

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA



Universidad de El Salvador

Hacia la libertad por la cultura

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICOS, BIOLÓGICOS Y SOCIALES EN EL EMBARAZO DE ADOLESCENTES ENTRE LAS EDADES 13-19 AÑOS EN TECOLUCA, SAN JOSÉ GUAYABAL Y LA CRUZ, SEGÚN DATOS DE MAYO A JULIO DEL 2014

Informe Final Presentado por:

Nelson Ricardo Alemán Ferrufino

Marvin Ernesto Beltrán Gil

Ever Antonio Cortez Fuentes

Para Optar al Título de:

DOCTORADO EN MEDICINA

Asesor:

Dr. Elena Polanco de Bonilla

SAN SALVADOR, OCTUBRE DEL 2014.

INDICE

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Antecedentes.....	8
Justificación.....	10
Planteamiento del problema.....	11
Objetivos.....	13
Marco teórico.....	14
Descripción geográfica de los municipios.....	30
Diseño metodológico.....	34
Presentación de resultados.....	41
Conclusiones.....	46
Recomendaciones.....	48
Cronograma de actividades.....	50
Bibliografía.....	51
Anexos.....	52

RESUMEN

El presente estudio, titulado Principales Factores de Riesgo Obstétricos, Biológicos y Sociales en el Embarazo de Adolescentes Entre las Edades de 13-19 Años en Tecoluca, San José Guayabal y La Cruz, Según Datos de Mayo a Julio del 2014 de tipo descriptivo de corte transversal y cualicuantitativo, se realizó con el objetivo de identificar los principales factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes, tanto en el área rural como en la zona urbana de dicho municipio, debido a la alta tasa de embarazo en la población adolescente del lugar. Los datos se obtuvieron mediante la revisión de expedientes de la UCSF y la realización de un cuestionario a través de entrevista a las pacientes incluidas en la muestra.

De la totalidad de embarazadas del municipio, 77 pacientes se escogió la muestra según criterios de inclusión, entre los que estaban edad de 13-19 años cumplidos, primigesta, que asistieran o estuvieran inscritas al programa de Control Prenatal, entre otros, obteniendo una muestra de 26 pacientes, que representan el 33% de la población femenina embarazada.

Se encontró que el inicio precoz de las relaciones sexuales es uno de los principales factores de riesgo que influyeron para el embarazo de las adolescentes que 11 pacientes iniciaron relaciones sexuales en el rango de 14-15 años, 11 pacientes en el rango de 14-15 y 8 en el rango de 16-17 años.

La falta de uso de algún método anticonceptivo es el principal factor que se encontró en las entrevistadas ya que la mayoría de las adolescentes respondió que no uso ningún método anticonceptivo previo a su embarazo.

Introducción

La adolescencia, es un período de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y anuncia la adultez, dicho término se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad, el principal riesgo asociado a la práctica de la sexualidad en la adolescencia son los embarazos.

Los factores de riesgo que influyen son: abandono escolar, falta de seguridad en los centros educativos, información inadecuada, deficiente orientación sobre el tema, la falta de educación sexual en las escuelas y prácticas sexuales a temprana edad. Esto es un grave problema pues existe una gran diferencia entre la percepción subjetiva de estar bien informado y estarlo realmente, es decir los jóvenes tienen la "ilusión de que saben", y por lo tanto no ven la necesidad de buscar información, por lo que actúan en base a dichas creencias erróneas. Por otro lado muchos jóvenes toman la decisión de buscar información pero no saben dónde o a quien acudir.

Si bien es cierto, físicamente sienten estar preparados para iniciar relaciones sexuales, pero desde el punto de vista social no. En algunos está presente la ambivalencia que un embarazo puede ser producto de ese amor maravilloso de la adolescencia, pero que no es percibido hasta que les sucede. Si a esto añadimos el afán por la búsqueda del riesgo, y la baja percepción del mismo, característico en esta etapa, podemos entender un poco mejor la situación que en muchos casos desemboca en un embarazo no deseado en las adolescentes.

En El Salvador el embarazo en adolescentes es un problema de gran magnitud; tanto por sus implicaciones socioeconómicas, como por el alto porcentaje de mujeres menores de 20 años que anualmente se convierten en madres. Para el año 1997 se reporta que el 25% de los partos atendidos a nivel nacional, ocurrieron en este grupo de edad, dando por

resultado una tasa de fecundidad de 116 nacimientos por cada 1000 adolescentes en el período 1993-1982.

Además de los problemas médicos a que se exponen por los riesgos inherentes a la maternidad a temprana edad; las jóvenes que se embarazan antes de los 20 años, sufren posteriormente problemas socioeconómicos, ya que se incrementan sus posibilidades de: a) Recibir menos educación, b) Tener mayor dificultad para conseguir empleo, c) Sufrir el abandono de su pareja y e) Vivir en la pobreza.

El embarazo en la adolescencia es un evento que en los últimos años se ha ido estudiando de manera prioritaria desde diferentes enfoques y perspectivas.

El embarazo de adolescentes es un tema de preocupación para las autoridades gubernamentales y no gubernamentales. Como señalan las estadísticas, a nivel mundial cada año dan a luz aproximadamente 16 millones de mujeres adolescentes de 15 a 19 años lo que representa aproximadamente el 11% por ciento de nacimientos registrados en el mundo.

La primera relación sexual es del 21.8% en las mujeres menores de 15 años de edad 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 de edad 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 de edad al 43.3% entre quienes tienen 19 años. El 18% del grupo de mujeres de 15 a 19 años tiene al menos un hijo actualmente vivo. En relación a la pareja, los datos indican que el 13.5% de las mujeres de 15 a 19 años tuvieron la primera relación sexual con hombres mayores que ellas. 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.

En el año 2011 el Ministerio de Salud¹ reporta 84,752 inscripciones prenatales, de las cuales el 31.4% son mujeres adolescentes. La inscripción de métodos de planificación familiar fue de 36%, la atención institucional de partos en adolescentes correspondió al 29.1%. Además correspondió a este grupo poblacional el 11% de muertes maternas.

Así mismo 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 SSR.

El objetivo de este trabajo, es demostrar el aumento de embarazos en la etapa de la adolescencia en nuestro país, y que en su mayoría son atendidos por salud pública sin que haya una política o acciones preventivas en el sistema nacional de salud.

El estudio del embarazo en la adolescencia ha sido un tema recurrente de investigación en nuestro país, en que la transición demográfica llegó a las tasas más altas de crecimiento y el sector salud desarrollo amplio programas de planificación familiar y el cuidado de la salud de la madre y el hijo.

Su abordaje está estrechamente relacionado con el acceso a los métodos anticonceptivos y el impulso a los programas de educación sexual.

Por tanto con esta investigación se busca identificar qué factores influyen en la incidencias de embarazos en adolescentes para contribuir a la política nacional de salud, a través de los equipos comunitarios en salud familiar, a brindar información, educación

sexual y atención en salud sexual y reproductiva, orientados a los adolescentes que conlleven un cambio individual, familiar, social y cultural, acorde con los derechos reproductivos de las personas para la prevención de embarazos precoces.

Difícilmente podemos corregir los penosos indicadores actuales de incidencias de embarazos en adolescentes, si no rompemos con prácticas sanitarias fundamentales de la medicina occidental que convierten a las personas en clientes.

El 64% procedía del área urbana y el 36% del área rural. Dicha distribución fue la misma en los dos hospitales incluidos en el estudio. Las pacientes atendidas en el Seguro Social eran beneficiarias de sus esposos o compañeros en el 58% y cotizantes por si mismas en el 42% de casos.

El presente trabajo de investigación refleja algunos de los factores de riesgo asociados al embarazo en la adolescencia de los municipios de san José guayabal, Tecoluca y Usulután.

Antecedentes

El embarazo en la adolescencia es un evento que en los últimos años se ha ido estudiando de manera prioritaria desde diferentes enfoques y perspectivas.

El embarazo de adolescentes es un tema de preocupación para las autoridades gubernamentales y no gubernamentales. Como señalan las estadísticas, a nivel mundial cada año dan a luz aproximadamente 16 millones de mujeres adolescentes de 15 a 19 años lo que representa aproximadamente el 11% por ciento de nacimientos registrados en el mundo.

La primera relación sexual premarital² es del 21.8% en las mujeres menores de 15 años de edad 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 de edad 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 de edad 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 a 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 de edad, mayores que ellas. 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.

- ² Fesal 2008

- Organización Mundial De La Salud 2011

- Artículo sobre aspectos médicos y sociales de la maternidad en las adolescentes por Marina Padilla de Gil Jefa Programa Salud Reproductiva y Atención Infantil. Instituto Salvadoreño de Seguridad Social.

