aquí es donde los cambios además de ser físicos son psicológicos. Cambios en la forma y composición corporales, aparecimiento del acné y olor, Menarquia y espermarquia.

- A nivel cognitivo hay aparición del pensamiento abstracto (lógico-formal), del razonamiento y el juicio (proceso de sopesar las consecuencias de decisiones o acciones alternativas), del cuestionamiento moral.
- A nivel de identidad hay preocupación por el atractivo y aumento de la introspección.
- A nivel de familia; conflictos con el control y la independencia, lucha por la aceptación de una mayor autonomía. Intensa implicación con el grupo de compañeros que proporcionan ejemplos conductuales.
- A nivel sexual se pone a prueba la capacidad de atraer al sexo opuesto, inicio de las relaciones y de la actividad sexual, preguntas sobre la orientación sexual.

c. Adolescencia Tardía abarca entre los 17 a los 21 años de edad.

En esta etapa los conflictos internos de personalidad, identidad, búsqueda de pareja son los más frecuentes. Físicamente se considera maduro.

- A nivel cognitivo se orienta al futuro con sentido de perspectiva y es capaz de pensar las cosas en forma independiente.
- A nivel de identidad se forma una imagen corporal más estable, el atractivo aún puede ser la preocupación, identidad más sólida.
- A nivel familiar hay una separación emocional y física de la familia, aumenta la autonomía. El grupo de compañeros y sus valores pierden relevancia mientras que la intimidad y el posible compromiso adquieren prioridad.

- A nivel sexual se consolida la identidad, se centra la intimidad y la formación de relaciones estables, planificación del futuro y compromiso.

La adolescencia es un periodo de preparación para la edad adulta durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia. Aunque es sinónimo de crecimiento exponencial y gran potencial, constituye también riesgos considerables, durante el cual el contexto social puede tener influencia determinante.

Los adolescentes son diferentes de los niños pequeños y también de los adultos. Muchos de ellos experimentan problemas de adaptación y de salud mental. La ansiedad, el interés por el sexo y la anatomía sexual aumentan durante el principio de la pubertad. Es normal que los adolescentes más jóvenes se comparen con los demás, a tener ciertas dudas sobre el desarrollo de su identidad sexual³

4.2 IDENTIDAD SEXUAL

La sexualidad se define como una forma de expresión integral de los seres humanos, vinculada a los procesos biológicos, psicológicos y sociales. Es la vivencia subjetiva dentro de un contexto sociocultural concreto del cuerpo sexuado. Es parte integral de la vida humana y del eje del desarrollo. Es fuente de placer, de bienestar enriquecedor en lo personal con honda repercusión en lo emocional, familiar y social.

Salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. Observable en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social⁴

Se define como la identificación autoperceptiva derivada de cualquiera o de todos los aspectos de la sexualidad y tiene al menos cuatro componentes:

- Sexo asignado al nacer: un recién nacido es asignado a un sexo antes o en el momento de nacer basándose en sus genitales externos.
- Identidad de género: corresponde al sentimiento básico de una persona de ser un varón, mujer u otro género.
- Papel del género: se refiere al papel propio en la sociedad, habitualmente el masculino y el femenino, que asigna en base a su sexo biológico una identidad, roles, deberes y derechos diferenciados.
- Papel del sexo social: denominado también conducta de papel del género. Que corresponde a las características de personalidad, aspecto y conducta que, en una cultura y época concreta, se consideran masculinas o femeninas.

4.3 SEXUALIDAD HUMANA

La sexualidad se define como una forma de expresión integral de los seres humanos, vinculada a los procesos biológicos, psicológicos y sociales. Es la vivencia subjetiva dentro de un contexto sociocultural concreto del cuerpo sexuado. Es parte integral de la vida humana y eje del desarrollo.

La sexualidad constituye un aspecto inherente a las personas durante todo el transcurso de su vida. Es fuente de placer, de bienestar enriquecedor en lo personal, con honda repercusión en lo emocional, familiar y social. Por todo ello, el derecho al disfrute de la sexualidad, es un derecho humano inalienable, como el derecho a la vida, a la libertad, a la equidad y a la justicia social, a la salud, a la educación y al trabajo.

4.3.1 SALUD SEXUAL

“La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o de enfermedad o de ambas. Para que la salud sexual se logre es

necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen”. (OMS/OPS y Asociación Mundial de Sexología 2000).

De estos conceptos surge el doble enlace existente entre salud y sexualidad. No se concibe el logro de la salud integral de las personas sin el desarrollo pleno y armónico de su sexualidad. Tampoco es posible su ejercicio pleno y satisfactorio, si existen situaciones que afectan la salud de las personas en el plano somático, psicológico y social.

4.3.2 SALUD REPRODUCTIVA

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia...” (Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, Cairo 1994).

El concepto de la Salud Sexual y Reproductiva va más allá de la reproducción y la sexualidad, incorpora el marco ético de los derechos humanos y las desigualdades de género.

4.3.3 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

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

La promoción y consolidación de una sexualidad sana inicia desde la infancia, trasciende en la adolescencia, madura en la adultez y permanece en la vejez.

El proceso reproductivo está íntimamente relacionado a la construcción de la sexualidad e incide en el momento de iniciar las relaciones coitales, la voluntad o no de embarazarse y la forma en la que acceden o no a una maternidad segura. Todo el proceso está vinculado directamente a las determinantes sociales⁵

Se había focalizado en los aspectos biológicos de la reproducción y evaluado desde las tasas de fecundidad, centralizando a las mujeres en la maternidad, subordinada al poder masculino, lo que las obligaba a someterse a embarazos y prácticas sexuales de riesgo, a familias numerosas y a aceptar embarazos impuestos, entre otros.

Los procesos de salud sexual y reproductivas se inician desde el nacimiento con la socialización genérica diferenciada entre niños y niñas, lo cual juega un papel muy importante en la creación de conductas, vinculados también a las determinantes sociales y a las prácticas de violencia entre los diferentes integrantes de la familia, con detenimiento a niños, niñas y mujeres.

En el año 2011 el Ministerio de Salud reporta 84,752 inscripciones prenatales, de las cuales el 31.4% son mujeres adolescentes. La inscripción a métodos de planificación familiar fue de 36% y la atención de partos fue de 29.1% en ese grupo de edad.

4.3.4 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

En el marco de los derechos humanos, los derechos sexuales, incluyen los derechos de todas las personas a: Decidir de manera libre y responsable sobre todos los aspectos de su sexualidad, incluyendo el promover y proteger su salud sexual; libres de discriminación, coacción o violencia en su vida sexual y en todas sus decisiones sexuales, esperar, exigir igualdad, consentimiento completo, respeto mutuo y responsabilidad compartida en las relaciones sexuales. Se ejemplifican algunos derechos sexuales en el anexo 2

Los derechos reproductivos incluyen los derechos individuales y de las parejas a: decidir libre y responsablemente el procrear o no, el número de hijos/as, el momento

de tenerlos, a que intervalo hacerlo, con quien y tomar decisiones sobre la reproducción libre de discriminación, coacción y violencia. Tener la información, educación para alcanzar el estándar más alto de salud sexual y reproductiva.

4.4 SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

La sexualidad es una parte esencial del ser humano, la cual se definirá en un estilo de ser persona, en sus características psicológicas, en su modo de ser femenina y masculina, en el modo de sentir, pensar y actuar como individuo en sociedad. La sexualidad es fuente de comunicación y se expresa principalmente en tres áreas: genital o biológica, que expresa que en los aspectos fisiológicos; área erótica, relacionada con la búsqueda de placer; y la moral expresada en la estructura social fijados en los valores o normas aceptados.

El adolescente, debido a la aparición de los caracteres sexuales secundarios, tiene que acomodarse a su cuerpo, así como a la aparición de fuertes impulsos sexuales y de rebelión que no sabe manejar. Todas las etapas por la que pasa el adolescente en la búsqueda del otro, se orientan específicamente a la búsqueda de sensaciones placenteras y a la tendencia erótica.

Es importante destacar las fuentes por las cuales el adolescente ha recibido información sexual, ya que estas tienen distintas consecuencias en el comportamiento de este. La influencia más directa, temprana y permanente es la del grupo familiar, aunque esta no es la más importante desde el punto de vista del adolescente. La información acerca de sexo y métodos anticonceptivos la obtienen del grupo de pares, intercambiando generalmente información errónea.

Por otra parte, la iglesia tiene una escasa influencia debido a que “el mensaje conservador que los estudiantes reciben por parte de la iglesia es negativo en lo que sexualidad se refiere, y no coincide con el más liberal recibido a través de los amigos y medios de comunicación.”

4.5 ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA SEXUALIDAD DE LOS/LAS ADOLESCENTES

Una característica fundamental del ser humano es vivir en sociedad. Para satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales las personas requieren participar y actuar dentro de diferentes grupos sociales. De estos grupos resalta la familia considerada como núcleo primario y fundamental, sobre todo de los hijos quienes por su carácter dependiente ahí encuentran a sus carencias. En ella reciben la educación necesaria para transformarse en adultos independientes.

La adolescencia es el periodo crucial del ciclo vital en el que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo y asumen para si las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio.

Durante esta etapa los/las adolescentes experimentan cambios en diferentes planos. En primer lugar alcanzan su madurez física y la capacidad reproductiva, así mismo su desarrollo intelectual les permite elaborar juicios críticos y pensamientos abstractos, pero también aumentan su responsabilidad social, ya que ahora no tienen la continua vigilancia de los padres en su actuar social.

En la adolescencia se identifican más claramente con su sexo y consolidan su identidad de género al observar los roles adultos. Así surge la capacidad de pensamiento abstracto, la atracción sexual, la respuesta sexual, los sentimientos eróticos y amorosos propios de los adultos, se define la preferencia sexual y se inicia la búsqueda de pareja. Consolidar la sexualidad para su vida como adulto es un punto clave en el desarrollo del adolescente.

Entonces sexualidad es la expresión integral del ser humano en función de su sexo vinculado a los procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales que determinan los roles que han de jugar los hombres y las mujeres. Por ello sexualidad es la manera cómo piensan, sienten y actúan hombres y mujeres en función de los patrones culturales de la sociedad a la cual pertenecen.

4.6 EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida esta última por la Organización Mundial de la Salud OMS como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad. También se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad. Aunque en muchas culturas aún persiste la idea de que la mujer debe iniciar tempranamente su vida reproductiva, son diversos los argumentos que la contradicen.

La OMS considera como embarazo de riesgo el que ocurre en mujeres menores de 20 años¹, ya que es la causa principal de mortalidad de las jóvenes que tienen entre 15 y 19 años de edad debido a complicaciones relacionadas con el parto, y los abortos practicados en condiciones de riesgo⁵

Al respecto Issler señala: Al embarazo en la adolescencia se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen.

4.6.1 Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes

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

Familiares

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

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

Cuando el adolescente proviene de una familia disfuncional: uniparental, o con conductas promiscuas y con consumo de drogas, en la que no hay un adecuado diálogo padres–hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que él/ella no sabe resolver, impulsándolo/a a buscar esa comunicación y afecto en los amigos y compañeros de colegio quienes probablemente tendrán su misma ignorancia. Es más probable que los hijos inicien la actividad sexual a una edad temprana.

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

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

- Se ha demostrado que las chicas cuyos padres habían abandonado el hogar cuando ellas eran niñas, tenían más probabilidades de iniciarse precozmente en la vida sexual y de quedar embarazadas.
- Una chica es más fácil que se convierta en madre adolescente si su madre y su hermana también lo fueron.
- Otro factor de riesgo muy marcado es la falta de comunicación entre los padres y la adolescente. Cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y no implementan medidas anticonceptivas.
- Tienen una madre que tuvo su primer parto a una edad de 19 o siendo aun más joven.

Grupo de amigos

Búsqueda del reconocimiento de los pares: buscando el reconocimiento por parte del otro y principalmente del grupo de tus amigos, comienzas a tener citas amorosas a temprana edad (las citas a la edad de 12 años están relacionadas con una probabilidad del 91% de tener relaciones sexuales antes de los 19 años y las citas a la edad de 13

se asocian con una probabilidad del 56% de actividad sexual durante la adolescencia).

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

Pareja romántica: tener una pareja romántica aumenta las posibilidades de actividad sexual, pero si esa pareja es varios años mayor, las posibilidades se incrementan.

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

Cuando el adolescente no ha desarrollado la habilidad comunicativa necesaria para negociar y la habilidad de aprender a resistirse ante la presión de sus compañeros/as cuando éstos/as ya son sexualmente activos/as. Las encuestas demuestran que, la mayoría de las veces, inicias las relaciones sexuales presionada/o por los amigos y compañeros que te empujan a hacer algo que en realidad no hubieras querido hacer y, en muchas ocasiones, con la ayuda del alcohol y las drogas que inhiben la voluntad⁵

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

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

Individuales

Los estudios han demostrado que la edad, el desarrollo físico y el género, tienen una influencia dramática en el comportamiento sexual del adolescente. Conforme van creciendo en edad, se van incrementando las posibilidades de tener actividad sexual (más frecuentemente y con más parejas). Esto mismo sucede cuando se desarrollan

precozmente y parecen mayores. Algunos efectos son estrictamente físicos pero otros son sociales como por ejemplo la presión de los amigos y el incremento en las oportunidades de tener sexo que vienen con una mayor libertad e independencia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Pensamiento Mágico: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean, o no tienen cuidado porque, como no se embarazaron de casualidad, piensan que son estériles y, además, no tienen miedo de las enfermedades de transmisión sexual.
- Falta o hay distorsión de la información: es común que entre los adolescentes circulen “mitos” como: “sólo te embarazas si tienes orgasmo”, o “nunca cuando lo haces con la menstruación” o “cuando no hay penetración completa”, etc.
- En muchos casos, el uso de los anticonceptivos es inadecuado. La inexperiencia hace que uses mal el condón o que se te olvide tomar las píldoras anticonceptivas, etc.
- Debido a que ningún método anticonceptivo es completamente efectivo, la abstinencia (no tener relaciones sexuales) es la única forma segura de prevenir el embarazo. Una adolescente sexualmente activa, que no utilice anticonceptivos tiene un 90% de probabilidades de quedar embarazada en un año.

