

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



Universidad de El Salvador

Hacia la libertad por la cultura

“DETERMINANTES DEMOGRÁFICAS, SOCIOCULTURALES Y SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA EN EMBARAZOS NO PLANIFICADOS DE USUARIAS EN CONTROL PRENATAL, UCSF SAN DIEGO Y PERQUÍN, JUNIO - JULIO 2017.”

INFORME FINAL PRESENTADO POR:

Rodrigo Eduardo Gutiérrez Bejarano
Jairo José Mira Tejada

PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

DOCTOR EN MEDICINA

ASESOR:

Dr. Efraín Lima Calderón

San Salvador, 25 de Agosto de 2017

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
OBJETIVOS	4
MARCO TEÓRICO	5
➤ <i>EMBARAZO NO PLANIFICADO</i>	5
➤ <i>SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</i>	7
➤ <i>EMBARAZO NO PLANIFICADO EN ADOLESCENTES EN EL SALVADOR</i>	9
➤ <i>CONSECUENCIAS DE LOS EMBARAZOS NO PLANIFICADOS</i>	10
➤ <i>PLANIFICACIÓN FAMILIAR</i>	14
➤ <i>CUIDADO PRECONCEPCIONAL</i>	15
DISEÑO METODOLÓGICO	16
➤ <i>OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES</i>	18
RESULTADOS	21
DISCUSIÓN	42
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	49
BIBLIOGRAFÍA	51
ANEXOS	53

Resumen

La presente investigación lleva como título: “Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017.” El estudio de tipo descriptivo, transversal, en el cual se abordaron un total de 39 usuarias, por medio de la entrevista estructurada, tenía como principal criterio de inclusión la no planificación del embarazo actual, quedando, con este criterio, un total de 30 embarazadas para la muestra.

Se utilizó, como guía para la entrevista, el instrumento de investigación, dando como resultados principales que las encuestadas tenían un perfil de edad adulta joven, escolaridad de básica a media e ingresos económicos bajos, además de evidenciar que existe una cultura de planificación familiar, que a pesar de tener una cobertura considerable, tiene aún muchas deficiencias en cuanto a la educación, y que en su mayor parte las usuarias recurren al abandono de los mismos debido a esto, volviendo a las mujeres más proclives a presentar un embarazo no planificado.

En base a este análisis, se concluyó que los factores anteriormente descritos, en especial el bajo ingreso económico junto con la poca educación sexual-reproductiva impartida en las principales entidades formadoras, y deficiencias en la información y cobertura de los métodos de planificación familiar influyen en el apareamiento de embarazos no planificados, iniciado éstos en su mayoría en etapas en las que el desarrollo personal aún no se ha culminado.

Introducción

A nivel mundial, de 210 millones de embarazos por año, existen en promedio 80 millones de embarazos no deseados (38 % del total), por lo cual, el problema puede ser denominado como una epidemia. Esta cifra da como resultado aproximadamente 42 millones de abortos inducidos y 38 millones de nacimientos no deseados.¹

El Salvador, para el año 2015, contaba con una población de 6.1 millones de habitantes, lo que correspondía a una densidad poblacional de 292 habitantes por km². Según *The World Factbook*² en El Salvador existía en el 2016 una tasa de 16.3 nacimientos por cada mil habitantes, lo que resulta en 96,000 nacimientos anuales aproximadamente. Con un 36.5% de la población total, viviendo en situación de pobreza.

El presente estudio representó la búsqueda activa y abordaje integral a las causas que subyacen a los embarazos no planificados, siendo necesario aclarar que existe una diferencia entre éstos y los embarazos no deseados, por lo que se enfocó la investigación en aquellos embarazos que, aun siendo aceptados por el núcleo familiar, no recibieron asesoría preconcepcional y/o no formaban parte del proyecto de vida de los padres en ese momento.

Al momento de investigación no se contaban con estudios acerca de la problemática de los embarazos no planificados a nivel nacional. En el 2014 un estudio publicado por la universidad de Zaragoza, España por Simón y Aznar et al.³, donde se encuestaron un total de 583 pacientes de 13 a 24 años, obtuvo como resultado que 174 de las mismas habían tenido un embarazo no planificado. Además, dicho estudio reveló que entre los principales factores predictores para un embarazo no planificado incluían; la falta de un método anticonceptivo, irregularidad en controles de planificación familiar y menor edad de inicio de relaciones sexuales, resultando este último más determinante de un embarazo no planificado que el nivel escolar en las encuestadas.

Según estudio publicado por la revista cubana de medicina militar en 2013, en América Latina y el Caribe, de los 18 millones de embarazos que se producen cada año, el 52 % no son planeados y el 21 % terminan en aborto. Lo que manifiesta la importancia de esta temática y la necesidad de un abordaje integral. En dicho estudio se abordó la problemática de los embarazos no

planificados en población estudiantil. De las estudiantes que presentaron embarazo no deseado, el 57,7 % demostró una cultura inadecuada sobre salud sexual y reproductiva. Y un 14,1 % mostró un mal uso de los métodos anticonceptivos⁴.

Un boletín informativo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicado en julio del 2015 reportó que el 20% de los partos en la región de Centroamérica corresponde a mujeres menores de 20 años y el 40% de los embarazos fue no planificado.⁵

La presente investigación se desarrolló recopilando datos durante los meses de Junio y Julio en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) de Perquín y San Diego, del departamento de Morazán. Con los resultados, se esperaba tener una idea más clara y basada en evidencia sobre la influencia de la educación, el medio social, las prácticas sexuales y reproductivas sobre aquellos embarazos que pudieron prevenirse. A su vez, se buscó establecer la relación de los mismos con la oferta de servicios de salud reproductiva, específicamente con el uso adecuado e inadecuado de los métodos de planificación familiar, llegando a obtener conocimiento que pudiera transformarse en herramienta para mejorar la salud integral de la mujer en edad reproductiva de la zona.

El embarazo no planificado es causa de un gran impacto a nivel físico, psicológico, familiar, educativo y económico; enfrentarlo se convierte en una problemática tanto para la mujer, como para la familia y la sociedad. Esto se traduce en mayor tasa de deserción escolar, menor oportunidad para desarrollo a nivel profesional, mayor riesgo de enfermedades asociadas y limitaciones a nivel económico lo que eventualmente llega a disminuir la capacidad de desarrollo de una sociedad.

Por lo anterior el estudio de aquellas determinantes que condicionan los embarazos no planificados en nuestra población resulta fundamental, como medio para poder realizar acciones encaminadas a la reducción de los mismos con estrategias orientadas al cambio en aquellos que sean modificables.

Objetivos

Objetivo general:

- Investigar las principales determinantes demográficas, socioculturales, educativas y servicios de salud reproductiva en los embarazos no planificados en control prenatal en las UCSF Perquín y UCSF San Diego, en el período de Junio a Julio del 2017

Objetivos específicos:

- Establecer el perfil demográfico de las mujeres con embarazos no planificados de las UCSF Perquín y UCSF San Diego.
- Determinar la influencia del entorno sociocultural en los embarazos no planificados en control en las UCSF Perquín y UCSF San Diego.
- Investigar el conocimiento que poseen las usuarias acerca de la salud sexual y reproductiva.
- Analizar el conocimiento y el uso de los métodos de planificación familiar en las mujeres con casos de embarazos no planificados.

Marco teórico

Embarazos no planificados

Un embarazo no planificado se puede definir como aquel que ocurre en un momento poco favorable, inoportuno o que se dan en una persona que no quiere reproducirse al momento de la concepción.

Las encuestas de demografía y salud que se han llevado a cabo en la mayoría de los países de Latinoamérica en las últimas décadas muestran que, en promedio, el tamaño de la familia se ha reducido de manera importante en los últimos 30 años: de 6 hijos en 1960–1965 a 3,3 en el primer quinquenio de los años noventa. Sin embargo, el número de hijos que las mujeres desearían tener es todavía menor. Así, por ejemplo, en Bolivia, en 1998 el tamaño medio de la descendencia era de 4,2 hijos, mientras que el número medio de hijos que las mujeres mencionaban como ideal era de 2,6. En Colombia, en el año 2000, el tamaño de la familia era en promedio de 2,6 hijos, mientras que el número deseado de hijos era, en promedio, de 2,3. Estos datos, son medias nacionales que ocultan grandes diferencias según la edad, escolaridad y lugar de residencia. Por ejemplo, en México, en 1997 las mujeres de 15 a 19 años declararon que su número ideal de hijos era, en promedio, de 2,7, mientras que las del grupo de 45 a 49 años respondieron que era de 4; aquellas sin escolaridad dijeron que el número ideal era de 4,3 y las que tenían educación secundaria o superior aspiraban a 2,7. Finalmente, las de origen rural señalaron que su tamaño ideal de descendencia era de 3,8 y las de origen urbano, de 3. En todos los países donde se ha recogido este tipo de información se han observado tendencias similares.⁷

Las expectativas reproductivas están influenciadas por la cultura y la ideología, y difieren según el grupo social y el contexto histórico. El papel que se les asigna a las mujeres en la sociedad está íntimamente relacionado con las expectativas reproductivas y varía dentro de una amplia gama que va desde el papel exclusivo de madre y cuidadora de los hijos hasta su desempeño pleno como trabajadora o profesional.

En la segunda mitad del siglo XX aparecieron y se desarrollaron los métodos anticonceptivos modernos, que son muy eficaces y seguros y que permitieron llevar las expectativas reproductivas a la práctica. En efecto, la anticoncepción moderna es la herramienta idónea para que las mujeres y las parejas puedan

elegir el momento en que inician la reproducción, el número de hijos que van a tener y el espaciamiento entre los embarazos.

En la región se ha observado una tendencia constante al aumento del uso de métodos anticonceptivos. Así, por ejemplo, Colombia muestra un aumento del 72% en 1995 al 77% en 2000 y en México se observa una tendencia ascendente sin interrupciones: del 63,1% en 1992 al 66,5% en 1996 y al 70,8% en 2000.

Sin embargo, en la práctica, existen mujeres que no desean reproducirse, pero siguen expuestas al “riesgo” de quedar embarazadas, por estar en edad reproductiva y llevar una vida sexual activa sin usar ningún método anticonceptivo o porque utilizan métodos “tradicionales” como el ritmo o el coito interruptus, de escasa eficacia para evitar el embarazo.

La proporción de mujeres que se encuentra en esta situación no es despreciable: en Bolivia, por ejemplo, ascendía al 26% en 1998, en Nicaragua al 14,7% en 1998 y en México al 12,1% en 1997. Según el Instituto Alan Guttmacher, en 1994 existían 8 millones de mujeres con esta necesidad insatisfecha en Brasil, 1,8 millones en Colombia, 6,7 millones en México, 1,9 millones en Perú y 351 000 en la República Dominicana.

Se estima que cada año ocurren en el mundo entre 8 y 30 millones de embarazos debidos al fracaso de los métodos anticonceptivos o a su uso incorrecto. Si bien una mejor información contribuiría a reducir estas cifras, nunca lograrán evitarse totalmente los embarazos no deseados debidos a esta causa.

Los embarazos no deseados que resultan de relaciones sexuales no consensuadas o del fracaso de los métodos anticonceptivos son más de los que deberían, considerando que existe un método seguro y eficaz para prevenir el embarazo tras una relación sexual sin protección: la anticoncepción de emergencia. Los embarazos no deseados son especialmente comunes en adolescentes, mujeres solteras y mayores de 40 años. Su frecuencia parece ser mayor entre las mujeres de escasos recursos y bajo nivel educativo, aunque ocurren en todas las clases sociales ⁷.

Salud sexual y reproductiva

La Salud Sexual y Reproductiva está definida 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 satisfactoria y sin riesgos con la visión de la Salud Sexual y Reproductiva, más allá de la reproducción.

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

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

En El Salvador, la Esperanza de Vida al Nacer en las mujeres es de 74.5 años y para los Hombres de 68.3. 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.

La mortalidad infantil (menor de 1 año) es de 16 por 1,000 nacidos vivos, de este más de la mitad corresponde a la mortalidad neonatal (9 por mil nacidos vivos), dentro de esta última un 80% ocurre en los primeros 7 días de vida (FESAL 2008). A nivel institucional las principales causas están relacionadas a prematuridad, malformaciones congénitas, sepsis neonatal, trastornos respiratorios y asfixia al nacimiento. La mortalidad perinatal está asociada

grandemente a procesos relacionados con el embarazo y atención del parto, así como a situaciones o condiciones de las mujeres previas a la concepción.

La primera relación sexual premarital es del 21.8% en las mujeres menores de 15 años y asciende al 68.9% en las de 15 a 19 años. La tasa específica de fecundidad para el grupo de 15 a 19 años es de 89 por 1000 mujeres. El porcentaje de adolescentes con experiencia de embarazo asciende significativamente del 8.4% entre las mujeres que tienen 15 años al 43.3% entre quienes tienen 19 años. El 18% del grupo de mujeres de 15 a 19 años tiene al menos un(a) hijo(a) actualmente vivo(a). En relación con la pareja, los datos indican que el 13.5% de las mujeres de 15 a 19 años tuvieron la primera relación sexual con hombres 10 o más años, mayores que ellas (FESAL 2008). Esto facilita la violencia de pareja por género y de edad, lo que hace avanzar hacia el ejercicio responsable de la sexualidad en la población adolescente sea una prioridad en los Programas de Salud Sexual y Reproductiva.