- ² Op. Cit.

En el año 2011 el Ministerio de Salud³ reporta 84,752 inscripciones prenatales, de las cuales el 31.4% son mujeres adolescentes. La inscripción de métodos de planificación familiar fue de 36%, la atención institucional de partos en adolescentes correspondió al 29.1%. Además correspondió a este grupo poblacional el 11% de muertes maternas.

Así mismo 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 SSR.

Justificación

El objetivo de este trabajo, es demostrar el aumento de embarazos en la etapa de la adolescencia en nuestro país, y que en su mayoría son atendidos por salud pública sin que haya una política o acciones preventivas del sistema nacional de salud.

El estudio del embarazo en la adolescencia ha sido un tema recurrente de investigación en nuestro país, en que la transición demográfica llegó a las tasas más altas de crecimiento y el sector salud desarrollo amplio programas de planificación familiar y el cuidado de la salud de la madre y el hijo. Su abordaje está estrechamente relacionado con el acceso de a los métodos anticonceptivos y el impulso a los programas de educación sexual.

El 64% procedía del área urbana y el 36% del área rural. Dicha distribución fue la misma en los dos hospitales incluidos en el estudio. Las pacientes atendidas en el Seguro Social eran beneficiarias de sus esposos o compañeros en el 58% y cotizantes por si mismas en el 42% de casos.

Entre los principales hallazgos se destacan: los y las jóvenes entre 16 y 19 años que tomaron cursos de educación sexual no aumentaron su actividad sexual ni el número de parejas; quienes eran sexualmente activos incrementaron el uso del condón.¹ El cuidado de la salud sexual de adolescentes no puede dejar de lado la prevención del embarazo, se trata de un problema que se ha reducido proporcionalmente, pero el avance es más lento y se ve agudizado entre quienes viven en condiciones más precarias y sufren la falta de servicios de educación y salud.

El embarazo en la adolescencia es un problema social y de salud pública mundial. Representa el 10% de los nacimientos en el mundo: 14 millones de mujeres dan a luz entre los 15 y 20 años de edad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El embarazo en adolescentes representa uno de los mayores problemas de salud pública en el país. En el año 2011 el Ministerio de Salud⁴ reporta 84,752 inscripciones prenatales, de las cuales el 31.4% Porcentaje demasiado alto tratándose de una población que no está preparada en el aspecto físico, psicológico o económico para hacerle frente a una etapa que requiere bienestar en todas esos factores.

El presente trabajo tiene como universo de estudio a las adolescentes embarazadas de 13 a 19 años, cuyas áreas geográficas habitacionales son Usulután, Tecoluca y San José Guayabal, lugares que tienen en común la pobreza de sus habitantes, donde las condiciones socioeducativas constituyen un factor esencial para este problema, porque se evidencia que generalmente las madres adolescentes provienen de hogares mal constituidos, hogares de madres solteras, divorciadas, sin una comunicación entre padres e hijas, con nivel educativo bajo, donde no se da importancia a la educación sexual. La pobreza y el bajo nivel de escolaridad desencadenan a su vez una serie de acontecimientos sociales como violencia intrafamiliar, prácticas sexuales de riesgo, delincuencia, adicciones, entre otros. Todos estos acontecimientos sociales favorecen a una mayor incidencia de embarazos en adolescentes, lo que puede implicar con mucha más frecuencia el desarrollo de condiciones de riesgo biológicos como estado nutricional deficiente o anemia antes del embarazo.

Por lo anterior se puede decir que el embarazo es un estado que implica aspectos biológicos, obstétricos, psicológicos y sociales, que ameritan una metódica investigación por medio de diferentes instrumentos como la hoja filtro, el CLAP y encuestas para poder abarcar la compleja recolección de información acerca de las adolescentes.

Por lo que es necesario formular la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los principales factores de riesgo que afectan a las adolescentes en el embarazo?

Es importante darle respuesta a la interrogante anterior puesto que identificando a los factores de riesgo que tienen mayor frecuencia en las adolescentes, se podrá hacer énfasis en la prevención de embarazos en adolescentes, en la consulta preconcepcional, así como en la importancia del control prenatal, por medio del cual en la medida de lo posible se pueden tratar o modificar a tiempo todos aquellos factores que pueden afectar a la adolescente embarazada como a su futuro hijo, además de brindarle a la futura mamá consejería sobre prevención de la violencia, lactancia materna exclusiva, posturas en las relaciones sexuales, entre otros temas que pueden contribuir a un feliz término del embarazo y al cuidado adecuado del recién nacido.

Hay dos conceptos a tomar en cuenta para poder desarrollar el presente estudio de investigación:

Riesgo reproductivo: Es la probabilidad que una mujer embarazada o su futuro hijo tienen de sufrir una enfermedad, injuria o muerte.

Cuidado preconcepcional: conjunto de intervenciones que se realizan antes del embarazo que tiene como propósito identificar y modificar factores de riesgo, cuando sea posible para reducir daños o evitarlos en un próximo embarazo.

OBJETIVOS

- **OBJETIVO GENERAL**

Determinar cuáles son los principales factores de riesgo obstétrico, biológico y social en el embarazo de adolescentes entre las edades de 13 a 19 años en los municipios de San José Guayabal, Tecoluca y La Unión en el periodo de Mayo a Julio de 2,014.

- **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Identificar los factores de riesgos obstétricos que afectan con mayor frecuencia a las pacientes del presente estudio
2. Determinar la edad de menarquía como factor de riesgo biológico ligado a relaciones sexuales tempranas y riesgo de embarazo adolescente en las pacientes participantes del estudio.
3. Establecer el riesgo social como factor determinante de los altos índices de embarazos de adolescentes en los municipios participantes.
4. Establecer el ara geográfica como determinante que repercute en el riesgo social.

MARCO TEÓRICO.

LA ADOLESCENCIA:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es definida como una etapa de transición entre la infancia y la adultez, que está comprendida entre los 10 y 19 años.

Según Papalia e Diana (1980) la adolescencia se define como “el periodo que transcurre entre la niñez y la edad adulta, época que va desde los 12 años hasta el comienzo de los 20 años”.

Los adolescentes son los millones de personas olvidadas en los programas de salud reproductiva a pesar de que el número de jóvenes que necesita información y servicios son escasos, están fragmentados o no existen.

La adolescencia es una etapa del desarrollo donde el apoyo de la familia es muy importante ya que es una etapa de rebeldía contra el padre, la madre y el orden social, esto los lleva a la búsqueda de su identidad y curiosidad sexual⁵.

América Latina ha sido pionera en el desarrollo de políticas, planes, programas y servicios para adolescentes en la Región. Sin embargo, muchos de los programas que existen actualmente se adhieren al concepto de prevención de enfermedades y se centran en un comportamiento muy específico, como VIH, prevención de embarazo y promoción de la abstinencia. Los programas y políticas tradicionales han sido de naturaleza curativa y con frecuencia han definido el éxito como la ausencia de problemas, en lugar de como un desarrollo saludable. Dichos programas y servicios son

⁵ Ministerio de Salud Publica, Op cit, pag.360-420.

Papalia Diana E. Psicología del Desarrollo. Pag.27

verticales en su enfoque y no integran los conceptos de familia, cultura, valores y el contexto global en el que ocurre el comportamiento. Las intervenciones tratan de cambiar la conducta una vez que ésta se encuentra bien arraigada. Los jóvenes no participan de lleno en el diseño y ejecución de programas, por lo tanto, las intervenciones no reflejan sus deseos ni preocupaciones. Muchas intervenciones no están bien coordinadas, lo que provoca una costosa duplicación de esfuerzos. Los programas se centran únicamente en prevenir problemas específicos de los jóvenes, generalmente una conducta problemática aislada, sin prestar atención al contexto social, por lo general no han demostrado ser efectivos a largo plazo¹.

SALUD SEXUAL.

La salud se reconoce universalmente como un derecho fundamental del ser humano, y la salud sexual como un componente integral de la salud en general. Por lo tanto, la salud sexual y reproductiva, incluyendo la de los adolescentes y jóvenes, es un derecho humano que incluye el derecho a la integridad sexual, a la seguridad sexual del cuerpo, a la privacidad, a la igualdad, al amor, a la expresión, al derecho a elegir, a la educación y al acceso a la atención en salud⁶.

