

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA



“FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZOS EN ADOLESCENTES INSCRITAS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN MATERNA EN LAS UCSF LOURDES Y SAN PEDRO PERULAPÁN. MARZO-JULIO 2014”.

INFORME FINAL PRESENTADO POR:

Sara Cristina Córdova Herrera
Katherinne Elizabeth Durán Orellana
David Alejandro Echeverría López

PARA OPTAR AL TÍTULO DE:
DOCTOR EN MEDICINA

ASESOR:

Dr. Roberto Henry Reyes Merlos

San Salvador, 22 de agosto de 2014

ÍNDICE

I.	Resumen.....	1
II.	Introducción	3
III.	Objetivos	
	General.....	5
	Específicos.....	5
IV.	Marco Teórico.....	6-26
	A.Embarazo.....	8
	B.Embarazo en adolescentes.....	13
	C.Factores de riesgo del embarazo de las adolescentes.....	15
	D. Salud sexual y reproductiva.....	22
V.	Hipótesis.....	27
VI.	Diseño Metodológico.....	28
VII.	Operacionalización de Variables.....	30-34
VIII.	Cronograma de Actividades.....	35
IX.	Resultados	36-49
X.	Discusión.....	50
XI.	Conclusiones.....	54
XII.	Recomendaciones.....	55
XIII.	Bibliografía	56
XIV.	Anexos.....	58

RESUMEN

Se registran cerca de un 95% de los embarazos en adolescentes a nivel internacional, conceptualizando a esta etapa de vida como aquella comprendida entre los 10 a 19 años.

Es importante contextualizar esta problemática, no enfocándose únicamente en los factores biológicos, sino también en los factores sociales, culturales y económicas que conforman el diario vivir de estas adolescentes. También el aspecto emocional constituye un impulso que lleva a estas adolescentes a la toma de decisiones precipitadas que impactarán en sus vidas a futuro.

Mediante la encuesta se intentó conocer de primera mano cuales son los factores que inciden en el aumento de embarazos en adolescentes; encuesta orientada a pacientes inscritas al programa de atención materna impulsada por el Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL) que se aplica en todas las unidades de salud del país. El presente trabajo se desarrolló en dos de las zonas con mayores índices de violencia de todo el país en donde el promedio de personas fallecidas asciende a 2 por día, poblaciones en su mayoría urbano-rurales, que pertenecen a las área de influencia de las UCSFI Lourdes y UCSFE San Pedro Perulapán.

Según el estudio la mayoría de encuestadas son alfabetas e inician relaciones sexuales entre un rango de edad de 13 a 15 años; con una media de edad menor que la edad promedio brindada por la OMS que corresponde a los 16.3 años.

Las pacientes tienen conocimiento sobre la existencia de los métodos de planificación familiar, pero únicamente un 36% de ellas los han utilizado. En lo que respecta a salud sexual y reproductiva la principal fuente de información constituyen las instituciones educativas, seguidas por familiares y personal de familia.

Estas adolescentes carecen de independencia económica ya que tienen de principal soporte económico a su pareja .

Las adolescentes inician menarquía en edad promedio de 12 años, este desarrollo biológico condiciona a la fertilidad temprano, lo cual sumado a un inicio de vida sexual precoz, puede llevar como resultado embarazos en la adolescencia a edad temprana.

La falta de una integración entre la temática de salud sexual y reproductiva como parte de una educación integral de la adolescente, no únicamente en el área de la educación formal condiciona el apareamiento de embarazos a temprana edad, sumado a la repetición y perpetuación de paradigmas culturales sobre la mujer y la maternidad. Todo esto no sólo afecta el desarrollo biopsicosocial de las adolescentes, sino que también el desarrollo de los pueblos.

INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente es un problema presente en los países en desarrollo; ya que según datos de la UNFPA¹ el 95% de los partos de adolescentes se dan en los países en desarrollo; determinándose una tasa de natalidad² del 79%. Esta situación representa un detrimento de la salud tanto de las madres como de la de sus hijos; lo cual perpetua el ciclo de pobreza en estos países.

Latinoamérica ocupa el segundo lugar de incidencia de casos de embarazos en adolescentes, esto a pesar de esfuerzos realizados por múltiples organizaciones tanto nacionales como internacionales para reducirlos.

El Salvador no es la excepción en cuanto a esta problemática, ya que según datos del Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL); la incidencia del embarazo adolescente en el país es la segunda más alta en la región latinoamericana³; de los cual según un estudio del BM⁴, en El Salvador se estima; que un 43,8% de los embarazos en adolescentes son deseados; mientras un 56,2% no lo son.

Durante el año 2013, tres de cada 10 atenciones prenatales registradas por el sistema de salud corresponden a menores de 19 años; por lo que se le ha catalogado como una epidemia que necesita intervenciones de manera intersectorial⁵

En este contexto nacional se decidió en la presente investigación tomar como áreas geográficas de estudio dos regiones del país con distinto contexto socioeconómico y cultural; las cuales son San Pedro Perulapán, Cuscatlán y

¹El Estado de la Población Mundial 2013 “Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en las adolescentes” UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas por sus siglas en inglés) 2013

² Tasa de natalidad adolescente: Numero total de nacimientos de niños vivos paridos por niñas entre 15 y 19 años x 1000/numero total de adolescentes entre 15 y 19 años

³ Quiñonez, Alessandra “Alarmante incidencia de embarazos en adolescentes en el país, reporta Salud” Diario La Página, 9 de julio de 2013

⁴ Banco Mundial

⁵ Sosa, Byron “Catalogan de epidemia embarazos en adolescentes” La Prensa Gráfica; 13 de diciembre de 2013

Lourdes, Colón; áreas que presentan entornos de violencia social y de embarazos adolescentes; con el propósito de conocer los principales factores que inciden en los embarazos en las adolescentes de estos sectores.

Con esto se busca beneficiar a las adolescentes de las zonas antes mencionadas; para que a posteriori se puedan emprender actividades que ayuden a disminuir la tasa de incidencia de embarazos en adolescentes mediante el fomento de la educación sexual y reproductiva a edades tempranas a niveles institucionales; como herramienta de empoderamiento de estas adolescentes; así como también hacer conciencia en los adolescentes de adoptar actividades que les permitan responsabilizarse.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores asociados al embarazo en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna durante el período de marzo a julio de 2014 en las UCSF Lourdes y San Pedro Perulapán.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores demográficos, económicos y socioculturales asociados con los embarazos en las adolescentes.
- Conocer los factores biológicos asociados con el embarazo en las adolescentes
- Interpretar el nivel educativo y los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva que las adolescentes poseen con la edad en que éstas presentaron su primer embarazo.

MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud, divide la infancia desde el nacimiento hasta los 10 años, preadolescencia de 10 a 14 años y adolescencia de los 14 a los 19 años. (1).

La adolescencia es una etapa del ciclo de la vida que inicia con un proceso biológico, el cual es la pubertad y que finaliza con un proceso psicosocial, su independencia económica y familiar.

Dado el abismo de experiencia que separa a los adolescentes más jóvenes de los mayores, resulta útil contemplar esta segunda década de la vida como dos partes: la adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años) y la adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años)

- La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas sociales.
- La adolescencia tardía se extiende desde los 15 a los 19 años. Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea.(1)

La OMS⁶ estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, de los cuales el 85 por ciento viven en países pobres o de ingresos medios, y alrededor de 1.7 millones de ellos mueren al año.

Sin embargo, la condición de juventud no es uniforme y varía según el grupo social que se considere.

La adolescencia se caracteriza por el crecimiento físico y desarrollo psicológico, y es la fase del desarrollo humano situada entre la infancia y la edad adulta. Esta transición es tanto física como psicológica por lo que debe considerarse un fenómeno biológico, cultural y social.

Es una fase decisiva de evolución hacia una mayor autonomía social. En este período la persona afirma su identidad al mismo tiempo que desarrolla su madurez sexual, se plantean metas y proyectos de vida.

Se habla de “adolescencias” porque en el ámbito urbano el proceso de desarrollo psicosocial es diferente al del área rural.(2)

La adolescencia es un período en el cual suceden cambios rápidos y que son notables en el que el individuo , este experimenta procesos tales como:

- a) Maduración física: crecimiento corporal general que incluye la capacidad de reproducción.
- b) Maduración cognoscitiva: una nueva capacidad para pensar de manera lógica, conceptual y futurista.
- c) Desarrollo psico-social: una mejor comprensión de uno mismo en relación a otros.

⁶ OMS: Organización Mundial de la Salud

En El Salvador

En la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, también conocida como LEPINA; define al adolescente como toda persona con edad comprendida entre los doce años cumplidos hasta que cumpla los 18 años de edad (3)

Según el censo 2007 de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC), el 22.7 % de la población actual en El Salvador tiene entre 10 y 19 años; de ellos, el 48.6 % son mujeres y 51.4 % varones; y el 58% de ellos habitan en el área urbana y 42% en el área rural (2). En el país el 58% de la población está en edad reproductiva, donde el 37% del total corresponde a adolescentes. La edad promedio del inicio de las relaciones sexuales entre las adolescentes es de 16.3 años; con bajo uso de métodos anticonceptivos (4)

EMBARAZO

Según la definición de embarazo por la Universidad de Oxford, este se define como el período en que la mujer lleva un feto en desarrollo dentro del útero normalmente. El embarazo es un período que dura aproximadamente 266 días, desde la concepción hasta el nacimiento, o 280 días desde el último período menstrual⁷. Un concepto simplificado de embarazo normal lo define como el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término (5)

⁷ Definición obtenida <http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/oi/authority.20110803100342941>; [Consultado el 17/04/2014]

SIGNOS Y SÍNTOMAS

A. SÍNTOMAS

La náusea es el síntoma gastrointestinal más común durante el embarazo, ocurre entre 80 y 85% durante el primer trimestre, se asocia con vómito en 52% de los embarazos. Usualmente se presenta en las primeras 8 semanas de gestación y desaparece a las 16 a 20 semanas de gestación (5)

Hay estreñimiento, fatiga, aumento de peso; menos frecuentemente puede haber sialorrea, anorexia, disgeusia, antojos o deseos de alimentos no apetecidos anteriormente, tendencia a vértigos, lipotimias, insomnio o somnolencia, irritabilidad, cambios de carácter y alteraciones de los órganos olfatorios.

Las gestantes perciben los movimientos fetales a edad variable según la agudeza y umbral individual para apreciarlos. La primípara lo hace entre las 18 y 20 semanas y la multípara algunas semanas antes. Primero son identificados como un ligero cosquilleo y luego, se hacen paulatinamente más intensos. (6)

B. SIGNOS

Los signos durante el embarazo se describen como de probabilidad y de certeza (6)

SIGNOS DE PROBABILIDAD

- **Amenorrea:** Ante cualquier mujer en edad fértil, que presente un atraso en la aparición de su menstruación, se deberá pensar en una gravidez.
- **Modificaciones uterinas:** La forma del útero se hace más globulosa, los fondos de saco vaginales se hacen convexos (signo de Noble-Budin) y la consistencia disminuye.

Semanas de amenorrea	Tamaño uterino
<10	No alcanza el pubis
12	Alcanza la sínfisis púbica
16	El fondo a mitad de distancia entre sínfisis y ombligo
20	El fondo alcanza altura del ombligo

- **Hormona Coriónica Gonadotrófica (HCG):** La HCG puede detectarse apenas 8 días después de producida la fecundación (por lo tanto, aún antes que se perciba un retraso menstrual). El mayor pico de HCG se produce a los 60 o 70 días de la última menstruación. Para evitar falsos positivos, se suele evitar dosificando la sub unidad beta de la HCG. Existen test comerciales, rápidos, sencillos y relativamente económicos para ser usados en el hogar. Suelen ser altamente sensibles. Para mejorar su sensibilidad, se recomienda realizarlos con la primer orina de la mañana.

SIGNOS DE CERTEZA

- **Sub unidad Beta de la HCG:** La sub unidad beta de la HCG, es detectable aún antes de la nidación y es exclusivamente producida por el sincitiotrofoblasto, con lo que se evitan las reacciones cruzadas con otras hormonas. Constituye el método de diagnóstico de embarazo más precoz y sensible.
- **Detección de partes fetales:** Mediante palpación abdominal
- **Latidos cardíacos fetales:** La auscultación de latidos fetales es tal vez el signo más confiable de vitalidad fetal. La edad gestacional ideal para detectar latidos es variable y depende de manera principal del método que se emplee.

Edad gestacional (semanas)	Método
desde las 6-8	Ecografía de tiempo real (vía vaginal-abdominal)
desde las 12	Detector Doppler
desde las 20	Estetoscopio obstétrico

- **Visualización fetal:** Permite diagnosticar el embarazo a partir de la 4ª semana y el embarazo gemelar a partir de la 6ª.

FACTORES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO:

- Edad materna: menor de 15 años y mayor de 35 años
- Alcoholismo
- Drogodependencia y/o tabaquismo
- Madre Rh (-)
- Enfermedad materna previa: hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer, ITS como VIH/SIDA, obesidad mórbida
- Complicaciones durante el embarazo: placenta previa, preeclampsia/eclampsia, diabetes gestacional.