La baja autoestima (falta de confianza en sus capacidades y poder) está asociada a problemas de salud tales como depresión, suicidio, anorexia nerviosa, delincuencia, conducta de riesgo sexual y otros problemas de ajuste.

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

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

Socioeconómicos

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

La soledad y la tristeza de una chica que se siente abandonada y no querida (ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores). O la muchacha que piensa que no responde al modelo de mujer que los muchachos buscan y aman. Si inician una relación, es probable que la tomen como la única y definitiva oportunidad de su vida.

- Entonces se hunden sin límites ni condiciones en el deseo del otro, sin tomar en cuenta los riesgos y sin evitarlos dependen de la aprobación del varón que presiona para que inicien su sexualidad tempranamente, se embaracen y lleguen a la maternidad.

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

- Los estudios indican que las adolescentes que se encuentran en una relación de pareja abusiva en el momento de la concepción, con la noticia de su embarazo se incrementaron los comportamientos violentos de parte de su pareja.

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

Factores institucionales

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

Cuando los servicios existen, en ocasiones son rechazados por los adolescentes porque el personal de salud hace juicios y no da apoyo denotando falta de preparación para la prestación del servicio

Los horarios de prestación de servicios en los centros de salud u hospitales, son inadecuados para las personas jóvenes que estudian y/o trabajan.

1. La pobreza explica numerosos embarazos. La mujer tiende a conformar pareja definitiva entre los 15 y los 17 años como un intento de mejorar las condiciones de pobreza en las que vive; ella sueña que casándose, todo será mejor.
 - Pero, a causa de la crisis económica, numerosas jóvenes son abandonadas por su pareja inicial y se ven obligadas a estructurar otra relación que siempre exige más hijos y que, con frecuencia, no termina por ser la última sino, por el contrario, el inicio de una cadena de relaciones, muchas de las cuales suponen nuevos embarazos y partos, destinados a deteriorar aún más la condición de la mujer y la de sus hijos. En este proceso, una mujer de 20 años puede tener cuatro o más hijos y, probablemente, un mayor número de embarazos que terminen en abortos espontáneos o provocados por desconocimiento de la sexualidad.

4.6.2 Consecuencias de un embarazo temprano

Consecuencias de un embarazo temprano A su vez, respecto a las consecuencias y efectos negativos que se derivan de un embarazo temprano, como es el caso de las adolescentes los diversos autores y dependencias coinciden en que estos efectos repercuten principalmente en tres aspectos:

- Desde el punto de vista médico:

- La joven corre el riesgo de experimentar anemia, preeclampsia, complicaciones en el parto y enfermedades de transmisión sexual, así como un alto riesgo de mortalidad propia durante el embarazo.
 - Los bebés de madres adolescentes tienen una alta tasa de mortalidad al igual que pueden experimentar malformaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral. Estos niños experimentan muchos más problemas de conductas y funcionamiento intelectual disminuido.
- Desde el punto de vista psicológico:
 - La reacción depresiva de la adolescente en curso de su embarazo puede ser tan fuerte que puede llevarla al suicidio o intento de suicidio, teniendo en cuenta que esta es la segunda causa de muerte en esta edad después de los accidentes. El embarazo y los problemas que este puede traer, el drama sentimental de una separación, el aislamiento, el pánico, pueden ser fácilmente considerados como “factores suicidógenos circunstanciales”.
 - La situación psicológica de la adolescente embarazada es compleja y difícil. En ella se acumulan las dificultades propias de la adolescencia; los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo; las dificultades personales o familiares que traen consigo el embarazo, las que originan ciertas reacciones, reales o simplemente temidas, del entorno, la inquietud de un futuro incierto; la perturbación por las decisiones que se han de tomar; es vacío afectivo.
 - Visto desde el contexto social destacan:
 - Las escasas oportunidades de proseguir con su escolarización;
 - Las dificultades para su inserción en el mercado de trabajo;
 - Su desarrollo social y cultural; y
 - La formación de una familia y su estabilidad.

4.7 METODOS ANTICONCEPTIVOS⁶

Son los métodos o procedimientos que previenen un embarazo en mujeres sexualmente activas, ya sean ellas o sus parejas quienes los usen. Pueden ser hormonales o no hormonales, transitorios o definitivos, basados en tecnología o en conductas.

Métodos hormonales

- Métodos combinados que contienen estrógeno y progestágeno y que se pueden administrar como píldoras, inyecciones, anillo vaginal o parche transdérmico.
- Métodos que contienen solo progestágeno y que se pueden administrar como píldoras, inyecciones, implantes, anillo vaginal o dispositivo intrauterino.
- Anticoncepción hormonal de emergencia que puede consistir en píldoras de levonorgestrel solo o en píldoras combinadas (Método de Yuzpe).

Métodos no hormonales reversibles:

- Dispositivos intrauterinos con cobre.
- Anticonceptivos de barrera masculinos (condón) y femeninos (condón, diafragma; espermicidas). • Método de la amenorrea de lactancia.
- Métodos de abstinencia periódica (ritmo o calendario, días fijos o collar del ciclo, temperatura basal, moco cervical (Billings), sintotérmico).

Métodos no hormonales permanentes:

- Anticoncepción quirúrgica voluntaria (esterilización) femenina.
- Anticoncepción quirúrgica voluntaria (esterilización) masculina

Cada persona debe elegir su métodos anticonceptivos (MAC) de acuerdo a su propia situación de vida (estilo de vida, vida sexual, número de hijos que desea tener, número de parejas, valores, situación socioeconómica, etc.); las características del MAC que sean aceptables para ella y las condiciones de salud que se puedan ver

afectadas por el uso del método (presión alta, hábito de fumar, enfermedades cardiovasculares, infecciones del tracto reproductivo, etc.).

El papel del/a profesional de salud es informar sobre todas las opciones y verificar los criterios de elegibilidad, de tal forma que le facilite al usuario/a tomar una decisión propia, libre e informada. También debe informar y orientar sobre el manejo de los efectos colaterales, o posibles problemas que surjan, y ofrecer el cambio de MAC si la usuaria así lo desea. Este proceso de información y orientación debe ser continuo durante el seguimiento.

Recuerde que una buena información y orientación significan usuarias/os satisfechas/os y usando en forma adecuada un MAC.

Los métodos anticonceptivos tienen diferentes características en las que hay que fijarse cuando se elija uno de ellos. Esto es necesario para que el método permita alcanzar las metas reproductivas en forma efectiva y segura para la salud y de acuerdo a la situación de vida.

Eficacia: Representa el riesgo de que una mujer se embarace aunque ella o su pareja estén usando un método anticonceptivo. La eficacia es mayor cuando el método se usa en forma perfecta y menor durante el uso típico, ya que algunas personas usan los métodos en forma incorrecta. Por eso es importante averiguar cómo se usa correctamente el método que se ha elegido y que su uso sea constante. Efectividad según WHO 2006 (anexo 1)

Seguridad: Algunas mujeres presentan condiciones de salud que restringen el uso de algunos métodos como lo establecen los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud. En general, las y los jóvenes no tienen problemas de salud que las/los pongan en riesgo si usan un anticonceptivo. Algunos anticonceptivos tienen efectos benéficos para la salud de quienes los usan: el uso de condones permite prevenir infecciones transmisibles por vía sexual, incluyendo la infección por VIH/SIDA, las píldoras anticonceptivas combinadas disminuyen los síntomas premenstruales y la anemia y otorgan protección contra ciertos cánceres del aparato reproductor.

Aceptabilidad: Las características de cada método anticonceptivo, pueden afectar de distinta manera a diferentes personas. Lo que para algunas personas puede ser una ventaja, para otras puede ser una desventaja. Cada persona debe poder elegir el más adecuado a sus necesidades.

Facilidad de uso: Cuando el uso del método es fácil, es más probable poder utilizarlo en forma correcta. Por eso se debe exigir información clara e indicaciones precisas sobre la forma de uso.

Disponibilidad: Los métodos anticonceptivos están disponibles gratuitamente en los consultorios de los servicios de salud, y con distintos precios en las farmacias y en las consultas privadas de los médicos y matronas. Hay que pensar cuál alternativa conviene más según los recursos económicos y el tipo de atención que se quiere.

Reversibilidad: La recuperación de la fertilidad o sea la capacidad de poder embarazarse después de la suspensión del método es un elemento esencial para las y los jóvenes quienes desean postergar el primer embarazo.

Costo: El costo de los anticonceptivos es importante para la gente joven que suele tener recursos económicos limitados. En los servicios de salud se entregan en forma gratuita. Pero también hay diferencias entre las marcas. Por ejemplo, el costo de las píldoras anticonceptivas varía hasta en 10 veces.

4.8 SITUACIONAL ACTUAL EN EL PAIS⁷

El Salvador cuenta con una superficie de 20,935 km² y una población total de 5,744,113 habitantes, y una densidad poblacional de 309 habitantes por km², concentrado al 62.7% en la zona urbana y el resto en el área rural. Las mujeres representan el 52.7% de la población total (3,024,742), 51% del total de ellas tienen entre 15 y 49 años de edad. Los hombres representan el 47.3% de la población total (Censo 2007). En el país la Esperanza de Vida al Nacer en las mujeres es de 74.5 años y para los Hombres de 68.3⁷

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

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

En El Salvador las niñas y adolescente se encuentran inmersas en un entorno comunitario caracterizado por patrones culturales a través de los cuales se naturaliza el embarazo y la maternidad antes de los 18 años.

En entorno social está lleno de mensajes que promueven la tolerancia y el ejercicio de la violencia de género en la comunidad, generando un ambiente caracterizado por la coacción y violencia, la desigualdad del género y la desigualdad generacional.

De hecho, en el país se atraviesa un periodo en el que la violencia tiene muchas expresiones que se viven de forma diferente entre hombres y mujeres. Por ejemplo, el homicidio afecta predominantemente a los hombres, sin embargo las denuncias por violencia intrafamiliar sexual, física o psicológica son en su mayoría contra mujeres.

En el ámbito escolar los indicadores nacionales reflejan que niños/as cuentan con iguales niveles de ingreso a la educación primaria, transición a la escuela secundaria, asistencia y terminación de la escuela. Sin embargo el género femenino enfrenta la desventaja por las responsabilidades asignadas a ellas en una cultura patriarcal, responsabilizándose de contribuir en las tareas del hogar, cuidado de otros miembros

de la familia, entre otras, a las que deben designar tiempo que podrían utilizar en su educación o recreación.

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

En muchas ocasiones el embarazo adolescente está estrechamente vinculado con las uniones tempranas o matrimoniales infantiles, colocando a las niñas en absoluta desventaja responsabilizándolas de un rol para el que sin duda no están preparadas y en el que de acuerdo al marco legal nacional vigente las coloca como víctimas de delitos como la relación sexual o el estupro.

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

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

Este contexto comunitario de violencia sexual y social es que diariamente deben afrontar las niñas y adolescentes salvadoreñas que atraviesan por la experiencia del embarazo.

Por todo ello, se puede decir que la vivencia de la maternidad y la unión a edades tempranas obligan a las niñas a transitar a la vida adulta de manera abrupta y sin estar preparadas para ello. En relación a ello destaca la interrupción de las trayectorias educativas, lo que afectara gravemente a su incorporación al mercado laboral dado que lo harán en condiciones muy desventajosas.

Esto a su vez afecta a la transmisión intergeneracional de la pobreza, dado que estas niñas afrontaran con mucha dificultad retos impuestos por la sociedad para la mejora de las condiciones de vida de ellas y de su familia.

4.8.1 EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN EL SALVADOR⁸

De acuerdo a los registros del Ministerio de Salud en el año 2015 hubo 83,478 mujeres embarazadas, y de ellas, 25,132 eran adolescentes entre los 10 y 19 años, es decir que el 30% se registraron dentro de esas edades.

Por lo tanto se estima que en promedio cada día 69 niñas o adolescentes quedaron embarazadas, en otros términos tres embarazos cada hora o un embarazo cada 21 minutos.

De acuerdo al análisis de distribución de los embarazos, de acuerdo a edad en los catorce departamentos del país, La Paz tiene el mayor peso porcentual de embarazos adolescentes con respecto al total de embarazos representando el 33%. De este modo, a nivel nacional la tasa de embarazos es de 38 por cada cien mil niñas y adolescentes de 10 a 19 años

Las consecuencias del embarazo y la unión en el ejercicio de los derechos humanos de las niñas son múltiples. En sí misma, la existencia de un embarazo o una unión conyugal en la niñez supone una vulneración de los derechos, ya que enfrentan a la niña a situaciones que ponen en riesgo su vida e impiden el ejercicio de una diversidad de derechos (salud, educación, vivir libre de violencia, entre otros).

4.8.2 CONTEXTO REFERENCIAL NACIONAL

La sexualidad vista exclusivamente heterosexual y reproductiva, había excluido tradicionalmente a la mujer en un nivel meramente gestacional y marital. Por lo que se incluyen diferentes tratados y leyes que amparan no solo a la mujer sino al hombre

a una gama de servicios y prestaciones, no solo como un derecho sino como un deber.