SALUD REPRODUCTIVA:

Es el estado completo de bienestar físico, mental y social de la población salvadoreña incluyendo la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgo y de procrear con la libertad de hacerlo o no, cuando y con que frecuencia ⁷

⁶ Organización Panamericana de la Salud; Perfil de Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes y jóvenes de América Latina y El Caribe. Serie OPS/FNUAP No. 1

⁷ Guía Técnica de Atención en Planificación Familiar, MINSAL.2009 pag.6

El Embarazo en adolescentes, cada vez más frecuente en países en desarrollo, es considerado como un problema prioritario en salud pública, especialmente en comunidades deprimidas, debido a su alto riesgo de morbilidad: bajo peso al nacer, prematuras y un alto riesgo de mortalidad materna, perinatal e infantil. En países del tercer mundo como EL SALVADOR, es costumbre que la mujer tenga su primer hijo siendo una adolescente. El embarazo en adolescentes es un producto de la patología social: negligencia paterna, carencia afectiva, inseguridad, pobreza, ignorancia, violencia. La adolescente embarazada es la presa de la hipocresía de una sociedad que perdona sus actividades sexuales y condena su embarazo. Consciente o inconscientemente, deliberadamente o por impotencia, se da mayor libertad sexual a los jóvenes, pero la sociedad permanece o vuelve a ser repentinamente moralizadora y represiva frente a las consecuencias de dicha libertad. Achacar la culpabilidad y la responsabilidad a la adolescente evita a los adultos el preguntarse por su propia responsabilidad y culpabilidad. El rechazo es la reacción más cómoda; se pone una simple etiqueta, a fin de no ver que se trata de un problema más general. Al condenar a la joven embarazada, se defiende a la sociedad y sus instituciones. El rechazo es a veces muy disimulado y puede adoptar el disfraz de una solución de acogida o de integración. Multiplicar los auxilios de carácter material o médico puede corresponder a un proceso de exclusión. Crear establecimientos donde las jóvenes viven su embarazo bien protegido y vigilado para no correr con el riesgo de herir el pudor y el equilibrio psíquico de los adultos, muestra más marginación que posibilidad de favorecer la integración social. Tener piedad de la joven embarazada es colocar a la "pobre chica" en una categoría aparte, víctima de falta de protección de la familia y del egoísmo de los hombres; es levantar una barrera entre el testigo impotente y silencioso, y los otros, los responsables. El embarazo y la maternidad en la adolescencia tienen un alto carácter peyorativo, tanto para la misma joven como para su hijo si la gestación llega a término. Las dificultades son numerosas, a corto y a largo plazo: el adolescente es frágil y se

vuelve más frágil aun por el embarazo; el pronóstico médico, escolar, familiar y profesional resulta sobrio, al igual que el futuro del niño y la relación madre-hijo; los embarazos seguidos y demasiado precoces constituyen un factor de alto riesgo y la joven madre tiene pocas probabilidades de llegar a formar un día una familia estable, o incluso de llegar a obtener un estatuto de autonomía social. Más que por razones de inmadurez biológica o psicológica de la joven adolescente, están maternidades aparecen tan difíciles de asumir debido a que nuestro sistema social mantiene contradicciones respecto a los adolescentes. La muchacha puede concebir un hijo y darlo a luz, pero no está preparada por una educación, una madurez social y una autonomía suficientes para criarlo sin dificultad. Una muestra real de todo lo anterior es la reacción de padre y madre al enterarse del embarazo de la hija. Hay poca comprensión y ayuda afectuosa.

Lo que primero acude al ánimo de los padres no es tanto que ocurre con su hija sino que va ocurrirles a ellos. Esta herida paterna profunda da lugar enseguida a severos e irracionales reproches. Ante esto la joven se siente sola para asumir el conflicto y con una gran carga de culpabilidad. A veces, la revelación del embarazo da lugar a un violento enfrentamiento entre los mismos padres. Esta es una actitud inmedatista, epidérmica e impulsiva que casi todos los padres adoptan.

CLASIFICACIÓN DE LA ADOLESCENCIA:

Según Sileo (1991), Ha dividido la etapa de la adolescencia en tres niveles: adolescencia temprana, media y tardía.

ADOLESCENCIA TEMPRANA:

Está comprendida entre los 10 y los 13 años. Marca el final de la pubertad y el ingreso a la adolescencia. Durante este tiempo se produce la mayoría de los cambios orgánicos y

aparecen los caracteres sexuales secundarios. Los conflictos característicos de esta edad son: Preocupación por la imagen corporal (pérdida del cuerpo infantil) y los cambios que están aconteciendo; Deseos de independizarse de los padres, pero simultáneamente necesidad de mantener la dependencia; Deseos sexuales aumentados pero restringidos por la duda, el temor al acercamiento al sexo opuesto, conflictos entre los deseos y las normas morales aprendidas, masturbación frecuente; Angustia ante el crecimiento y la maduración, cambios en el trato por parte de los adultos.

ADOLESCENCIA MEDIA:

Periodo comprendido entre los 14 y 17 años. Se consolida la identificación sexual, aumenta la crítica a la autoridad en general, pero especialmente la de los padres, gran valoración del grupo, preocupaciones filosóficas y religiosas, persiste la angustia ante la sexualidad, pero el acercamiento es cada vez menos difícil (en ocasiones puede estar revestido por agresividad), comienzan las preocupaciones por elección de carrera o profesión y por el futuro en general.

ADOLESCENCIA TARDÍA:

Se denomina de esta manera a la edad comprendida entre los 18 y 21 años, durante esta última fase debe haberse constituido sin mayores problemas la identificación y el ejercicio del rol sexual, la rivalidad con los padres comienza a ceder el paso a la identificación con ellos y a la internalización de las normas familiares y sociales, el grupo comienza a perder su importancia primordial quedando en primer plano el concepto del individuo. La adolescencia desde el punto de vista psicológico puede señalarse en forma general las transformaciones a las cuales debe adaptarse la personalidad del joven.

CAUSAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

En algunas sociedades, el matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer, son factores importantes en las altas tasas de embarazo en la adolescencia. Así, en algunos países de África subsahariana, el embarazo adolescente se celebra porque es la prueba de fertilidad de la mujer joven. En el subcontinente indio, el matrimonio en adolescentes y el embarazo es más común en las comunidades rurales tradicionales, donde es apreciada una numerosa descendencia, en comparación con la tasas de las ciudades. En las sociedades donde el matrimonio con mujeres adolescentes es poco frecuente, la causa fundamental de los embarazos en adolescentes es la práctica de las relaciones sexuales de las jóvenes sin métodos anticonceptivos por lo que éstos embarazos pueden considerarse como embarazos no planificados o embarazos no deseados.

FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

FACTORES BIOLÓGICOS:

La edad en la pubertad a declinado desde los 17 años en siglo XIX hasta alrededor de 12-13 años actualmente, los adolescentes son fértiles a una edad menor. Las adolescentes con una edad de menarquía precoz están más expuestas al riesgo de embarazarse.

El periodo entre el inicio de la pubertad y dependencia económica ha aumentado en nuestra sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales. Con la pubertad se produce un notable aumento de la actividad hormonal lo cual trae la aparición de impulsos sexuales.

FACTORES PSICOSOCIALES.

Los adolescentes más jóvenes (15 años) son inmaduros para comprender lo que el embarazo significa y sus repercusiones sobre el futuro, el pensamiento cognitivo es aún concreto y existencial con poca orientación hacia el futuro y poca capacidad para percibir la consecuencia de los actos corrientes ni siquiera perciben la idea de la posibilidad de un embarazo y mucho menos la crianza de un hijo.

Según la teoría cognitiva de J. Piaget el individuo adquiere la capacidad del comportamiento formal durante la adolescencia, a partir de los 11-12 hasta los 20 años.

Existe una diferenciación y una complejidad progresiva de la inteligencia durante la adolescencia; esta modificación estructural multiplica las potencialidades del niño y lo amplía hasta aproximarlos al razonamiento del adulto y esta es la base de todo el resto del plano psicosocial.

Los adolescentes de 15-16 años son más maduros cognitivamente, pero aún están en la intensa búsqueda de la identidad y lucha por pasar de la dependencia infantil a la independencia adulta, lo cual los compromete para apreciar realísticamente la consecuencia a largo plazo del acto sexual. Algunas eligen la maternidad como medio para consolidar una leve sensación de autonomía sin darse cuenta que esto las llevará irónicamente a encontrar menos libertad e independencia que antes.