CONTROL PRENATAL

Se entiende por control prenatal (control antenatal, asistencia prenatal, cuidado prenatal, consulta prenatal) a la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

Con el control prenatal se persigue:

- La detección de enfermedades maternas subclínicas,
- La prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo
- La vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal
- La disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo,
- La preparación psicofísica para el nacimiento,
- La administración de contenidos educativos para la salud, la familia y la crianza.

El control prenatal deberá clasificarse, según la evaluación de la usuaria, en:

- Prenatal Básico: para usuarias sin factores de riesgo o complicaciones. Este será brindado por médico general, médico de familia, licenciada en salud materno infantil, enfermera capacitada o médico especialista donde se cuente con este recurso.
- Prenatal Especializado: para usuarias en las que se detecte morbilidad previa o complicaciones durante el embarazo. Será proporcionada por Médico Gineco-obstetra. En este tipo de control, la mujer tendrá una atención diferenciada de acuerdo con la patología o factor de riesgo que presente

Según lineamientos del MINSAL⁸; toda mujer embarazada deberá completar como mínimo 5 controles prenatales; que se calendarizarán según el siguiente esquema (7):

Controles	Semanas del Embarazo
1 ^{er} Control (Inscripción)	En las primeras 12 semanas de gestación
2 ^o Control	Entre las 16-18 semanas
3er Control	Entre las 26-28 semanas
4 ^o Control	Entre las 32-34 semanas
5 ^o Control	A las 38 semanas

Toda mujer con un embarazo mayor de 38 semanas, deberá ser referida para continuar su control prenatal con ginecólogo, quien evaluará condición materno fetal cada semana. Toda mujer con antecedente de cesárea anterior deberá ser referida a las 36 semanas de edad gestacional al hospital que corresponda, para programar cesárea electiva arriba de las 38 semanas de edad gestacional. Al cumplir 40 semanas de edad gestacional toda usuaria será referida al hospital que corresponda a su localidad.

Durante los controles prenatales se realizarán las siguientes actividades:

- Estimación de edad gestacional

⁸ MINSAL: Ministerio de Salud de El Salvador

- Toma de presión arterial
- Esquema de vacunación Td: se requerirá evaluar esquema previo; si no lo posee se administrarán dos dosis de Td; la primera a partir de las 16 semanas de gestación y la segunda 1 mes después.
- Medición de altura uterina y auscultación de Frecuencia Cardíaca Fetal
- Prescripción de micronutrientes: Hierro/ácido fólico, multivitaminas prenatales, calcio
- Indicar exámenes de laboratorio: Típo Rh, Glicemia, Hemoglobina (< 11g/dl se considera anemia), VDRL, VIH, Examen de orina, examen de heces. A excepción del examen de heces y el típo Rh, todos los demás exámenes deberán realizarse durante la inscripción y en el tercer control prenatal. A partir de los resultados tomar acciones de orden terapéutico, refiriendo oportunamente a las pacientes si requieren atención especializada

EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Según la OMS el embarazo en la adolescencia es “aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica (entiendase como edad ginecológica = edad de inicio de la menarquía) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental”.

En la actualidad, el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública común en todo el mundo. La mayoría de las adolescentes manifiestan que sus embarazos son no intencionados (tanto el no planificado, como el no deseado). Los embarazos repetidos en este grupo también ocurren con frecuencia y están relacionados con mayores riesgos de resultados adversos para madres adolescentes y sus bebés.

Las muertes relativas al embarazo y al parto representan la causa número uno de muerte en mujeres de 15 a 19 años de edad en todo el mundo (8), con casi 70,000 muertes anuales según UNICEF (9).

Al menos 2 millones más de mujeres jóvenes, como consecuencia del embarazo y el parto, desarrollan una enfermedad crónica o una discapacidad, que puede hacerles padecer sufrimiento de por vida, vergüenza o abandono. Las mujeres primerizas más jóvenes, físicamente inmaduras y, a menudo, con pocos recursos, tienen el mayor riesgo. Además, cada año, un 2,2 a 4 millones de adolescentes recurren a un aborto no seguro (10). El noventa por ciento de las muertes maternas ocurre en lugares en vías de desarrollo (11).

Muchas adolescentes se casan, quedan embarazadas y tienen hijos antes de estar lo suficientemente maduras física, emocional y socialmente para ser madres. Casadas o no, las adolescentes quedan embarazadas por diversos motivos.

En algunos casos, el embarazo es accidental y es el resultado de experimentar con la sexualidad o de la falta de conocimiento sobre cómo prevenir la concepción. En otros casos, las mujeres buscan el embarazo y la maternidad para alcanzar un estado de adultez o llenar un vacío emocional. Pero la mayoría de los embarazos adolescentes tienen poco que ver con la elección o los errores.

Según registros del Ministerio de Salud (MINSAL), el 32 % del total de embarazos reportados para 2012, el cual corresponde a 82,958 embarazos inscritos al control prenatal correspondía a jóvenes entre 15 y 19 años. En cuanto a las atenciones prenatales, tres de cada 10 atenciones prenatales registradas por el sistema de salud (32 %) corresponden a menores de 19 años, un parámetro en los últimos 10 años en El Salvador. Esto último se enmarca en lo reglamentado en la ley LEPINA; la cual asigna al Estado la

obligación de proporcionar atención médica integral de manera gratuita a las embarazadas adolescentes, ya que según el artículo 24 de la ley LEPINA toda niña o embarazada adolescente es un considera en un estado de riesgo obstétrico y perinatal (3)

Durante 2012, los departamentos que registraron más casos fueron San Salvador, Usulután, La Paz, La Libertad y Santa Ana.

En el estudio FESAL 2008, el 29% de las adolescentes entre los 15-24 años de edad no creían que iban a quedar embarazadas; mientras que el 43% de estas adolescentes no deseaban un embarazo. Estos resultados se asocian a la creencia en mitos por parte de la población en temas de sexualidad; ya que según datos del mismo estudio un 18 % de las mujeres creen que no es posible quedar embarazada cuando no se tienen relaciones sexuales frecuentes y un 16% creen que no pueden quedar embarazadas en la primera relación sexual (4)

FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE

Son multicausales, los cuales se resumen en los siguientes acápite:

- Individuales
- Biológicos
- Psicosocial
- Familiares

I. Factores Individuales

En El Salvador la falta de información, capacitación y educación sexual en adolescentes tiende a aumentar el grado de información errónea sobre relaciones sexuales, así como también desconocimiento en materia de concepción y uso de métodos anticonceptivos; ya que incluso dentro del ámbito familiar no se tratan

temas acerca de la sexualidad; así como también por parte de las instituciones estatales; ya que según un estudio realizado en 2012; se encontró que sólo un 9.3% de los adolescentes habían recibido por parte del MINSAL en los 6 meses previos a dicho estudio (4)

Cerca de un 30% son embarazos precoces, entre los 10-19 años, la mayoría de embarazadas afirma que no conocían sobre sexualidad sana, conocían métodos anticonceptivos ni como hacer uso de estos, así como también en materia de sus derechos sexuales y reproductivos adolescentes.

Esto último resulta alarmante ya que en el país se registraron cerca de 1,977 casos de violencia sexual en zonas urbanas durante 2013; según reportes de la Policía Nacional Civil. De estos casos, 1,820 corresponden a denuncias que involucran a niñas menores de 10 años y 157 son adolescentes. Estos datos se correlacionan de manera alarmante con datos del estudio *Health Focus (2012)* en el cual un 53,3% de los adolescentes que participaron en dicho estudio no sabían que tienen derecho a denunciar a su agresor sexual; mientras que el 18.6% no sabían que tener relaciones sexuales con consentimiento es un derecho (4)

Dentro de los factores individuales no únicamente se encuentra el componente educativo; sino también el autoestima de la adolescente; ya que una adolescente con autoestima baja tiene más posibilidades de embarcarse en conductas de riesgo, ya que se sentirá incapaz de negociar con otros temas como lo es la planificación familiar; así como también su capacidad de establecer un plan de vida y luchar por las metas que se ha propuesto (13)

II. Biológicos

La edad en la que se inicia la pubertad ha declinado desde 17 años en el siglo XIX hasta alrededor de 12 a 13 años en la actualidad lo cual conduce a que las adolescentes sean fértiles a una edad menor, incluso actualmente se considera

que la menarquía ocurre generalmente entre los 8 y los 13 años de edad; lo cual agregado el bajo uso de métodos anticonceptivos por parte de las adolescentes propicia el apareamiento de embarazo en ellas. El período entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en la sociedad actual, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales; así como también los cambios que se han dado en cuanto a la concepción cultural del matrimonio.

III. Psicosociales

Muchas adolescentes no están concientes de la gran responsabilidad que enmarca el inicio de relaciones sexuales a edades tempranas; así como también la posibilidad de un embarazo temprano y los riesgos que conlleva; tanto físicos, psicológicos y emocionales.

Obedece en general a una serie de causas, dentro de las que se mencionan: psicológicas, socioculturales y familiares.

A. PSICOLÓGICAS:

Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz.

La mayoría de adolescentes tienen 5 principales pensamientos por los cuales piensan en el embarazo como elección.

1. Desean tener un hijo para reconstruir la ternura materna o para construir la que no han tenido, formando una familia.
2. Tener un compañero de vida que las ayude a sobrevivir económicamente.
3. Como castigo a sus padres por la desatención.
4. Para irse de un hogar disfuncional, y huir de un ambiente difícil.

5. Porque su pareja se lo pide.

B. FACTORES SOCIALES

La falta de información en materia de planificación familiar; así como también los mensajes emitidos por los medios de comunicación masiva a través de contenidos eróticos que influyen en los comportamientos sexuales de los adolescentes; originando un inicio de relaciones sexuales y tempranas.

El entorno en el que se desarrolla las adolescentes, que favorece el estereotipo de la sociedad que ve al sexo femenino como un sexo débil y frágil, típica imagen que se ha perpetuado en nuestras sociedades para mantener el dominio masculino en la vida diaria, modelo incluso heredado por las madres a sus hijas; ya que a la mujer se le relega a oficios domésticos y a la maternidad; sin posibilidades de realizar otras labores en los diferentes ámbitos laborales; por lo mismo poseen baja escolaridad; lo cual perpetúa el ciclo de pobreza en el seno de las familias; contexto en el cual florecen problemáticas sociales como la delincuencia y alcoholismo; que a su vez llevan a relaciones familiares disfuncionales; situaciones que ocasionan un retraso en el desarrollo humano de las sociedades. Incluso estos modelos son justificados desde un punto de vista religioso; donde se privilegia el patriarcado (4)(13)

La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes; ya que la precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, ya que la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones; por lo cual se facilita el desarrollo de las sociedades y se combate el ciclo de pobreza (4)

Otra de las problemáticas a las que se enfrentan las sociedades centroamericanas actualmente es la violencia , tal es la problemática en la región centroamericana

que ésta, en los últimos años, se ha caracterizado por ser una de las más violentas y conflictivas del mundo, registrando altas tasas de homicidio y niveles de desigualdad social que generan altos índices de inseguridad ciudadana y jurídica, expresándose en la involución de los derechos humanos.

De acuerdo a los datos del Instituto de Economía y la Paz –IEP–1, en el año 2012 y en los primeros seis meses del año 2013, Centroamérica registró una reducción significativa en los índices de violencia, en comparación con el año 2011. Tal es el caso de El Salvador, cuya tasa de homicidio era de 69 por cada 100 mil habitantes y pasó a 24; es decir, 45 puntos menos en 2012. Algunos analistas lo atribuyen a la “Tregua entre pandillas” que inicio desde marzo. Sin embargo, la percepción de la población es otra, quienes viven el desplazamiento forzado producto de la violencia y la falta de protección de sus derechos por parte del Estado.

En el Índice Global de Paz analizado a 158 naciones del mundo, los países de Centroamérica ocupan las siguientes posiciones, donde se observa una leve disminución con respecto al año 2012.

Figura 1.1

País	Posición año 2012	Posición año 2013
Costa Rica	35	40
Panamá	59	56
Nicaragua	80	66
Guatemala	119	109
El Salvador	122	112
Honduras	125	123

Fuente: cuadro propio, datos del Instituto de Economía y la Paz “Global Peace Index 2012-2013”

IV. Factores Familiares

Según la Constitución de la República de El Salvador; la familia es la base fundamental de la sociedad; lo cual significa que la familia es responsable de

favorecer un estilo de vida saludable en pro del bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia⁹.

Una familia disfuncional, es decir aquella en la que existe un ambiente tenso entre sus miembros; ya que los conflictos, la mala conducta y el abuso por parte de sus miembros se producen continuamente y regularmente; influye negativamente en la psiquis y el autoestima del individuo; favoreciendo conductas de riesgo por parte de sus miembros, dentro de ellas se puede mencionar un inicio prematuro de una relación sexual prematura; e incluso favorecer el embarazo adolescente; como una vía de escape de la brutalidad de la vida cotidiana de dichas familias.