Aquí se mencionan algunos:

Constitución de la República de EL Salvador:

Art. 65.-La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres:

Art. 26.- Igualdad y no discriminación en la Atención a la Salud Integral y a la Salud Sexual y Reproductiva.

Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (LEPINA), Marzo 2010:

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

5. HIPOTESIS

GENERAL

Existe relación directa entre los factores socioculturales como: procedencia, escolaridad, inicio precoz de relaciones sexuales, poco acceso a salud sexual y reproductiva; con el embarazo en adolescentes de 14 a 18 años en la población en estudio.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

- **Tipo de investigación**

Para efectos de esta investigación el tipo de estudio que se realizó de tipo descriptivo, porque fue dirigida a identificar y describir las características de las adolescentes embarazadas. Además se efectuó de corte transversal ya que solo se recolecto datos en un momento y tiempo determinado y de acuerdo al periodo fue de manera retrospectiva.

- **Periodo de investigación**

El periodo de tiempo comprendido fue entre abril y julio del 2017

- **Universo**

Para el estudio se tomó en cuenta tres grupos poblacionales constituidos por las embarazadas adolescentes inscritas en el Programa de Atención Prenatal en las UCSFB “EL PIMENTAL”, UCSFI “NOMBRE DE JESUS” DE CHALATENANGO Y UCSF “QUEZALTEPEQUE”, durante el periodo de junio a diciembre de 2016

- **Muestra (Calculo y diseño muestral)**

UCSF	Población de embarazadas inscritas de 14-18 años del periodo de Junio-Diciembre 2016
UCSF “El Pimental”	5
UCSFI “Nombre de Jesus”	3
UCSF “Quezaltepeque”	130
TOTAL	138

Fórmula para calcular la muestra:

$$n = \frac{z^2 \times P \times Q \times N}{(N - 1)E^2 + Z \times P \times Q}$$

En donde:

E: error muestral máximo permisible en la investigación.

Z: valor critico correspondiente a un determinado grado de confianza

P: proporción poblacional de ocurrencia de algo. Se puede estimar como $P=0.50$, lo que conlleva a $Q=0.50$ asegurándose el máximo tamaño muestral.

Q: $1-P$

N: tamaño de la población

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(138)}{(138 - 1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{(3.4816) (0.5)(0.5)(138)}{(137)(0.0025) + (3.4816) (0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{120.1152}{0.3425 + 0.8704}$$

$$n = \frac{120.1152}{1.2129}$$

$$n = 99$$

Muestra: 99 embarazadas adolescentes

Se tomaron en cuenta 138 embarazadas que se obtuvieron como total de las 3 UCSF de la investigación, aplicando la formula se obtuvo un total de 99 embarazadas adolescentes a estudiar.

CRITERIOS DE INCLUSION

1. Adolescente entre los 14 años con 1 día y 18 años con 364 días.
2. Adolescentes que se hayan inscrito a Control Prenatal entre Junio a Diciembre del 2016 en las UCSF en estudio.
4. Adolescentes que pertenezcan al área geográfica de las UCSF en estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Adolescentes embarazadas cuya inscripción prenatal no haya sido en el periodo determinado.
2. Embarazadas cuyas edades no estaban comprendidas entre 14-18 años.
3. Adolescentes con capacidades especiales, por ejemplo: Síndrome de Down, retraso mental u otra condición psiquiátrica o neurológica.
4. Adolescentes entre 14 y 18 años inscritas en el periodo de junio a diciembre de 2016, pero que no desearon participar en el estudio.

- **Variables.**

Objetivo específico 1:

1. Definir los factores socioculturales, que interfieren en los embarazos en adolescentes entre las edades de 14 a 18 años.

Variables Independientes: Factores sociales.

Factores culturales.

Variable dependiente: Embarazos en adolescentes.

Objetivo específico 2.

2. Identificar los factores económicos que interfieren en los embarazos en adolescentes entre las edades de 14 a 18 años.

- Variable Independiente: Factores económicos.
- Variable dependiente: Embarazos en adolescentes.

Objetivo específico 3.

Describir las consecuencias físicas que conlleva un embarazo adolescente entre las edades de 14 a 18 años.

- Variable Independiente: Embarazos en Adolescentes.
- Variable dependiente: Consecuencias Físicas.

- **Operacionalización de variables.**

Objetivo.	Variable independiente.	Variable dependiente.	Indicadores.	Ítem
Definir los factores socioculturales, que interfieren en los embarazos en adolescentes entre las edades de 14 a 18 años.	Factores socioculturales.	Embarazos en adolescentes.	<p>DATOS GENERALES.</p> <p>-Edad</p> <p>-Área geografía.</p> <p>-Estado Civil.</p> <p>-Ocupación.</p> <p>FACTORES SOCIALES Y CULTURALES.</p> <p>-Escolaridad.</p> <p>Con quien vivía previo al embarazo</p>	<p>DATOS GENERALES.</p> <p>14-16 y 17-18</p> <p>Urbano-Rural</p> <p>Soltera. Casada. Unión libre.</p> <p>Ama de casa. Estudiante. Empleada. Otros.</p> <p>Primer ciclo Segundo ciclo Tercer ciclo. Bachillerato. Ninguna.</p> <p>Ambos padres. Solo con la madre. Solo con el padre. Con un familiar. Con su pareja</p>

			<p>Edad de inicio de relaciones sexuales.</p> <p>Donde obtuvo métodos de planificación familiar.</p> <p>Ha utilizado algún método de planificación familiar previo al embarazo.</p> <p>Dentro de su núcleo familiar hay golpes por algún miembro de la familia.</p>	<p>12 a 14 años. 15 a 18 años.</p> <p>En su casa. En la escuela. En la unidad de Salud. En ningún lugar.</p> <p>Si Ocasionalmente. Nunca.</p> <p>Si No Algunas veces.</p>
Identificar los factores económicos que interfieren en los embarazos en adolescentes entre las edades de 14 a 18 años.	Factores económicos	Embarazos en Adolescentes.	Escolaridad de padres de población de estudio.	<p>Madre: Entre primero a noveno grado. Bachillerato. Educación superior.</p> <p>Padre: Entre primero a</p>

			<p>Trabajo de los Padres.</p> <p>Familias numerosa</p> <p>Cuantos hermanos tiene.</p>	<p>noveno grado. Bachillerato. Educación superior.</p> <p>Ambos padres. Solo madre. Solo padre.</p> <p>1 a 2 3 a 4 Más de 4</p>
<p>Describir las consecuencias físicas que conlleva un embarazo adolescente entre las edades de 14 a 18 años.</p>	<p>Embarazos en adolescentes.</p>	<p>Consecuencias físicas.</p>	<p>Edad del primer embarazo</p> <p>Complicaciones durante el embarazo.</p> <p>.</p> <p>Complicaciones post parto.</p>	<p>14 a 16 años 17 a 18 años. Aborto. Infección de vías urinarias. Enfermedades de transmisión sexual. Parto prematuro.</p> <p>Hemorragia post parto Fiebres intensas post parto Ingreso de más de 3 días post parto de madre. Ingreso Prolongado de recién nacido.</p>

- **Fuentes de información**

La fuente de información se obtenida fue de dos tipos:

Fuente de información primaria:

Determinada por las adolescentes embarazadas que fueron inscritas en el periodo determinado

Fuente de información secundaria:

Revisión del libro de registro de embarazadas inscritas en el programa de atención prenatal.

Revisión de expedientes clínicos de las adolescentes embarazadas en estudio.

- **Técnicas de obtención de información**

Se revisó por medio de observación detallada de expediente clínico y el CLAP de cada paciente adolescente en estudio.

Entrevista a profundidad durante control prenatal respectivo.

Instrumentos:

-Guía de entrevista (Anexo 5)

-Guía de revisión de documentos

Las preguntas que contenidas en la guía fueron del siguiente tipo:

-Categorías

-Demográficas

- **Mecanismos de confidencialidad y resguardo de los datos**

Se hizo uso del consentimiento informado (Anexo 4).

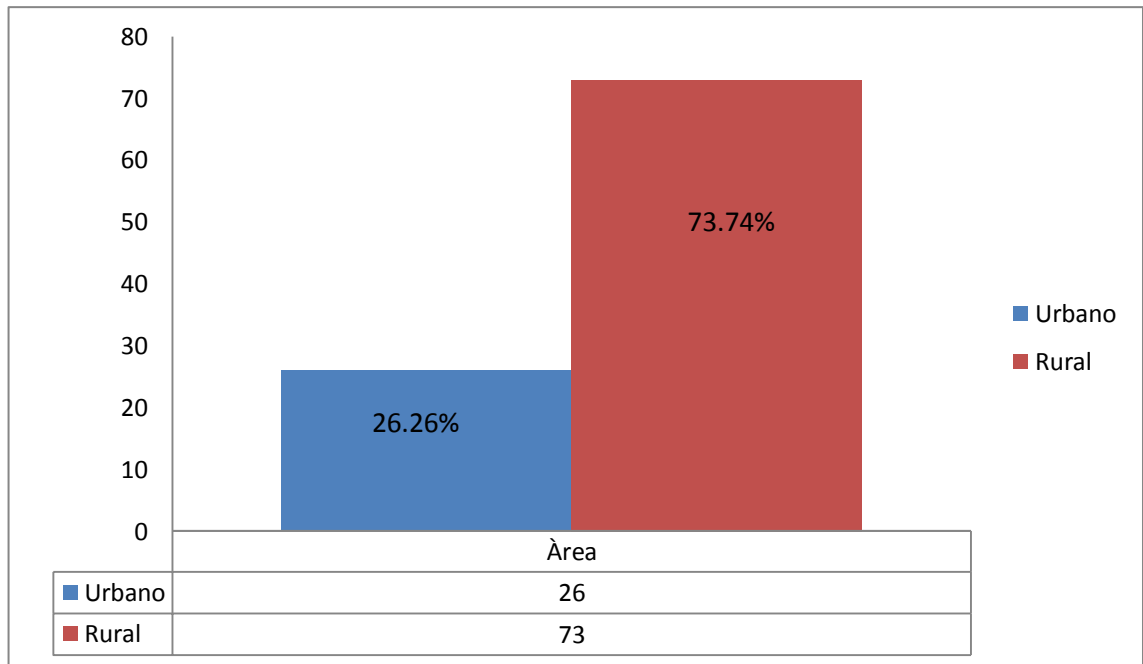
- **Procesamiento y análisis de información**

Se analizó la información recolectada mediante la utilización del Programa Excel que facilitó la tabulación y comprensión de los resultados obtenidos.

7. RESULTADOS

1-DATOS GENERALES

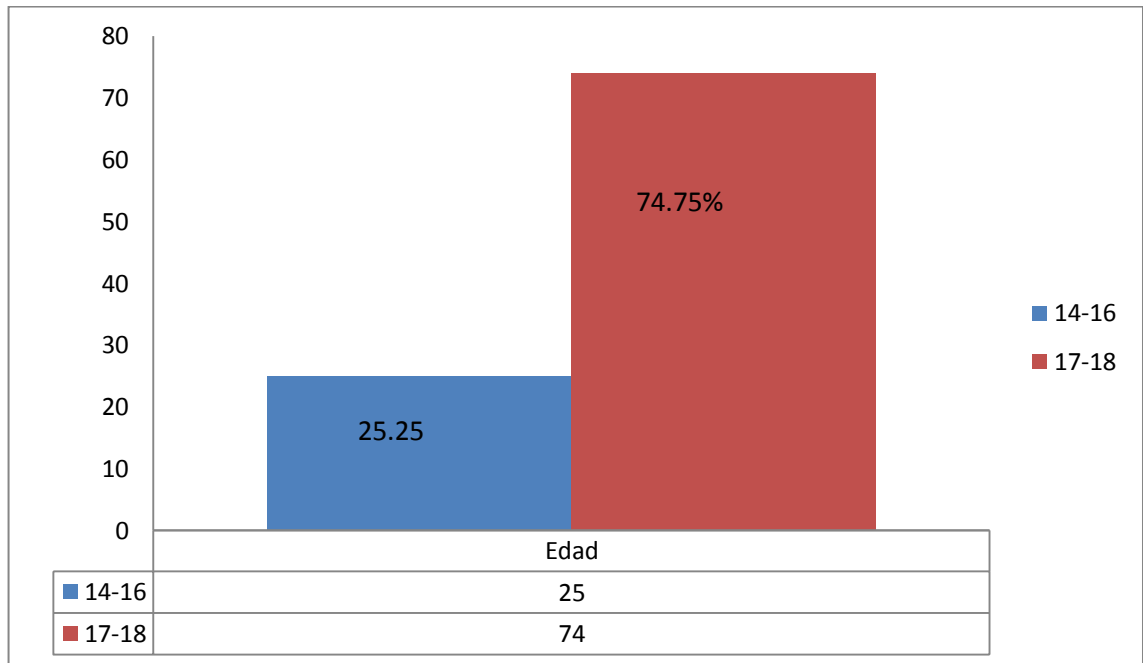
AREA



Fuente: Expediente clínico y entrevistas realizadas a adolescentes embarazadas y pacientes con parto previo entre las edades de 14-18, de las UCSF “El Pimental”, UCSF “Nombre de Jesús” de Chalatenango y UCSF “Quezaltepeque” entre el periodo de junio a diciembre de 2016.

Interpretación: el 75.74% de las pacientes investigadas fueron del área rural. Lo que supondría que dentro de los factores que inciden principalmente en embarazos en adolescentes es ser del área rural.