Puede tener la fantasía de alcanzar la madurez y adultez a través de las relaciones sexuales e intentan separarse de la niñez y afirmar su identidad sexual y su autoestima a través de un embarazo

El carácter de edad de transición de la adolescencia impregna toda la actividad psicosocial del joven con un carácter de experimentación se ensayan los roles adultos en

diferentes áreas entre ellas el ejercicio de la sexualidad. Ayuda a enfrentar con éxito las tareas evolutivas pero puede ser el origen de un embarazo no deseado.⁸

Algunos adolescentes tienen la fantasía de que el nacimiento de un niño va a llevar un vacío afectivo, el origen puede estar en el sentimiento de rechazo, abandono y soledad es ella la que puede tener necesidades de atención y protección buscan un bebé con urgencia para tener a alguien quien los va a querer y necesitar y no los va a abandonar.

FACTORES SOCIOCULTURALES.

En un ambiente de pobreza y subdesarrollo donde la movilidad social es escasa o nula es frecuente el fatalismo y el “locus” de control externo, bajo esas circunstancias la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo.

“El machismo” y la necesidad del varón de probarse es un factor dinámico en el comportamiento del varón preñador, el que también se ha demostrado la existencia de una gran carencia afectiva y necesidades no satisfechas.

Actualmente existe un respaldo cultural generalizado a la iniciación de la actividad sexual heterosexual a edades tempranas sobretodo en el varón. Es más, existe una presión social sobre el varón para que sea sexualmente activo; es lo que se espera de él, o sea que el medio induce a las relaciones sexuales precoces; a su vez el varón presiona a la mujer.

Existen muchas familias donde solo se refuerza la atención materna. La sociedad idealiza la maternidad y todavía hay muchas mujeres que consideran que es la única alternativa que les ofrece la vida.

⁸ Geranda Mariana y Sileo Enriqueta, Embarazo en Adolescentes, pag. 15

Los medio de comunicación social promociona el sexo y los adolescentes son ávidos consumidores de la publicidad y están extremadamente por ellos especialmente la televisión.

Los medios de comunicación ejercen mucha presión estimulando la actividad sexual, la publicidad presenta el sexo, el riesgo y el peligro como imagen de personalidad exitosa.

ANTICONCEPCIÓN

Los adolescentes pueden carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos o también no tener un fácil acceso a su adquisición. También pueden sentirse avergonzados tanto para preguntar como para comprar anticonceptivos. En Estados Unidos las mujeres adolescentes sexualmente activas que desean evitar el embarazo tienen menos posibilidades que las de otras edades para el uso de anticonceptivos. Así, un 18% de las adolescentes entre 15 y 19 años no utilizan métodos anticonceptivos, frente a 10,7% de mujeres de 15 a 44 años. En las adolescentes más del 80% de los embarazos no son deseados. Y más de la mitad de los embarazos no deseados se producen en mujeres que no usan anticonceptivos y la mayor parte del resto de embarazos no deseados se deben al uso incorrecto de los anticonceptivos. El 23% de las mujeres jóvenes sexualmente activas admitió haber tenido relaciones sexuales sin protección con una pareja que no utilizó un preservativo, mientras que el 70% de las adolescentes manifestaron que les daba vergüenza comprar preservativos o cualquier otro anticonceptivo y también solicitar información a un médico. En muchos casos se usan métodos anticonceptivos pero de modo inadecuado. Muchos adolescentes sin experiencia puede usar el condón incorrectamente y las adolescentes se olvidan tomar con cierta frecuencia los anticonceptivos orales. Las tasas de fracaso anticonceptivo son mayores en las adolescentes, especialmente en las pobres, que para las usuarias de más edad. Los métodos reversibles a largo plazo, tales como el dispositivo intrauterino, el anticonceptivo su dérmico, el parche anticonceptivo o inyecciones de anticonceptivos inyectables combinados, requieren la intervención del usuario con menos frecuencia -

una vez al mes a cada varios años-, y puede prevenir el embarazo con mayor eficacia en mujeres que tienen problemas para seguir las rutinas, incluidas las jóvenes. El uso simultáneo de más de un método anticonceptivo disminuye el riesgo de embarazos no deseados, y si uno de los métodos es de barrera (condón), la transmisión de enfermedades de transmisión sexual también se reduce. La aprobación, por las autoridades sanitarias de numerosos países, de anticonceptivos de emergencia (Píldora del día después o píldora del día siguiente, método de Yuzpe) incide de manera específica en la reducción de las tasas de embarazos en adolescentes. Además de la denominada píldora del día después también ha aparecido en el mercado la denominada píldora de los cinco días después. Estas píldoras anticonceptivas de uso de emergencia, que pueden requerir o no receta médica -dependiendo de los países-, no deben confundirse con la denominada píldora abortiva RU-486 o mifepristona, para la que se requiere prescripción y receta médica y solamente puede usarse dentro de los 49 días siguientes a la concepción.

DIFERENCIA DE EDADES EN LAS RELACIONES SEXUALES

Según la organización conservadora "Family Research Council," los estudios en los EE.UU. indican que la diferencia de edad entre las adolescentes y los hombres que las embarazan es un factor a tener en cuenta. Las adolescentes que tienen relaciones con chicos mayores que ellas, y en particular con hombres adultos, tienen más probabilidades de quedarse embarazadas que las adolescentes que tienen relaciones sexuales con chicos de su edad quienes son también más proclives a llevar el embarazo a término en lugar de tener un aborto. Un estudio de 1992 del estado de Washington de 535 madres adolescentes encontró que el 62 por ciento de las madres habían sufrido abusos o habían sido violadas por hombres de una edad promedio de 27 años. Este estudio encontró que las madres adolescentes habían sufrido abusos incluso antes del

inicio de la actividad sexual y habían tenido relaciones sexuales con numerosas parejas de más edad, por lo que habían estado expuestas a más riesgos y de forma más frecuente. Estudios realizados reveló que cerca de dos tercios de los niños nacidos de mujeres adolescentes en los Estados Unidos son engendrados por hombres adultos de 20 años o más.

ABUSOS SEXUALES

Diversos estudios han encontrado que entre el 11 y el 20 por ciento de los embarazos en adolescentes son un resultado directo de la violación, mientras que un 60 por ciento de las madres adolescentes tenían experiencias sexuales no deseadas anteriores a su embarazo. Antes de los 15 años, la mayoría de las experiencias de la primera relación sexual en mujeres son de carácter no voluntario, el Instituto Guttmacher encontró que el 60 por ciento de las muchachas que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años fueron obligadas por hombres que en promedio fueron seis años mayores que ellas. Uno de cada cinco padres de hijos de madres adolescentes admite que ha forzado a las chicas adolescentes a tener relaciones sexuales con ellos. Numerosos estudios en países industrializados indican un fuerte vínculo entre abusos sexuales en la infancia y embarazos en la adolescencia. Hasta el 70 por ciento de las mujeres que dieron a luz en su adolescencia sufrieron abusos siendo niñas; por el contrario, solamente el 25 por ciento de las mujeres que no dan a luz sufrieron abusos siendo niñas. En algunos países, las relaciones sexuales entre un menor y un adulto no están toleradas por ley, así un menor de edad se cree que carece de la madurez y la competencia para tomar una decisión informada para tener relaciones sexuales totalmente consentidas con un adulto. En esos países, las relaciones sexuales con un menor de edad se consideran abuso sexual a menores. En la mayoría de países europeos, por el contrario, una vez que un adolescente ha llegado a la edad de consentimiento sexual, él o ella puede legalmente tener relaciones sexuales con adultos, porque se sostiene que en general (a pesar de ciertas limitaciones), una vez alcanzada la edad de consentimiento se entiende que puede

mantener relaciones sexuales con cualquier pareja que como mínimo tiene la edad de consentimiento. Por lo tanto, la definición de violación se limita a las relaciones sexuales con una persona con edad inferior a la edad mínima de consentimiento. Lo constituye violación de menores en última instancia, difiere según la jurisdicción de cada país.

FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Una joven madre adolescente, la pobreza se asocia con altas tasas de embarazo en la adolescencia. Así, países económicamente pobres, como Nicaragua en América, Níger en África y Bangladesh en Asia, tienen un número mayor de madres adolescentes en comparación con países económicamente más ricos. En el Reino Unido alrededor de la mitad de todos los embarazos de menores de 18 años se produce en el 30% más pobre de la población. En Italia, la tasa de natalidad en adolescentes de clases ricas y acomodadas es sólo el 3,3 por 1.000, mientras que en las más pobres Mezzogiorno es de 10 por 1000.