EFFECTOS DEL EMBARAZO EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES

Según datos de la UNICEF, alrededor de 70,000 adolescentes en países en desarrollo mueren cada año por causas relacionadas con embarazo y el parto.

Estos problemas se relacionan con el estado nutricional de las adolescentes; ya que se reporta que aproximadamente 1 de cada 2 niñas, en promedio en los países en desarrollo; lo cual puede aumentar el riesgo de aborto espontáneo; mortinatalidad, nacimiento prematuro y muerte materna.

La madurez física también se asocia a la morbilidad materna; ya que los problemas de salud son más probables en aquellas niñas que quedan embarazadas dos años posteriores a la menarquía o cuando su pelvis y su canal de parto están en desarrollo; por lo que estas madres son vulnerables a un trabajo de parto vulnerable y prolongado; por lo que incluso estas adolescentes pueden sufrir de incontinencia de esfínteres en un futuro.

Muchos de los embarazos adolescentes no son planeados; por lo que en los países donde el aborto es ilegal; estas adolescentes que desean terminar su

⁹ Artículo 32 Constitución de la República de El Salvador

embarazo mediante el aborto se exponen a llevar éste a cabo en condiciones inseguras; ya sea debido a que el personal de estos locales clandestinos carecen la preparación necesaria para llevar a cabo estos procedimientos; o las condiciones del establecimientos no cumplen con estándares médicos mínimos; por lo que estos procedimientos pueden llevar a las pacientes a sufrir injurias como hemorragias, lesiones a órganos internos, septicemia e incluso la muerte.

Aquellas madres adolescentes que si llevan su embarazos a término corren el riesgo de mortinatalidad; así como también muerte del recién nacido; esto debido a situaciones como prematurez o bajo peso al nacer; que también se relacionan con la inmadurez física de las madres adolescentes; principalmente en aquellas de 14 años o menos. Incluso la salud de las madres está en riesgo; ya que se reporta que aquellas pacientes de 15 años o menos pueden presentar hemorragia posparto, eclampsia, anemia y endometritis bacteriana.

La problemática en salud de las adolescentes con vida sexual activa de riesgo; no solo se reduce al apareamiento de embarazo o sus complicaciones; sino también existe la posibilidad de padecer infecciones de transmisión sexual (ITS); ya que la susceptibilidad de las adolescentes a ser abusadas sexualmente o a tener relaciones sexuales sin protección, esto último asociada a la baja autoestima de ellas en un contexto social de machismo y desinformación en materia de salud sexual y reproductiva; dificultando la negociación entre ellas y sus parejas masculinas en el uso de métodos de barrera como lo es el preservativo. Las ITS, al no ser tratadas pueden llevar a la mujer a la esterilidad, a sufrir enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo ectópico, cáncer (por infección por el Virus del Papiloma Humano). Los hijos de aquellas adolescentes donde confluyen embarazo más ITS, pueden experimentar bajo peso al nacer, prematurez o enfermedades físicas o neurológicas de carácter permanente (12)

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud".

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido la salud sexual como "la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad."

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

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

Tradicionalmente los servicios de Salud Sexual y Reproductiva han tenido un enfoque dirigido al proceso de reproducción, con una visión a la madre y al hijo/a, prescindiendo de la participación de los hombres en los procesos de procreación y en la prestación de servicios de Salud Sexual y Reproductiva para ambos.

En la actualidad, el MINSAL impulsa una Reforma con énfasis en la Atención Primaria de Salud con enfoque Integral e Integrada, a lo largo del ciclo de vida. Uno de los pilares fundamentales de esta Reforma es el enfoque intersectorial, incorporando las determinantes sociales de la salud a través de una red que va, desde la comunidad hasta los niveles de mayor complejidad para la mejora de la calidad de los diferentes servicios incluidos los de Salud Sexual y Reproductiva

Situación de la salud sexual y reproductiva en El Salvador

La Salud Sexual y Reproductiva se había focalizado en los aspectos biológicos de la reproducción y evaluado desde las tasas de fecundidad; sobre una base sociocultural que identifica la construcción de la identidad de género de las mujeres centralizada en la maternidad, subordinada al poder masculino, lo que las obliga a someterse a embarazos y prácticas sexuales de riesgo, a familias numerosas y aceptar embarazos impuestos, entre otros. Así la oferta de salud sexual y reproductiva está mayormente orientada a servicios de salud materna y planificación familiar.

La sexualidad vista exclusivamente heterosexual y reproductiva, ha excluido a grupos con orientación sexual no tradicional e históricamente ignorados en la provisión de servicios y el respeto a sus derechos.

En El Salvador se han desarrollado esfuerzos institucionales a favor de la Salud Sexual y Reproductiva, actualmente se plantea la necesidad de un enfoque más allá de la reproducción, en el marco ético de los Derechos Humanos, la equidad de género y las determinantes sociales de la salud, que atienda las necesidades de grupos tradicionalmente excluidos o poco atendidos, como la población con discapacidad y aquella con orientación sexual no tradicional.

Situación de la SSR durante el ciclo de vida

La adolescencia es un periodo de cambios bio-psico-sociales importantes. El apareamiento de las características sexuales secundarias en ambos sexos, unida a los procesos de formación de identidad, así como los compromisos sociales que van desde la posibilidad de embarazarse y de asumir roles que no son acordes al desarrollo psicosocial, la vuelven una etapa especialmente vulnerable.

La primera relación sexual premarital es del 7% en las mujeres de 15 años de edad, asciende al 38% en las de 19 años. La tasa específica de fecundidad para el grupo de 15 a 19 años de edad es de 89 hijos por 1000 mujeres. El porcentaje de adolescentes con experiencia de embarazo asciende significativamente del 7% entre las mujeres que tienen 15 años de edad al 41% entre quienes tienen 19 años. El 19% del grupo de mujeres de 15 a 19 años tiene al menos un(a) hijo(a) actualmente vivo(a). En relación a la pareja, los datos indican que en promedio las mujeres adolescentes quedan embarazadas de hombres de mayor edad que ellas (FESAL 2008). Lo que hace que el ejercicio responsable de la sexualidad en la población adolescente sea una prioridad en los Programas de Salud Sexual y Reproductiva.

En el año 2009 el Ministerio de Salud reporta 92,243 inscripciones prenatales, de las cuales el 33.2% son mujeres adolescentes. La inscripción de métodos de planificación familiar fue de 33.1%, proporción que se ha mantenido en los últimos 4 años. La atención institucional de partos el 30.7%. El 31.4 % correspondió a este grupo poblacional y el 27.7% de muertes maternas fue en adolescentes.

Del total de adolescentes con experiencia sexual, el 18% de mujeres y el 28% de hombres reportó haber usado algún método de anticoncepción en su primera relación sexual.

En cuanto al uso de anticonceptivos en la primera relación sexual subió del 10 al 18% en los últimos cinco años, pero no se reportó incremento entre las mujeres sin educación formal. Según información del MINSAL, en planificación familiar para el año 2011, se realizaron 52,550 inscripciones con métodos temporales de P.F. el 35.9% de ellas ha sido en adolescentes.

Así mismo para el año 2010, el Ministerio de Salud reportó como primera causa de muerte en mujeres adolescentes de 15 a 19 años la muerte auto infringida por efectos tóxicos de sustancias de procedencia no medicinal, muchos de estos casos pueden relacionadas con embarazo no deseado.

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.

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.

Incluso en la legislación de El Salvador se toma en cuenta el derecho a la salud sexual y reproductiva. En el caso de la niñez y la adolescencia, la ley LEPINA contempla que es obligación tanto de las familias; como lo es del Estado, el informar a estos grupos etareos sobre tematicas respecto a la sexualidad; como una herramienta de fortalecimiento personal, asi como también de prevenir infecciones de transmision sexual, abuso y tanto maternidad como paternidad adolescente (14)(3)

HIPÓTESIS

La confluencia de los factores socioeconómicos, culturales; así como también la falta de una adecuada educación sexual y reproductiva ocasiona un incremento en el número de casos de embarazos en adolescentes

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación realizada es de tipo descriptiva prospectiva y transversal, ya que esta se dedicará a describir únicamente la problemática llevándose a cabo en el área geográfica previamente delimitada; dedicándose a observar como se desenvuelve el problema en su entorno natural, dentro de un período de tiempo establecido.

PERIODO DE INVESTIGACIÓN

El periodo de investigación comprendió los meses comprendidos de marzo a julio del año 2014.

UNIVERSO

El universo estuvo constituido por aquellas pacientes del sexo femenino, específicamente adolescentes embarazadas que consultaron en los establecimientos de salud de UCSFE de Lourdes, Colón y la UCSF de San Pedro Perulapán y que se encontraban inscritas en el programa de controles prenatales en dichas unidades.

MUESTRA

A conveniencia de los investigadores, se estableció que la muestra sería aleatoria.

Como criterios de inclusión se tomaron:

- Adolescentes embarazadas específicamente de la zona geográfica del Cantón Lourdes y del Municipio de San Pedro Perulapán que llegaron a inscripción de controles prenatales básico a las UCSFE Lourdes, Colón y UCSFE San Pedro Perulapán.
- Adolescentes con prueba de embarazo positiva y se encontraban entre los 10 a 19 años que consultaron en UCSFE Lourdes, Colón y UCSFE San Pedro Perulapán.

- Adolescentes embarazadas que accedieron a participar del estudio, bajo consentimiento informado.

Como criterios de exclusión se determinaron:

- Adolescente embarazada que se encontraban en controles prenatales en instituciones ajenas al Sistema Nacional de Salud y que consultan espontáneamente.
- Pacientes adolescentes embarazadas que se encontraban inscritas en controles prenatales en UCSF aledañas.
- Pacientes que no deseaban participar en investigación.

Al finalizar el estudio, la muestra estuvo constituida por 27 pacientes que habían consultado en los establecimientos de salud previamente descritos.

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de recolección de datos empleada fue la entrevista estructurada a las pacientes adolescentes embarazadas que consultaron en los establecimientos de salud de Lourdes, Colón y en San Pedro Perulapán.

VARIABLES:

- Variable independiente serán los factores socioculturales, económicos y biológicos que condicionan el apareamiento de embarazos adolescentes.
- Variable independiente grado de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva.
- Variable dependiente será el embarazo en adolescentes

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALORES
Factores socioculturales, económicos y biológicos que condicionan el apareamiento de embarazos en adolescentes	Conjunto de factores del entorno de las pacientes que condicionan el apareamiento de embarazos en las adolescentes	<p>SOCIO CULTURAL:</p> <p>Alfabetismo</p> <p>Nivel educativo</p> <p>Deserción Escolar</p> <p>Estado civil</p> <p>Antecedentes de embarazos adolescentes en</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No estudio • Primaria • Secundaria • Bachillerato • Si • No • Soltera • Acompañada • Casada • Viuda • Si

		la familia	<ul style="list-style-type: none"> • No
		Familiar con antecedente de embarazo en adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> • Madre • Hermana • Tía • Abuela
		ECONÓMICOS	
		Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Estable • Inestable • No trabaja
		Soporte económico de la familia	<ul style="list-style-type: none"> • Padre de familia • Madre de familia • Hermanos • Pareja • Otros
		Número de habitantes en la vivienda	<ul style="list-style-type: none"> • 0-2 personas • 2-4 personas • 4-6 personas • 6-8 personas • > de 8 personas
		Estabilidad de vivienda	<ul style="list-style-type: none"> • Propia • Alquilada

		<p>BIOLÓGICOS</p> <p>Edad</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10-12 años • 13-15 años • 16-19 años <p>Menarquia</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10-12 años • 13-15 años • > 15 años 	
<p>Grado de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva.</p>	<p>Según la OMS la Salud Sexual y reproductiva se define como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos</p>	<p>Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva</p> <p>Fuente de información sobre salud sexual y reproductiva</p> <p>Uso de métodos de planificación familiar previo al embarazo</p> <p>Métodos de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No <ul style="list-style-type: none"> • Profesor • Amigos • Familia • Medios de Comunicación <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <ul style="list-style-type: none"> • ACO

	sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud"	planificación que conoce	<ul style="list-style-type: none"> • Inyectables • DIU • Implantes • Preservativos • Barrera • Natural
		Embarazo no planificado	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
		Edad de inicio de relaciones sexuales	<ul style="list-style-type: none"> • 10-12 años • 13-15 años • 16-19 años
Embarazo en adolescente	Presencia de embarazo con producto viable en adolescentes	Número de controles prenatales	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • 1-2 controles • 3-4 controles • 4-5 controles • > de 5 controles
		Consumo de micronutrientes durante el	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

		embarazo	
		Apoyo de la familia y/o la pareja en el embarazo	<ul style="list-style-type: none">• Si• No