Para el año 2011, el Ministerio de Salud reportó como primera causa de muerte en mujeres adolescentes de 15 a 19 años la muerte auto infligida por efectos tóxicos de sustancias de procedencia no medicinal, muchos de estos casos relacionados con embarazos no deseados o conflictos derivados de un ejercicio inadecuado de la salud sexual y reproductiva.

En relación a la tasa de fecundidad los datos de FESAL reportan 2.5 hijos por mujer. La edad mediana a la primera unión conyugal es de 20 años y la del primer nacimiento 20.8 años. Las mujeres de 15 a 44 años que usan métodos de planificación familiar representan 72.5%. De ellas el 40% usa métodos temporales y 32.4% permanentes. La mayor fuente de anticonceptivos en el país es el Ministerio de Salud en un 56.6%. La inscripción precoz de la atención prenatal es del 76.8% y el 69.9% de este porcentaje cumple 5 controles o más. La atención del parto hospitalario es de 84.6% y de estos el 24.9% es por cesárea. El control posparto antes de las primeras 6 semanas es de 52.8 %. De las primeras 6 causas de morbilidad cinco de ellas están relacionadas con el embarazo, parto y puerperio ⁸.

Embarazo no planificado en adolescentes en El Salvador

De acuerdo con los registros del Ministerio de Salud en el año 2015 hubo 83,478 mujeres salvadoreñas embarazadas, y de ellas, 25,132 eran adolescentes de entre 10 y 19 años, es decir que el 30% del total de embarazos se registraron en niñas y adolescentes. Las adolescentes son el principal grupo de riesgo de presentar embarazos no planificados, debido a su falta de madurez emocional y poco conocimiento sobre su salud sexual, derivados en parte de una cultura salvadoreña que sigue considerando la sexualidad humana como un tabú, y en otra parte de la poca existencia de programas educativos que aborden la salud sexual desde la adolescencia, en especial en mujeres.

En el departamento de Morazán se reportó, para el año de 2015, un 30% de embarazos en mujeres entre 10 y 19 años, siendo este el grupo más vulnerable y afectado por los embarazos no planificados . La estadística del departamento no difiere mucho de la estadística a nivel nacional. (*Anexo 1*).

En la distribución por municipio de embarazos entre 10 y 19 años, los tres municipios mayormente afectados son Guatajagua con 101 casos, Corinto con 95 casos y San Francisco Gotera con 91 casos. (*Anexo 2*).

Los municipios de Torola y Perquín, registraron un total de 30 y 18 embarazos entre 10 y 19 años. (anexo2).⁹ Sin embargo, la mayor parte de los embarazos en control prenatal al momento, son de adolescentes. Cabría considerar la posibilidad de que esta estadística tienda al alza. Además, aún en mujeres en la 3° y 4° décadas de la vida, se observan muchas deficiencias educativas, actitudes de violencia sexual en las parejas y desigualdades de género que favorecen la aparición de embarazos no planificados. En estos grupos de edad, no se cuentan con estudios sobre la temática.

Consecuencias de los embarazos no planificados

Aborto inducido

El aborto inducido es la interrupción voluntaria del embarazo. La práctica consiste en provocar la finalización prematura del embarazo, impidiendo el desarrollo vital del embrión o feto para su eliminación.

Se estima que, para el 2014, ocurrían en promedio 35 abortos por cada 1000 mujeres entre los 15 y los 44 años a nivel mundial. El número de abortos ha aumentado al mismo tiempo que la densidad poblacional. Entre 1990 y 1994 existieron en promedio 50.4 millones de abortos. Para el período entre 2010 y 2014, este número aumentó hasta 56.3 millones de abortos, que corresponde al 25% de embarazos totales. Contrario a los países desarrollados, donde la tasa de abortos ha descendido, en los países en vías de desarrollo, las tasas de aborto se han mantenido durante estos dos períodos.

Aborto peligroso

El aborto peligroso se produce cuando una persona carente de la capacitación necesaria pone fin a un embarazo, o se hace en un entorno que no cumple las normas médicas mínimas, o cuando se combinan ambas circunstancias.

En general, la tasa de abortos inducidos se redujo de 35 cada 1000 mujeres de entre 15 y 44 años en 1995 a 26 cada 1000 mujeres de entre 15 y 44 años en 2008. Esta disminución se debió principalmente a la caída en la tasa de abortos sin riesgos, mientras que el aborto inseguro se ha mantenido relativamente constante desde 2000, con alrededor de 14 cada 1000 mujeres de entre 15 y 44 años.

Es difícil medir las muertes y las discapacidades relacionadas con el aborto inseguro. Debido a que estas muertes o complicaciones se producen tras un procedimiento clandestino o ilegal, el estigma y el miedo al castigo impiden que el incidente se notifique en forma confiable. Es especialmente difícil obtener datos confiables sobre las muertes provocadas por abortos inseguros en el segundo trimestre del embarazo. Además, las mujeres tal vez no relacionen su afección con una complicación de un aborto previo. Por lo tanto, la notificación de las muertes maternas causadas por abortos inseguros es terriblemente insuficiente. Las complicaciones del aborto

inseguro incluyen la hemorragia, la septicemia, la peritonitis y el traumatismo del cuello del útero y los órganos abdominales. Alrededor del 20 % al 30 % de los abortos inseguros provocan infecciones del aparato reproductor, y entre el 20 % y el 40 % de estas acaban en una infección del tracto genital superior. Una de cada cuatro mujeres sometidas a un aborto inseguro probablemente desarrolle una incapacidad temporal o permanente que requiera atención médica. Por cada mujer que solicita atención posterior al aborto en un hospital, existen varias que se sometieron a un aborto inseguro pero que no procuran atención médica, ya sea porque consideran que la complicación no es algo seria o porque carecen de los medios económicos necesarios o porque temen al abuso, al maltrato o a una represalia legal.

Se calcula que cada año se realizan unos 22 millones de abortos peligrosos en todo el mundo, casi todos ellos en países en desarrollo. Para el año de 2008 se produjeron 47 000 defunciones a causa de abortos peligrosos. Cada año, unos 5 millones de mujeres ingresan en hospitales como consecuencia de un aborto peligroso y más de 3 millones de mujeres que han sufrido complicaciones a raíz de un aborto peligroso no reciben atención médica. Se estima que el costo anual por tratamientos de complicaciones importantes derivadas de abortos peligrosos asciende a \$680 millones.

Casi todas las defunciones y discapacidades derivadas del aborto se podrían prevenir mediante la educación sexual, el uso de métodos anticonceptivos eficaces, el acceso a servicios de aborto seguro provocado, y la atención oportuna de las complicaciones.¹⁰

Violencia relacionada con el embarazo

El estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer, realizado por equipos formados específicamente para la ocasión, recabó información de más de 24 000 mujeres procedentes de 15 entornos ubicados en 10 países con diferentes entornos culturales: Bangladesh, Brasil, Etiopía, Japón, Namibia, Perú, Samoa, Serbia y Montenegro, Tailandia y la República Unida de Tanzania.

En dicho estudio, el porcentaje de mujeres que alguna vez habían estado embarazadas y habían sido víctimas de violencia física durante al menos un embarazo superaba el 5% en 11 de los 15 entornos examinados. La cifra más baja se registró en Japón (1%) y la más alta en el entorno provincial de Perú (28%). Entre el 25% y el 50% de las mujeres que habían sufrido maltrato físico

durante el embarazo había recibido patadas y puñetazos en el abdomen. En todos los entornos estudiados, salvo en uno, entre el 11% y el 44% de las mujeres que alguna vez habían estado embarazadas y habían sido víctimas de violencia declaró haberlo sido durante el embarazo, con la excepción de Japón, donde la cifra se situó en el 8%. En todos los entornos, más del 90% de las mujeres había sido víctima de violencia infligida por el padre biológico del hijo en gestación.

En casi todos los casos, el padre biológico vivía con la mujer en el momento de la agresión. Aunque la mayoría de las mujeres que habían sido golpeadas durante el embarazo había sido víctima de violencia física anteriormente, entre el 13% (Etiopía) y aproximadamente el 50% (el entorno urbano de Brasil y Serbia y Montenegro) afirmó haber sido golpeada por primera vez durante el embarazo. La mayoría de las mujeres que habían sido víctimas de violencia antes y durante el embarazo en todos los entornos declararon que, en el último embarazo durante el cual sufrieron malos tratos, el grado de violencia fue igual, menor o menos frecuente que antes del embarazo. Los resultados confirman las conclusiones obtenidas tanto en los países en desarrollo como en los industrializados de que el embarazo constituye con frecuencia un estado que protege contra la violencia, aunque esta conclusión no se aplica a todas las culturas.

En la mayoría de los entornos examinados, no había diferencias en cuanto a la utilización de los servicios de atención prenatal entre las mujeres que habían sido víctimas de violencia y las que no lo habían sido. Hubo más diferencias entre los distintos países en los niveles de contacto con los servicios postnatales. En los núcleos urbanos de Bangladesh, Brasil, Perú y Tailandia y en el entorno provincial de la República Unida de Tanzania era menos frecuente que las mujeres que habían sufrido malos tratos por parte de su pareja hubieran recibido atención postnatal tras el parto de su último hijo vivo, en comparación con las mujeres que no habían sido maltratadas por su pareja.¹¹

Impacto del embarazo no deseado sobre la salud mental de la mujer.

Tener un embarazo o un parto no deseados tiene efectos sobre la mujer, la pareja, el hijo y el resto de la familia. Varios estudios han demostrado específicamente la existencia de un riesgo mayor para la mujer de sufrir consecuencias negativas para su salud durante y después de un embarazo no deseado.

Consistentemente, en diferentes estudios, el embarazo no deseado ha demostrado ser uno de los principales factores de riesgo asociados al desarrollo de depresión durante el embarazo, y el postparto y de menores niveles de bienestar psicológico durante el embarazo, el postparto y al largo plazo.

En general, como se observa en la Tabla 1 (*Anexo 3*) Las mujeres que durante el control prenatal refieren no desear el embarazo tienen, en promedio, el doble de riesgo de desarrollar síntomas depresivos o de ansiedad, o de tener mayores niveles de estrés.

Como se ha mencionado anteriormente, el embarazo no planificado trae consigo múltiples consecuencias, siendo una de estas, un impacto negativo en la salud mental. Muchas veces no visto como un asunto de importancia médica sin embargo es un área del ser humano que repercute enormemente. El Grupo de Médicos por el derecho a decidir en Colombia, publicaron un documento en el 2011 acerca del impacto en la salud mental en las pacientes con embarazos no planificados. En ese documento describen múltiples estudios de la problemática, concluyendo que el embarazo no deseado y su continuación afectan la salud mental, que puede ser visto en momento de parto e incluso post parto. En dicho documento, describen un estudio realizado por Najman (1991), donde se demostró que existía un riesgo de 5 veces mayor durante el parto y tres veces mayor durante el postparto de presentar síntomas de depresión en mujeres con embarazos no deseados. Además, otra conclusión que exponen en dicho documento es que la salud mental de una mujer con embarazo no deseado, no necesariamente se verá afectada en un plazo de tiempo inmediato, sino que también a corto e incluso largo plazo, presentado síntomas de depresión y ansiedad.¹²

Deserción escolar relacionada con el embarazo no deseado

La Encuesta Nacional de Salud 2014 reveló que 3 de cada 5 mujeres de 20 a 24 años encuestadas que no habían cursado ningún grado educativo tuvieron su primer parto antes de los 18 años, mientras que aquellas encuestadas en el mismo segmento de edad pero que lograron estudiar al menos bachillerato, esta condición se encuentra solamente en sólo 1 de cada 14.

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 6 grados es el

promedio de escolaridad de las niñas y adolescentes de 10 a 17 años que tuvieron un parto en 2012.

Estos datos ponen de manifiesto algunos de los efectos que el embarazo genera no sólo en la vida de las niñas y las adolescentes, quienes verán profundamente limitadas sus oportunidades de desarrollo a lo largo de su vida al ser madre a temprana edad, sino a los aportes que ellas como mujeres puedan hacer a la economía nacional en la medida que cuentan con un menor nivel educativo.⁶

Planificación familiar

Como es de suponer el riesgo que exista un embarazo depende del comportamiento sexual de la persona, y de las decisiones que tome con respecto a planificación familiar, o preparación para la concepción. Aun así, la mayor parte de las mujeres en edad reproductiva no evalúan estas opciones, previo al inicio de las relaciones sexuales.