AMBIENTE EN LA INFANCIA

Las mujeres expuestas al abuso, la violencia doméstica y los conflictos familiares en la infancia tienen más probabilidades de quedar embarazadas en la adolescencia, y el riesgo de quedar embarazada aumenta con el número de experiencias adversas en la infancia. Según un estudio realizado en 2009, un tercio de los embarazos de adolescentes se podrían evitar mediante la eliminación de la exposición al abuso, la violencia y los conflictos familiares. Los investigadores señalan que "la disfunción familiar tiene consecuencias duraderas y desfavorables para la salud de las mujeres durante la adolescencia, la edad fértil, y más allá." Diversos estudios también han encontrado que aquellos niños criados en hogares con un madre que había sido maltratada o que había sufrido violencia física directa, era más propensos a dejar embarazada a una chica. También se ha indicado que las niñas cuyos padres abandonaron a la familia cuando

ellas eran pequeñas tuvieron mayor tasa de actividad sexual temprana y de embarazo adolescente. Las niñas cuyos padres abandonaron a la familia más tarde tuvieron menor tasa de actividad sexual temprana. Las tasas más bajas de actividad sexual y embarazo se encuentran en las niñas cuyos padres estuvieron presentes durante toda su infancia. Las niñas tuteladas, criadas en orfanatos, hospicios y centros de acogida son más propensas a quedar embarazadas en la adolescencia que los criados en núcleos familiares.

CONSECUENCIAS DE UN EMBARAZO PRECOZ

La joven corre el riesgo de experimentar anemia, preeclampsia y complicaciones en el parto, así como un alto riesgo de mortalidad propia durante el embarazo. Los bebés de madres adolescentes tiene una alta tasa de mortalidad al igual que pueden experimentar mal formaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral. Estos niños experimentan muchos más problemas de conductas y funcionamiento intelectual disminuido.

Hay problemas maritales y mayor probabilidad de divorcio en parejas jóvenes que se unieron producto de un embarazo. Debido a esto, los hijos de adolescentes pasan gran parte de su vida en un hogar mono parental, y ellos se convierten en una población potencial para generar embarazos no deseados en su futura adolescencia.

Las muchachas embarazadas tienen pocas probabilidades de continuar sus estudios debido a que algunas instituciones educativas optan por negarles la entrada por temor de que puedan influir desfavorablemente en otros alumnos. Estas chicas que han abandonado los estudios, raramente vuelven a tener oportunidad de retomarlos donde los dejaron. De igual manera los padres jóvenes corren un alto riesgo de experimentar periodos de desempleo o menor salario.

Otra consecuencia del embarazo en edades tempranas es el riesgo de aborto. Por lo general, las adolescentes en edades de gestación tardías (más de 12 semanas). Las causas por las que se producen estos retrasos son muy variadas.

En primer lugar, existe un desconocimiento de los signos de embarazo, una dificultad de comunicárselo a la familia, una falta de posibilidades económicas, deseos expresados de tener el hijo y una ambivalencia en relación con este hecho, a pesar de las dificultades, falta de consultas apropiadas donde consejo y la solución les puedan ser facilitados.

La reacción depresiva de la adolescente en curso de su embarazo puede ser supremamente fuerte que puede llevarla al suicidio o intento de suicidio teniendo en cuenta que esta es la segunda causa de muerte en esta edad después de los accidentes. El embarazo y los problemas que este puede traer, el drama sentimental de una separación, el aislamiento, el pánico, pueden ser fácilmente considerados como "factores suicidógenos circunstanciales".

La situación psicológica de la adolescente embarazada es compleja y difícil. En ella se acumulan las dificultades propias de la adolescencia; los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo; las dificultades personales o familiares que traen consigo el embarazo, las que originan ciertas reacciones, reales o simplemente temidas, del entorno, la inquietud de un futuro incierto; la perturbación por las decisiones que se han de tomar; es vacío afectivo; etc.

MEDIDAS PREVENTIVAS DE EMBARAZOS PRECOCES

Prevención primaria: es el conjunto de medidas que tienden a evitar que llegue a producirse un fenómeno no deseable. En este nivel hay que evitar el embarazo. Puede intentarse poniendo en acción medidas de orden general, educativas o sociales, dirigidas a todos los jóvenes; puede intentarse también una acción mucho más amplia, a nivel comunitario, para modificar ciertos comportamientos sociales que fomentan la actividad sexual y los embarazos de las jóvenes. También se debe dirigir la acción hacia los que tienen la responsabilidad educativa (familia, maestros). Entre las medidas generales es necesario trabajar sobre la educación de la responsabilidad sexual y el poner a disposición de los jóvenes medios de control de fertilidad.

La puesta en práctica de medidas particulares, destinadas a ciertos grupos de adolescentes más concretamente expuestos al riesgo de la concepción y de embarazo, supone que se detecten los sujetos o grupos de alto riesgo. Este esfuerzo puede ser concebido de forma distinta según el grupo. A parte de estas estrategias es necesario un cambio de mentalidad con respecto a los jóvenes dándoles a estos las responsabilidades sociales que les permite su desarrollo biológico.

Prevención secundaria: acciones encaminadas a limitar la gravedad del problema que ya se ha iniciado. Este supone cuando el embarazo ya se ha iniciado la continuación del embarazo hasta su término, se debe asegurar una evolución satisfactoria del embarazo para el equilibrio psíquico de la madre; preparar el nacimiento; aportar una ayuda a las familias de los jóvenes padres, al mismo joven padre si se conoce y está decidido asumir su paternidad.

Prevención terciaria: consiste en el conjunto de medidas que cuando el fenómeno ya se ha producido, tiene por finalidad limitar sus consecuencias a largo plazo así como las secuelas y reincidencias. En este aspecto implica medidas adoptadas para asegurar el futuro del niño y de sus padres y evitar el advenimiento de nuevos embarazos no deseados

En el nivel de prevención primaria son sumamente importante medidas educativas a nivel sexual, como ya se mencionó, para lo cual es necesario tener en cuenta que los profesionales encargados de esta formación cumplan con las siguientes características:

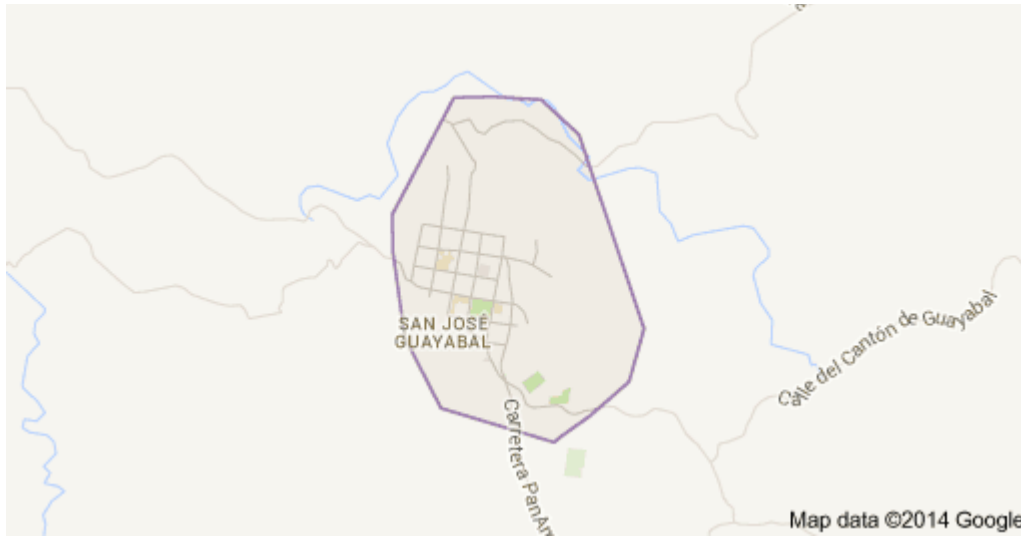
- Un profesional bien informado, orientador, que le brinde confianza.
- Un profesional que tenga resueltos y sepa manejar sus propios conflictos sexuales, éticos, religiosos o morales, para que no interfieran en la orientación del adolescente.
- Que tenga un enfoque integrativo (cuerpo-espíritu-mente-sociedad) en lo que se refiere a sexualidad.

- Que respete los principios básicos de educación dirigida a los adolescentes: con acción participativa del propio joven, con enfoque individual, familiar e institucional; que haga énfasis en cambio de actitudes y comportamiento.
- Que respete los principios de confidencialidad, consentimiento, pudor y dignidad del paciente (con las excepciones indicadas en la Ley de Ejercicio Médico y Código de Ética Médica).
- Un profesional que estimule la reflexión y promueva comportamientos más elevados en el orden moral.

DESCRIPCIÓN DE LA UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL MUNICIPIO

Aspectos Geográficos

Ubicación geográfica



San José Guayabal es un municipio del departamento de Cuscatlán, El Salvador. Según el censo oficial de 2007, tiene una población de 9.300 habitantes.