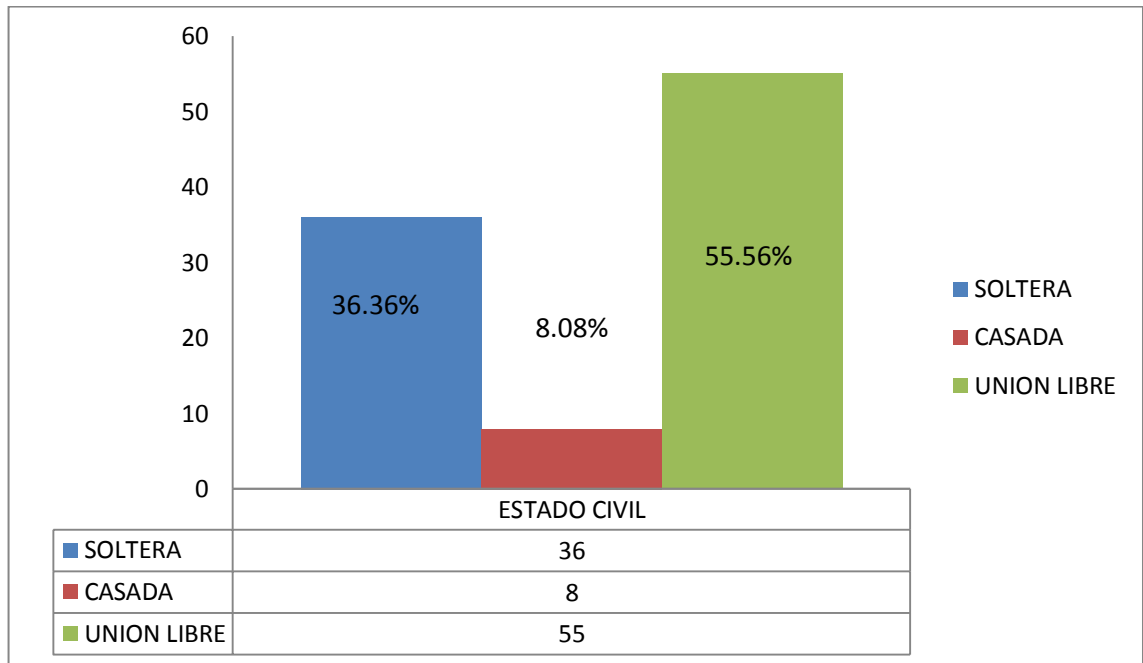
EDAD



Fuente: Expediente clínico y entrevistas realizadas a adolescentes embarazadas y pacientes con parto previo entre las edades de 14-18, de las UCSF “El Pimental”, UCSF “Nombre de Jesús” de Chalatenango y UCSF “Quezaltepeque” entre el periodo de junio a diciembre de 2016.

Interpretación: Del total de pacientes adolescentes inscritas de junio a diciembre del año 2016 en las unidades de salud en estudio, el 74.75% estaban entre las edades de 17 a 18 años.

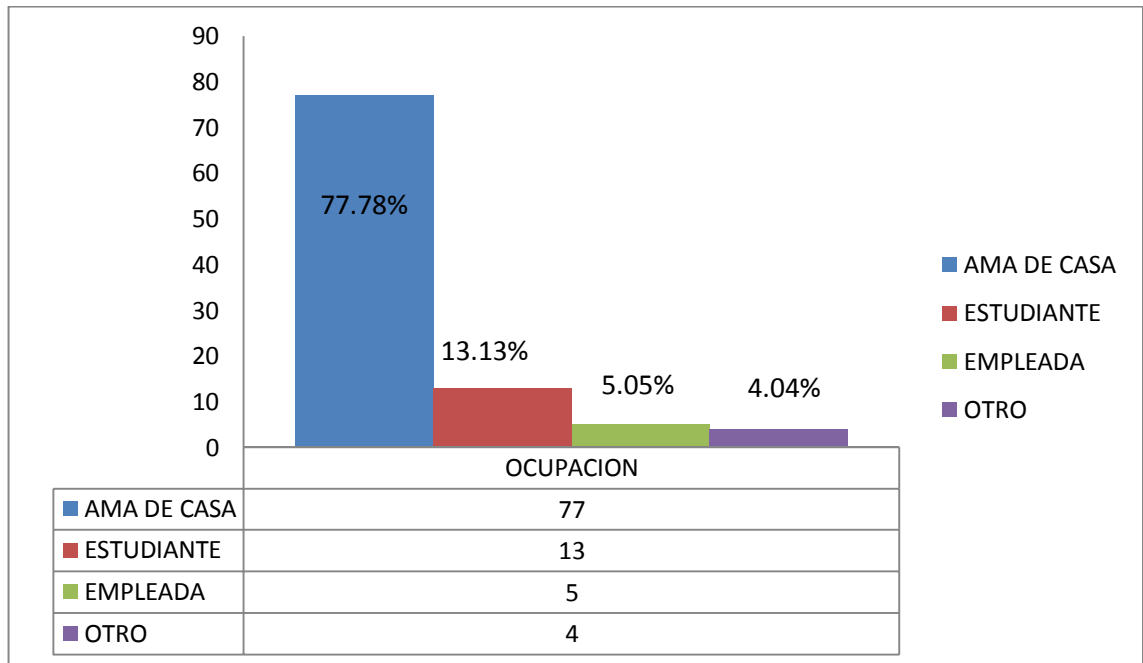
ESTADO CIVIL



Fuente: Expediente clínico y entrevistas realizadas a adolescentes embarazadas y pacientes con parto previo entre las edades de 14-18, de las UCSF “El Pimental”, UCSF “Nombre de Jesús” de Chalatenango y UCSF “Quezaltepeque” entre el periodo de junio a diciembre de 2016.

Interpretación: el 55.56% de las pacientes en estudio se encontraban en una unión libre (acompañadas), pero cabe mencionar que el 36.36% de adolescentes embarazadas se encuentran solteras.

OCUPACION

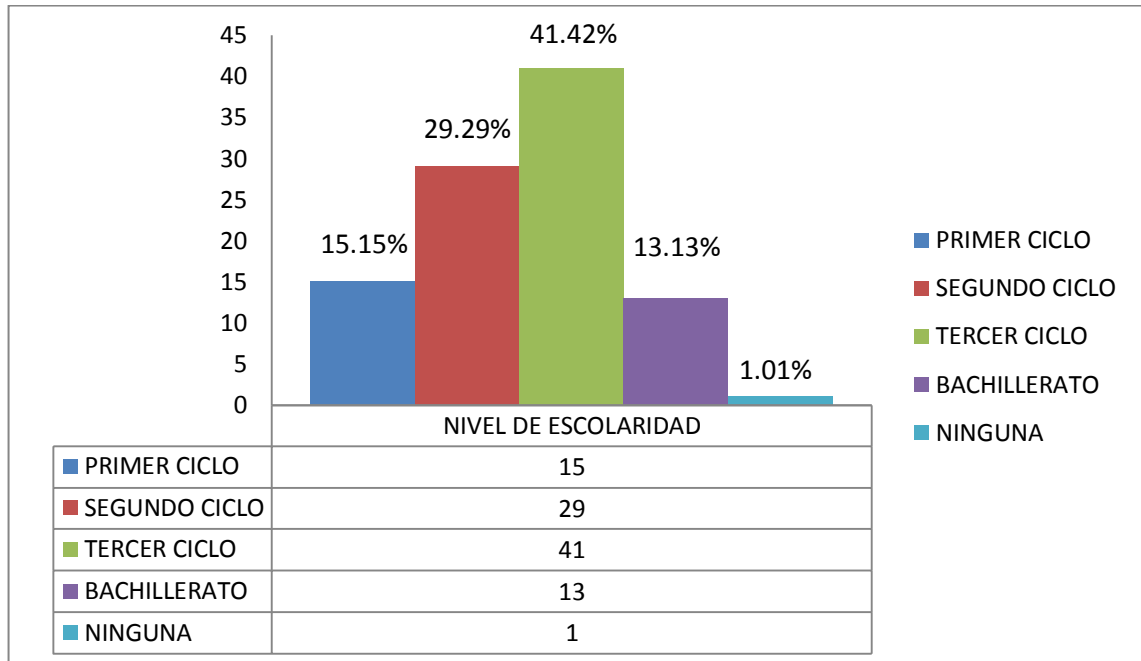


Fuente: Expediente clínico y entrevistas realizadas a adolescentes embarazadas y pacientes con parto previo entre las edades de 14-18, de las UCSF “El Pimental”, UCSF “Nombre de Jesús” de Chalatenango y UCSF “Quezaltepeque” entre el periodo de junio a diciembre de 2016.

Interpretación: Dentro de las adolescentes en estudio el 77.78% son ama de casa, lo que quiere decir que dependen de alguien para sus ingresos económicos.

2-FACTORES SOCIO-CULTURALES

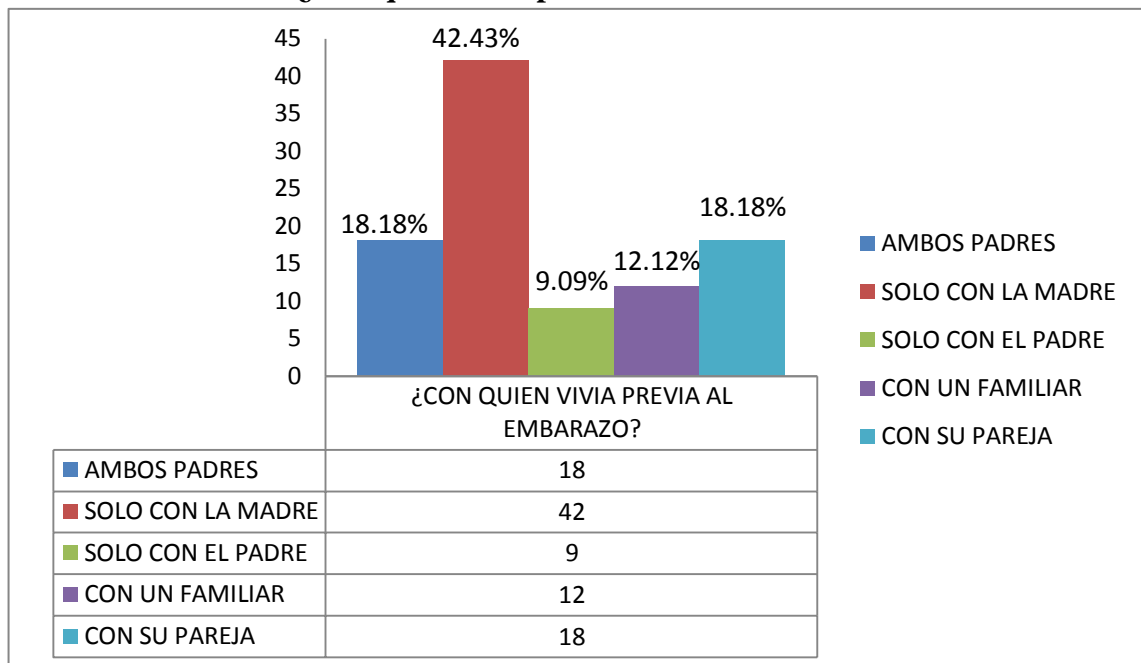
NIVEL DE ESCOLARIDAD



Fuente: Expediente clínico y entrevistas realizadas a adolescentes embarazadas y pacientes con parto previo entre las edades de 14-18, de las UCSF “El Pimental”, UCSF “Nombre de Jesús” de Chalatenango y UCSF “Quezaltepeque” entre el periodo de junio a diciembre de 2016.

Interpretación: Del total de adolescentes investigadas, se encuentran que el 41.42% han cursado educación básica, por lo que se podría interpretar que cierto porcentaje recibió en algún momento de su proceso educativo información sobre salud sexual y reproductiva.

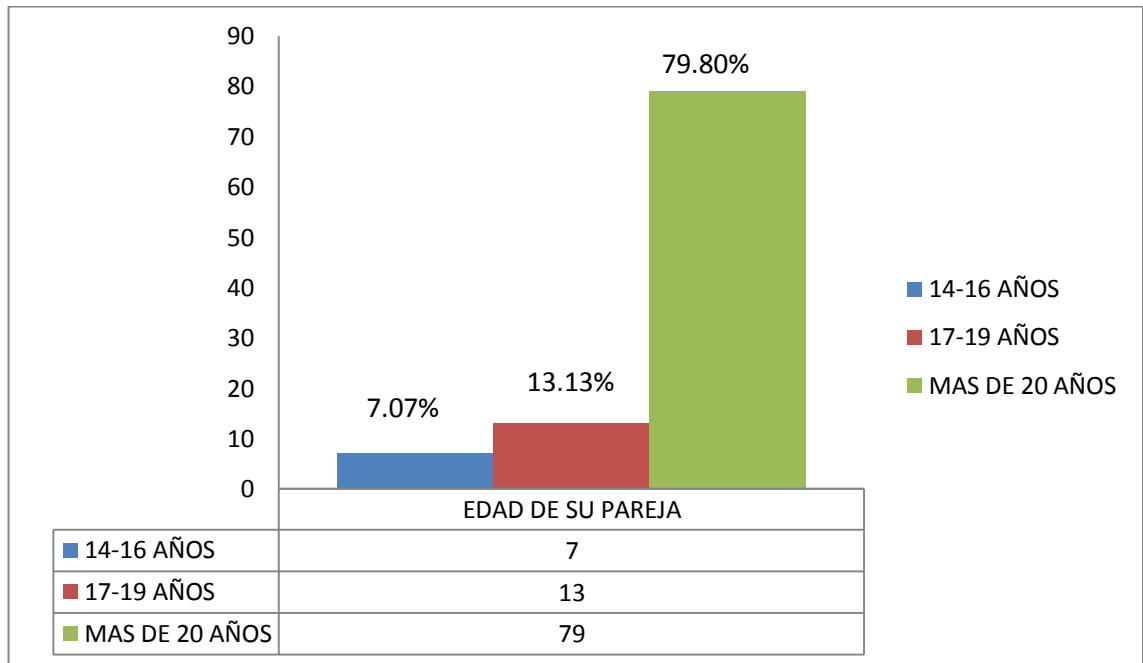
¿Con quién vivía previo al embarazo?