Debido a que la mayoría de estudios acerca de embarazos no planificados son enfocados a la adolescencia y juventud, es en este grupo demográfico que la mayoría de anticoncepción se centra. Es necesario que se brinde de manera eficaz, clara y concreta una ayuda al adolescente, donde se esclarezcan dudas y temores. Es necesario además realizar un interrogatorio minucioso acerca del estado de salud del paciente previo a la anticoncepción

En 2004 un estudio por Bazán et al, concluyó que un 73% de las usuarias con embarazo no planificado tenían un pobre conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar. Dicho estudio también expone la problemática en cuanto al embarazo adolescente. Describe que el 57 % de las adolescentes no usan método de planificación familiar, y que en aquellas adolescentes que se catalogan como solteras solo el 32% usa métodos anticonceptivos, a pesar de haber iniciado relaciones sexuales en su mayoría antes de los 15 años. Entre las respuestas que brindaban las pacientes de la falta de uso referían que no los conocían (4.7%) o que tenían miedo a los efectos colaterales de los mismos (2.4%). Por lo que una promoción de la educación sexual adecuada resultad fundamental para mejorar la problemática de los embarazos no planificados.¹³

Cuidado preconcepcional

Una de las estrategias de salud sexual y reproductiva del Ministerio de Salud de El Salvador para identificar factores de riesgo previo al embarazo es la consulta y cuidado preconcepcional, la cual se brinda a toda mujer en edad fértil, que desee un embarazo. Esta consulta fue creada con el objetivo de detectar de manera oportuna si la mujer presenta condiciones biológicas o sociales que incrementan su riesgo reproductivo. Si se detectan factores de riesgo reproductivo o existe el antecedente de recién nacido con malformaciones congénitas, enfermedades crónicas degenerativas o metabólicas, la mujer deberá ser remitida a consulta con el médico ginecobstetra (consulta de alto riesgo reproductivo), quien definirá si se requiere interconsultas con otras especialidades médicas, con el fin de determinar si la mujer se encuentra en condiciones óptimas para embarazarse o si se requiere realizar acciones previas tales como el cambio de medicación, cambios de estilo de vida, tratamiento en enfermedades que pueden ser transmitidas por la madre al feto, entre otros. Si se detecta factores de riesgo y la usuaria no es candidata a embarazo, se brindará consejería y oferta de métodos de planificación familiar. Durante esta consulta se debe explorar a través de la Hoja Filtro, si la mujer presenta condiciones biológicas o sociales que incrementan su riesgo reproductivo (*Anexo 4*).

El riesgo reproductivo se define como la probabilidad que tiene tanto la mujer en edad fértil como su futuro hijo de sufrir enfermedad, lesión o muerte en caso de presentar un embarazo. Puede deberse a situaciones familiares, sociales, biológicas o comportamientos sexuales de riesgo.

Toda usuaria que desea embarazarse, el cuidado preconcepcional se le debe de brindar seis meses previos a la búsqueda del embarazo. El promotor de salud, como miembro del Ecos Familiar, debe identificar a mujeres en edad fértil que desee embarazarse, y referir a consulta preconcepcional. Donde deberá de ser atendida por un médico, quien dará la asesoría y tomará la decisión de dar seguimiento en dicho establecimiento o referir a consulta de alto riesgo reproductivo.¹⁴

Diseño metodológico

Tipo de investigación:

Descriptiva, Transversal.

Periodo de investigación:

15 de Junio- 15 de Julio 2017

Universo: Total de embarazadas en control prenatal, o que acudieron a inscripción en las UCSF Perquín y UCSF San Diego entre Junio y Julio de 2017.

Al momento de la recopilación, el total de embarazadas inscritas se dividían de la siguiente forma:

Embarazadas en control prenatal en UCSF San Diego:	21
Embarazadas en control prenatal en UCSF Perquín:	25

Muestra. Cálculo no probabilístico:

46 pacientes.

Criterios de inclusión:

1. Embarazadas inscritas o en control prenatal que acudieron a las UCSF San Diego, y UCSF Perquín.
2. Usaria de embarazo no planificado.

Criterios de exclusión:

1. Embarazada que se negara a formar parte de la entrevista.
2. Embarazada reportada como producto de violencia sexual.
3. Embarazada con cualquier grado de discapacidad intelectual.

Metodología de la investigación:

Fuente de recolección de datos: Primaria.

Método de recolección de datos: Entrevista estructurada individual.

Instrumento de obtención de datos: Cuestionario

Período de recopilación de datos: Del 15 de Junio al 15 de Julio

Procesamiento y análisis de datos: La recopilación de datos se realizó por medio de la entrevista, mediante la cual el entrevistador llenó el cuestionario en base a las respuestas del entrevistado, agrupándolas en categorías previamente establecidas. Se realizó la entrevista durante los controles prenatales dados en las unidades de salud, la consulta de morbilidad prenatal, las visitas familiares y los acercamientos comunitarios. Posteriormente se tabularon y graficaron los datos por pregunta, utilizando Microsoft Excel, para proceder a análisis de los mismos y la elaboración de conclusiones.

Protección de la confidencialidad de la investigación: La entrevista fue de carácter anónimo. Previo al inicio de la misma, se leyó siempre a la entrevistada la autorización jurídica, donde describían los pasos a seguir de la misma, aclaraban sus dudas y se solicitaba autorización previa al llenado del cuestionario (*Anexo 5*). La entrevistada podía solicitar no continuar en cualquier momento durante la entrevista. De ser así, no se tomarían en cuenta para la recopilación y análisis de datos, las preguntas contestadas previamente por la paciente.

Operacionalización de variables:

Objetivo	Variable	Subvariable	Definición operacional	Valor	Fuente
- Establecer el perfil demográfico de las mujeres con embarazos no planificados de las UCSF Perquín y UCSF San Diego.	Perfil demográfico	- Edad	Edad de la madre al momento del embarazo.	-15-19 -20-35 -35-o más	Cuestionario
		- Escolaridad	Nivel de estudio que tiene la usuaria según el último año aprobado	- Analfabeta -Básica - Tercer ciclo - Bachillerato -Universitaria	Cuestionario
		- Religión	Religión que practica la usuaria	- Evangélica -Católica -Otras -Ninguna	Cuestionario
		- Estado civil	Estado civil de la usuaria	-Soltera -Acompañada -Soltera -Divorciada - Casada	Cuestionario
		- Gravidéz	Número de embarazos que ha tenido la usuaria	-1 -2 -3 -4 o más	Cuestionario
		- Ocupación	Trabajo u oficio que desempeña la usuaria actualmente	-Ama de casa -Comerciante -Vendedora -Agricultora	Cuestionario
		- Nivel socioeconómico	Ingreso económico que percibe la usuaria mensualmente	-<200 -200-400 -400-600 >600	Cuestionario
- Determinar la influencia del entorno sociocultural en los embarazos no planificados en control en las UCSF Perquín y UCSF San Diego	Entorno sociocultural	- Embarazos no planificados	Número de embarazos no planificados de la usuaria.	-Nulípara (Primigesta) -1 -2 -3 -4 o más	Cuestionario
		- Pareja actual responsable de los embarazos	Si los embarazos previos de la usuaria, en caso de haber tenido, son de la misma pareja actual	-Si -No -N/A	Cuestionario

Objetivo	Variable	Subvariable	Definición operacional	Valor	Fuente
		- Edad de la pareja	Edad de la pareja actual de la usuaria	-15-19 -20-35 -35 o más	Cuestionario
		- Inicio de relaciones sexuales	Edad de inicio de relaciones sexuales de la usuaria	-<15 años -15 a 19 años -> 19 años	Cuestionario
		- Número de parejas sexuales	Número de parejas sexuales que ha tenido la usuaria	-1 -2 -3 - Más de 3	Cuestionario
		- Edad de primer embarazo	Edad en la que la usuaria estuvo embarazada por primera vez	-<15 años -15-19 años ->19 años	Cuestionario
		- Aceptación del embarazo por parte de familia	Nivel de aceptación por parte de la familia del actual embarazo	-Muy aceptado -Aceptado - Poco aceptado -Rechazado	Cuestionario
		- Aceptación del embarazo por parte de la pareja	Nivel de aceptación por parte de la pareja del actual embarazo	-Muy aceptado -Aceptado - Poco aceptado -Rechazado -NS/NR	Cuestionario
		- Presión social a la mujer en edad fértil para la procreación	- Nivel de presión social ejercida hacia la usuaria para quedar embarazada	- Mucha presión - Poca presión -Ninguna presión	Cuestionario
- Investigar el conocimiento que poseen las usuarias acerca de la salud sexual y reproductiva	Conocimiento de salud sexual y reproductiva	- Conocimiento del período fértil del ciclo menstrual	Si la usuaria conoce en qué momento del ciclo menstrual puede quedar embarazada.	-Si -No	Cuestionario
		- Conocimiento de controles preconcepcionales	Conocimiento de controles preconcepcionales.	-Si -No	Cuestionario
		- Asistencia a asesoría preconcepcional	Si la usuaria asistió en algún momento a cualquier tipo de consulta preconcepcional .	-Si -No	Cuestionario
		- Fuentes de información de salud sexual y reproductiva	Conocer las fuentes de información de la usuaria acerca de la temática de salud sexual y reproductiva	- Hogar -Escuela -Comunidad -Clínicas -Iglesias -Otros	Cuestionario

Objetivo	Variable	Subvariable	Definición operacional	Valor	Fuente
- Analizar el conocimiento y el uso de los métodos de planificación familiar en las mujeres con casos de embarazos no planificados.	Conocimiento de métodos de planificación familiar. Uso de métodos de planificación familiar	- Métodos de planificación familiar conocidos por la usuaria	Conocimiento por parte de las embarazadas acerca de los distintos métodos de planificación, ya sean temporales o permanentes, artificiales o naturales, y su uso por parte de las mismas. Métodos de planificación familiar conocidos por la usuaria	-ACO -Inyectables -Implantes -DIU -Barrera -Naturales -NS/NR	Cuestionario
		- Antecedente de uso de métodos de planificación familiar.	Antecedente de uso de métodos de planificación familiar por parte de las usuarias	-Si -No	Cuestionario
		- Métodos de planificación familiar utilizadas por las usuarias	Métodos de planificación familiar que han sido utilizados por la usuaria	-ACO -Inyectables -Implantes -DIU -Barrera -Naturales	Cuestionario
		- Causas de abandono de métodos de planificación familiar	Causas por las cuales la usuaria ha abandonado el uso de métodos de planificación familiar	-Efectos adversos -Deseo de embarazo -Presión de pareja -Dificultad de acceso a servicios de salud -Otras	Cuestionario
		- Uso de método de planificación familiar al momento de la concepción	El uso o no de algún método de planificación familiar por parte de la usuaria al momento de quedar embarazada	-Si -No	Cuestionario
		- Uso correcto e incorrecto de los métodos de planificación familiar.	Uso correcto o incorrecto de los métodos de planificación familiar por parte de la usuaria	- Correcto - Incorrecto	Cuestionario
		- Percepción de la usuaria sobre métodos de planificación familiar	Percepción que posee la usuaria acerca de los métodos de planificación familiar	-Buena -Mala	Cuestionario

Resultados

Se recopilaron los datos a través la entrevista estructurada, utilizando como guía el instrumento de la investigación (Anexo 6), entre las fechas 15 de Junio a 15 de Julio del presente año. Del universo de 46 pacientes embarazadas, se obtuvo una muestra total de 39. Esto debido a que algunas pacientes se encontraban ingresadas en hospital, verificaron parto, cambiaron de domicilio en las fechas descritas o se rehusaron a formar parte de la investigación. Obteniendo a partir de la muestra, los resultados.

Para organizar los resultados se tomó como base cada una de variables que abarcaban los tres objetivos específicos, utilizando, para clasificar y agrupar los datos, los valores determinados en la operacionalización para cada subvariable.

Como criterio principal de la investigación, se tomó la planificación o no planificación del embarazo actual, con lo cual se obtuvo los siguientes resultados:

Embarazo planificado	Frecuencia	%
Si	9	23%
No	30	77%
TOTAL	39	100%

El objeto de investigación fueron los embarazos no planificados, por lo cual los resultados posteriores abarcan solamente a dicho grupo de embarazadas.

1. PERFIL DEMOGRÁFICO

Tabla 1. Distribución por grupos de edad de las encuestadas con embarazo no planificado.

EDAD	Frecuencia	%
15- 19	10	33%
20-35	16	53%
> 35	4	13%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta: “Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017.”

Con la distribución por edad, se obtuvo una edad promedio de 24.6 años.

Tabla 2. Distribución por frecuencia del grado de escolaridad de las encuestadas con embarazo no planificado.

ESCOLARIDAD	Frecuencia	%
Analfabeta	3	10%
Básica (Hasta 6°)	8	27%
Tercer ciclo (Hasta 9°)	11	37%
Bachillerato	7	23%
Educación superior	1	3%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta: “Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017.”

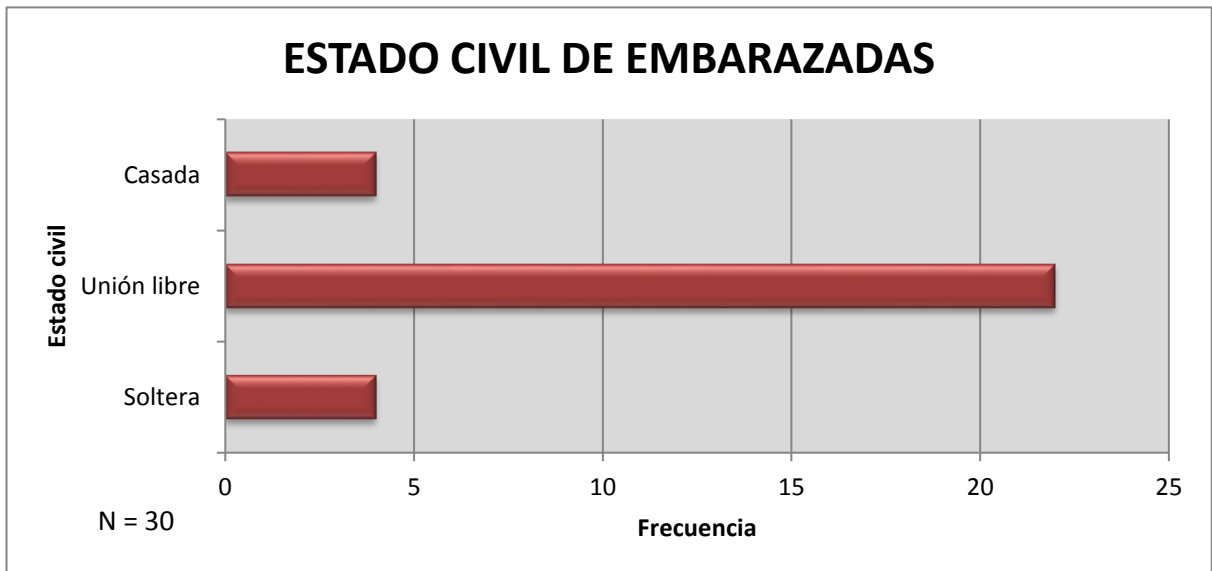
Se obtuvo una escolaridad promedio para la muestra de 9.3 años de estudio (7° grado aproximadamente).