Historia.

La aldea surgió a mediados del siglo XVIII, y era conocida como *Guayabal* por la abundancia de guayabo. En 1770, de acuerdo a Pedro Cortés y Larraz, tenía una población de 593 personas "sin sujeción a ninguna autoridad". Precisamente, el corregidor intendente don José Ortiz de la Peña comisionó al agrimensor real don Francisco José Vallejo para que trazara el plano de la nueva población, que fue fundada

el 13 de noviembre de 1786 como pueblo *El Guayabal*. Para 1807 contaba con una población de 1.150 habitantes.

Formó parte del departamento de San Salvador desde 1824 hasta 1835, año que pasó al distrito de Suchitoto en Cuscatlán. Para 1859 tenía una población de 2.302 habitantes, que para 1890 había ascendido a 5.880. Obtuvo el título de villa en 1875, y el de ciudad en 2006.

Información general.

El municipio cubre un área de 42,74 km² y la cabecera tiene una altitud de 525 msnm. Las fiestas patronales se celebran del 15 al 20 de diciembre y del 15 de enero al 2 de febrero, en honor a San José y a Jesús Del Rescate, respectivamente.

División territorial.

Posee nueve cantones: El Salitre, La Cruz, Las Ánimas, Llano Grande, Meléndez, Palacios, Piedra Labrada, Ramírez y Rodríguez.

Espacios ambientales.

Cuenta con zonas para eco turismo como los bosques de Llano Grande, Palacios y el cerro de Guazapa.

El Cerro Guazapa es un lugar de riqueza cultural y natural, que se encuentra además ligado a la guerra civil de los años 1980. Guarda vestigios del conflicto como trincheras, *tatús* cuevas de resguardo guerrilleras que se encuentran en Piedra Labrada. Además existen rastros de obrajes de añil. En cuanto a su ecosistema, posee áreas adonde se estiman unas 200 especies de plantas y 27 especies de aves, mamíferos y reptiles; aparte de quebradas y cascadas.

DESCRIPCIÓN DEL MUNICIPIO DE TECOLUCA.

Geografía.



Tecoluca es un municipio del departamento de San Vicente, El Salvador. Tiene una población estimada de 25 803 habitantes para el año 2013.

El municipio tiene un área de 284,65 km², por lo que es el de mayor extensión en el departamento de San Vicente; y comprende 24 cantones y 64 caseríos.

Posee una cuenca hidrográfica importante, en la que destaca el río Lempa que limita al este; y otra serie de ríos que bajan del volcán de San Vicente y de cerros ubicados al sureste del municipio.

Historia.

En la época prehispánica, Tecoluca fue un importante asentamiento pipil de la región de los nonualcos (Tecoluca, San Juan Nonualco, Santiago Nonualco y Zacatecoluca).

Para la época republicana, Tecoluca pasó a formar parte del departamento de San Vicente. En 1930, por decreto legislativo del 26 de septiembre, se le otorgó el título de ciudad.

Para el siglo XX, el cultivo del algodón y la explotación ganadera cobraron gran importancia en la economía del municipio antes de la guerra civil salvadoreña. También el café y la caña de azúcar tenían notable productividad. Sin embargo, el conflicto armado provocó el despoblamiento del lugar, hasta que pudo recuperarse una vez finalizado.

Toponimia

Tecoluca es una palabra de origen náhuatl y significa «La ciudad de los búhos», ya que proviene teculut (tecolote, búho) y ea (ciudad).

Turismo

Parque ecoturístico Tehuacán. Declarada como zona protegida por el Ministerio de Medio Ambiente debido a su riqueza natural.

Área ecoturística La Pita. Se encuentra ubicada al sur del municipio y cerca de la desembocadura del río Lempa.

Sitio arqueológico de Tehuacán. Tiene una extensión aproximada de 3 km², y contiene varias pirámides y montículos rectangulares de origen prehispánico.

Festival de marañón. En el tercer domingo del mes de abril, y desde el 2010, se realiza la exposición y comercio de los productos derivados del marañón.

Fiestas patronales en el mes de agosto en honor a San Lorenzo mártir.

DISEÑO METODOLÓGICO.

- TIPO DE INVESTIGACION

El presente trabajo fue de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, evaluando elementos cualicuantitativos.

- PERÍODO DE INVESTIGACIÓN.

La investigación se llevará a cabo en un tiempo estipulado de 3 meses, que comprende de Mayo de 2014 hasta Julio de 2014.

- UNIVERSO.

La población de 13 a 19 años que residen en los municipios de S.J. Guayabal, Tecoluca y La Cruz

- MUESTRA.

Se realizara muestreo no probabilístico, en este caso se hará uso del Muestreo por Conveniencia. Asimismo se hará uso del muestreo probabilístico: Muestreo Estratificado, dentro del grupo de población asignada, en este caso, la población de 13 – 19 años, que consultan la unidad de salud en los municipios de S.J.Guayabal, Tecoluca y La Cruz

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSIÓN.

Los criterios de inclusión fueron:

1. Adolescentes entre 13-19 años de edad.
2. Que estuvo embarazada en ese periodo.
3. Inscritas al programa de control prenatal y/o que asistió a control prenatal periódicamente durante la investigación.
4. Residentes en área urbana o rural del municipio de S.J.Guayabal, Tecoluca y La Cruz.
5. Que accedió a colaborar con la investigación.

Los criterios de exclusión fueron:

1. Adolescentes menores de 13 años o mayores de 19 años.
2. Que no estuvieran embarazadas.
3. No inscritas al programa de Atención Prenatal o que no asistiera a sus controles.
4. Que no residiera en el municipio de S.J.Guayabal, Tecoluca y La Cruz.
5. Que no aceptara participar en la investigación.

VARIABLES.

VARIABLES DEPENDIENTES:

-Embarazos en adolescentes 13-19 años inscritas en las diferentes unidades de salud participantes en el estudio.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

-Factores de riesgo biológicos que influyen en los embarazos de adolescentes de 13-19 años, en primer lugar la edad < de 19 años, anemia, estado nutricional deficiente.

-Factores de riesgo obstétricos que influyen en los embarazos de adolescentes de 13-19 años, como preeclampsia, eclampsia, muerte perinatal.

-Factores de riesgo sociales que influyen en los embarazos de adolescentes de 13-19 años como unión inestable, pobreza extrema, analfabetismo, prácticas sexuales de riesgo.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

OBJETIVOS	VARIABLES	INDICADORES	INTERPRETACIÓN	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Identificar los factores de riesgos obstétrico que afectan con mayor frecuencia a las pacientes del presente estudio	Riesgos obstetricos según riesgo preconcepcional aplicado a adolescentes.	Preeclampsia. Estado nutricional deficiente Anemia	Que haya riesgo preconcepcional, según la hoja del MINSAL.	- HOJA FILTRO DE LOS LINEAMIENTOS TECNICOS MINSAL. (anexo 1) - ENCUESTA (anexo 3)
Determinar la edad de menarquia como factor de riesgo biológico ligado a relaciones sexuales tempranas y riesgo de embarazo adolescente en las pacientes participantes del estudio	. Edad a la que se presentó la menarquia en las pacientes del presente estudio.	Menarquia entre 8 y 10 años. Menarquia entre 10 y 12 años. Menarquia entre 12 y 14 años.	Riesgo de iniciar relaciones sexuales a temprana edad. Riesgo de embarazo a temprana edad.	ENCUESTA.
Establecer el riesgo social de las embarazadas adolescentes.	Riesgo social según hoja filtro	Prácticas sexuales de riesgo Baja escolaridad Unión inestable	Riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, embarazos precoces, abandono de escuelas y acompañamiento de manera informal con la pareja.	- HOJA FILTRO DE LOS LINEAMIENTOS TECNICOS MINSAL (anexo 1) - ENCUESTA (anexo 3)
Establecer el área geográfica como determinante que repercute en el riesgo social.	Área geográfica habitacional de las pacientes en estudio.	Área rural. Área urbana.	Áreas con difícil acceso a centros escolares o centros de salud que brinden información preventiva.	CLAP (anexo 2) ENCUESTA. (anexo 3)

- FUENTE DE INFORMACIÓN

La fuente de información la constituyeron la adolescentes embarazadas que recibieron su control prenatal básico así como los expedientes clínicos de cada una de ellas.

- TÉCNICAS PARA LA OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

La técnica para la obtención de información fue a través de revisión de expedientes clínicos de las pacientes y la hoja filtro preconcepcional sobre factores de riesgo obstétrico, biológico y social.