Fuente: Expediente clínico y entrevistas realizadas a adolescentes embarazadas y pacientes con parto previo entre las edades de 14-18, de las UCSF “El Pimental”, UCSF “Nombre de Jesús” de Chalatenango y UCSF “Quezaltepeque” entre el periodo de junio a diciembre de 2016.

Interpretación: Las pacientes en estudio previo al embarazo el 42.43% viva junto a sus madre, lo que significa que vivían en un núcleo familiar desintegrado, con ausencia de una figura paterna.

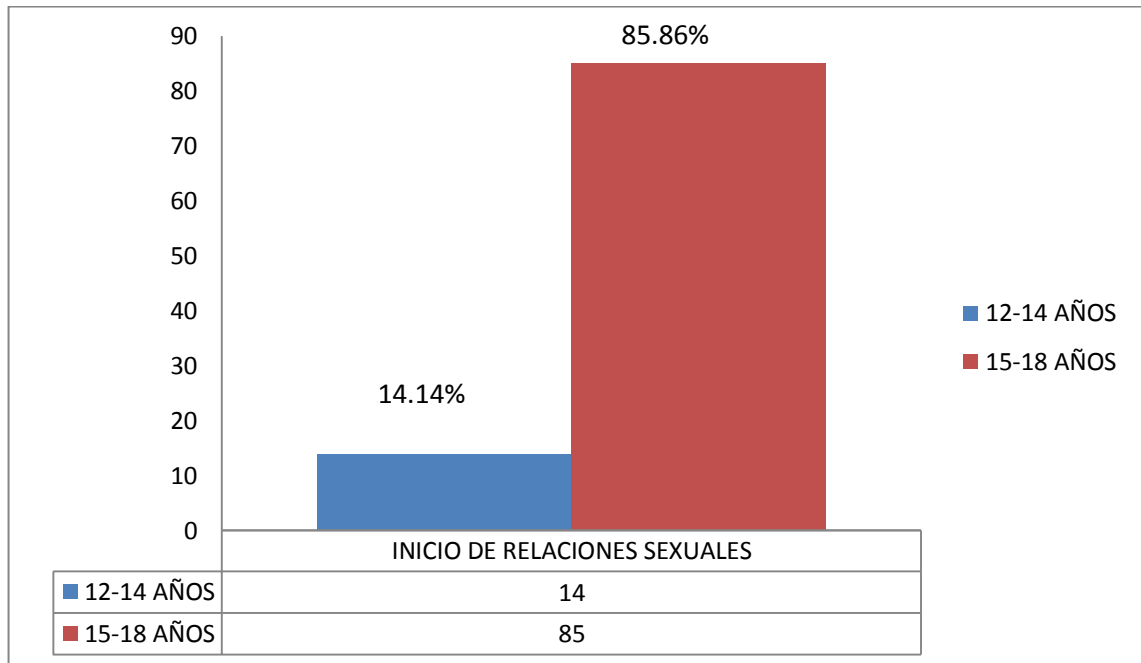
EDAD DE SU PAREJA



Fuente: Expediente clínico y entrevistas realizadas a adolescentes embarazadas y pacientes con parto previo entre las edades de 14-18, de las UCSF “El Pimental”, UCSF “Nombre de Jesús” de Chalatenango y UCSF “Quezaltepeque” entre el periodo de junio a diciembre de 2016.

Interpretación: el 79.80% de las parejas de las adolescentes embarazadas en estudio sobrepasan los 20 años, lo que se puede tomar como factor de riesgo para las adolescentes.

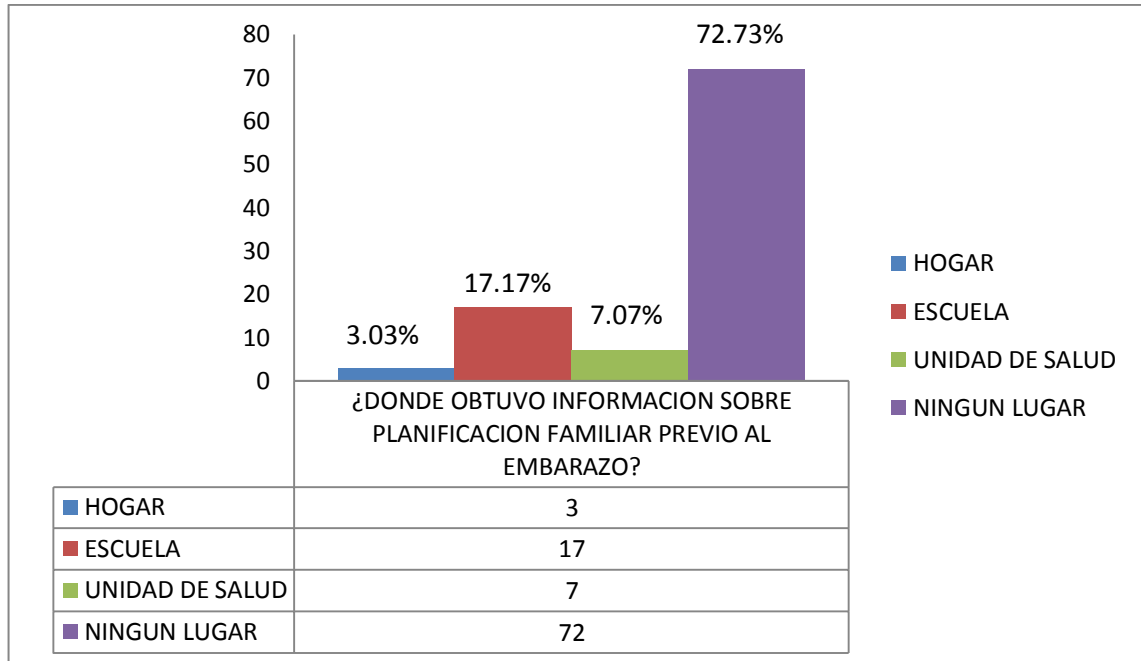
INICIO DE RELACIONES SEXUALES



Fuente: Expediente clínico y entrevistas realizadas a adolescentes embarazadas y pacientes con parto previo entre las edades de 14-18, de las UCSF “El Pimental”, UCSF “Nombre de Jesús” de Chalatenango y UCSF “Quezaltepeque” entre el periodo de junio a diciembre de 2016.

Interpretación: De las pacientes en estudio, el 85.86% iniciaron relaciones sexuales entre los 15 a 18 años de edad, esto probablemente se haga como parte de la exploración sexual o por presiones de grupos de amigos; o por poca información acerca de la sexualidad.

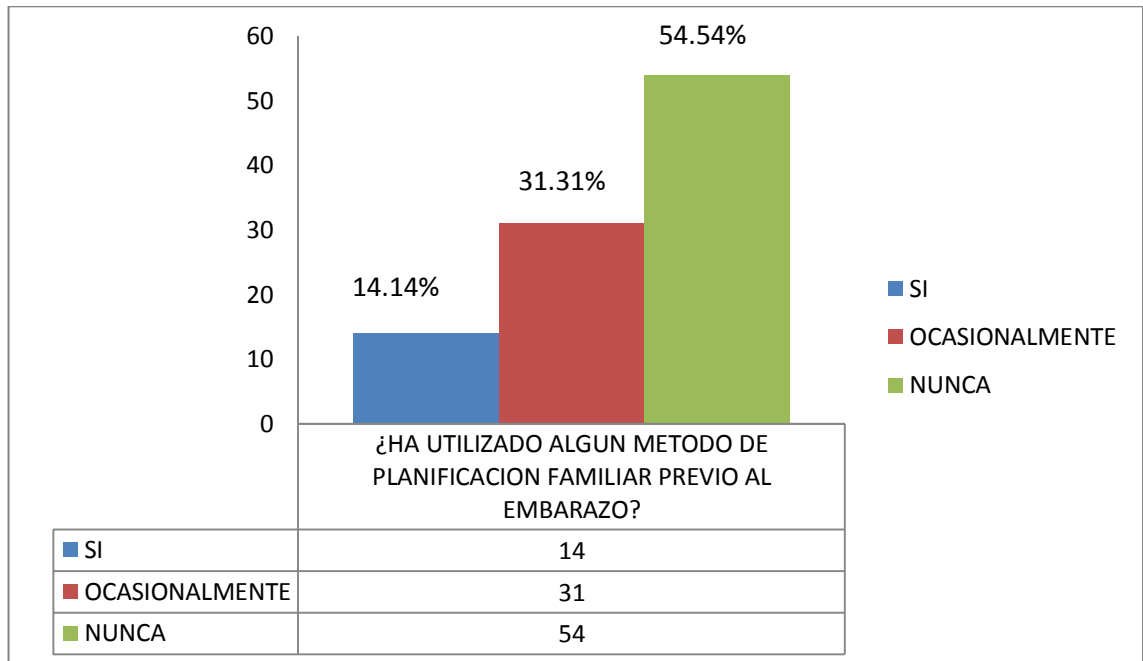
¿DÓNDE OBTUVO INFORMACIÓN SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR PREVIO A SU EMBARAZO?



Fuente: Expediente clínico y entrevistas realizadas a adolescentes embarazadas y pacientes con parto previo entre las edades de 14-18, de las UCSF “El Pimental”, UCSF “Nombre de Jesús” de Chalatenango y UCSF “Quezaltepeque” entre el periodo de junio a diciembre de 2016.

Interpretación: De las adolescentes embarazadas en estudio, el 72.73% refirieron que no recibieron una orientación adecuada sobre planificación familiar, lo que muy probablemente las llevo a un embarazo a temprana edad.

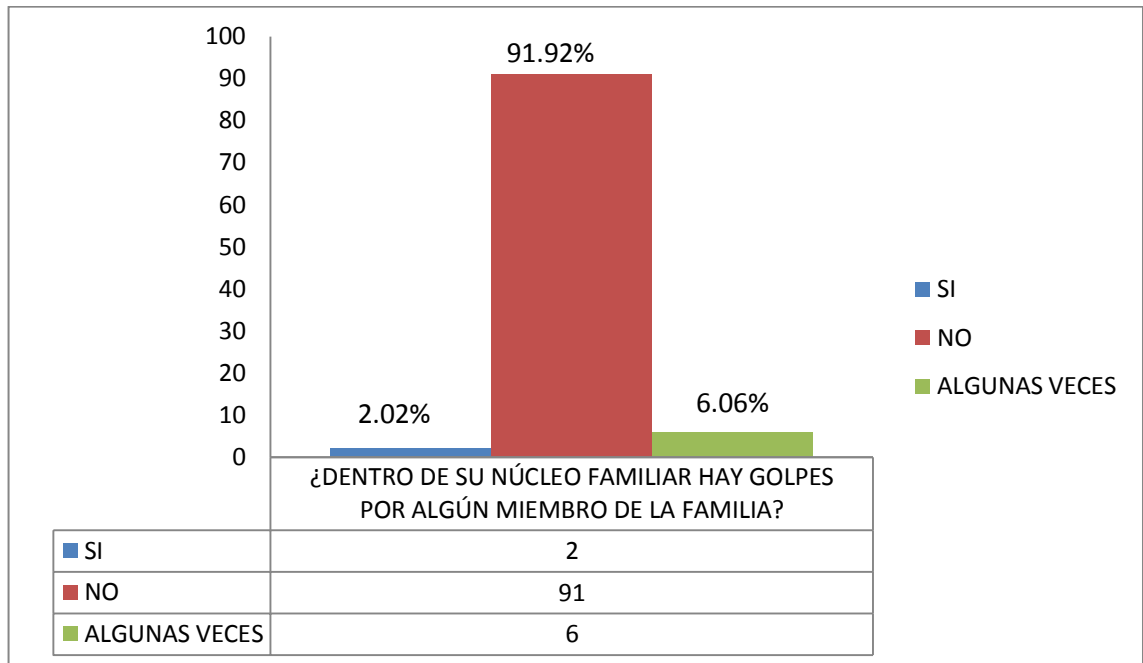
¿HA UTILIZADO ALGÚN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR PREVIO AL EMBARAZO?



Fuente: Expediente clínico y entrevistas realizadas a adolescentes embarazadas y pacientes con parto previo entre las edades de 14-18, de las UCSF “El Pimental”, UCSF “Nombre de Jesús” de Chalatenango y UCSF “Quezaltepeque” entre el periodo de junio a diciembre de 2016.

Interpretación: El 54.55% de adolescentes embarazadas en estudio, respondieron que nunca habían hecho uso de métodos anticonceptivos, por lo que podemos interpretar que esto es consecuencia de la poca información.

¿DENTRO DE SU NÚCLEO FAMILIAR HAY GOLPES POR ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA?