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
Reunión de coordinación general: Presentación Plan de Trabajo programa de investigación de servicio social 2014	28							
Primera asesoría: Elaboración de Perfil de investigación Y Elaboración de plan de trabajo .		3,7,14,21						
Segunda asesoría: Elaboración de primer avance del Protocolo de Investigación , Entrega del PRIMER AVANCE DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN			7,11,18					
Tercera asesoría: Elaboración del Protocolo de Investigación ,Entrega del PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN y Protocolo definitivo				12,16,23,30				
PRIMER AVANCE DEL INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN:						11		
INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN							22	
DEFENSA PÚBLICA Y ORAL								22-26

RESULTADOS

- Según el estudio realizado el contexto demográfico que predomina en la población estudiada es el rural, ya que un 70.37% pertenece a este contexto.
- En lo que respecta a la escolaridad un 55.5 % de pacientes encuestadas tienen un nivel de escolaridad correspondientes a los grados académicos de secundaria; un 25.92% a la primaria y un 7.40% no tuvieron ningún tipo de educación formal.
- El inicio de relaciones sexuales ocurrió en su mayoría según la población encuestada durante las edades comprendidas entre los 13 a los 15 años que equivale a un 55.56% del total de la población.
- Entre los principales motivos que se indagaron sobre lo que impulsó el inicio de las relaciones sexuales se encontraron: Motivos afectivos en el 59.26% de los casos, un 18.52% explicó que el inicio de las actividades sexuales fue por complacer a la pareja y un 14.81% por curiosidad
- Con lo que respecta al estado civil de las pacientes encuestadas, en su mayoría predominó la unión estable en un 66.6%, seguida por la soltería en un 25.92%.
- Entre las edades de sus parejas o compañeros de vida el rango de edad que predominó fue el comprendido entre los 10 a 20 años; lo cual equivalió a un 51.85% de las encuestadas
- En el caso de encontrarse antecedentes familiares de embarazos adolescentes, lo cual representó un 55.5% de los casos; se encontró que

las madres de las encuestadas, en un un 45.0% habían experimentado también embarazos en la adolescencia

- Un 85.18% de las embarazadas refirieron recibir apoyo por parte de la familia o de sus parejas. En cuanto al sostén económico la pareja en un 55.56% de las encuestadas representaba dicho sostén; ya que un 59.26% de las encuestadas son amas de casa y un 37.0% son estudiantes.
- La violencia intrafamiliar no esta presente en un 96.3% de los hogares de los encuestadas.
- En lo que respecta a los factores biológicos la menarquia se presenta en un mayor porcentaje en la edad de 12 años que constituye un 40.74% de las encuestadas, seguida por los 14 años en un 22.22%, lo cual podría asociarse a embarazos precoces por fertilidad temprana.
- Un 66.67% de las personas encuestadas aseguraron poseer cierto grado de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva y solo un 33.33% no tienen conocimiento alguno. Entre las fuentes de información citadas por las encuestadas se encuentran la escuela en un 54.55%, seguida por la familia y el personal de salud con un 22.73%.
- La mayoría de encuestadas conoce sobre métodos de planificación familiar ennumerando con mayor frecuencia los métodos hormonales inyectables en un 39.29%; seguido por los preservativos en un 32.14%. Esto se contrasta con el hecho que únicamente un 37.04% de las encuestadas refirieron haber empleado métodos de planificación previo a la gestación actual. Refieren que la principal fuente de información acerca de métodos de planificación familiar fue el personal de salud en un 31% de las encuestadas; siendo ennumeradas otras fuentes de información como los maestros en 24.1% y los padres en un 17.24%

- De las 27 pacientes encuestadas, únicamente 2 presentaron embarazos anteriormente, por lo que 25 pacientes, es decir, el 92.59% del total eran primigestas al momento del estudio.
- Un 59.26% de las encuestadas refirieron que su gesta actual era no planificada; y quienes habían planificado el embarazo era un 40.74% del total de encuestadas
- Las pacientes en la gestación actual refirieron en su mayoría haber asistido entre 1 a 2 controles; en un 48.15%; aquellas que habían asistido entre 3 a 4 controles constituyó el 22.2% y las que habían asistido entre 4 a 5 controles prenatales era un 29.63% de las embarazadas que participaron en el estudio. Del total de pacientes un 74.07% de las pacientes consumía ácido fólico y hierro como suplemento nutricional durante el embarazo.

Los datos obtenidos de las pacientes tras aplicar el instrumento de investigación se detalla en las siguientes tablas; las cuales detallan los resultados por cada pregunta que conformo el instrumento de investigación:

TABLA 1: Clasificación de adolescente por edad

Clasificación de adolescente por edad		
CLASIFICACIÓN	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Adolescencia temprana	1	3.70
Adolescencia tardía	26	96.30
TOTAL	27	100.00
<i>Fuente de información: Instrumento de investigación sobre factores asociados a embarazos en adolescentes</i>		

El 96.3% de las encuestadas se encontraban en la adolescencia tardía; únicamente una paciente se encontraba en la adolescencia temprana; es decir menor de 15 años de edad.

TABLA 2: Lugar de procedencia

Lugar de procedencia		
PROCEDENCIA	TOTAL	PORCENTAJE
Rural	19	70.37
Urbana	8	29.63
TOTAL	27	100.00

Fuente de información: Instrumento de investigación sobre factores asociados a embarazos en adolescentes

Un 70.37% de las encuestadas habitan en el área rural; mientras que únicamente un 29.63% habitan en el área urbana.

TABLA 3: Alfabetización

Sabe leer y escribir		
RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Si	24	88.89
No	3	11.11
TOTAL	27	100.00

Fuente de información: Instrumento de investigación sobre factores asociados a embarazos en adolescentes

Del 100% de las embarazadas, sólo un 11.11% refirió ser analfabeta; ya que el resto de encuestadas poseían cierto grado de alfabetización

TABLA 4: Nivel de escolaridad

Nivel de escolaridad		
RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Primaria	7	25.93
Secundaria	15	55.56
Bachillerato	3	11.11
Universitario	0	0.00
No Estudio	2	7.41
TOTAL	27	100.00

Fuente de información: Instrumento de investigación sobre factores asociados a embarazos en adolescentes

Un 55.56% de las encuestadas alcanzó la educación secundaria; un 25.36% la educación primaria; siendo únicamente bachilleres un 11.11% de la población.

Ninguna de las encuestadas posee educación universitaria. Cabe destacar que un 2% de las encuestadas no presentó estudios formales.

TABLA 5: Ocupación actual

Ocupación actual		
RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Estudiante	10	37.04
Empleo Informal	1	3.70
Ama de casa	16	59.26
Empleo formal	0	0.00
TOTAL	27	100.00
<i>Fuente de información: Instrumento de investigación sobre factores asociados a embarazos en adolescentes</i>		

Un 59.26% de las encuestadas se identificaron como amas de casa; un 37.04% de ellas se identificaron como estudiantes; únicamente el 3.70% laboraba de forma informal. Ninguna de las encuestadas se dedica a actividades laborales formales.

TABLA 6: Estado civil

Estado civil		
RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Soltera	7	25.93
Unión estable	18	66.67
Casada	2	7.41
Otra	0	0.00
TOTAL	27	100.00
<i>Fuente de información: Instrumento de investigación sobre factores asociados a embarazos en adolescentes</i>		

El estado civil con el que mayormente se identificaron las encuestadas fue la unión estable, en un 66.67% de los casos; mientras que un 25.93% eran solteras y únicamente el 7.41% de ellas se encontraba casada.

TABLA 7: Edad de la pareja

Edad de la pareja		
RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
10 a 20	14	51.85
21 a 30	12	44.44
31 a 40	1	3.70
41 a 50	0	0.00
51 a 60	0	0.00
Mayor de 60	0	0.00
TOTAL	27	100.00

Fuente de información: Instrumento de investigación sobre factores asociados a embarazos en adolescentes

Las parejas de las adolescentes encuestadas se encontraban en un 51.85% entre los 10 y 20 años de edad; un 44.4% de ellos se encontraban entre los 21 a 30 años. Únicamente un 3.7% de las encuestadas tenía una pareja entre los 31 a 40 años.

TABLA 8: Soporte económico de la familia

Soporte económico de la familia		
RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Padre	6	22.22
Madre	6	22.22
Hermanos	0	0.00
Pareja	15	55.56
TOTAL	27	100.00

Fuente de información: Instrumento de investigación sobre factores asociados a embarazos en adolescentes

La pareja de la adolescente embarazada en un 55.56% de los casos representaba el sostén económico de ésta. Un 22.22% dependía económicamente del padre y un 22.2% dependía económicamente de la madre. Ninguna de ellas poseía dependencia económica de los hermanos.

TABLA 9: Propiedad de la vivienda

Propiedad de la vivienda		
RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Propia	21	77.78
Alquilada	6	22.22
TOTAL	27	100.00

Fuente de información: Instrumento de investigación sobre factores asociados a embarazos en adolescentes

Un 77.78% de las encuestadas identificaron que habitan en una vivienda propia.

Un 22.22% habitaba en una vivienda de alquiler.

TABLA 10: Número de habitantes en la vivienda

Número de habitantes en la vivienda		
RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
0-2 personas	7	25.93
2-4 personas	11	40.74
4-6 personas	3	11.11
6-8 personas	2	7.41
> de 8 personas	4	14.81
TOTAL	27	100.00

Fuente de información: Instrumento de investigación sobre factores asociados a embarazos en adolescentes

Un 40.74% de las pacientes viven con un número entre 2 a 4 personas; un 25.93% habitan en viviendas con menos de 2 personas en un 25.93%. Un 14.81% habitan en viviendas con más de 8 habitantes. En un 11.11% en sus viviendas habitan entre 4 a 6 personas. Un 7.41% habita en viviendas con entre 6 a 8 personas.

TABLA 11: Edad de inicio de menarquia

Edad de menarquia		
RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
10 años	0	0.00
11 años	4	14.81
12 años	11	40.74
13 años	4	14.81
14 años	6	22.22
15 años	2	7.41
TOTAL	27	100.00

Fuente de información: Instrumento de investigación sobre factores asociados a embarazos en adolescentes

Un 40.74% de las encuestadas presentó su menarquia a los 12 años; un 22.22% presentó menarquia a los 14 años; un 14.81% presentaron menarquia a los 11 años; un 14.81% de las encuestadas presentó menarquia a los 13 años. Sólo 7.41% de las encuestadas presentó menarquia a los 15 años.

TABLA 12: Edad de inicio de relaciones sexuales

Edad de inicio de relaciones sexuales		
RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
10 -12 años	0	0.00
13-15 años	15	55.56
16-19 años	12	44.44
TOTAL	27	100.00

Fuente de información: Instrumento de investigación sobre factores asociados a embarazos en adolescentes

Un 55.56% de las encuestadas inició relaciones sexuales entre los 13 y 15 años de edad; un 44.44% de ellas inició actividad sexual entre los 16 y 19 años. Ninguna de las encuestadas refirió inicio de relaciones sexuales antes de los 13 años de edad.

TABLA 13: Motivos que marcaron el inicio de las relaciones sexuales

Motivos que marcaron el inicio de las relaciones sexuales		
RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Curiosidad	4	14.81
Complacer a la pareja	5	18.52
Amor	16	59.26
Otros	2	7.41
TOTAL	27	100.00

Fuente de información: Instrumento de investigación sobre factores asociados a embarazos en adolescentes

En un 59.26% de los casos, las encuestadas refirieron inicio de relaciones sexuales por amor; un 18.52% de ellas inició actividad sexual por complacer a la pareja, un 14.81% de ellas inició actividad sexual por curiosidad y 7.41% refirió otros motivos para iniciar relaciones sexuales.

TABLA 14: ¿Es su primer embarazo?

¿Es su primer embarazo?		
RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Si	25	92.59
No	2	7.41
TOTAL	27	100.00

Fuente de información: Instrumento de investigación sobre factores asociados a embarazos en adolescentes

Un 92.59% de las encuestadas era primigesta; sólo un 7.41% de ellas había estado embarazada previamente.

TABLA 15: ¿Su embarazo actual ha sido planificado?

¿Su embarazo actual ha sido planificado?		
Si	16	59.26
No	11	40.74
TOTAL	27	100.00

Fuente de información: Instrumento de investigación sobre factores asociados a embarazos en adolescentes

Un 59.26% de las embarazadas habían planificado su embarazo; mientras que un 40.74% de ellas no lo habían planificado.

TABLA 16: En caso de gestas previas ¿A qué edad tuvo su primer embarazo?

Edad de primer embarazo (si hay antecedentes obstétricos)		
RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
10 -13 años	0	0.00
14-16 años	1	50.00
17-19 años	1	50.00
TOTAL	2	100.00

Fuente de información: Instrumento de investigación sobre factores asociados a embarazos en adolescentes

De aquellas adolescentes que habían estado previamente embarazadas, el 50% lo estuvo entre los 14 y 16 años; y el otro 50% fue entre los 17 y 19 años.