Tabla 3. Distribución por frecuencia del estado civil de las encuestadas con embarazo no planificado.

ESTADO CIVIL	Frecuencia	%
Soltera	4	13%
Unión libre	22	73%
Casada	4	13%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta: “Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017.”

Gráfico 1. Distribución por frecuencia del estado civil de las encuestadas con embarazo no planificado.



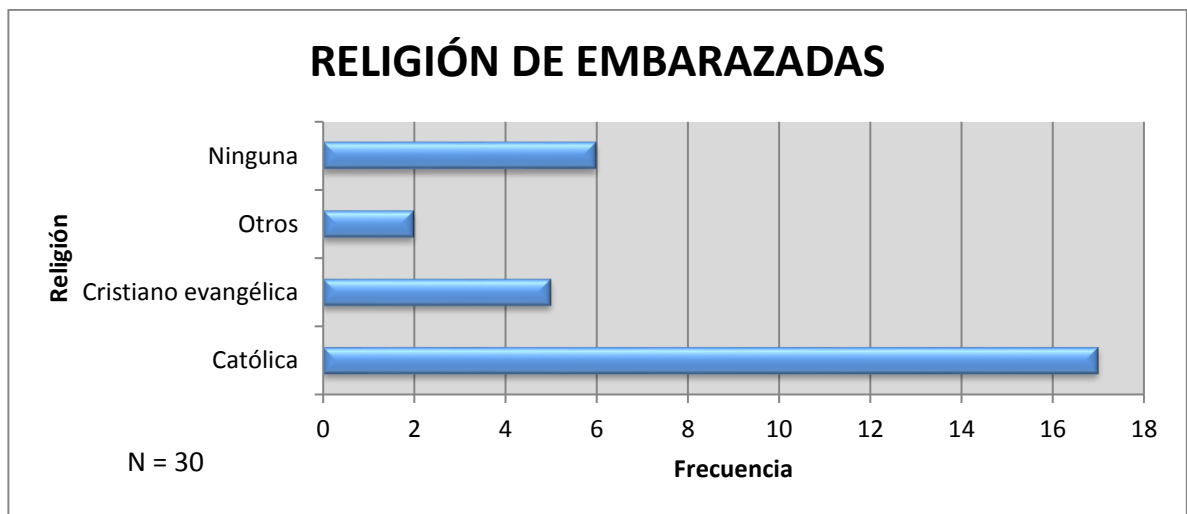
Fuente: Encuesta: “Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017.”

Tabla 4. Distribución por frecuencia de la religión de las encuestadas con embarazo no planificado.

RELIGIÓN	Frecuencia	%
Católica	17	57%
Cristiana evangélica	5	17%
Otros	2	7%
Ninguna	6	20%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta: “Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017.”

Gráfico 2. Distribución por frecuencia de la religión de las encuestadas con embarazo no planificado.



Fuente: Encuesta: “Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017.”

Tabla 5. Distribución por frecuencia de la ocupación de las encuestadas con embarazo no planificado.

OCUPACIÓN	Frecuencia	%
Ama de casa	25	83%
Estudiante	1	3%
Vendedora	3	10%
Agricultora	1	3%
TOTAL	30	100%

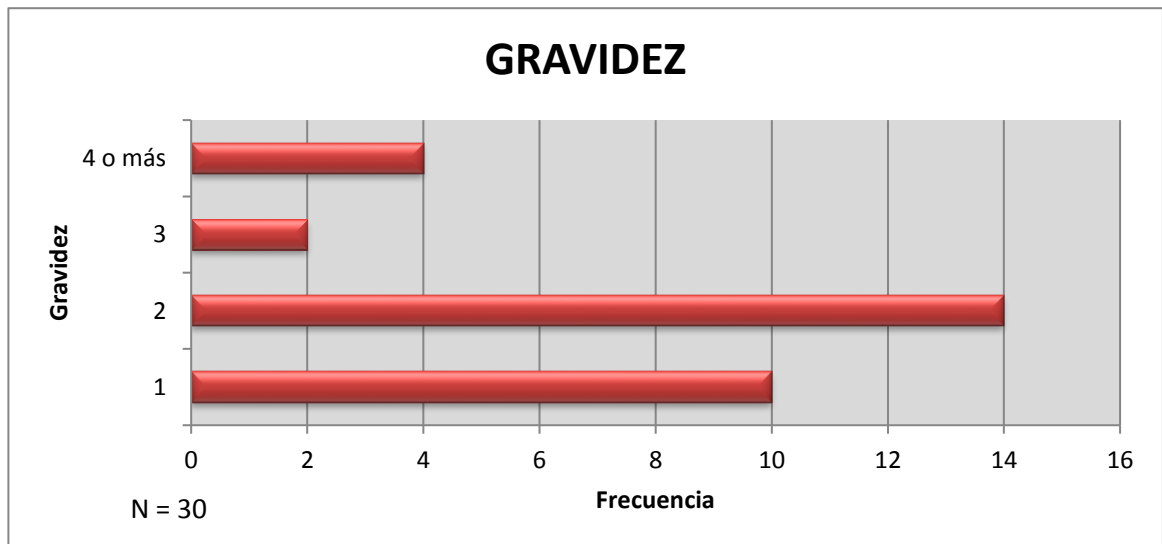
Fuente: Encuesta: "Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017."

Tabla 6. Distribución por frecuencia de la gravidez de las encuestadas con embarazo no planificado.

GRAVIDEZ	Frecuencia	%
1	10	33%
2	14	47%
3	2	7%
4 o más	4	13%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta: "Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017."

Gráfico 3. Distribución por frecuencia de la gravidez de las encuestadas con embarazo no planificado.



Fuente: Encuesta: "Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017."

Tabla 7. Abortos previos presentados por las usuarias con embarazo no planificado.

ABORTOS O PREVIOS	Frecuencia
1	2
2	0
3 ó mas	0
TOTAL	2

Fuente: Encuesta: “Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017.”

Tabla 8. Distribución por frecuencia de ingresos económicos por parte de las usuarias.

NIVEL SOCIOECONÓMICO	Frecuencia	%
< 200	13	43%
200-400	13	43%
400-600	2	7%
NS/NR	2	7%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta: “Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017.”

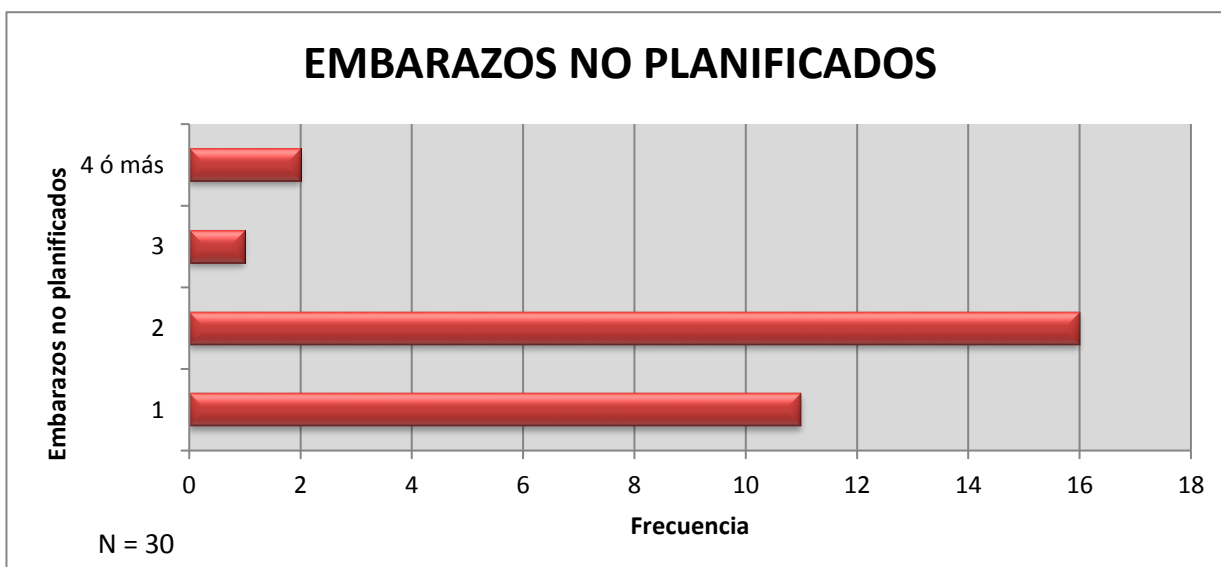
2. ENTORNO SOCIOCULTURAL

Tabla 8. Número de embarazos no planificados de las encuestadas.

EMBARAZOS NO PLANIFICADOS	Frecuencia	%
1	11	37%
2	16	53%
3	1	3%
4 ó más	2	7%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta: *“Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017.”*

Gráfico 4. Distribución por frecuencia de los embarazos no planificados por las encuestadas.



Fuente: Encuesta: *“Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017.”*

Del total de encuestadas, 20% refirieron haber planificado al menos un embarazo previo.

Tabla 9. Frecuencia en la que la pareja actual fue responsable de los embarazos previos.

PAREJA ACTUAL RESPONSABLE DE LOS EMBARAZOS PREVIOS	Frecuencia	%
Si	15	75%
No	5	25%
TOTAL	20	100%

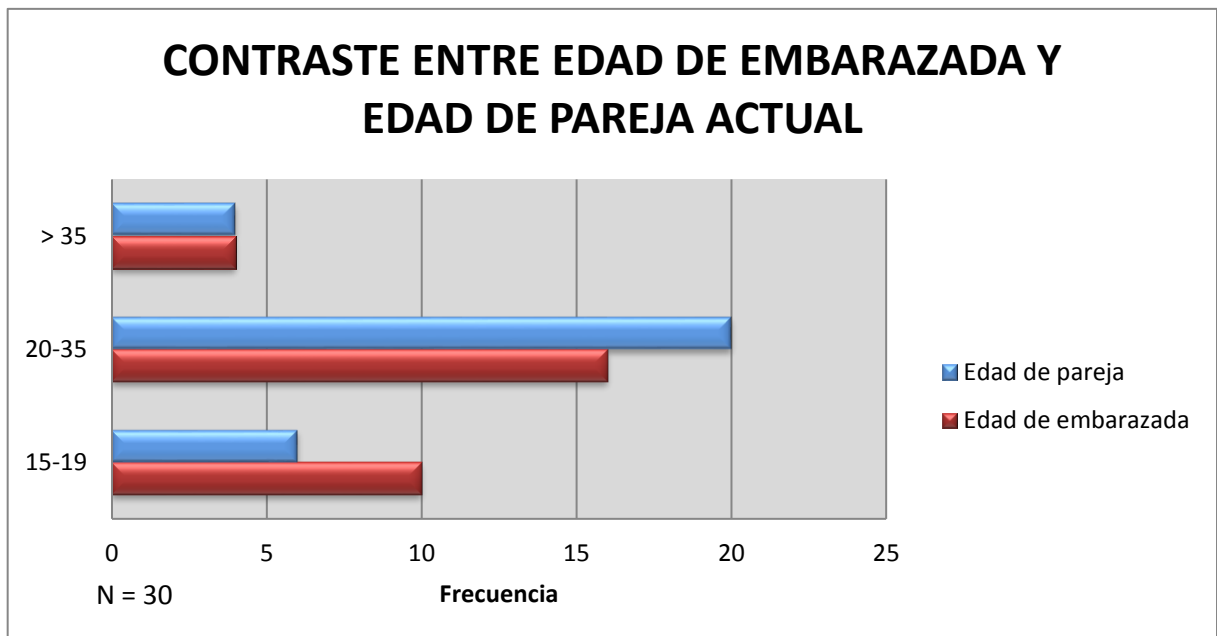
Fuente: Encuesta: “Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017.”

Tabla 10. Edad de la pareja actual o padre biológico del embarazo actual de las encuestadas.

EDAD DE PAREJA ACTUAL	Frecuencia	%
15-19	6	20%
20-35	20	67%
> 35	4	13%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta: “Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017.”

Gráfico 5. Contraste entre edad de embarazada encuestada y edad de pareja actual o padre biológico del embarazo actual.



Fuente: Encuesta: "Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017."

Tabla 11. Distribución por frecuencia de inicio de relaciones sexuales por parte de las encuestadas

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES	Frecuencia	%
< 15 años	6	20%
15-19 años	17	57%
> 19 años	7	23%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta: "Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017."