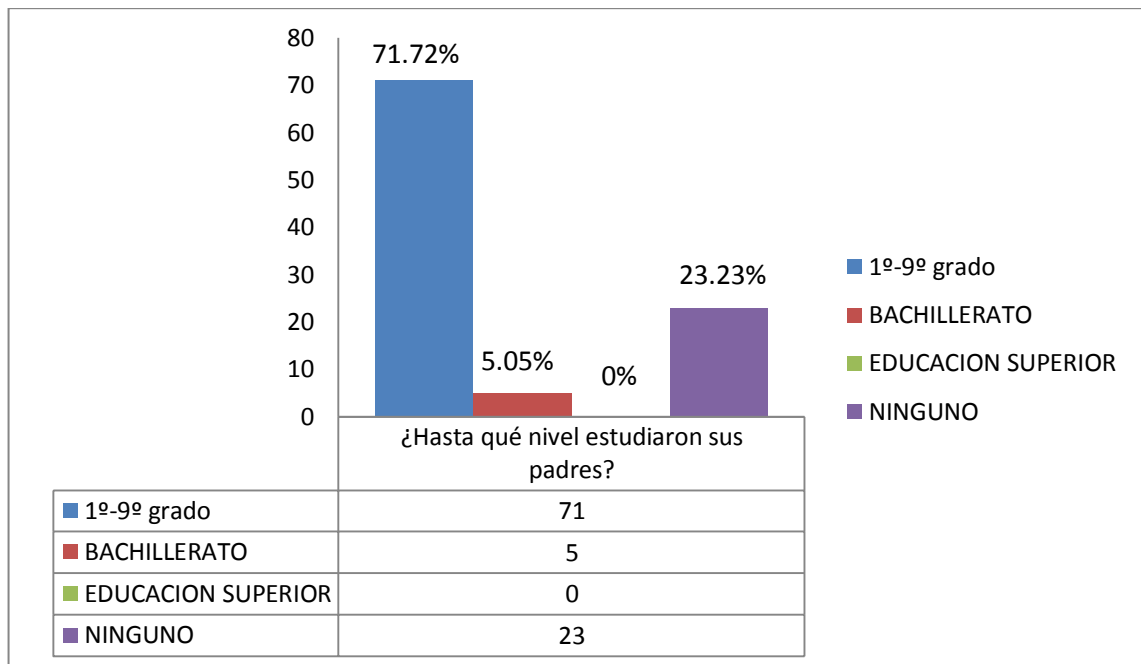
Fuente: Expediente clínico y entrevistas realizadas a adolescentes embarazadas y pacientes con parto previo entre las edades de 14-18, de las UCSF “El Pimental”, UCSF “Nombre de Jesús” de Chalatenango y UCSF “Quezaltepeque” entre el periodo de junio a diciembre de 2016.

Interpretación: Las pacientes en estudio afirman en un 91.92% no recibir ningún tipo de violencia física por algún miembro de su grupo familiar, y esto se puede constatar en la hoja de tamizaje de violencia al momento de la inscripción prenatal.

3-FACTORES ECONOMICOS.

¿HASTA QUÉ NIVEL ESTUDIARON SUS PADRES?

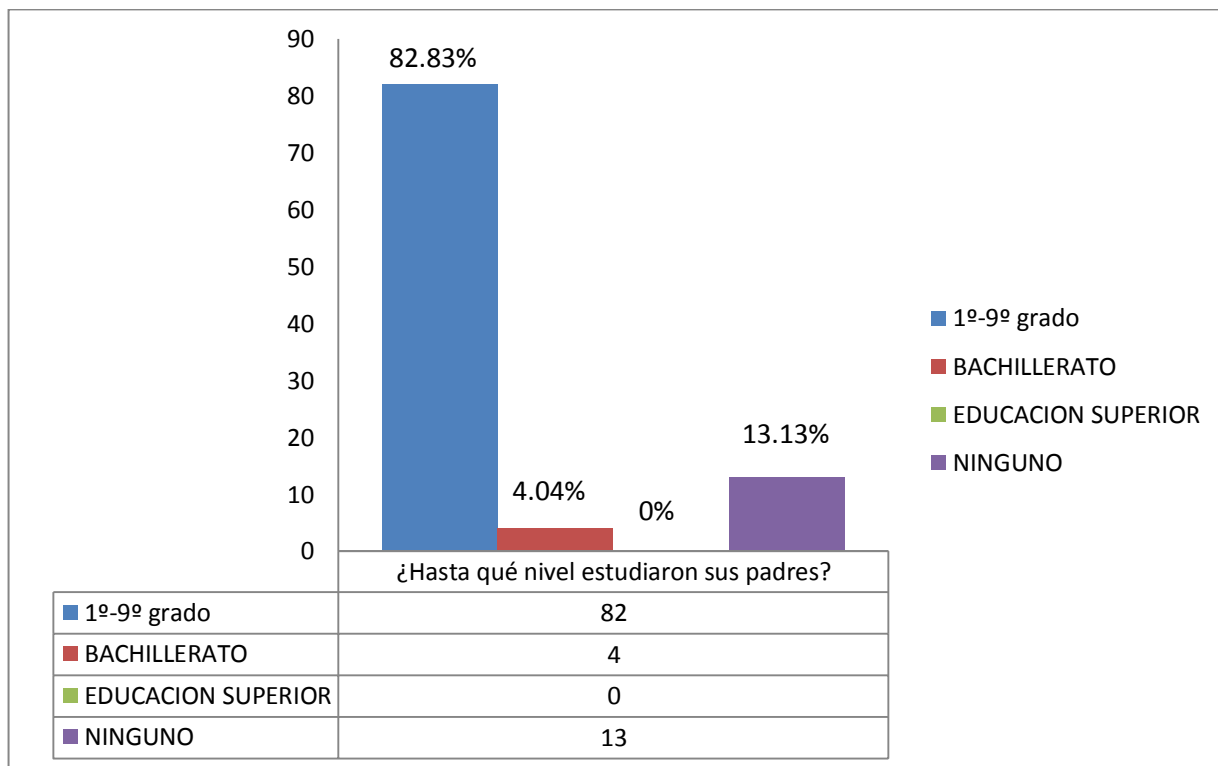
MADRE



Fuente: Expediente clínico y entrevistas realizadas a adolescentes embarazadas y pacientes con parto previo entre las edades de 14-18, de las UCSF “El Pimiento”, UCSF “Nombre de Jesús” de Chalatenango y UCSF “Quezaltepeque” entre el periodo de junio a diciembre de 2016.

Interpretación: el 71.72% las madres de las adolescentes embarazadas en estudio lograron un nivel académico básico, lo que probablemente no haya sido suficiente como para lograr una adecuada educación sobre salud sexual y reproductiva; y esto asimismo compartirlo con sus hijos.

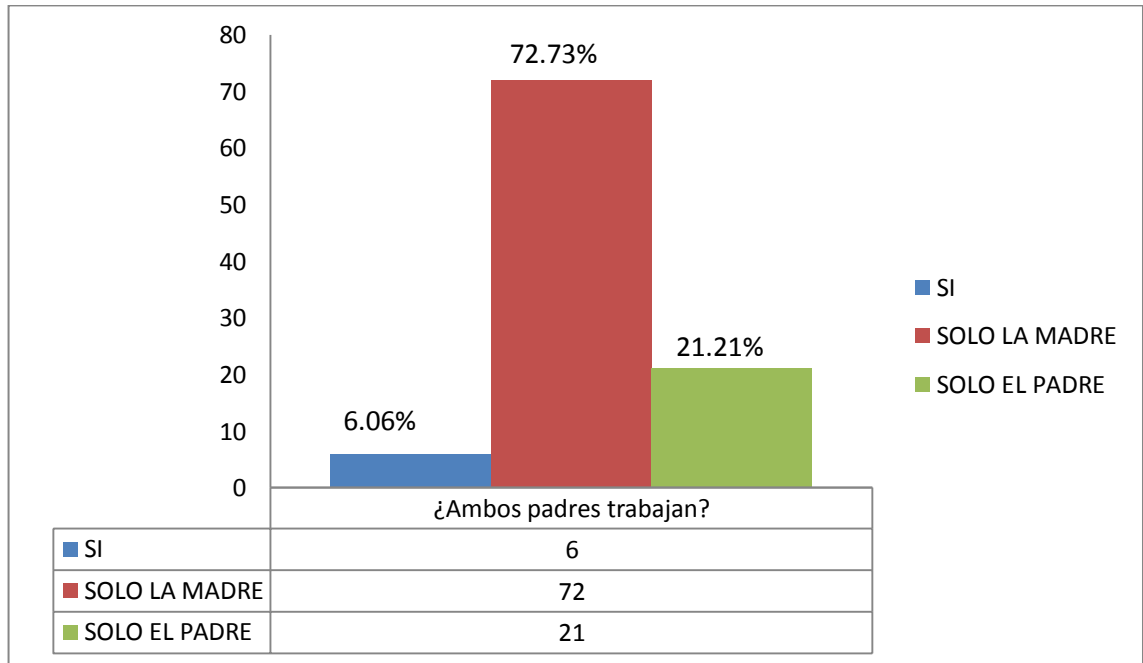
PADRE



Fuente: Expediente clínico y entrevistas realizadas a adolescentes embarazadas y pacientes con parto previo entre las edades de 14-18, de las UCSF “El Pimental”, UCSF “Nombre de Jesús” de Chalatenango y UCSF “Quezaltepeque” entre el periodo de junio a diciembre de 2016.

Interpretación: el 82.83% de los padres de las adolescentes embarazadas en estudio lograron un nivel académico básico, lo que probablemente no haya sido suficiente como para lograr una adecuada educación sobre salud sexual y reproductiva; y esto asimismo compartirlo con sus hijos.

¿AMBOS PADRES TRABAJAN?

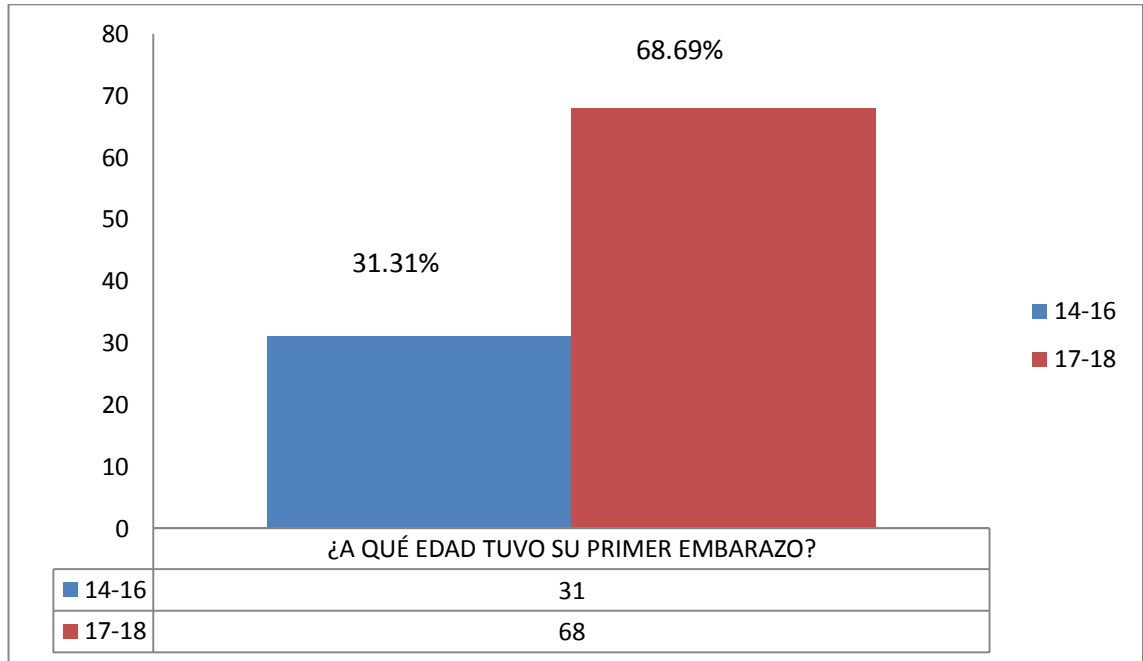


Fuente: Expediente clínico y entrevistas realizadas a adolescentes embarazadas y pacientes con parto previo entre las edades de 14-18, de las UCSF “El Pimental”, UCSF “Nombre de Jesús” de Chalatenango y UCSF “Quezaltepeque” entre el periodo de junio a diciembre de 2016.

Interpretación: el 72.73%, las madres, de las adolescentes en estudio, son las únicas que ostentan un trabajo para sostener a los hogares desintegrados, asimismo quiere decir que son las jefes de hogar.

4-CONSECUENCIAS FISICAS.