TABLA 17: Antecedentes familiares de embarazo adolescente

Antecedentes familiares de embarazo adolescente		
RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Si	15	55.56
No	12	44.44
TOTAL	27	100.00

Fuente de información: Instrumento de investigación sobre factores asociados a embarazos en adolescentes

Del total de encuestadas, un 55.56% de ellas afirmó que en sus familias existía el antecedente de embarazo adolescente; mientras que un 44.44% de ellas no refirió dicho antecedente.

TABLA 18: ¿Quién de su familia estuvo embarazada durante la adolescencia?

Familiar con embarazo en la adolescencia		
RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Madre	9	45.00
Tía	6	30.00
Abuela	0	0.00
Hermana	5	25.00
Otro	0	0.00
TOTAL	20	100.00

Fuente de información: Instrumento de investigación sobre factores asociados a embarazos en adolescentes

De aquellas encuestadas con antecedente de embarazo adolescente en la familia; un 45% de ellas expresó que sus madres habían tenido embarazos en la adolescencia. Un 30% refirió que una tía había estado embarazada durante la adolescencia y un 25% de ellas refirió que una hermana había estado embarazada durante en la adolescencia.

TABLA 19: ¿Tiene usted conocimiento sobre salud sexual y reproductiva?

¿Tiene usted conocimiento sobre salud sexual y reproductiva?		
RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Si	18	66.67
No	9	33.33
TOTAL	27	100.00

Fuente de información: Instrumento de investigación sobre factores asociados a embarazos en adolescentes

Un 66.67% refirió tener conocimiento sobre salud sexual y reproductiva; un 33.33% negó tener conocimiento sobre dicha temática.

TABLA 20:¿ Quiénes han sido su fuente de información sobre salud sexual y reproductiva?

Fuente de información sobre salud sexual y reproductiva		
RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Escuela	12	54.55
Familia	5	22.73
Personal de Salud	5	22.73
TOTAL	22	100.00

Fuente de información: Instrumento de investigación sobre factores asociados a embarazos en adolescentes

Las adolescentes refirieron que la principal fuente de información sobre salud sexual y reproductiva que tuvieron fue la escuela en un 54.55%; seguido por la familia en un 22.73% y el personal de salud en un 22.73%

TABLA 21:¿ Cuáles son los métodos de planificación familiar que usted conoce?

Métodos de planificación familiar		
RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
ACO	10	17.86
Inyectables	22	39.29
DIU	4	7.14
Implantes	1	1.79
Preservativos	18	32.14
Barrera	1	1.79
Natural	0	0.00
TOTAL	56	100.00

Fuente de información: Instrumento de investigación sobre factores asociados a embarazos en adolescentes

El método de planificación familiar más conocido por las adolescentes es el método hormonal inyectable en un 39.29%; seguido por los preservativos en un 32.14%; a éstos le siguen los anticonceptivos orales combinados en un 17.86%. También se citaron otros métodos como el DIU en un 7.14%, los métodos de barrera en 1.79% y los implantes en un 1.79%.

TABLA 22: ¿Quién le habló de métodos de planificación familiar?

¿Quién le habló de métodos de planificación familiar?		
RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Personal de salud	9	31.03
Maestros	7	24.14
Padres	5	17.24
Amigos	4	13.79
Familiares	4	13.79
Otros	0	0.00
TOTAL	29	100.00

Fuente de información: Instrumento de investigación sobre factores asociados a embarazos en adolescentes

Las encuestadas refirieron que el personal de salud fue quién le habló de métodos de planificación familiar en un 31.03% de los casos; los maestros fueron otra fuente de información importante, ya que éstos fueron citados en un 24.14% de los casos. Los padres también fueron fuente de información sobre métodos de planificación familiar en un 17.24% de los casos. Los amigos y familiares, con un 13.79% en ambos casos, también fueron fuente de información sobre métodos de planificación familiar

TABLA 23: ¿Ha utilizado usted métodos de planificación familiar previo al embarazo actual?

Uso previo de métodos de planificación familiar		
RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Si	10	37.04
No	17	62.96
TOTAL	27	100.00

Fuente de información: Instrumento de investigación sobre factores asociados a embarazos en adolescentes

Un total de 62.96% negaron haber empleado métodos de planificación familiar previo al embarazo. Por el contrario un 37.04% había empleado previamente métodos de planificación familiar

TABLA 24: ¿A cuantos controles prenatales ha asistido?

Asistencia a controles prenatales		
RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
1-2 controles	13	48.15
3-4 controles	6	22.22
4-5 controles	8	29.63
> de 5 controles	0	0.00
TOTAL	27	100.00
<i>Fuente de información: Instrumento de investigación sobre factores asociados a embarazos en adolescentes</i>		

Un 48.15% de las encuestadas refirió haber asistido a entre 1 a 2 controles prenatales; un 29.63% de ellas refirió haber asistido a entre 4 a 5 controles prenatales y un 22.22% de ellas refirió haber asistido a entre 3 a 4 controles prenatales. Ninguna de ellas refirió haber asistido a más de 5 controles prenatales.

TABLA 25: ¿Toma usted ácido fólico y sulfato ferroso actualmente?

Ingesta de ácido fólico y sulfato ferroso		
RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Si	20	74.07
No	7	25.93
TOTAL	27	100.00
<i>Fuente de información: Instrumento de investigación sobre factores asociados a embarazos en adolescentes</i>		

Un 74.07% de las encuestadas refirió estar ingiriendo ácido fólico y sulfato ferroso durante la gestación actual; dato al que se opone el 7% de las mismas que no lo estaban ingiriendo.

TABLA 26: ¿Tiene apoyo usted de su familia o de su pareja?

Presencia de apoyo por la familia o la pareja		
RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Si	23	85.19
No	4	14.81
TOTAL	27	100.00
<i>Fuente de información: Instrumento de investigación sobre factores asociados a embarazos en adolescentes</i>		

Un 85.19% de las embarazadas refirió recibir apoyo, ya sea por la familia o por la pareja. Por el contrario un 14.81% de ellas refirieron no tener apoyo de la familia o la pareja.

TABLA 27: ¿Hay violencia intrafamiliar en su hogar?

Presencia de violencia intrafamiliar		
RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Si	1	3.70
No	26	96.30
TOTAL	27	100.00
<i>Fuente de información: Instrumento de investigación sobre factores asociados a embarazos en adolescentes</i>		

Sólo un 3.7% de las embarazadas presentó violencia intrafamiliar en el interior del hogar; mientras que ésta situación fue negada por un 96.3% de las encuestadas.

DISCUSIÓN

La adolescencia es una etapa de múltiples cambios tanto biológicos , psicológicos como sociales. En El Salvador, considerado como un país en vías de desarrollo se han intentado desarrollar políticas de inclusión al adolescente, ya que este sector constituye según datos del 2007 a un 22.7% de la población total del país , los cuales se desglosaban que un 48.6 % de mujeres y 51.4 % varones; y el 58% de ellos habitan en el área urbana y 42% en el área rural.

En el estudio realizado la población de adolescentes embarazadas pertenecían en su mayoría al área rural en un 70.37%, cuya población tiene como base principal de ingresos el trabajo agrícola.

En un país en el que la tasa de analfabetismo es del 13.23%, según datos del MINED en el 2012; se determinó que entre la población estudiada de las pacientes adolescentes embarazadas un 88.89% de ellas saben leer y escribir. El 55.5 % de ellas asistieron hasta la secundaria ; un 25.92% a la primaria y sólo un 7.40% no fueron a la escuela y refieren ser analfabetas; situación que actualmente contradice a uno de los objetivos del milenio que pretende en el año 2015 lograr una educación primaria universal.

En lo que concierne a los factores de carácter biológico la menarquia constituye un acontecimiento importante ya que marca el inicio de la fertilidad en la mujer, en el estudio realizado un 40.17% presentó la menarquia 12 años de edad.

Según datos bibliograficos obtenidos por la OMS, la edad de inicio de relaciones sexuales promedio entre las adolescentes es de 16.3 años, existiendo un bajo uso de métodos anticonceptivos. En el estudio realizado la edad promedio en la cual las pacientes iniciaron vida sexual activa fue entre los 13 a los 15 años, datos que representaron un 55.56% del total de encuestadas. Estos datos reflejan un inicio

de practicas sexuales de manera precoz, incluso a una edad menor a la media estimada internacionalmente.

Los principales factores que las adolescentes enunciarion como el motivo por el que iniciaron vida sexual activa fueron: los motivos afectivos en un 59%, lo que resultó más alarmante fue el hecho que las parejas sexuales de estas adolescentes en un 51.85% de los casos eran individuos menores de 20 años. En cuanto a su estado civil la mayoría de encuestadas, específicamente un 66% de las encuestadas, respondió encontrarse al momento de la investigación en una unión estable; ya que en un 55.56% de los casos la pareja constituye el sostén económico de las adolescentes; lo cual se contrasta con el hecho que las pacientes encuestadas se identifican actualmente como amas de casa en un 59.26% de los casos y como estudiantes en un 37.04% de los casos.

Al analizar el contexto socioeconómico de las pacientes embarazadas se encuentra una marcada falta de visión a futuro por parte de ellas y sus parejas; ya que al embarazarse sin haber terminado su educación formal y al no formar parte del sector económicamente activo; se tornan dependientes económicamente; lo cual a largo plazo impedirá a estas adolescentes trascender en cuanto a su desarrollo humano; incluso aquellas adolescentes con pareja estable no están casadas, esto en parte justificable por los cambios socioculturales que se han presentado en cuanto al matrimonio.

Un factor determinante que se encontró durante el presente estudio fue el hecho que las adolescentes refirieron que dentro de sus familias existía un antecedente de embarazo adolescente en un 55.56% de los casos; predominando el antecedente de embarazo adolescente por la propia madre de la paciente; en un 45%; lo que representa una perpetuación de conductas de la madre por parte de las hijas.

En lo que respecta a la salud sexual y reproductiva un 66.67% de las encuestadas aseguró tener cierto grado de conocimiento sobre la temática, conocimiento que afirmaron haber obtenido en un 54% en la escuela, constituyendo otras fuentes relevantes la familia y el personal de salud cada uno de ellos con un 22.73%.

Sobre los métodos de planificación familiar la mayoría de las encuestadas refirieron conocer sobre dichos métodos; incluso en algunos casos enumerando más de uno; prevaleciendo como los más enumerados por las adolescentes los métodos hormonales, tanto orales como inyectables; y el preservativo. Lo que resultó intrigante fue el hecho que a pesar de este conocimiento sólo un 37.04% de las pacientes refirió haber empleado métodos de planificación familiar previos a la gestación actual. Lo que esta situación refleja es el hecho que aunque se están haciendo labores a nivel institucional sobre la promoción de los derechos sexuales y reproductivos a través de la educación sobre salud sexual y reproductiva existe la necesidad de fortalecer esta labor. Algo que hay que destacar también que el método de planificación más frecuente citado por las adolescente fue el hormonal inyectable en un 39.29%; lo que representa una perpetuación de la identidad de género de la mujer centrada en la maternidad y la dependencia y sumisión; ya que éstas prefieren ser ellas las que emplean el método a que la pareja lo emplee, como es el caso del preservativo. Incluso se observa que el conocimiento que ellas poseen sobre salud sexual y reproductiva se orienta hacia la prevención de embarazos, disminuyéndole la importancia a las infecciones de transmisión sexual, las cuales constituyen un serio riesgo no sólo para la mujer, sino incluso en el caso de embarazo, al feto; e incluso puede incidir de manera negativa en la fertilidad de las mujeres que las padezcan.

En cuanto a la gestación actual las pacientes refirieron que presentaban apoyo familiar y de la pareja en un 85.19% de los casos; además un 74.07% de ellas ingería micronutrientes como lo son el hierro y el ácido fólico; los cuales inciden no sólo en la salud de la madre al prevenir los cuadros de anemia, sino también en el

desarrollo embrionario, ya que es conocido el hecho que el ácido fólico constituye un factor que disminuye el apareamiento de defectos del tubo neural.

Lo que se pudo rescatar del presente estudio es el hecho que las adolescentes están iniciando vida sexual de forma temprana; con parejas sexuales entre las mismas edades que ellas. Estas adolescentes no forman parte en su mayoría de la población económicamente activa y no poseen, en su mayoría el título de bachiller; situación que las pone en desventaja en el mercado laboral al no poseer competencias técnicas para competir a la hora de buscar empleo. Al quedar embarazadas estas adolescentes se tornan dependientes económicamente de otros, con lo que se facilita el hecho que se les atropellen sus derechos, incluso sus derechos sexuales. El desconocimiento de temas de salud sexual y reproductiva no constituyó un factor en el apareamiento de embarazos, es el hecho que pesan más los patrones socioculturales, como lo es el antecedente familiar de embarazo adolescente; así como también una falta de previsión por parte de las adolescentes; ya que el hecho que iniciar vida sexual sin considerar el uso de métodos de planificación representa una falta de plan a futuro de estas adolescentes; quienes privilegian las necesidades emocionales inmediatas. Resulta evidente la necesidad de enfocar la educación sexual y reproductiva hacia el empoderamiento de las adolescentes en la toma de decisiones, así como también fortalecer el autoestima de estas mujeres en una sociedad que lamentablemente perpetúa paradigmas que colocan a la mujer en una situación de inferioridad al hombre.