Tabla 12. Distribución por frecuencia de número de parejas sexuales por parte de las encuestadas

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	Frecuencia	%
1	19	63%
2	8	27%
3	1	3%
Más de 3	2	7%
TOTAL	30	100%

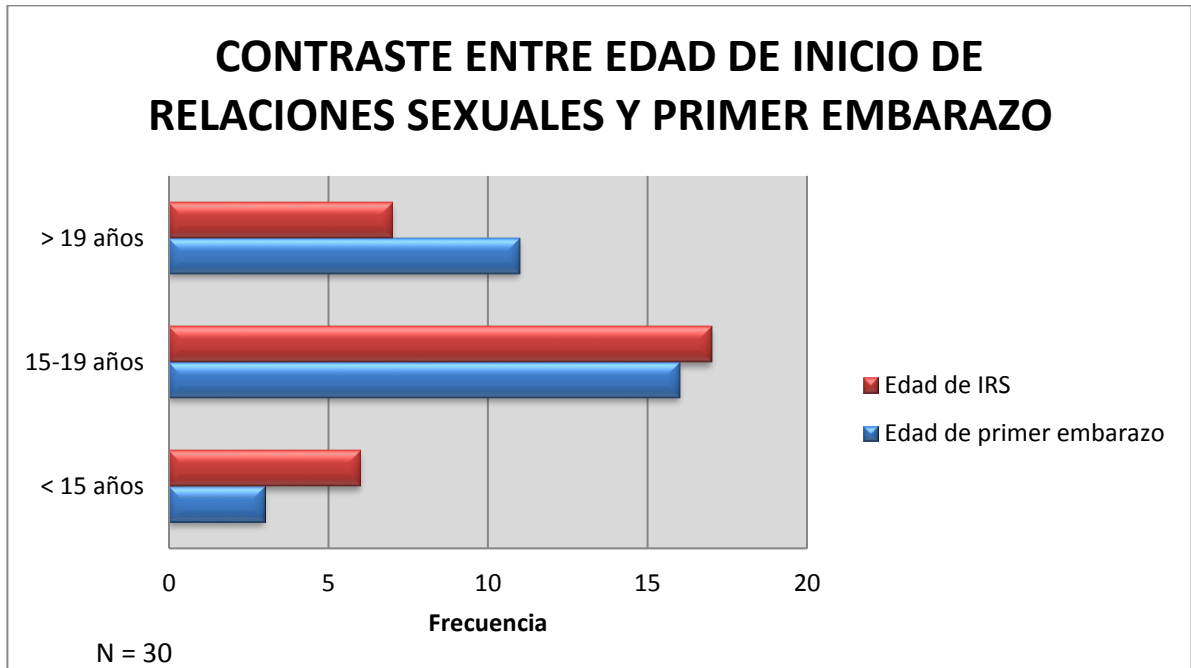
Fuente: *Encuesta: “Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017.”*

Tabla 13. Distribución por frecuencia de edad de primer embarazo por parte de las encuestadas.

EDAD DE PRIMER EMBARAZO	Frecuencia	%
< 15 años	3	10%
15-19 años	16	53%
> 19 años	11	37%
TOTAL	30	100%

Fuente: *Encuesta: “Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017.”*

Gráfico 6. Contraste de edad de inicio de relaciones sexuales y edad de primer embarazo por parte de las usuarias



Fuente: Encuesta: *“Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017.”*

Tabla 14. Distribución por frecuencia de la aceptación del embarazo por parte de la familia de la encuestada

ACEPTACIÓN DEL EMBARAZO POR PARTE DE LA FAMILIA	Frecuencia	%
Muy aceptado	9	30%
Aceptado	10	33%
Poco aceptado	11	37%
Rechazado	0	0%
TOTAL	30	100%

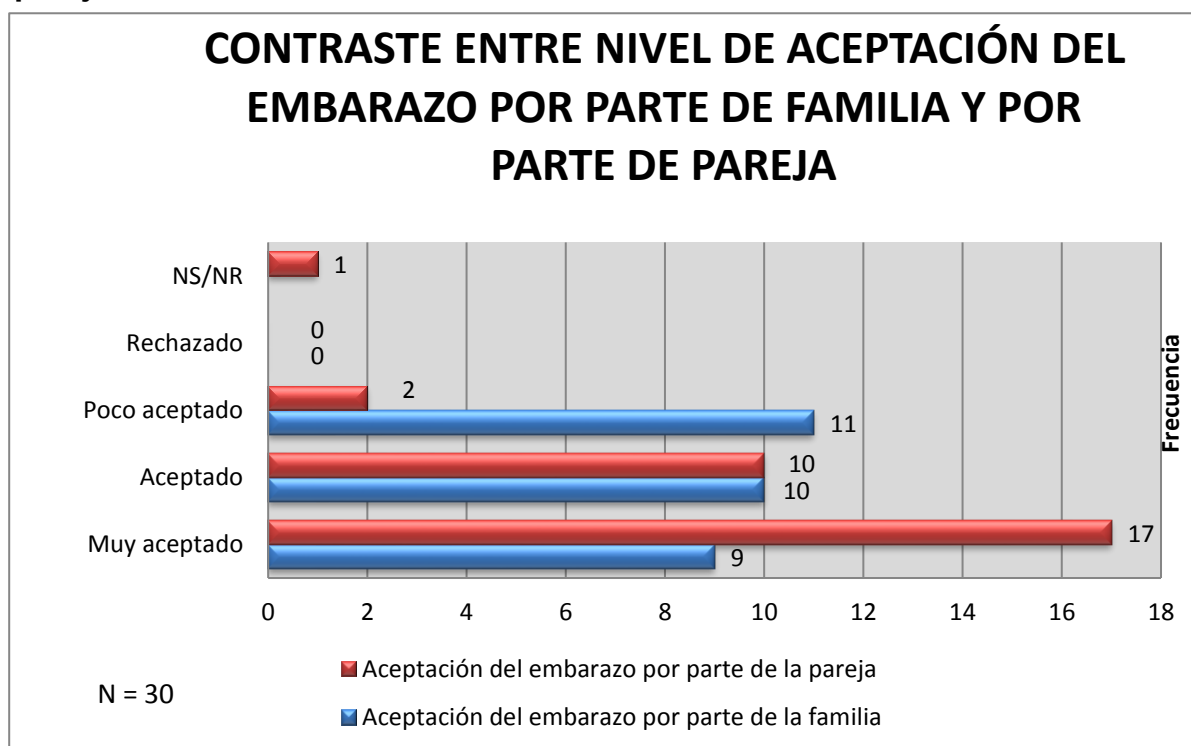
Fuente: Encuesta: *“Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017.”*

Tabla 14. Distribución por frecuencia de la aceptación del embarazo por parte de la pareja de la encuestada.

ACEPTACIÓN DEL EMBARAZO POR PARTE DE LA PAREJA	Frecuencia	%
Muy aceptado	17	57%
Aceptado	10	33%
Poco aceptado	2	7%
Rechazado	0	0%
NS/NR	1	3%
TOTAL	30	100%

Fuente: *Encuesta: "Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017."*

Gráfico 7. Contraste entre el nivel de aceptación por parte de la familia/ pareja de las encuestadas.



Fuente: *Encuesta: "Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017."*

Tabla 15. Grado de presión ejercido por la familia y comunidad hacia las encuestadas para la procreación.

PRESIÓN SOCIAL A LA MUJER EN EDAD FERTIL PARA LA PROCREACIÓN	Frecuencia	%
Mucha presión	1	3%
Poca presión	1	3%
Ninguna presión	28	93%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta: “Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017.”

3. CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Tabla 16. Conocimiento sobre el período fértil del ciclo menstrual por parte de las encuestadas con embarazo no planificado.

CONOCIMIENTO DEL PERÍODO FÉRTIL DEL CICLO MENSTRUAL	Frecuencia	%
Si	6	20%
No	24	80%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta: “Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017.”

Tabla 17. Conocimiento sobre la existencia de asesorías preconcepcionales en el primer nivel por parte de las encuestadas.

CONOCIMIENTO DE ASESORÍAS PRECONCEPCIONALES	Frecuencia	%
Si	9	30%
No	21	70%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta: “Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017.”

Tabla 18. Asistencia a asesorías preconceptionales en el primer nivel de atención (en embarazos previos) por parte de las encuestadas.

ASISTENCIA A ASESORÍA PRECONCEPCIONAL	Frecuencia	%
Si	2	7%
No	28	93%
TOTAL	30	100%

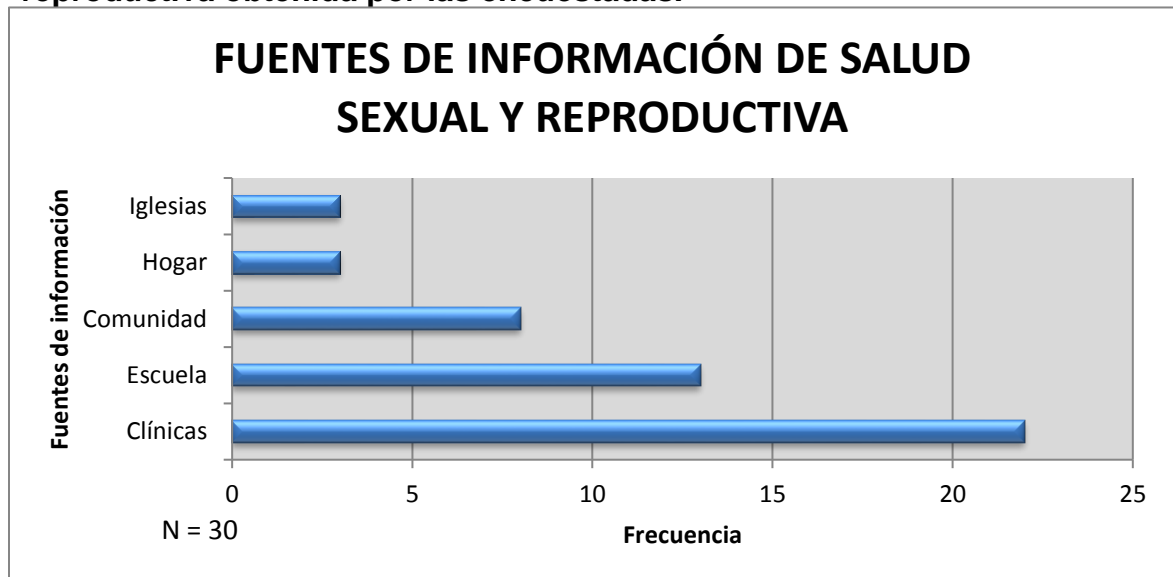
Fuente: Encuesta: “Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017.”

Tabla 19. Fuentes de información sobre salud sexual y reproductiva obtenida por las encuestadas.

FUENTES DE INFORMACIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	Frecuencia	%
Clínicas	22	73%
Escuela	13	43%
Comunidad	8	27%
Hogar	3	10%
Iglesias	3	10%

Fuente: Encuesta: *“Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017.”*

Gráfico 8. Principales fuentes de información sobre salud sexual y reproductiva obtenida por las encuestadas.



Fuente: Encuesta: *“Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017.”*

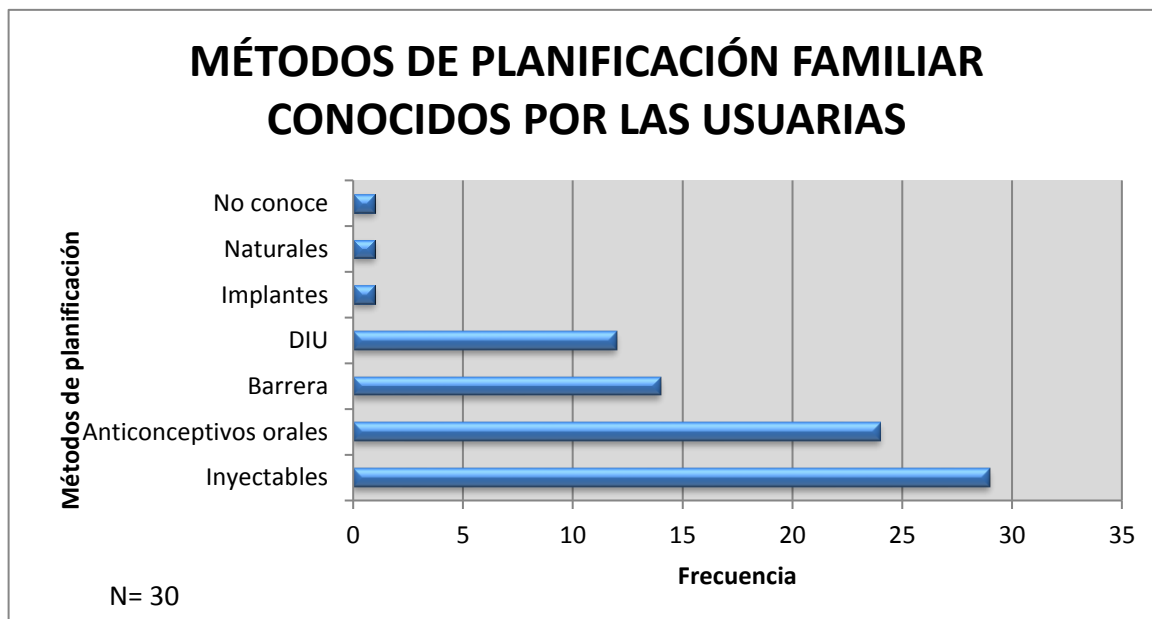
4. CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Tabla 20. Métodos de planificación familiar conocidos por las encuestadas con embarazo no planificado.

MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR CONOCIDOS POR LA USUARIA	Frecuencia	%
Inyectables	29	97%
Anticonceptivos orales	24	80%
Barrera	14	47%
DIU	12	40%
Implantes	1	3%
Naturales	1	3%
No conoce	1	3%

Fuente: Encuesta: *“Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017.”*

Gráfico 9. Principales métodos de planificación familiar conocidos por las encuestadas con embarazo no planificado.



Fuente: Encuesta: *“Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017.”*

Tabla 21. Antecedente de uso de métodos de planificación familiar por parte de las encuestadas con embarazo no planificado.

USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Frecuencia	%
Si	17	57%
No	13	43%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta: *“Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017.”*

Tabla 22. Métodos de planificación familiar utilizados por las encuestadas que afirmaron haber planificado en algún momento.

MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR UTILIZADOS	Frecuencia	%
Inyectables	15	50%
Anticonceptivos orales	3	10%
Barrera	3	10%
DIU	1	3%
Naturales	0	0%

Fuente: Encuesta: *“Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017.”*

Comentario:

De las 15 encuestadas que afirmaron haber utilizado métodos inyectables, 12 los hicieron con *DMPA*, mientras que 3 planificaron con *Norgynon®*.

Tabla 23. Causas de abandono de métodos de planificación familiar por parte de las encuestadas que afirmaron haber planificado en algún momento.

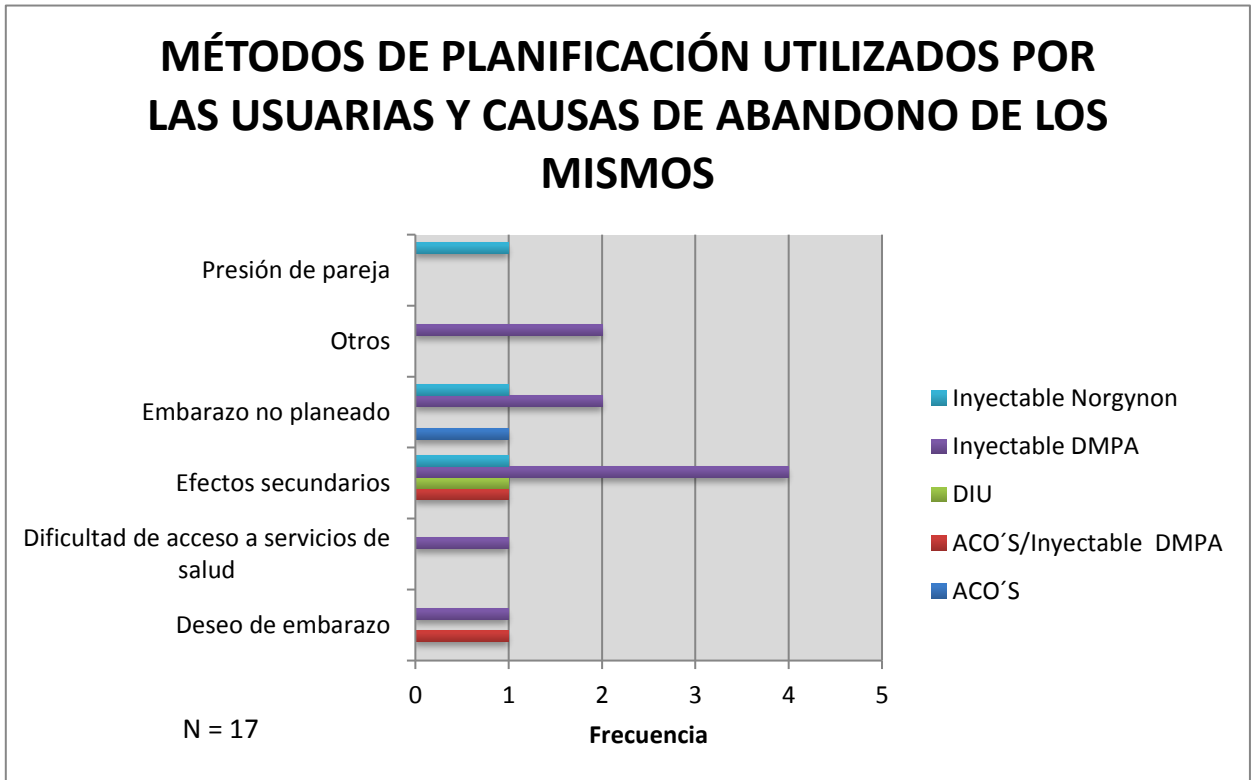
CAUSAS DE ABANDONO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Frecuencia	%
Efectos adversos	7	41%
Otros	6	35%
Deseo de embarazo	2	12%
Presión de pareja	1	6%
Dificultad de acceso a servicios de salud	1	6%
TOTAL	17	100%

Fuente: Encuesta: *“Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017.”*

Comentario:

Dentro de las causas de abandono, la variable *“Otros”* hace referencia a 4 encuestadas que quedaron embarazadas mientras se encontraban planificando, y 2 que no especificaron la causa del abandono.

Gráfico 10. Contraste entre métodos de planificación familiar utilizados por las usuarias y las principales causas de abandono de los mismos.



Fuente: *Encuesta: “Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planeados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017.”*

Tabla 24. Uso correcto/incorrecto de los métodos de planificación familiar por parte de las encuestadas.

USO CORRECTO E INCORRECTO DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Frecuencia	%
Correcto	12	71%
Incorrecto	5	29%
TOTAL	17	100%

Fuente: *Encuesta: “Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planeados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017.”*

Tabla 25. Uso de método de planificación familiar al momento de la concepción por parte de las encuestadas.

USO DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR AL MOMENTO DE LA CONCEPCIÓN	Frecuencia	%
Si	4	13%
No	26	87%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta: “Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017.”

Tabla 26. Uso correcto/incorrecto de los métodos de planificación familiar al momento de la concepción por parte de las encuestadas.

USO CORRECTO/INCORRECTO DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR AL MOMENTO DEL EMBARAZO	Frecuencia	%
Correcto	2	50%
Incorrecto	2	50%
Total	4	100%

Fuente: Encuesta: “Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017.”

Tabla 27. Percepción por parte de las encuestadas sobre el uso de los métodos de planificación familiar.

PERCEPCIÓN DE LA USUARIA SOBRE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Frecuencia	%
Buena	27	90%
Mala	2	7%
No sabe	1	3%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta: “Determinantes demográficas, socioculturales y servicios de salud reproductiva en embarazos no planificados de usuarias en control prenatal, UCSF San Diego y Perquín, Junio - Julio 2017.”

Discusión

Del total de embarazadas que con las que se inició la entrevista, un 77% de ellas afirmó que su embarazo fue no planificado, es decir, a pesar de aceptar el anterior, indicaron que no formaba parte de un proyecto de vida previo, o hubieran preferido concebirlo en otra etapa de su vida, evidenciando así que la mayoría de embarazos llegaron en momentos donde las entrevistadas no se encontraban preparadas de la mejor manera, ya sea psicológica, familiar o económicamente.

El primer objetivo de esta investigación era establecer un perfil demográfico. De las entrevistadas con embarazo no planificado, se obtuvo una edad promedio en las embarazadas de 24.6 años. (*Ver Tabla 1*). En el grupo de edad entre 15 y 19 años se incluyeron un 33% de entrevistadas, porcentaje similar al 30% de embarazos en adolescentes, que para el 2015 existían en el país (*Ver Embarazo no planificado en adolescentes en El Salvador*). Lo que demuestra que a nivel de la población estudiada se mantiene la tendencia nacional. Si bien es cierto, el mayor grupo de edad se encuentra entre 20 y 35 años, los grupos de edades con mayor riesgo obstétrico, adolescentes y mayores de 35 años, representan un 46% del total de las encuestadas. Esto es un indicador del bajo conocimiento general de la población sobre la edad ideal para el embarazo y los riesgos que se asocian a edades por encima y por debajo de este rango. Al relacionar la edad de la usuaria con la pareja (*ver Tabla 10 y Gráfico 5*) se obtiene una frecuencia muy similar, siendo ligeramente mayor la edad de la pareja. No es usual la unión entre hombres de mayor edad y mujeres jóvenes, inclusive en el área rural, situación que parece haber cambiado con el tiempo.

La mayor parte de las embarazadas (90%) indicó haber finalizado al menos educación básica (6° grado). Sólo 3 personas, que corresponden al 10%, respondieron ser analfabetas, es decir que no contaban con ningún nivel de escolaridad. El nivel educativo con mayor frecuencia que se registró por parte de las usuarias fue el de tercer ciclo (9° grado). En este nivel educativo se encontraban un 37% del total. Al realizar la sumatoria de los niveles educativos de tercer ciclo, bachillerato y educación superior se obtiene un porcentaje de 63%, lo que se traduce en que más de la mitad de las usuarias han estudiado al menos hasta tercer ciclo. Esto entonces denota que la educación, al menos escolar, no representa una influencia significativa para disminuir los embarazos

no planificados, en contraste con el hecho de que la escuela debería de ser uno de los principales contactos de las mujeres con la salud sexual y reproductiva.

En cuanto al estado civil, como se observa en la *Tabla 3*, el 13% del total de encuestadas, respondieron que se encontraban solteras. El 86% restante, se encuentra en una relación: un 73% en unión libre y un 13% casada. De cualquier tipo de relación en la que se encuentre, como se muestra en el *Gráfico 7*, las entrevistadas se encuentran en una relación, formando parte de un núcleo familiar. El 80% de las usuarias refieren formar parte o tener inclinación hacia alguna religión. La de mayor frecuencia siendo la católica con un 57 %. Un 20% de las usuarias refirió no pertenecer a ninguna religión. En este aspecto se debe hacer un análisis minucioso de la situación, ya que no se puede negar o afirmar la influencia que ejerce la religión (o la iglesia) en la visión que tiene la usuaria acerca de la salud sexual y reproductiva, ya que un porcentaje de usuarias, 3%, refirió a la iglesia como su fuente de información (*Tabla 19*).

La ocupación de las usuarias en un 83% se centra en los oficios del hogar, esto puede ser representativo de una cultura en la que permanece la visión de patriarcado. Y solo un 13% refirió dedicarse a otros oficios, (vendedora y agricultora). Como dato interesante, solamente una entrevistada refirió al momento dedicarse a sus estudios. Lo que también se puede relacionar al nivel socioeconómico. El 43% de las encuestadas reciben un ingreso menor a \$ 200 (*salario mínimo en sector agricultura: \$124.11; costo de la canasta básica: \$198.45, para un promedio de 3.73 personas*). El 50% refieren un ingreso mayor a 200 dólares mensuales. El factor económico se puede ligar con falta de recursos y disponibilidad para asistir a los centros de salud, por lo que se puede concluir que el factor económico influye de manera negativa en el apareamiento de embarazos no planificados.

En la *Tabla 6* se representa la gravidez de las usuarias entrevistadas. Como se observa, un 33% del total de embarazos no planificados, corresponde a primigestas, y el 66% de los mismos son de usuarias que se clasifican como gravidez dos o más. Evidenciando que una mayor gravidez no evita que se conciban embarazos no planificados.

En el aspecto de entorno sociocultural, se obtuvo que el 37% de las usuarias han tenido un embarazo no planificado. El resto habían presentado dos o más embarazos no planificados (incluyendo el actual), lo que se correlaciona con el

apartado de gravidez, donde se menciona que la gravidez, o el número de embarazos, no evitan que exista otro embarazo no planificado. Ya que como observa en el *Gráfico 3* solo un 20% de las usuarias habían presentado un embarazo previo planificado.

El 77 % de las entrevistadas refirieron haber iniciado relaciones sexuales en la adolescencia, lo que se relaciona con un 63% que presentaron su primer embarazo en este mismo período de tiempo. En el *Gráfico 6* se muestra como esta relación entre inicio de relaciones sexuales y edad de primer embarazo es muy pareja en todos los grupos de edad. Con poca educación sexual-reproductiva, poca cobertura de los métodos de planificación familiar e inicio de relaciones sexuales a edades tempranas, sin la madurez emocional necesaria, no existe mucha diferencia de tiempo entre el inicio de relaciones y el apareamiento de un embarazo no planificado. Lo que indica que más de la mitad de mujeres no logra comprender o llegar a disfrutar su sexualidad, cuando ya se ven en la responsabilidad del embarazo. En cuanto al número de parejas sexuales se obtuvo que el 63% de las encuestadas sólo habían tenido una pareja sexual, y un 90 % de las usuarias habían tenido no más de dos parejas sexuales. Esto es indicativo de una cultura donde existen bajos niveles de promiscuidad, ya sea por el tradicionalismo imperante o por influencia de las creencias religiosas.

En cuanto a la aceptación del embarazo se encontró que, por parte de la pareja de la usuaria, ésta tenía un mayor grado de aceptación del embarazo actual que la familia de la misma. Un 30% de las usuarias refirió sentir que el embarazo era muy *aceptado* por su familia, mientras que un 57% refirió que el embarazo era *muy aceptado* por su pareja. Y un 37% clasificó como *poco aceptado* su embarazo por la familia, contra un 7% por parte de su pareja. Esto se puede relacionar con el grado de presión que la familia ejerce hacia la usuaria para el embarazo, donde el 93% afirmó presentar *ninguna presión* para quedar embarazada y solo un 3% afirmó presentar *mucha presión*. Las familias, en especial los padres, tienen una visión más clara sobre las consecuencias de no planificar los embarazos y el número de hijos. Sin embargo, su influencia no determina que las mujeres se orienten hacia planificar sus embarazos. Esto puede provocar conflictos en el entorno familiar que dificultan a la mujer el desarrollo del embarazo en las mejores condiciones deseables.