- HERRAMIENTAS PARA LA OBTENCION DE LA INFORMACIÓN.

La herramienta utilizada para la obtención de la información fue la hoja filtro preconcepcional sobre factores de riesgo obstétricos, bilógicos y sociales aplicadas a la totalidad e adolescentes embarazadas que estaban inscritas y/o que asistieron periódicamente al programa de control prenatal de la UCSF de municipio mencionado.

CLAP de embarazadas para la obtención de datos como anemia, índice de masa corporal u otra patología que afecta a las embarazadas.

Encuestas de donde se logra obtener información acerca del número de parejas sexuales, edad de la primera relación sexual entre otras.

- PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.

Serán utilizados programas computacionales para el procesamiento de la información obtenida.

Se organizara y se presentaran los datos a través de tablas y gráficos, haciendo uso de hojas de Excel y Word.

Para el análisis de la información se hará uso del tipo de Análisis Multivariado, ya que se cuenta con diferentes tipos de variables en la investigación. Las herramientas estadísticas a utilizar son: las frecuencias y porcentajes, medidas de asociación y correlación y prueba de hipótesis; asimismo, se hará uso de programas computacionales como hojas de cálculo de Excel, Word.

- Etapa de planificación.

En el transcurso de esta etapa, se selecciona el tema a investigar, basándose en la factibilidad, importancia e impacto que el tema repercute. Se selecciona el área geográfica objeto de estudio, correspondiendo a los municipios de S.J.Guayabal, Tecoluca y La Cruz específicamente.

Se ejecuta el perfil de investigación y el protocolo de investigación donde se dan a conocer los pasos a seguir en el transcurso del proceso investigativo.

- Etapa de ejecución.

Se realiza visita a Unidad de Salud de S.J.Guagabal, Tecoluca y La Cruz, realizándose un total de 75 pacientes que se le llenara la hoja filtro preconcepcional sobre factores de riesgo biológicos, obstétricos y sociales sobre aspectos relacionados al tema de Embarazo en Adolescente.

PRESENTACION DE RESULTADOS.

De un total de 77 pacientes embarazadas (100%), 26 eran adolescentes (33.7%)
(Gráfico 1)

Solamente una paciente que representa el 4% del muestra, presento su menarquia entre los 8 y 10 años de edad; el 26.9% entre los 10 y 12 años de edad cumplidos y el 69% (18 pacientes) lo hizo en edad mayor a los 12 años. (Gráfica 2)

El 42% (11 pacientes) de las adolescentes embarazadas inicio relaciones sexuales en el rango de edad de 14-16 años, seguido del 30% (8 pacientes) quienes lo hicieron en el rango de 16-18 años de edad. Solamente una paciente que representa el 4% de las pacientes, inició actividad sexual en el rango de 18-19 años. Ninguna de las adolescentes manifestó haberlo hecho antes de los 14 años de edad. (Gráfica 3)

El mayor número de embarazos adolescentes fue en el rango de 16-18 años de edad, el cual representa el 57.7% (15 pacientes) de embarazos adolescentes durante mayo a julio de este año. Los rangos de 14-16 años y 18-19 años, representan 19.2% (5 pacientes) de embarazos cada uno, siendo el rango de 12-14 años, en que menos embarazos se presentaron, ya que solo hubo una paciente embarazada en ese rango de edad. No se encontraron embarazos en adolescentes de 10-12 años, durante el periodo de estudio.
(Gráfica 4)

Del total de pacientes estudiadas, 3 presentaron algún tipo de anemia (11.5%) y 23 pacientes no presentaron anemia. (88.5%) (Gráfica 5)

Del total de pacientes estudiadas, 3 (12%) presentaron IMC bajo y 23 (88%) presentaron un índice de masa corporal normal. (Gráfica 6)

De todas las adolescentes embarazadas en estudio, el 3.85% (1 paciente) presentó preeclampsia. El 96.15% (25 pacientes), no presentó preeclampsia. (Gráfica 7)

El estado civil de la mayoría de las adolescentes embarazadas es unión estable que representa el 57.7% (15 pacientes), un 15.3% (4 pacientes) de las entrevistadas manifestaron que están casadas y el 19.2% (5 pacientes) son madres solteras que aún viven con su núcleo familiar y un 7.7% (2 pacientes) tienen una unión inestable con su pareja. Ninguna adolescente se encuentra viuda o divorciada. (Gráfica 8)

El 80.7% (21 pacientes) de adolescentes embarazadas manifestaron poseer una escolaridad del nivel básico que en la mayoría fue entre 3° y 6° grado.

El 15.3% (4 pacientes) de las pacientes aprobaron el bachillerato y solo el 4% (1 paciente) tiene un estudio técnico. Todas las adolescentes embarazadas del estudio poseen un nivel de escolaridad pero ninguna ha alcanzado el nivel universitario. (Gráfica 9)

La mayoría de las adolescentes embarazadas, 84% (21 pacientes), manifestaron que tienen o han tenido un solo compañero sexual. Solo un 20% (5 pacientes) respondieron que han tenido dos compañeros sexuales. Ninguna adolescente dijo haber tenido tres o más compañeros sexuales. (Gráfica 10)

Según la procedencia geográfica, el mayor número de adolescentes embarazadas está en la zona rural en un 61.5% (16 pacientes). La urbana correspondió a un 38.5% (10 pacientes). (Gráfica 11)

De todas las adolescentes embarazadas en estudio, el 88% (23 pacientes) dijeron que no usaron ningún método anticonceptivo previo a su estado de embarazo. El restante, el

12%(3 pacientes), respondieron que a veces utilizaron métodos y ninguna paciente aseguro usar algún tipo de método de manera regular. (Gráfica 12)

Según la procedencia geográfica, el mayor número de adolescentes embarazadas está en la zona rural en un 61.5% (16 pacientes). La urbana correspondió a un 38.5% (10 pacientes). (Gráfica 13)

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en esta investigación demuestran que el 33% de los embarazos registrados en la unidad de salud de S.J.Guayabal, Tecoluca y La Cruz ocurren durante la adolescencia: 26 embarazos de un total de 77 ocurren a los 13-19 años en su mayoría entre los 16-18 años cumplidos, donde se encontró el 57.7% equivalentes a 15 pacientes en ese rango de edad.

El total de adolescentes embarazadas no asisten a la escuela, como las demás jóvenes de su edad, son amas de casa, no saben ningún oficio con el cual sostenerse económicamente, 15.3% (cuatro pacientes) han alcanzado estudios de bachillerato y solamente una de ellas cuenta con estudio técnico. El Pertenecer a un nivel educativo bajo, aunado a desinterés por metas personales, limitara a las adolescentes a proyectarse hacia un futuro mejor, el cual se logra a través de la educación.

Es importante mencionar, que la mayoría de la muestra de esta investigación, pertenece a una religión que crea tabú, limitando así la información sobre la Salud Sexual y Reproductiva, fomentando las consecuencias del inicio precoz de las relaciones sexuales y la falta de uso métodos anticonceptivos; lo cual según el presente estudio, dichos factores tienen una relación directa sobre la incidencia de embarazos en la adolescencia.

Existe relación directa entre la procedencia rural con el número de adolescentes embarazadas, ya que 61.5% de adolescentes pertenecen a dicha zona, coincidiendo con estudios anteriores en los que se conoce que la población rural posee mayor tolerancia al embarazo precoz, además, tienen una pobre, nula o errónea información acerca de la

planificación familiar. El 38.5 % restantes habitan en la zona urbana, donde tienen mayor acceso a información y servicio de salud sexual y reproductiva.

En cuanto a los factores biológicos investigados, se encontró relación entre menarquia e inicio de relaciones sexuales a temprana edad, puesto que la mayoría de adolescentes (69%) presento menarquia entre los 12 y 14 años y de de estas adolescentes, el 42 % iniciaron relaciones sexuales entre los 14 y 16 años de edad, lo que significa que ocurrieron en los siguientes años a la menarquia.

La edad de inicio de relaciones sexuales incidió en los embarazos de las adolescentes del presente estudio; la primera relación sexual fue a los 14 a 16 años de edad cumplidos, abarcando el 42% de la muestra, solamente el 30% (8 pacientes) iniciaron actividad sexual a los 16 a 18 años, edades en las que se encontró mayor número de embarazos (15 en total) en los municipios. Por lo tanto, la mayoría de embarazos adolescentes se dan meses después de iniciar las relaciones sexuales.