CONCLUSIONES

- Las adolescentes inician vida sexual a edades tempranas y en la mayoría de casos sin emplear métodos de planificación familiar; lo que condiciona el apareamiento de embarazos a temprana edad; así como también infecciones de transmisión sexual, situaciones que representan un impacto negativo en la salud de estas adolescentes a largo plazo.
- El embarazo adolescente constituye un factor que impacta negativamente en el desarrollo humano de las adolescentes; ya que estas situaciones al aparecer en edades tempranas de la vida representan un cese de la educación formal y el inicio, en la mayoría de casos, del trabajo doméstico; lo que crea dependencia económica de éstas hacia su pareja, que puede conllevar a un atropellamiento de los derechos humanos de estas adolescentes.
- El inicio de la menarquía a edades tempranas podría asociarse a embarazos precoces, ya que esto condiciona que las adolescentes sean fértiles a menor edad.
- La perpetuación de patrones de conducta de una generación a otra constituye un factor que propicia el apareamiento de embarazos adolescentes; ya sea por la aparición multigeneracional de éste; así como también la perpetuación de una concepción de la mujer basada en torno a la maternidad y a la dependencia de ésta hacia el hombre.
- La falta de un abordaje orientado al empoderamiento de las adolescentes, tanto a nivel institucional como por la sociedad civil sobre temas de salud sexual y reproductiva representa una situación que pone en desventaja a la mujer en cuanto a la toma de decisiones en torno a su sexualidad, lo que puede condicionar que éstas adopten estilos de vida de riesgo, que incidan negativamente en su salud, incluido el embarazo en la adolescencia.

RECOMENDACIONES

- A las UCSF Lourdes colon y San Pedro Perulapan , se le recomienda abordar la temática de salud sexual y reproductiva de manera que englobe todos los aspectos de la vida de las adolescentes; fortaleciendo las actividades dentro de los club de adolescentes.
- A las UCSF Lourdes colon y San Pedro Perulapan ,Desarrollo de talleres en temas de salud sexual y reproductiva, con participación de los padres de familia, docentes y adolescentes; en las diferentes comunidades.
- A los diversos Establecimientos de la Red nacional de salud se debe de actuar activamente en potenciar la participación social, incorporando para ello aspectos culturales de las comunidades; así como también priorizar las estrategias que conllevan a prácticas saludables de la salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes.
- Las instituciones educativas de la localidad ,mantener comunicación constante con los padres y comprometerlos a asistir a las escuelas de padres en donde les impartan temas de salud sexual y reproductiva enfocada a los adolescentes.

BIBLIOGRAFIA

1. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) “Estado mundial de la infancia 2011”; Nueva York, EE.UU, Febrero de 2011
2. Ministerio de Salud “Plan Intersectorial Para La Atención Integral De La Salud De La Población Adolescente Y Joven 2012 – 2014” San Salvador, El Salvador; 2012.
3. Comisión Coordinadora del Sector de Justicia “Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia” 2 Edición. San Salvador, El Salvador. 2011
4. Gobierno de El Salvador, Banco Mundial y Organización Panamericana de la Salud “Salud Sexual Y Reproductiva De Los Adolescentes Y Jóvenes En América Latina: Incorporando La Perspectiva De Derechos Humanos En Las Inversiones De Salud Pública”; Septiembre 2012
5. Consejo de Salubridad General “Guía de Práctica Clínica Para el Control Prenatal Con Enfoque de Riesgo” [Consultado el 17/04/14 en http://cvsp.cucs.udg.mx/guias/ATENCION_DE_LA_MUJER/IMSS_028_08_CONTROL_PRENATA_CON_ENFOQUE_DE_RIESGO/IMSS-028-08_GRR.pdf]
6. Fescina, RH, et.al. “SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: Guías Para El CONTINUO DE ATENCION De La Mujer Y El Recién Nacido Focalizadas En APS” 2 Edición. Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva CLAP/SMR - OPS/OMS, Montevideo, Uruguay, 2010.
7. Ministerio de Salud “Guías Clínicas De Atención A La Mujer En Los Períodos Preconcepcional, Embarazo, Parto, Puerperio Y Al Recién Nacido”. San Salvador, El Salvador, Julio 2011
8. Adolescence: a time that matters. New York: UNICEF; 2002
9. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva: World Health Organization; 2004
10. Olukoya, P. et al. Unsafe abortion in adolescents. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2001; 75:137-147

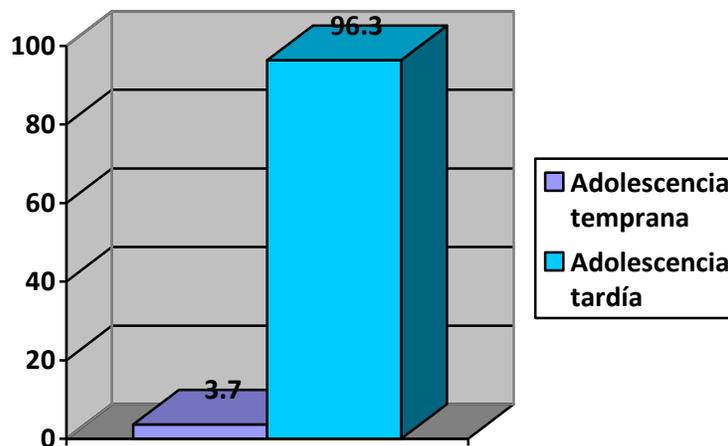
11. Bale JR, Stoll BJ, Lucas AO, Eds. "Improving birth outcomes: meeting the challenge in the developing world". Washington, DC: The National Academies Press; 2003
12. Williamson, Nancy et al "Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes" UNFPA 2013
13. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial "Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y El Caribe: Sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos" Washington D.C; 2012
14. Ministerio de Salud "Política de Salud Sexual y Reproductiva" Diario Oficial. San Salvador, El Salvador; 15 de agosto de 2012

Anexos

GRÁFICAS DE RESULTADOS DATOS GENERALES

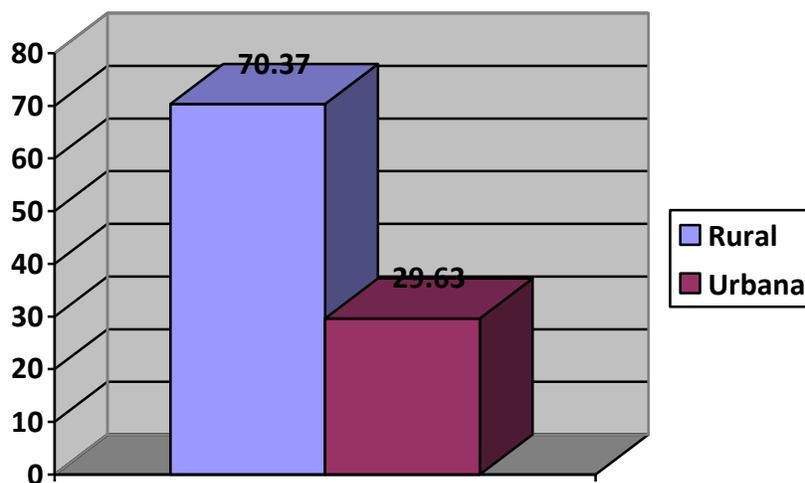
1. Clasificación de adolescente por edad

CLASIFICACIÓN	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Adolescencia temprana	1	3.70
Adolescencia tardía	26	96.30
TOTAL	27	100.00



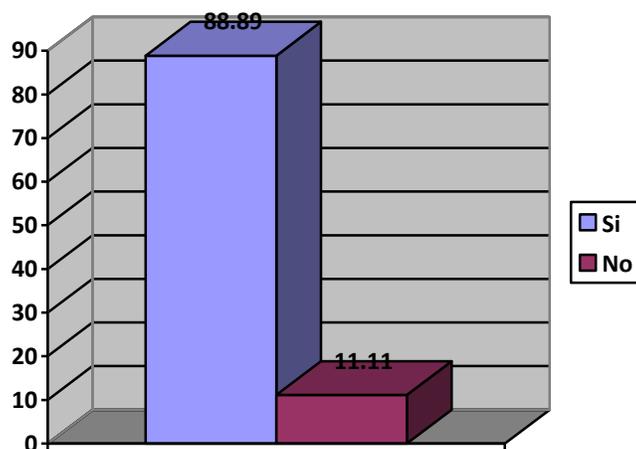
2. Lugar de procedencia

PROCEDENCIA	TOTAL	PORCENTAJE
Rural	19	70.37
Urbana	8	29.63
TOTAL	27	100.00



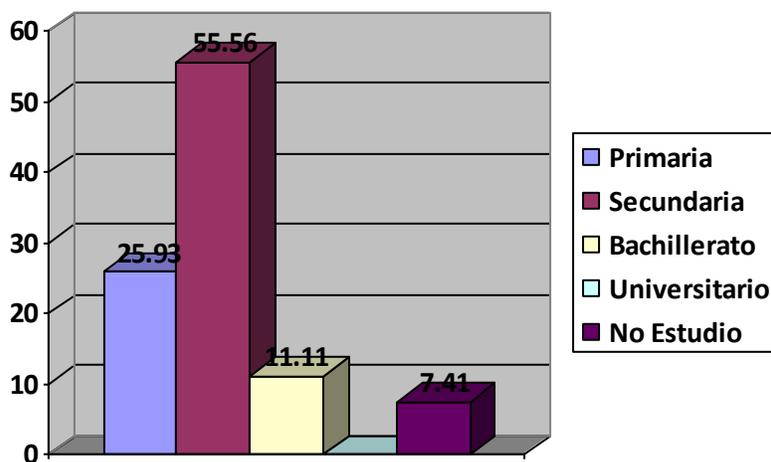
3. Sabe leer y escribir

RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Si	24	88.89
No	3	11.11
TOTAL	27	100.00



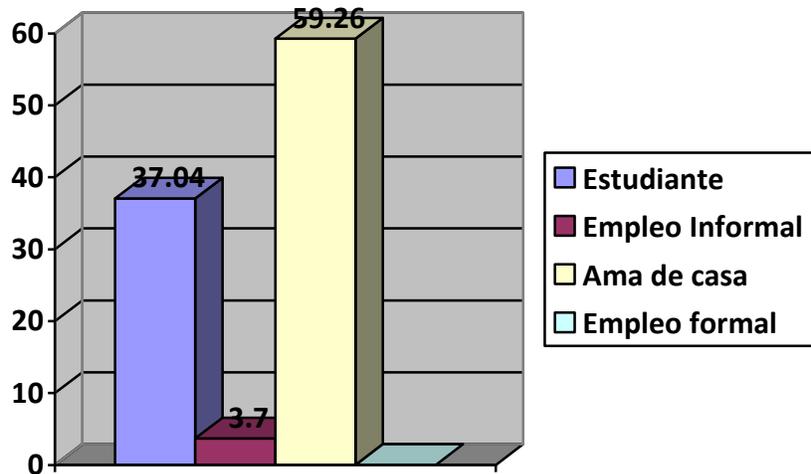
4. Nivel de escolaridad

RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Primaria	7	25.93
Secundaria	15	55.56
Bachillerato	3	11.11
Universitario	0	0.00
No Estudio	2	7.41
TOTAL	27	100.00



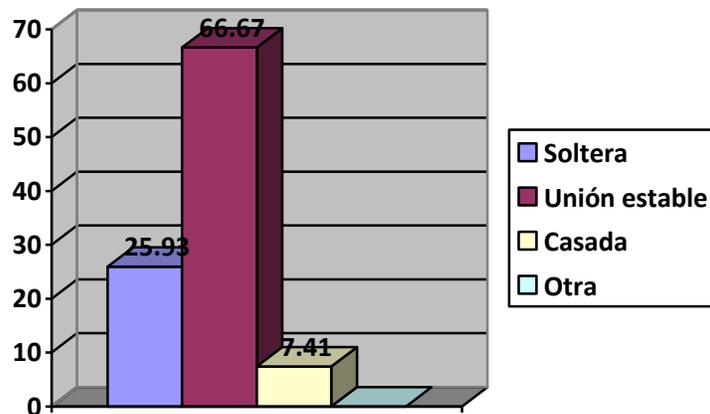
5. Ocupación actual

RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Estudiante	10	37.04
Empleo Informal	1	3.70
Ama de casa	16	59.26
Empleo formal	0	0.00
TOTAL	27	100.00



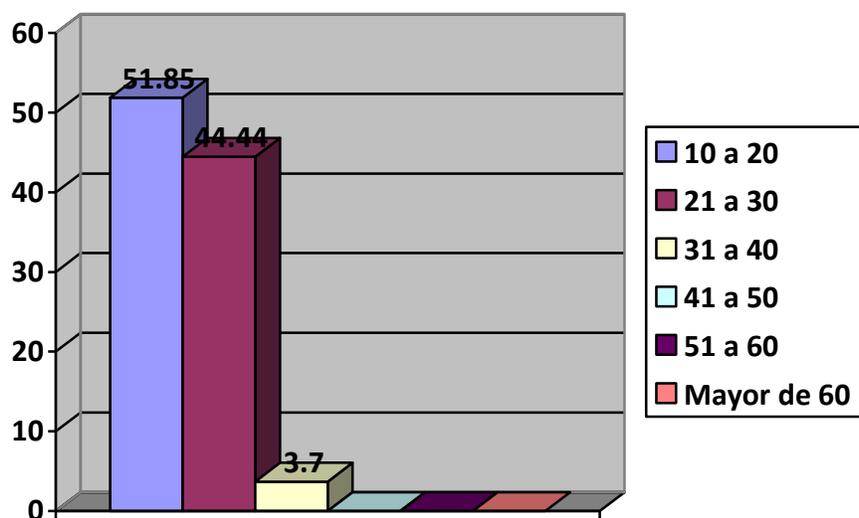
6. ¿Cuál es su estado civil?

RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Soltera	7	25.93
Unión estable	18	66.67
Casada	2	7.41
Otra	0	0.00
TOTAL	27	100.00



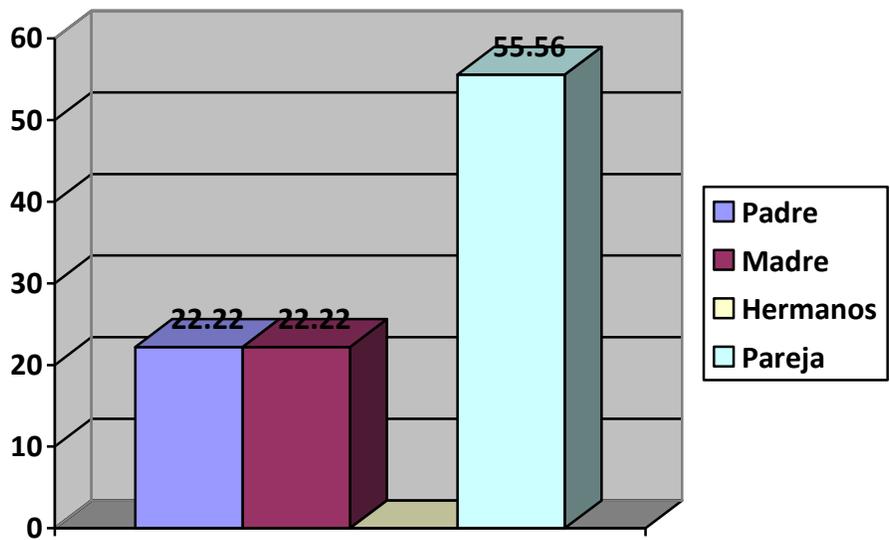
7. ¿Cuál es la edad de su pareja?

RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
10 a 20	14	51.85
21 a 30	12	44.44
31 a 40	1	3.70
41 a 50	0	0.00
51 a 60	0	0.00
Mayor de 60	0	0.00
TOTAL	27	100.00



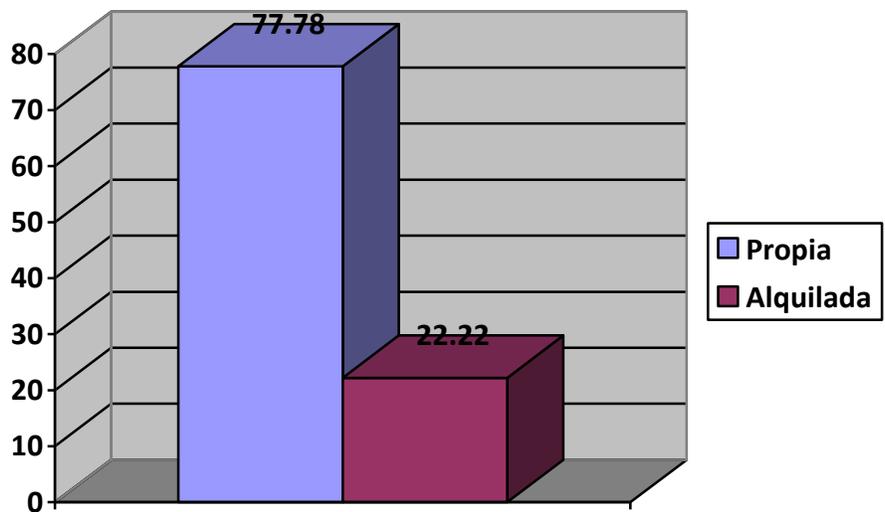
8. ¿Quién es el soporte económico de la familia?

RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Padre	6	22.22
Madre	6	22.22
Hermanos	0	0.00
Pareja	15	55.56
TOTAL	27	100.00



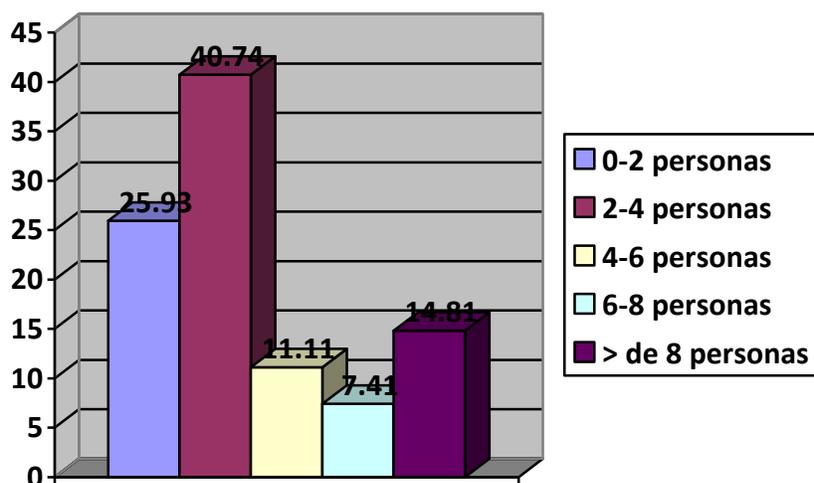
9. La vivienda en la que habita usted es:

RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Propia	21	77.78
Alquilada	6	22.22
TOTAL	27	100.00



10. ¿Cuántas personas habitan en su vivienda?

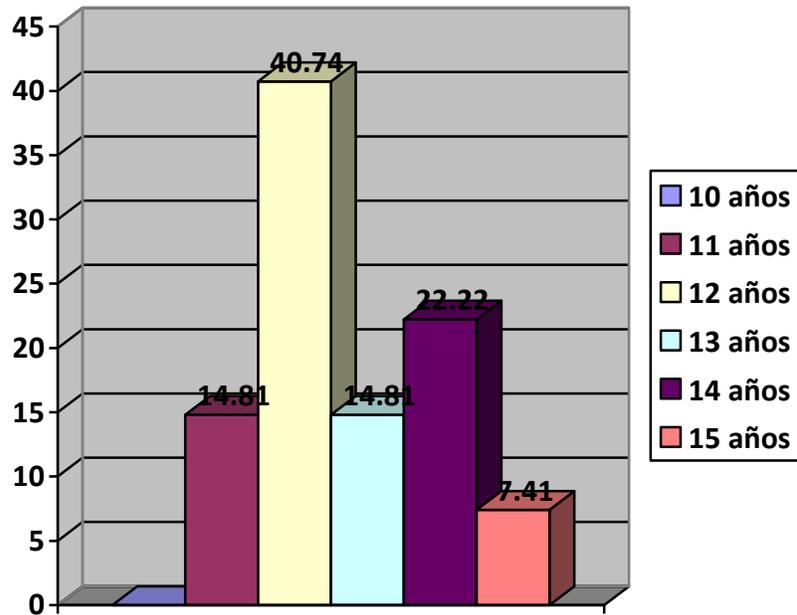
RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
0-2 personas	7	25.93
2-4 personas	11	40.74
4-6 personas	3	11.11
6-8 personas	2	7.41
> de 8 personas	4	14.81
TOTAL	27	100.00



ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS

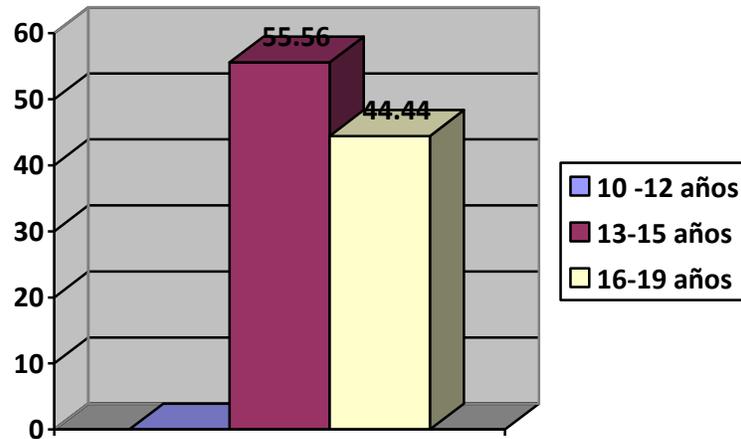
11. Edad de inicio de menarquia

RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
10 años	0	0.00
11 años	4	14.81
12 años	11	40.74
13 años	4	14.81
14 años	6	22.22
15 años	2	7.41
TOTAL	27	100.00



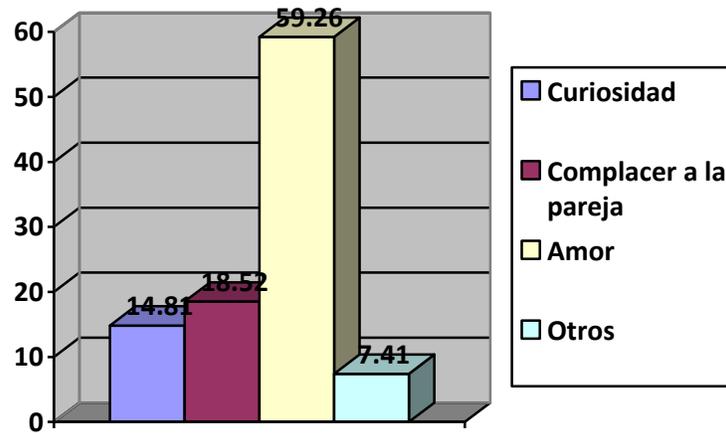
12. Edad de inicio de relaciones sexuales

RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
10 -12 años	0	0.00
13-15 años	15	55.56
16-19 años	12	44.44
TOTAL	27	100.00



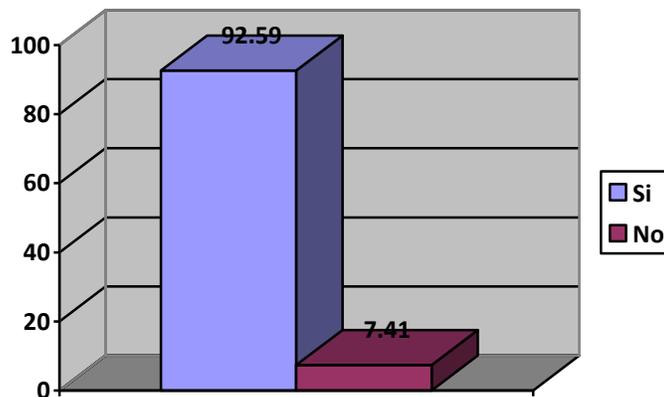
13. ¿Qué la llevó a iniciar relaciones sexuales?

RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Curiosidad	4	14.81
Complacer a la pareja	5	18.52
Amor	16	59.26
Otros	2	7.41
TOTAL	27	100.00



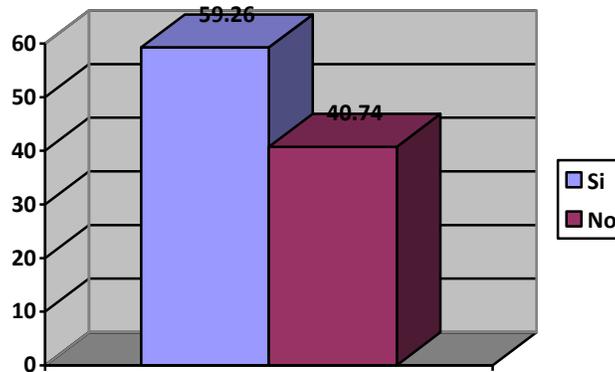
14. ¿Es su primer embarazo?

RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Si	25	92.59
No	2	7.41
TOTAL	27	100.00



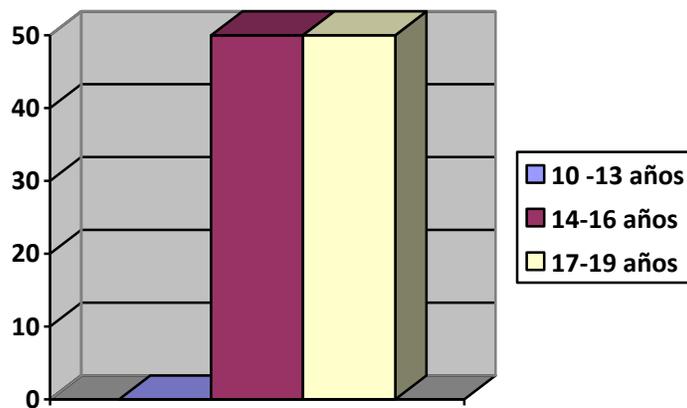
15. ¿Su embarazo actual ha sido planificado?