En el área de conocimiento de salud sexual y reproductiva se obtuvo que el 80% de las usuarias no conocían en qué momento podían quedar

embarazadas, además que un 70% afirmó no conocer acerca de las asesorías preconcepcionales. Y que sólo un 7% habían asistido a un control o asesoría preconcepcional en algún momento de su vida. Mostrando que a pesar del nivel de educación por parte de las usuarias, el conocimiento de salud sexual y educativa es deficiente y la cobertura de este tipo de programas, que buscan mejorar la salud materno- infantil, es muy baja.

Las fuentes de información acerca de salud sexual y reproductiva se tomaron en consideración, obteniendo que la mayor fuente de información son las clínicas, tanto comunitarias como privadas, en un 73%. En segundo lugar, se encuentra la *escuela* con un 43%. Lo que reafirma que la educación por parte de las usuarias no representa un factor que incida significativamente en la prevención de embarazos no planificados. En contraste, el 10% de las embarazadas refirieron haber obtenido información sobre salud sexual y reproductiva en el hogar. Al parecer, esto sigue siendo un tema *tabú* en el entorno familiar. La principal institución educadora de una sociedad es la familia, y es aquí donde debe de iniciarse y fomentarse la adecuada salud sexual, sin temores y con el objetivo de preparar a los hijos, en especial a las mujeres que se dirigen hacia la edad reproductiva, para tomar decisiones sabias y basadas en sus metas a futuro.

En cuanto a los métodos de planificación familiar se obtuvo que un 57% de las usuarias había utilizado algún método en algún momento de su vida. El resto de usuarias, quienes nunca utilizaron métodos de planificación, refirieron en su mayoría que esto se debía a los efectos adversos potenciales que los métodos pueden ocasionar, y en una menor parte, a la presión por parte de la pareja para no planificar. Esto contrasta con la opinión de las usuarias de los métodos de planificación familiar, en la cual un 90% de las entrevistadas indicó que su percepción de los mismos era *buena*, en síntesis, porque ayuda a prevenir embarazos no deseados y a concebir a sus hijos en el momento ideal de su proyecto de vida. La comparación muestra que no existe una educación y orientación adecuada a las mujeres acerca de esta temática, por lo que muchas veces las creencias y comentarios populares, tienen más peso que lo científico. Es necesario que las mujeres en edad reproductiva conozcan y comprendan el beneficio de los métodos de planificación y los bajos riesgos de los mismos, para mejorar la tendencia de embarazos no planificados que en esta investigación se ha evidenciado.

De los métodos de planificación familiar el más conocido, y el más utilizado eran los inyectables (97% y 50%, respectivamente). Se cuestionó además el uso correcto o incorrecto de los métodos mediante interrogatorio, y se obtuvo que antes del abandono, un 71% de las usuarias realizaban un uso correcto de los métodos de planificación. Al indagar acerca de las causas del abandono en las usuarias que utilizaban algún método, se obtuvo que la mayor causa era la presencia de efectos adversos con un 41%. Con los efectos adversos, la mayor parte de las usuarias prefirió el abandono de planificación al cambio de método, pues la mayoría refirió haber planificado solamente con un método. Lo que denota que una mejor orientación en cuanto a los métodos de planificación familiar podría hacer que no se presentara abandono de los mismos. Cabe aclarar que solamente una usuaria refirió no tener conocimiento alguno de los métodos de planificación familiar.

Un dato importante de la investigación, es en cuanto al uso de método de planificación al momento del embarazo actual. Sólo un 13% refirió haber estado ocupando algún método de planificación al momento del embarazo, y en el 50% de estos casos, se había presentado un uso correcto (ACO'S e inyectable trimestral), indicando una falla del método. El otro 50% quedó embarazado con un uso incorrecto del método. La cifra no es significativa considerando el total de mujeres que planificaron, lo cual denota que una vez inscritas en planificación familiar, la mayoría parece entender bien el uso adecuado del método. Si se logra disminuir la influencia de los mitos y creencias, y a la vez se consigue que la mujer entienda lo que engloba los métodos de planificación familiar, incluyendo los efectos no deseados, la efectividad de cada uno y la opción de variar entre los mismos, así como la decisión de utilizarlos o dejar de hacerlo según sus planes en cada etapa de su vida, podremos observar a futuro una disminución de los embarazos no deseados, y con ello, una mejoría de expectativas de vida, desarrollo individual y comunitario, y finalmente un cambio en el entorno social, cultural y económico que beneficiaría a esta zona del país, y de generalizarlo, al país en general.

Conclusiones

En base a los resultados previamente descritos y a la discusión realizada de los mismos, se concluye que:

1. El perfil demográfico de las mujeres con embarazos no planificados es representado por una población adulto joven, con un nivel de escolaridad de básica a intermedia, donde en más del 80% de los casos se encuentran en una relación estable, sin embargo, presentan un nivel socioeconómico bajo, donde incluso podrían verse comprometidas sus necesidades básicas, además, las embarazadas han quedado relegadas a las tareas domésticas, con muy pocas oportunidades de poder superarse. Todo esto contribuye a disminuir la demanda de servicios de salud sexual y reproductiva, bien por falta de educación, temor al juicio público de una sociedad aún conservadora, o dificultad al acceso a los servicios de salud, lo que las puede llevar a un embarazo no planificado. A su vez, al evidenciar que la edad de primer embarazo es en más del 60% de los casos durante la adolescencia, se vuelve este fenómeno una limitante para el desarrollo personal, educativo y económico de las mujeres y de los hogares en general.
2. Se evidencia que no existe ninguna presión hacia el embarazo en más del 90% de los casos, por parte del entorno familiar hacia la mujer en edad fértil, lo que posteriormente se traduce en la poca aceptación del embarazo actual por parte de la familia, quienes ya conocen las consecuencias de no planificar los embarazos. No así en el caso de la pareja, donde se muestra un mayor grado de aceptación. El entorno y la opinión familiar no representa un factor determinante hacia la mujer para presentar un embarazo.
3. El conocimiento que poseen las usuarias acerca de salud sexual y reproductiva se encuentra carente de información básica y de vital importancia, a pesar de contar con cierto nivel académico. Las fuentes de información que poseen las usuarias no son las adecuadas, o no están informadas de la mejor manera, como es el caso de comunidad o iglesia. Además, se evidencia la falta de educación sobre salud sexual en el entorno familiar. Las fuentes de información con mayor obligación de proveer conocimiento a las mujeres en edad reproductiva (hogar, clínicas

y escuelas) no están causando el impacto que deberían. Las asesorías preconcepcionales no son conocidas por las mujeres en edad fértil, y las que las conocen, no se ven motivadas a utilizarla, ya sea por falta de información, o por la incomprensión de sus beneficios.

4. En las usuarias existe ya una cultura de planificación familiar, ya que la más de la mitad ha utilizado algún método de planificación familiar en algún momento, que además se había estado utilizando de manera correcta en el 71% de los casos. Sin embargo, al no tener una orientación correcta, sobre los efectos secundarios o la tasa de efectividad, por ejemplo, se ha presentado un abandono de los mismos, siendo este quizá uno de los factores más determinantes para que las usuarias sean más proclives a los embarazos no planificados.

Recomendaciones

En base a las conclusiones establecidas, y en busca de una mejoría en las determinantes que subyacen a los embarazos no planificados, se recomienda:

1. Realizar campañas de salud sexual y reproductiva en comunidades de escasos recursos por parte de las UCSF de la región, con el fin de proveer el conocimiento necesario acerca de salud sexual y reproductiva, desde la adolescencia, haciendo énfasis en la necesidad de tener ideas y proyectos de vida, en los cuales siempre deben incluirse los logros personales y académicos que la mujer desee, y a la vez, el momento ideal para llevar adelante un embarazo.
2. Organizar círculos familiares con las embarazadas, entre las UCSF de la región y asociaciones comunitarias, para unificar las familias en torno al embarazo, y brindar un mayor apoyo a aquella usuaria que lo necesite. Así como también, crear espacios en conjunto con la pareja de usuaria para que ambos puedan tener una mejor orientación acerca del proceso del embarazo. Esta estrategia debe realizarse inclusive con mujeres que aún no se encuentran embarazadas y sus parejas, para que estas puedan tomar una mejor decisión en cuanto a su salud sexual y reproductiva. Debe realizarse una mayor promoción por parte de las UCSF acerca de las asesorías preconcepcionales y sus beneficios, para permitir al sistema de salud llevar un mejor control de los embarazos, iniciando con un seguimiento desde antes de la concepción.
3. Incluir en los programas educativos de las escuelas de la región, temas sobre salud sexual y reproductiva en edades adolescentes, enfatizar en la capacitación a docentes y líderes comunitarios por parte del personal de salud, para que sean estos también partícipes y autores de la educación sexual y reproductiva. Esto debe incluir educación a la población en todas las instituciones formadoras, sobre la importancia del diálogo sobre salud sexual en el entorno familiar, buscando eliminar paulatinamente el temor de tocar estos temas en el hogar, para promover un ambiente de confianza, evitando así la búsqueda de respuestas fuera

de estos círculos, que conlleva en una gran parte de los casos a embarazos no planificados en edades tempranas.

4. Capacitar de mejor manera al personal de salud (médicos, enfermeras, promotores de salud) acerca de la atención de planificación familiar, ya sea en charlas o talleres, para que estos puedan brindar una atención completa e integral a la usuaria, permitiendo a la misma tomar decisiones sobre el uso racional de los métodos de planificación familiar, evitando presiones o juicios. Se debe instar al personal de salud para informar sobre efectos secundarios, y métodos alternativos, evitando el abandono, así como realizar seguimientos en las usuarias que hayan abandonado métodos sin especificar la causa. Se debe de orientar a las embarazadas y sus parejas, sobre el uso de métodos de planificación familiar posterior al parto, evitando así la aparición de embarazos no planificados recurrentes.

Bibliografía:

1. Wayne C. Shields, et.al. The potential of long-acting reversible contraception to decrease unintended pregnancy. Elsevier Editorial. Contraception. 2008 [Citado 24 de Mayo de 2017]. 78. 197-200.
2. www.cia.gov [Internet]. Estados Unidos: CIA.c1980. [citado 17 marzo 2017]. The World Factbook.[Aprox. 2 pantallas]

Disponible: www.cia.gov

3. YagoSimón T, Aznar Tomás. Variables sociodemográficas relacionadas con embarazos no planificados en jóvenes de 13 a 24 años de edad. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2014 [Citado 17 de marzo de 2017]; 88 (3): 398-399.

Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/170/17031402009/>

4. Díaz Morales Eduardo, et. al. Embarazo no deseado en alumnas universitarias. Revista Cubana de Medicina Militar [Internet] 2013[Citado 17 de marzo de 2017];42(2):153-163

Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v42n2/mil04213.pdf>

5. Organización Panamericana de la Salud (PAHO). Embarazo en adolescentes, boletín informativo. [Internet]. Nicaragua; Julio 2015. [Citado 17 de marzo de 2017].

Disponible en: http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=714&Itemid=235

6. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) El Salvador, Mapa de Embarazos en Niñas y Adolescentes en El Salvador 2015, primera edición Julio de 2016.: 4, 5.

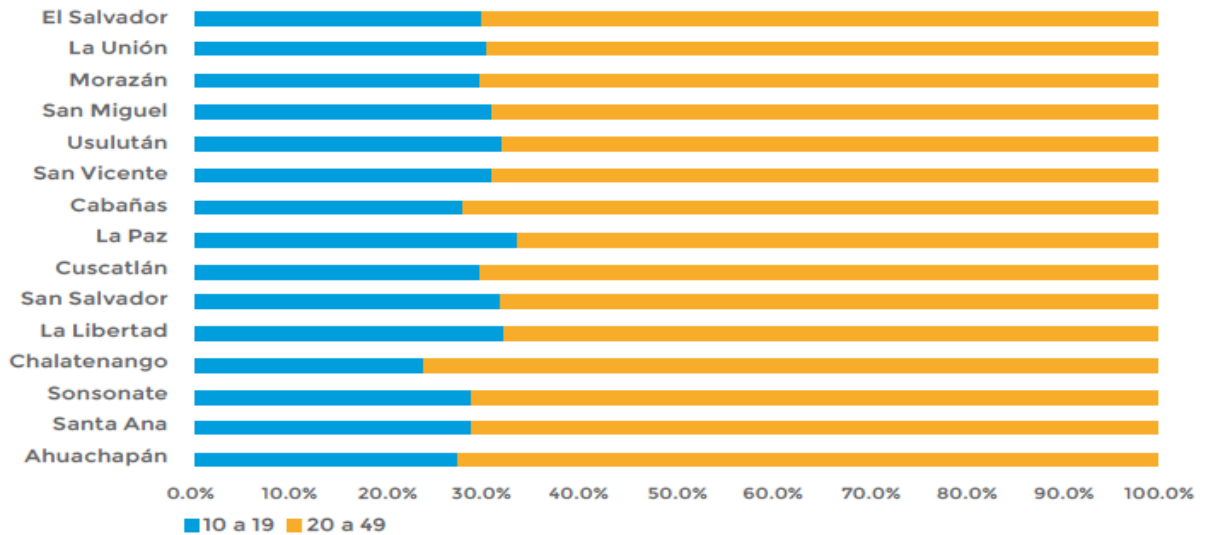
7. Langer Ana. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. Rev. Panam. Salud Pública 2002[Citado 17 de marzo de 2017];11(3):192-205.
8. Ministerio de Salud de El Salvador. Política de Salud Sexual y Reproductiva. Agosto 2012.
9. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) El Salvador, Mapa de Embarazos en Niñas y Adolescentes en El Salvador 2015, primera edición Julio de 2016.: 5,13, 41-43.
10. Organización mundial de la salud. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Segunda edición. 2012. Capítulo 1.
11. Organización mundial de la salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica: resumen del informe. 2005. Capítulo 4. 20-21.
12. Efraín Noguera et. al, Embarazo no deseado, continuación forzada del embarazo y afectación de la salud mental. 1ra edición. Grupo médico por el derecho a decidir. Colombia. 2011.
13. Bazán, M. Villanueva, K. Relación entre el uso de métodos anticonceptivos y el embarazo no planificado en adolescentes. Lima; 2005.
14. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido. Agosto 2011.