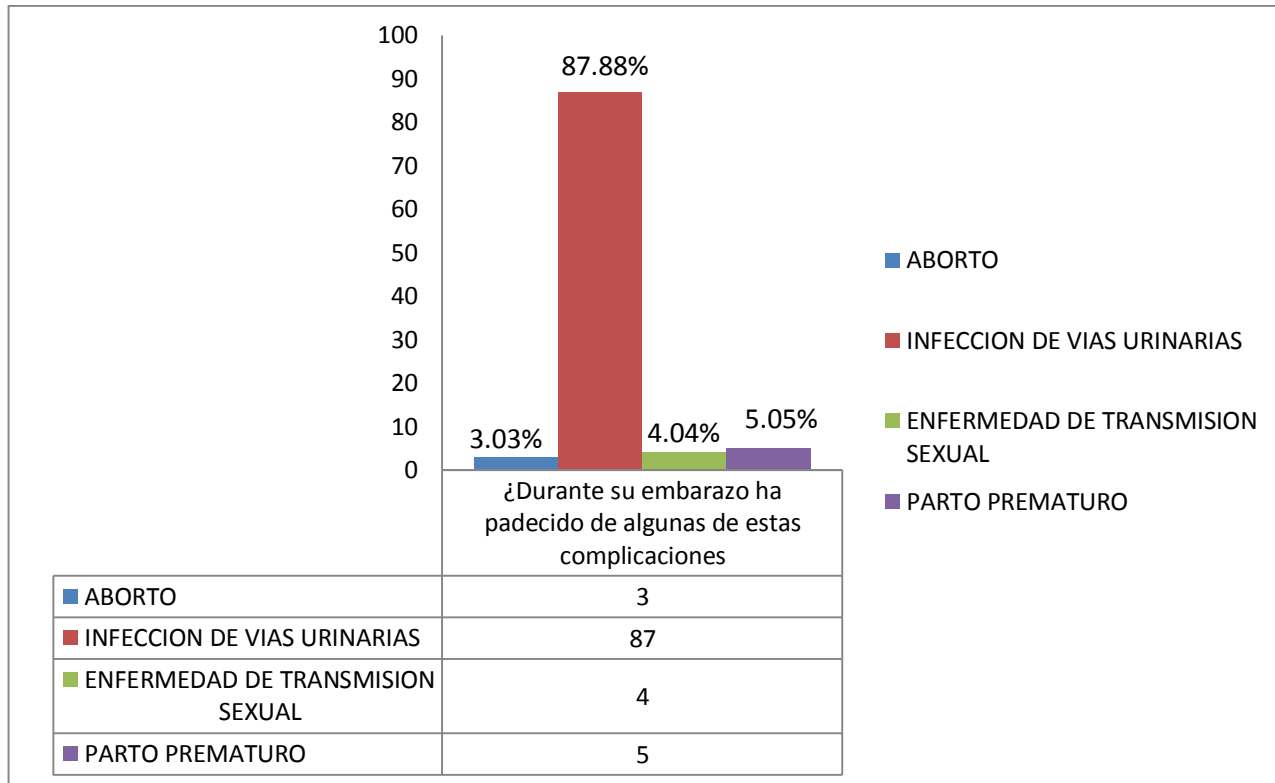
¿A QUÉ EDAD TUVO SU PRIMER EMBARAZO?



Fuente: Expediente clínico y entrevistas realizadas a adolescentes embarazadas y pacientes con parto previo entre las edades de 14-18, de las UCSF “El Pimental”, UCSF “Nombre de Jesús” de Chalatenango y UCSF “Quezaltepeque” entre el periodo de junio a diciembre de 2016.

Interpretación: el 68.69% de embarazadas adolescentes en estudio tuvieron su primer embarazo entre la edad de 17-18 años, aunque cabe mencionar que algunas cursaban ya por su segundo embarazo.

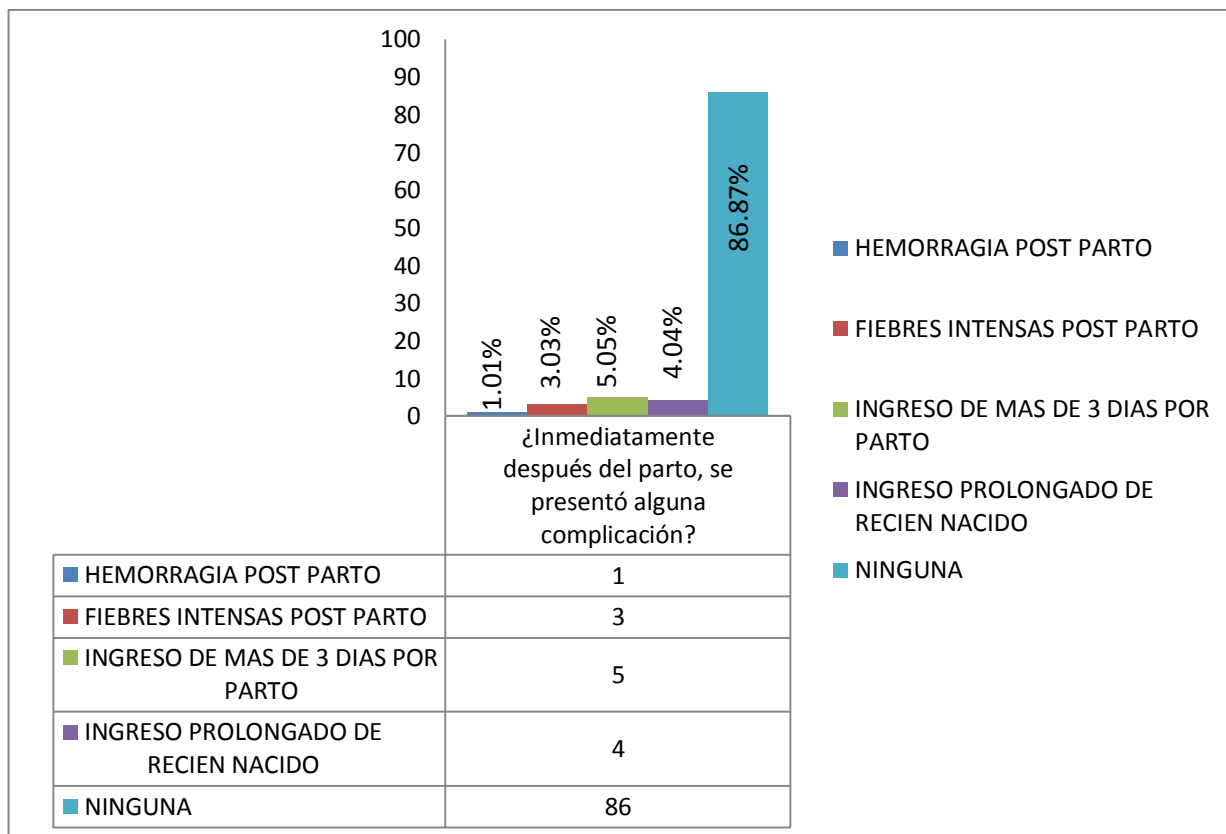
¿DURANTE SU EMBARAZO HA PADECIDO DE ALGUNAS DE ESTAS COMPLICACIONES



Fuente: Expediente clínico y entrevistas realizadas a adolescentes embarazadas y pacientes con parto previo entre las edades de 14-18, de las UCSF “El Pimental”, UCSF “Nombre de Jesús” de Chalatenango y UCSF “Quezaltepeque” entre el periodo de junio a diciembre de 2016.

Interpretación: Dentro de las principales complicaciones dentro del embarazo, las adolescentes sufrieron infecciones de vías urinarias, en un 87.88%.

¿INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL PARTO, SE PRESENTÓ ALGUNA COMPLICACIÓN?



Fuente: Expediente clínico y entrevistas realizadas a adolescentes embarazadas y pacientes con parto previo entre las edades de 14-18, de las UCSF “El Pimental”, UCSF “Nombre de Jesús” de Chalatenango y UCSF “Quezaltepeque” entre el periodo de junio a diciembre de 2016.

Interpretación: El 86.87% de embarazadas en estudio no sufrió complicaciones en su periodo post parto.

8. DISCUSION

Al analizar los resultados, se encuentra un perfil similar en las adolescentes con embarazo precoz, el cual se muestra en los resultados obtenidos y es el siguiente, aclarando que se toman los datos que obtiene mayor porcentaje en cada ITEMS.

La población que se sometió a estudio muestra una relación directa entre la procedencia del área rural con un numero de 73 adolescentes, área que se ve más ligada a personas que pocos recursos económicos, poco acceso a información y bajo nivel educativo de sus habitantes.

En cuanto a las edades que se presentan con frecuencia embarazos en adolescentes están entre 17 y 18 años, con un resultado de 74 adolescentes, de las cuales la mayoría se había completado educación básica, pero no habían continuado con sus estudios de bachillerato. Y en la actualidad están ejerciendo el rol de amas de casa con su compañero de vida en unión libre. El pertenecer a un nivel educativo bajo, aunado a desinterés por metas profesionales, limita a las adolescentes a proyectarse hacia un futuro mejor.

Sin embargo encontramos que hay una cantidad mínima que logro obtener bachillerato con un dato de 13 adolescentes.

Los factores sociales en la última década han tenido mucha influencia sobre la juventud en general, teniendo importancia para este estudio, desde el punto de vista de salud pública, dado que los embarazos en las adolescentes están siendo influenciados por la conformación y comportamiento de sus familias, esto cobra más relevancia si se relaciona con aspectos de salud sexual y reproductiva y los resultados obtenidos demuestran que se tuvo poco acceso a información y promoción de la salud sexual y reproductiva ya que la mayoría reporta que no obtuvieron información sobre planificación familiar, y aunque el gran porcentaje se encontraban viviendo con alguno de sus padres previo al embarazo, no se les brindo información sobre la importancia de planificación familiar o el hecho de la importancia de retrasar el inicio de relaciones sexuales. Otro número pequeño de 13 personas, si obtuvo información en la escuela.

El grupo familiar de las adolescentes embarazadas que participaron en este estudio, está conformado por familias desintegradas, constituido principalmente por la madre y hermano/a, en menor cantidad su grupo familiar lo conforman sus padres (Madre y Padre) y hermanos, esto incluye a adolescentes que respondieron que están actualmente con su pareja, en su vivienda propia.

Las familias con las que las adolescentes habitan tienen una importante influencia sobre las conductas sexuales y reproductivas. Así, las familias “bien constituidas”, con ambos padres biológicos presentes, ofrecen un entorno protector. Las adolescentes provenientes de esas familias tienen una probabilidad menor de adoptar conductas de riesgo, es decir, de tener una iniciación sexual temprana y relaciones sexuales sin protección y, por lo tanto, de quedar embarazada.

En general, un ambiente familiar crítico y conflictivo, familias desintegradas puede llevar a la adolescente a tomar la decisión de iniciar su actividad sexual, además de buscar una compañía grata, a pensar en la posibilidad de un embarazo como alternativa de escape y a la construcción de una nueva vida. Nueva vida que, por lo general, no llega y que por lo contrario complica el futuro de la joven adolescente.

Se obtuvieron datos sobre la edad de inicio de relaciones sexuales de las adolescentes y estos son que la mayoría inicio relaciones sexuales de 15 a 18 años, adolescentes que eran miembro de una familia con padres de baja escolaridad, hacinamiento y por lo tanto bajo recursos económicos e incluso víctimas de violencia intrafamiliar.

Al hablar de las consecuencias físicas en las adolescentes se observó que un gran número padecieron en algún momento de infección de vías urinarias y en cuanto a las consecuencias post parto la mayoría de la población en estudio no sufrió ninguna.

9. CONCLUSIONES

1. La Problemática de la incidencia de embarazos en adolescentes, se presenta en mayor medida en el área, la cual de manera global se asocia a aquellas personas que poseen menos recursos económicos, menos acceso a educación, vinculada así mismo violencia intrafamiliar y de la comunidad, todo lo mencionado forman razones de gran peso para un desarrollo inadecuado de las adolescentes y favorecen la incidencia de embarazos en adolescentes.
2. La edad a la que una adolescente inicia relaciones sexuales se ve determinada por su entorno cultural, social y familiar. Un ambiente familiar desintegrado y conflictivo lleva a la adolescente a tomar la decisión de iniciar precozmente la actividad sexual, además de buscar compañía grata, y ve la posibilidad de un embarazo como alternativa de escape y construcción de una nueva vida. Nueva vida que, por lo general, no llega y complica el futuro de la adolescente.
3. Así mismo es importante mencionar que los embarazos en adolescentes contribuyen a que estas mujeres en un futuro tengan más hijos, que aquellas que presentan su primer embarazo después de los 20 años.
4. La falta de conocimiento de los temas de salud sexual y reproductiva condiciona a la adolescente a adoptar estilos de vida no saludables y por ende comportamientos sexuales de riesgo, desencadenando embarazos precoces.
5. El embarazo no planeado en las adolescentes puede ser el producto de la falta de información sobre los anticonceptivos, el sexo sin protección, la falla anticonceptiva o el uso incorrecto de anticonceptivo.

6. La poca educación sexual que se proporciona en las instituciones escolares tanto de nivel primario y secundario no garantizan que los adolescentes asuman un ejercicio de la sexualidad consciente y responsable. Aunque cierto porcentaje de adolescentes con embarazo precoz, logro terminar la educación básica.
7. La mayor parte de adolescentes con un embarazo precoz, este fue concebido sin estar viviendo con su pareja, la mayoría aún se encontraba con sus padres y o un familiar. Pero un buen porcentaje opta por estar en unión libre, lo que hace que la adolescente tome un rol de una persona adulta dentro de la sociedad, con responsabilidades claras hacia el cuidado y mantenimiento de su hijo por parte de ambos padres, pero en gran medida en un pareja de adolescentes o cuando solo la mujer es adolescente, esta se convierte en ama de casa. Es muy bajo el porcentaje de aquellas que pueden continuar con sus estudios.
8. Como ya se mencionó anteriormente el entorno social o familiar previo al embarazo de la adolescente contribuye a las decisiones que esta pueda tomar. Una familia con padres con baja escolaridad, un numero grande de sus miembros familiares lo que genera bajos recursos económicos y esta situación acorta las posibilidades a las que la adolescentes pueda aspirar.
9. Cuando una adolescente está embarazada desconoce las consecuencias físicas que puede sufrir durante su embarazo en el trabajo de parto y post parto.

10.RECOMENDACIONES

➤ **Al Ministerio de Salud**

Fortalecer los programas existentes sobre salud sexual y reproductiva, con énfasis en un abordaje integral hacia los adolescentes, donde se destaque principalmente la prevención del embarazo en adolescente, para reducir el número de los mismos en esta población.

➤ **A los Sistemas Básicos de Salud Integral**

Favorecer e incentivar la capacitación permanente y sostenida del personal de salud en el primer nivel de atención sobre salud sexual y reproductiva.

Garantizar el abastecimiento de medicamento para los programas de planificación familiar en cada unidad comunitaria de salud familiar y en cada equipo comunitario de salud familiar, para asegurar que los adolescentes sexualmente activos tengan acceso a anticonceptivos.