Si	16	59.26
No	11	40.74
TOTAL	27	100.00



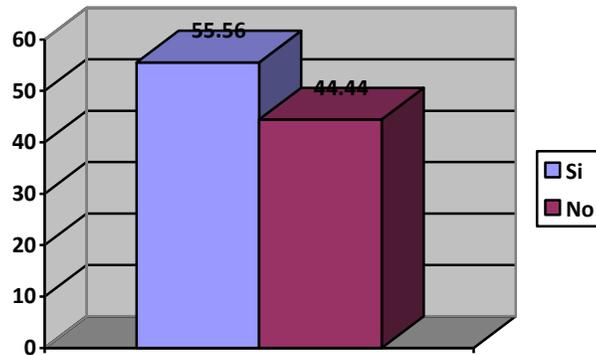
16. En caso de gestas previas ¿A qué edad tuvo su primer embarazo?

RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
10 -13 años	0	0.00
14-16 años	1	50.00
17-19 años	1	50.00
TOTAL	2	100.00



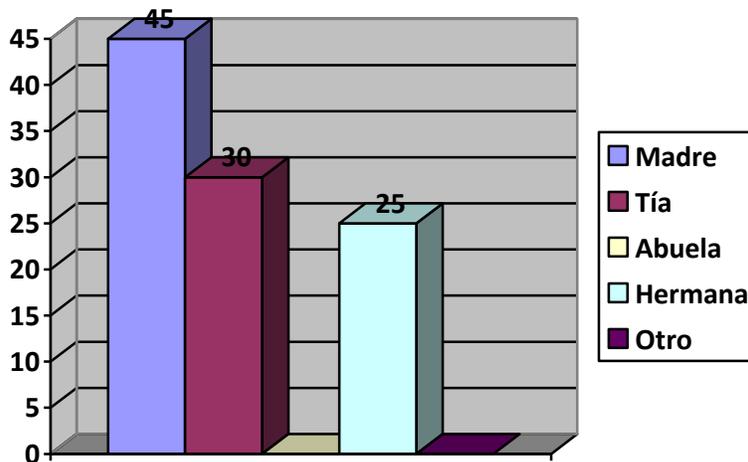
17. Antecedentes familiares de embarazo adolescente

RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Si	15	55.56
No	12	44.44
TOTAL	27	100.00



Si contestó Sí; ¿Quién de su familia estuvo embarazada durante la adolescencia?

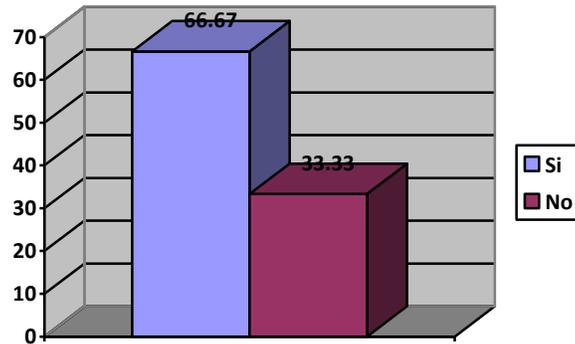
RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Madre	9	45.00
Tía	6	30.00
Abuela	0	0.00
Hermana	5	25.00
Otro	0	0.00
TOTAL	20	100.00



SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

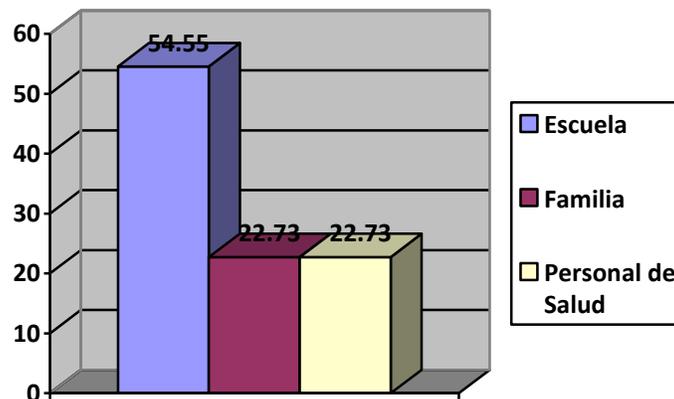
18. ¿Tiene usted conocimiento sobre salud sexual y reproductiva?

RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Si	18	66.67
No	9	33.33
TOTAL	27	100.00



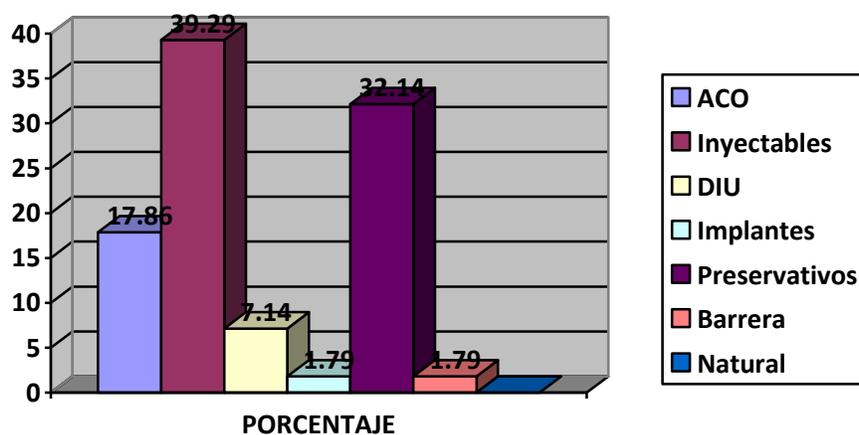
19. ¿Quiénes han sido su fuente de información sobre salud sexual y reproductiva?

RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Escuela	12	54.55
Familia	5	22.73
Personal de Salud	5	22.73
TOTAL	22	100.00



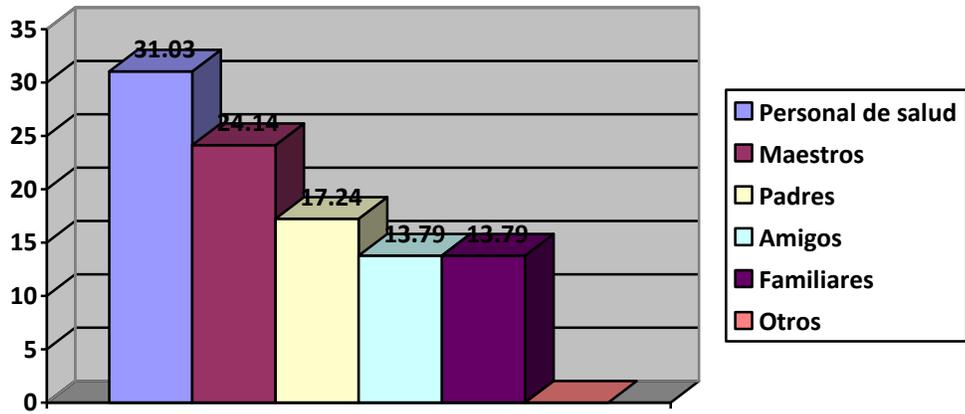
20. ¿Cuáles son los métodos de planificación familiar que usted conoce?

RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
ACO	10	17.86
Inyectables	22	39.29
DIU	4	7.14
Implantes	1	1.79
Preservativos	18	32.14
Barrera	1	1.79
Natural	0	0.00
TOTAL	56	100.00



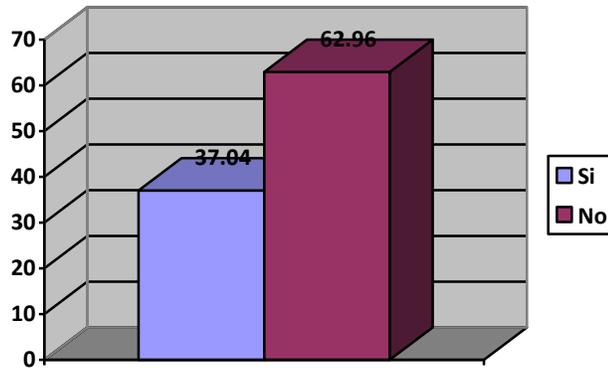
21. ¿Quién le habló de métodos de planificación familiar?

RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Personal de salud	9	31.03
Maestros	7	24.14
Padres	5	17.24
Amigos	4	13.79
Familiares	4	13.79
Otros	0	0.00
TOTAL	29	100.00



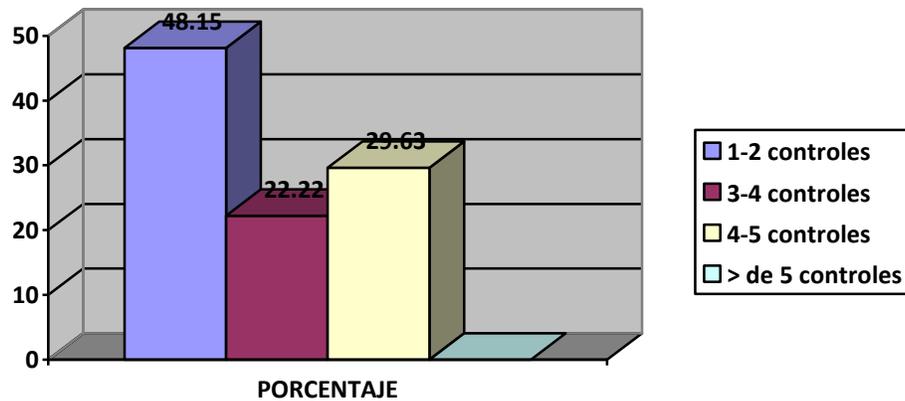
22. ¿Ha utilizado usted métodos de planificación familiar previo al embarazo actual?

RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Si	10	37.04
No	17	62.96
TOTAL	27	100.00



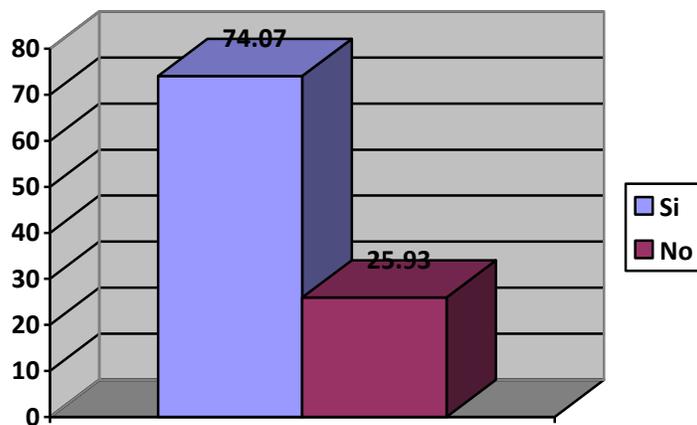
23. ¿A cuantos controles prenatales ha asistido?

RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
1-2 controles	13	48.15
3-4 controles	6	22.22
4-5 controles	8	29.63
> de 5 controles	0	0.00
TOTAL	27	100.00



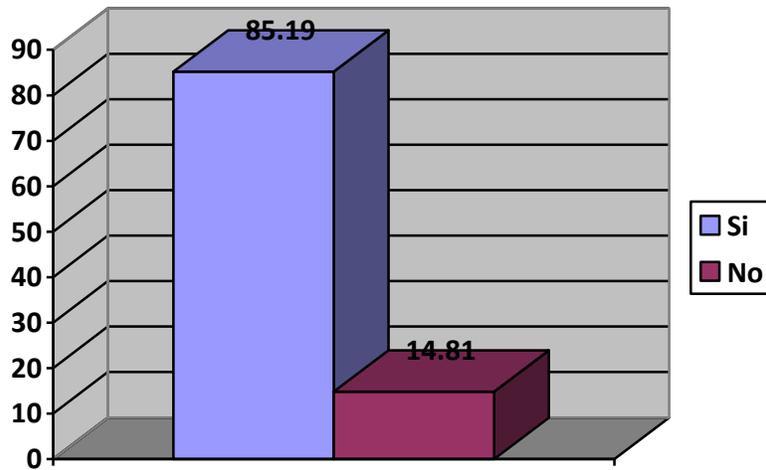
24. ¿Toma usted ácido fólico y sulfato ferroso actualmente?

RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Si	20	74.07
No	7	25.93
TOTAL	27	100.00



25. ¿Tiene apoyo usted de su familia o de su pareja?

RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Si	23	85.19
No	4	14.81
TOTAL	27	100.00



26. ¿Hay violencia intrafamiliar en su hogar?

RESPUESTA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
Si	1	3.70
No	26	96.30
TOTAL	27	100.00