Anexos

Anexo 1. Gráfico distribución por grupos de edad, de mujeres embarazadas registradas en el MINSAL.

GRÁFICO 1.

EL SALVADOR: PROPORCIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS REGISTRADAS EN EL MINSAL SEGÚN EDAD POR DEPARTAMENTO. 2015.



Fuente: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) El Salvador, *Mapa de Embarazos en Niñas y Adolescentes en El Salvador 2015*, primera edición Julio de 2016. Capítulo 2. Página 13.

Anexo 2. Tabla de distribución por grupos de edad y municipio de registro de embarazadas en el departamento de Morazán, 2015.

TABLA DEL DEPARTAMENTO	Inscripciones en control prenatal de niñas y adolescentes de 10 a 19 años según edad. 2015			
	Municipio	10 a 14	15 a 17	18 a 19
01- San Francisco Gotera	2	45	44	91
02- Arambala	1	7	8	16
03- Cacaopera	5	48	35	88
04- Corinto	4	55	36	95
05- Chilanga	1	26	14	41
06- Delicias de Concepción	0	3	12	15
07- El Divisadero	2	13	5	20
08- El Rosario	1	3	4	8
09- Gualococti	3	9	12	24
10- Guatajiagua	9	43	49	101
11- Joateca	1	11	10	22
12- Jocoaltique	1	13	5	19
13- Jocoro	0	16	28	44
14- Lolotiquillo	4	12	12	28
15- Meanguera	2	22	18	42
16- Osicala	0	24	26	50
17- Perquín	0	7	11	18
18- San Carlos	0	14	7	21
19- San Fernando	1	4	6	11
20- San Isidro	0	5	6	11
21- San Simón	2	23	27	52
22- Sensembra	1	9	5	15
23- Sociedad	0	29	27	56
24- Torola	1	17	12	30
25- Yamabal	2	10	20	32
26- Yoloaiquín	0	8	7	15

Fuente: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) El Salvador, Mapa de Embarazos en Niñas y Adolescentes en El Salvador 2015, primera edición Julio de 2016. Capítulo 2. Página 43.

Anexo 3. Resumen de algunos estudios que relacionan los embarazos no deseados y afectaciones a la salud mental.

Tabla 1. Resumen de estudios que demuestra asociación entre embarazo no deseado y afectación de la salud mental		
Autor/año	Descripción del estudio	Hallazgos
Eastwood 2011	Corte transversal 29405 mujeres, Australia	Mayor incidencia de síntomas depresivos en el postparto entre mujeres con embarazo no deseado
Bunevicius 2009	Cohorte 230 mujeres, Lituania	Mayor riesgo de depresión durante cada trimestre del embarazo entre mujeres con embarazo no deseado
Lau keung 2007	Corte transversal en 2178 mujeres, China	40% más incidencia de altos niveles de estrés psicológico y tres veces más incidencia de altos niveles de síntomas depresivos, entre quienes tenían un embarazo no deseado.
Rich-Edwards 2006	Cohorte 1662 mujeres, USA	Dos veces más riesgo de depresión postparto entre mujeres con embarazo no deseado en comparación con mujeres con embarazo deseado.
Iramfar 2005	Cohorte 163 mujeres, Irán	Dos veces más depresión postparto entre mujeres con embarazo no deseado en comparación con embarazo deseado.
Najman 1991	Cohorte de 6642 mujeres, Australia	Riesgo cinco veces mayor durante el embarazo y tres veces mayor durante el postparto, de sufrir de depresión entre las mujeres que no deseaban el embarazo y que, además, tuvieron una reacción negativa hacia él al principio del mismo.
Laukaran 1980	Cohorte de 8000 mujeres embarazadas, USA	Incidencia 2,6 veces mayor de problemas psicosociales en mujeres con embarazo no deseado y una actitud negativa frente al mismo.

Fuente: Efraín Noguera et. al, Embarazo no deseado, continuación forzada del embarazo y afectación de la salud mental. 1ra edición. Grupo médico por el derecho a decidir. Colombia. 2011. Página 10.

Anexo 4. Hoja filtro de la consulta de cuidado preconcepcional.

CUIDADO PRECONCEPCIONAL. HOJA FILTRO.			
Instrucciones: Marque con una X la casilla de la derecha correspondiente, si la usuaria contesta "Sí" a la condición o factor de riesgo explorado. Si la respuesta es afirmativa a uno o más factores de riesgos; la usuaria elegible para consulta preconcepcional especializado			
FACTORES O CONDICIONES DE RIESGO			
BIOLOGICOS / OBSTÉTRICOS		SOCIALES	
Mujer > 35 años	4 ó más embarazos	❖ Unión inestable	
Adolescencia (< 19 años)	Dos o más abortos consecutivos o no consecutivos.	Alcoholismo	
Intervalo intergenésico < 24 meses	Muerte perinatal previa.	Adicciones	
Estado nutricional deficiente (IMC < 18.5 Kg / m ²)	Recién nacido previo con defectos congénitos.	❖ Delincuencia	
Obesidad (IMC > 30 Kg / m ²)	Bajo peso al nacer (< 2,500 gr)	❖ Pobreza extrema	
Cardiopatías	Parto prematuro previo.	❖ Analfabetismo	
Asma bronquial	Hemorragia postparto previa.	❖ Baja escolaridad	
Diabetes Mellitus y gestacional	Infección puerperal previa.	Violencia sexual	
Hipertensión arterial	Embarazo múltiple previo .	Violencia intrafamiliar	
Trombosis venosa profunda actual o previa	Hipertensión inducida por el embarazo previa.	❖ Inaccesibilidad a los servicios de salud	
Endocrinopatías	Enfermedad Gestacional del Trofoblasto previa.	Prácticas sexuales de riesgo	
Colagenopatías	Embarazo ectópico previo.	Carga laboral alta (>10 horas por día; >6 horas de pie al día)	
Síndrome convulsivo	Cesárea previa.	Exposición ocupacional a tóxicos, solventes, químicos, sustancias radioactivas o exposición a altas temperaturas.	
Trastornos de la salud mental	Cirugía pélvica previa.		
Anemia antes del embarazo	Anomalía pélvica.		
IVU crónica	Malformaciones uterinas.		
Mujer viviendo con VIH / SIDA	Consumo de medicamentos Anticonvulsivantes, cumarínicos, antihipertensivos, tretinoína.		
Infecciones de Transmisión Sexual	Isoinmunización Rh previa.		
❖ Estos los factores sociales señalados no ameritan consulta preconcepcional con especialista			

Fuente: Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido. Agosto 2011. Anexos, página 58.

Anexo 5

**Universidad de El Salvador
Facultad de Medicina
Escuela de Medicina
Autorización Jurídica**

“Determinantes demográficas, socioculturales, y de servicios de salud reproductiva de los embarazos no planificados de las usuarias en control prenatal en las UCSF San Diego y Perquín durante Junio - Julio 2017.”

Mi nombre es _____. Estoy llevando a cabo un proyecto de investigación para optar al título de doctor en medicina.

El presente instrumento ha sido creado con el objetivo de investigar las principales determinantes demográficas, socioculturales, educativas y de servicios de salud reproductiva en los embarazos no planificados en control prenatal en las UCSF Perquín y UCSF San Diego, en el período de mayo a junio del 2017.

El estudio consiste en realizar entrevistas anónimas a mujeres embarazadas en control prenatal en dichas unidades, mientras se va llenando un cuestionario que contiene 25 preguntas. La duración de la entrevista es de aproximadamente 15 minutos. Es estrictamente confidencial y su nombre no será publicado.

La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede decidir no continuar con la entrevista en cualquier momento durante la realización de la misma. La participación en la investigación no tiene ninguna compensación monetaria ni beneficio.

Si tiene alguna duda durante la realización de la investigación, es libre de consultar en cualquier momento.

Si la embarazada es menor de edad:

La presente entrevista es de carácter anónimo y con fines únicamente de investigación. Sin embargo, al entrevistarse a menores de edad, es

necesario velar por la protección de sus derechos, por lo que resulta fundamental que madre, padre o encargado de la misma, autorice la participación del menor en la investigación.

AUTORIZACIÓN:

Entiendo el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado el proceso a seguir y ha aclarado mis dudas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el presente estudio.

F. _____

Si es menor de edad:

F. _____

Padre, madre o encargado



Universidad de El Salvador
Hacia la libertad por la cultura

Instrumento de investigación



Trabajo de investigación:

**Universidad de El Salvador
Facultad de Medicina
Escuela de Medicina**

“Determinantes demográficas, socioculturales, y de servicios de salud reproductiva de los embarazos no planificados de las usuarias en control prenatal en las UCSF San Diego y Perquín durante Junio - Julio 2017.”

El presente instrumento fue creado con el objetivo de investigar determinantes que influyen en el apareamiento de embarazos no planificados en Perquín y San Diego Torola. La información brindada es de carácter anónimo y con objeto único de investigación. El llenado del instrumento será por medio de la entrevista.

Fecha:

Parte I: Determinantes demográficas y socioculturales

1. Datos de identificación:

Edad:	
Escolaridad:	
Estado civil:	
Religión:	
Ocupación:	
Formula obstétrica:	

2. ¿Fue planeado su embarazo?

- Sí**
 No

Si, la respuesta es “no” se continuará con la entrevista:



Universidad de El Salvador
Hacia la libertad por la cultura

3. En caso de no ser primer embarazo, ¿Cuántos no han sido planeados?

4. ¿Han sido estos con la misma pareja?

- Sí**
- No**

5. ¿Qué edad tenía cuando quedó embarazada por primera vez?

6. ¿A qué edad inició relaciones sexuales?

- < 15 años**
- 15-18 años**
- > 18 años**

7. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?

8. ¿Qué edad tiene su pareja actual?

9. ¿Ha habido aceptación de su familia al enterarse de su embarazo?

- Muy aceptado**
- Aceptado**
- Poco aceptado**
- Rechazado**



Universidad de El Salvador

Hacia la libertad por la cultura

10. ¿Ha habido aceptación de su pareja al enterarse de su embarazo?

- Muy aceptado**
- Aceptado**
- Poco aceptado**
- Rechazado**

11. ¿Sintió en algún momento que algún miembro de su familia hizo presión hacia usted para quedar embarazada?

- Mucha presión**
- Poca presión**
- Ninguna presión**

12. En qué rango se encuentra su ingreso mensual:

- < 200**
- 200- 400**
- 400-600**
- <600**
- NS/NR**

Parte II: Conocimiento de la embarazada sobre salud sexual y reproductiva:

13. ¿Sabe usted en qué momento puede quedar embarazada?

- Sí**
- No**

14. ¿Conocía usted antes de quedar embarazada, que existían consultas previas a un embarazo?

- Sí**
- No**



Universidad de El Salvador

Hacia la libertad por la cultura

15. ¿Qué conocimiento tienen acerca de estas consultas?

16. ¿Asistió alguna vez a una consulta?

- Si**
- No**

17. ¿Qué métodos de planificación familiar conoce usted?

18. ¿Ha planificado alguna vez?

- Sí**
- No**

19. De responder no, ¿Por qué?

20. Si la respuesta anterior es "sí", ¿Con qué método/s?

- Oral**
- Inyectable**
- Implante**
- DIU**
- Barrera**
- Naturales**

21. ¿Cómo lo utilizaba?

- Uso correcto**
- Uso incorrecto**



Universidad de El Salvador
Hacia la libertad por la cultura

22. Si lo abandonó, ¿Por qué dejó de usarlo?

- Efectos secundarios**
- Deseo de embarazo**
- Presión de pareja**
- Otros**

23. ¿Usaba usted algún método de planificación familiar al momento de quedar embarazada?

- Sí**
- No**

24. ¿De dónde obtuvo su conocimiento sobre salud sexual, embarazo y planificación familiar?

- Hogar**
- Escuela**
- Comunidad**
- Clínicas**
- Iglesias**

25. ¿Cuál es su percepción de los métodos de planificación familiar?

- Buena**
- Mala**

¿Por qué? _____

Gracias por su colaboración.