➤ **A nivel de Unidades de Salud y Equipos Comunitarios de Salud**

Promover los programas de Planificación Familiar para que los adolescentes sexualmente activos comprendan la importancia del uso de métodos ya sea de tipo barrera y de anticoncepción hormonal.

Fomentar una coordinación adecuada con las instituciones educativas para el acercamiento adecuado, para la promoción de charlas sobre Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes.

Formar y dar seguimiento y apoyo a los clubes comunitarios de adolescentes para brindar consejería y charlas educativas referentes a la promoción de embarazo.

Establecer el seguimiento de las pacientes adolescentes con historia de embarazo previo, con el fin de garantizar un mejor control y uso de método anticonceptivo para evitar futuros embarazos.

➤ **A los padres de familia.**

Buscar acercamiento con personal de salud de Unidades de Salud o Equipos Comunitarios, para asesoramiento sobre Educación sobre Salud Sexual y Reproductiva, y así poder transmitir conocimiento a sus hijos, principalmente adolescentes.

11. BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud y Asistencia Social de El Salvador, Dirección de Regulación y Legislación en Salud, Unidad de Atención Integral e Integrada de Salud Sexual y Reproductiva. "Política de Salud Sexual y Reproductiva". San Salvador, Agosto 2012.
2. Kliegman, Robert M. Stanton, Bonita F. Schor, Nina F. St Geme, Joseph. Behrman, Richard E. "Nelson Tratado de Pediatría". 20ª Edición. Philadelphia 2015. Elsevier. Capítulos 110 y 118.
3. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). "Mapa de Embarazos en Niñas y Adolescentes en El Salvador". 1ª Edición. Julio de 2016.
4. Lifef Compan. "Embarazo a temprana edad". [Internet] [Citado el 15 de Abril de 2017]; Disponible desde: http://www.academia.edu/3742992/Embarazo_a_temprana_ed
5. OMS. "Desarrollo de la Adolescencia" [Internet] [Citado el 03 de Marzo de 2017]; Disponible desde: www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es

6. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva “¿QUÉ Y CUÁLES SON LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS?”. Internet] [Citado el 15 de Abril de 2017]; Disponible desde: http://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion/Que_y_cuales_son_met_antic_02_05_2011.pdf

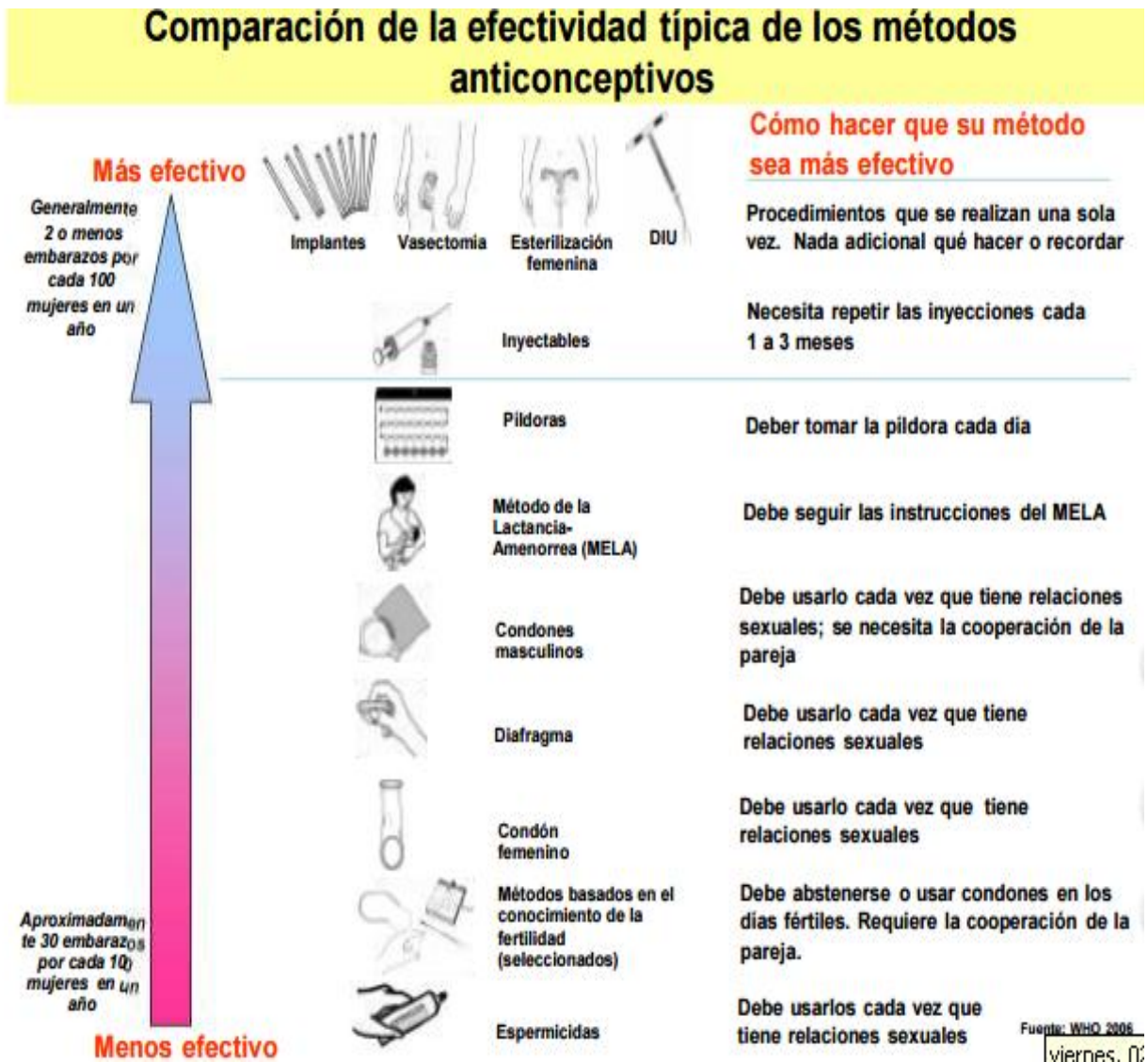
7. González Oliva, Xenia. “elsalvador.com: Mas de 160 mil adolescentes hospitalizadas por complicaciones en el embarazo” [Citado el 30 de Abril de 2017]; Disponible desde: <http://www.elsalvador.com/noticias/nacional/317742/mas-de-160-mil-adolescentes-hospitalizadas-por-complicaciones-en-el-embarazo/>

8. González Oliva, Xenia. “elsalvador.com: Médicos escandalizados por embarazos en adolescentes” [Citado el 30 de Abril de 2017]; Disponible desde: <http://www.elsalvador.com/noticias/nacional/317736/medicos-escandalizados-por-embarazos-adolescentes/>

9. Ramón Ruiz. “El Método Científico y sus Etapas” [Internet]. México 2017. [Citado el 11 de Abril de 2017]; Disponible desde: www.index-f.com>lascasas>documentos

12.ANEXOS

Anexo 1



Conoce y exige tus
Derechos Sexuales y Reproductivos

Diseño: alexandra.sanchez@gmail.com



El derecho al pleno respeto a la integridad del cuerpo



El derecho a la educación y la información en sexualidad



El derecho a explorar la propia sexualidad sin miedo, vergüenza, falsas creencias ni culpas



El derecho a expresar la sexualidad independientemente de la reproducción



El derecho a decidir si se quiere o no tener hij@s, y cuando



El derecho a la vida: A no morir por causas evitables relacionadas con el embarazo o parto



El derecho a una vida libre de violencia, que rechaza las agresiones físicas, psicológicas y sexuales



El derecho a la libertad y seguridad, decidiendo tener o no relaciones sexuales, con quién y con qué frecuencia



El derecho a casarse o no y de formar o no una familia



El derecho a la salud sexual
El derecho a los beneficios del progreso científico
El derecho a la intimidad y la confidencialidad

leememisderechos.blogspot.com/
Para más información o ser activista: leememisderechos@gmail.com


FONDO ALQUIMIA
dona al movimiento de mujeres

Anexo 4

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
TRABAJO DE INVESTIGACION



FECHA: _____

Yo _____ con documento Único de Identidad o Carnet de Minoridad No. _____ certifico que he sido informada con claridad y veracidad debida respecto al ejercicio académico que el estudiante egresado de Medicina General me ha invitado a participar; que actuó conscientemente, libre y voluntariamente como colaboradora, contribuyendo a este proceso de forma activa.

Soy conocedora de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que no me harán devolución escrita y que no se trata de una intervención con fines de tratamiento médico o psicológico.

Que se respeta la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada, lo mismo a que mi integridad física.

Estudiante egresado de Medicina

Documento de Identidad _____

Paciente _____

Documento de Identidad _____

Persona responsable (en caso de ser paciente menor de edad)

Documento de Identidad _____

Anexo 5

Universidad Nacional de El Salvador.



• INSTRUMENTO DE INVESTIGACION:

Incidencia de embarazos en adolescentes, factores que interfieren y sus consecuencias entre las edades de 14 a 18 años en UCSFB “El Pimental”, UCSFI “Nombre de Jesus” de Chalatenango y UCSF “Quezaltepeque” en el periodo de junio a diciembre 2016

- INDICACIONES: Coloque un X en la opción a la que pertenezca su respuesta.

FECHA:

1. **DATOS GENERALES:**

- Área:

Rural

Urbano

- Edad:

14 a 16 años

17 a 18 años.

- Estado civil:

Soltera

Casada

Unión Libre

- Ocupación:

Ama de casa

Estudiante

Empleada

Otro

2. FACTORES SOCIALES Y CULTURALES.

1. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

- Primer ciclo
- Segundo ciclo
- Tercer ciclo
- Bachillerato
- Ninguna

2. ¿Con quién vivía previo al embarazo?

- Ambos padres
- Solo con la madre
- Solo con el padre
- Con un familiar.
- Con su pareja

3. ¿Qué edad tiene su pareja?

- 14 a 16 años.
- 17 a 19 años.
- Más de 20 años.

4. ¿A qué edad inicio relaciones sexuales?

- 12 a 14 años 15 a 18 años

5. ¿Dónde obtuvo información sobre planificación familiar previo a su embarazo?

- En su casa.
- En la escuela.
- En la unidad de Salud.
- En ningún lugar.

6. ¿Ha utilizado algún método de planificación familiar previo al embarazo?

Si

Ocasionalmente.

Nunca

7. ¿Dentro de su núcleo familiar hay golpes por algún miembro de la familia?

Si

No

Algunas veces

3. FACTORES ECONOMICOS.

8. ¿Hasta qué nivel estudiaron sus padres?

Madre

Entre primero y noveno grado.

Bachillerato

Educación superior

Ninguno

Padre

Entre primero y noveno grado

Bachillerato

Educación superior

Ninguno

9. ¿Ambos padres trabajan?

Si

Solo la madre

Solo el Padre

4. CONSECUENCIAS FISICAS.

10. ¿A qué edad tuvo su primer embarazo?

14 a 16 años.

17 a 18 años.

11. ¿Durante su embarazo ha padecido de algunas de estas complicaciones?

Aborto

Infecciones de vías urinarias

Enfermedades de transmisión sexual

Parto prematuro

12. ¿Inmediatamente después del parto, se presentó alguna complicación? Como:

Hemorragia post parto

Fiebres intensas post parto

Ingreso de más de 3 días post parto de madre.

Ingreso Prolongado de recién nacido.

Ninguna

Tabla Nº 6: Informe Final de Investigación

NOMBRE DEL ACÁPITE	CONTENIDO O PREGUNTAS QUE SE DEBEN CONTESTAR
Resumen	Incluye el problema que se investigó, objetivos metodología utilizada, principales resultados y principales conclusiones, expresados en no más de 250 palabras.
Introducción	Debe incluir de forma resumida, el problema estudiado, antecedentes pertinentes y justificación. Agregando además los aspectos generales que fueron investigados y la metodología utilizada.
Objetivos: general específicos	Los objetivos que se plantearon en el estudio.
Marco teórico, referencia o conceptual	Los elementos ya detallados desde el protocolo de investigación
Hipótesis	De haberse planteado en el protocolo, deberá responderse con la debida utilización de pruebas estadísticas.
Diseño metodológico	<p>Debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de investigación • Periodo de investigación • Universo • Muestra: cálculo y diseño muestral • Variables • Operacionalización de variables • Cruce de variables • Fuentes de información • Técnicas de obtención de información • Herramientas para obtención de información • Procesamiento y análisis de información
Resultados	Redactarlos siguiendo el orden de los objetivos específicos del trabajo, de tal manera que haga posible una adecuada interpretación, la síntesis de los mismos y la demostración de las diferentes variables provenientes de dichos objetivos.
Discusión	Elaborar una redacción en prosa, que destaque los resultados del estudio contrastando con el conocimiento teórico previo, mediante su respectivo análisis.
Conclusiones	Expresa en forma sintética y puntual, los aspectos más relevantes de los resultados encontrados, derivados de la discusión.
Recomendacione	Deben de tener una orientación a la solución concreta del problema y ser

s	congruentes con las conclusiones y acordes a la delimitación temporal e institucional del estudio.
Bibliografía, citas o referencias bibliograficas	Utilizar la técnica de citas bibliográficas reconocida en las publicaciones de las diferentes disciplinas médicas. (Modelo Vancouver, APA y otros reconocidos académicamente)
Anexos	Incluye información metodológica, técnicas, instrumentos u otras que amplían la información y que han sido utilizadas para el fortalecimiento y desarrollo de la investigación y que a criterio del investigador pueden ser útiles para los lectores.

Fuente: Programa para el desarrollo y aprobación de tesis de Doctorado en Medicina año 2017

%