Respecto a los factores obstétricos el estado hemático de las pacientes, la mayoría de las adolescentes embarazadas 88% (23 pacientes), no presentaron anemia. Solo un 12% (3 pacientes) presentan anemia

De igual forma, el porcentaje de pacientes que presenta algún tipo de anemia también presento un índice de masa corporal bajo (12 %) y el resto de pacientes (88 %) presento un índice de masa corporal normal. Lo que significa que hay una estrecha relación entre anemia y estado nutricional.

Otro de los factores obstétricos que se logró evidenciar es la presencia de preeclampsia en una paciente que corresponde al 3.85% de las 26 pacientes estudiadas. Lo que permite establecer la preeclampsia como uno de los principales factores de riesgo obstétrico después de la anemia o el estado nutricional deficiente.

CONCLUSIONES

- De 77 pacientes embarazadas inscritas al programa de control prenatal de las Unidades de Salud de S.J.Guayabal, Tecoluca y La Cruz 26 fueron adolescentes correspondiendo a 1/3 del total de embarazos.
- El rango de edad predominante en que se encontró la mayoría de las adolescentes embarazadas fue de 16 a 18 años (15 pacientes) seguido del rango 14 a 16 años (5 pacientes) y 18 a 19 años con 5 pacientes.
- La ocupación de la totalidad de las pacientes en estudio fue “ama de casa”.
- La escolaridad de las pacientes en estudio correspondió en su mayoría al nivel básico (21 pacientes) seguido de 4 pacientes con escolaridad media.
- La religión predominante de las adolescentes embarazadas fue la católica en casi la mitad de las pacientes, seguida de la religión evangélica.
- La mayoría de las adolescentes en estudio procedía del área rural (16 pacientes) y menos de 1/3 al área urbana.

- El rango de edad en que la mayoría de las adolescentes presentaron su menarquia fue de 12 a 14 años cumplidos, encontrando relación entre menarquia, inicio de relaciones sexuales y el índice de embarazos adolescentes.
- Se encontró que el inicio precoz de relaciones sexuales es uno de los principales factores de riesgo que influyeron para el embarazo de las adolescentes ya que 11 pacientes iniciaron relaciones sexuales en el rango de 14 a 15 años, 11 pacientes en el rango de 14 a 15 y 8 en el rango de 16 a 17 años.
- La falta de uso de algún método anticonceptivo es el principal factor que se encontró en las entrevistadas, ya que la mayoría de las adolescentes respondió que no uso ningún método anticonceptivo previo a su embarazo.
- Se comprobó que las condiciones sociales juegan un papel importante en el estado nutricional de las pacientes, puesto que un nivel socioeconómico bajo aunado al bajo nivel de escolaridad contribuyen a la malnutrición y por consiguiente se puede producir algún tipo de anemia nutricional.
- Se evidencio que los factores de riesgo obstétricos pueden estar presentes en el embarazo de adolescentes, tal es el caso de anemia, estado nutricional deficiente o preeclampsia. Lo que cobra relevancia debido a que los factores obstétricos repercuten de manera directa en la morbi-mortalidad materna, fetal o del recién nacido.

RECOMENDACIONES

➤ Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:

- Fortalecer la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva a través de la ejecución del programa intersectorial de educación sexual y prevención de embarazo en adolescentes, para reducir el número de embarazos en dicha población.

➤ A los Sistemas Básicos de Salud Integral:

- Capacitación permanente y sostenida del Personal de Salud en el Nivel Primario de Atención sobre Salud Sexual y Reproductiva.
- Garantizar el abastecimiento de medicamentos del Programa de Planificación Familiar en cada Unidad Comunitaria en Salud Familiar y en cada Equipo Comunitario de Salud Familiar, para asegurar que los adolescentes sexualmente activos tengan acceso a anticonceptivos.

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

- Promover el programa de Planificación Familiar para que las (los) adolescentes sexualmente activos comprendan la importancia del uso de método de barrera y de anticoncepción hormonal.
- Establecer clubes comunitarios de adolescentes para brindar consejería y charlas educativas referentes a la prevención de embarazo.
- Promover charlas sobre Salud Sexual y Reproductiva en instituciones educativas.
- Establecer el seguimiento de las pacientes adolescentes con historia de embarazo previo, con el fin de garantizar un mejor control y uso de método anticonceptivo para evitar futuros embarazos.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.


Etapa	Fecha
Escogitación del tema.	20 febrero - 28 febrero de 2014.
Elaboración y entrega del plan de trabajo.	28 febrero 2014.
Elaboración y entrega del perfil.	3-7 de marzo del 2014.
Elaboración y entrega del protocolo.	7-11 de abril del 2014
Recopilación de datos.	mayo- julio de 2014
Primer avance del informe final.	7-11 de julio del 2014
Entrega del informe final.	22 de agosto del 2014
Defensa pública.	22-26 de septiembre del 2014

BIBLIOGRAFÍA, CITAS O REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.

- Berek, Jonathan S, Ginecología de Novak, Editorial: Lippincott Williams and Wilkins Páginas: 1727, Idioma: Español, N° Edición: 14
- Cunningham, Haut, Obstetricia de Williams, Editorial: McGraw Hill, Páginas: 1454 Edición: 22° - 2006
- Hernández Sampieri, Roberto et al. Metodología de la Investigación, Mc Graw-Hill, Editorial Esfuerzo, 2ª Edición S.A. de C.V. México D. F. 1999.
- <http://www.salud.gob.sv>
Página web, MINSAL, El Salvador.
- <http://www.who.int/es/>
Organización Mundial de la Salud (OMS).
- <http://new.paho.org/els/>
Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Alcaldía Municipal de San Jose Guayabal
- Guia Tecnica de Atencion en Planificacion Familiar. MINSAL. 2009.


ANEXOS

ANEXO 1: HOJA FILTRO



Ministerio de Salud
REPUBLICA DE EL SALVADOR EN LA AMÉRICA CENTRAL
SALVADOR

UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



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 riesgo, la usuaria es elegible para consulta preconcepcional especializada.

FACTORES O CONDICIONES DE RIESGO

BIOLOGICOS/OBSTÉTRICOS		SOCIALES	
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	Embarazo múltiple previo	<input type="checkbox"/>
Trombosis venosa profunda actual o previa	<input type="checkbox"/>	Hipertensión previa inducida por el embarazo	<input type="checkbox"/>
Endocrinopatías	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Gestacional del Trofoblasto previa	<input type="checkbox"/>
Colagenopatías	<input type="checkbox"/>	Embarazo ectópico previo	<input type="checkbox"/>
Síndrome convulsivo	<input type="checkbox"/>	Cesárea previa	<input type="checkbox"/>
Trastornos de la salud mental	<input type="checkbox"/>	Cirugía pélvica previa	<input type="checkbox"/>
Mujer > 35 años	<input type="checkbox"/>	4 ó más embarazos	<input type="checkbox"/>
Adolescencia (< 19 años)	<input type="checkbox"/>	Dos o más abortos consecutivos o no consecutivos	<input type="checkbox"/>
Intervalo intergenésico < 24 meses	<input type="checkbox"/>	Muerte perinatal previa	<input type="checkbox"/>
Estado nutricional deficiente (IMC < 18.5 Kg / m2)	<input type="checkbox"/>	Recién nacido previo con defectos congénitos	<input type="checkbox"/>
Obesidad (IMC > 30 Kg / m2)	<input type="checkbox"/>	Bajo peso al nacer (< 2,500 gr)	<input type="checkbox"/>
Cardiopatías	<input type="checkbox"/>	Parto prematuro previo	<input type="checkbox"/>
Asma bronquial	<input type="checkbox"/>	Hemorragia postparto previa	<input type="checkbox"/>
Diabetes Mellitus y/o gestacional	<input type="checkbox"/>	Infección puerperal previa	<input type="checkbox"/>
Anemia antes del embarazo	<input type="checkbox"/>	Anomalia pélvica	<input type="checkbox"/>
IVU crónica	<input type="checkbox"/>	Malformaciones uterinas	<input type="checkbox"/>
Mujer viviendo con VIH / SIDA	<input type="checkbox"/>	Consumo de medicamentos Anticonvulsivantes, cumarínicos, antihipertensivos, tretoina.	<input type="checkbox"/>
Infecciones de Transmisión Sexual	<input type="checkbox"/>	Isoinmunización Rh previa	<input type="checkbox"/>

• Los factores sociales señalados no ameritan consulta preconcepcional con especialista

INTERCOLOR S.A. DE C.V. TEL.: 2291-4905 DIC/2011

ANEXO 2: CLAP

UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER

CLÍNICA PERINATAL CLAP/SMR OPS/OMS

Nombre: Valia Emmanuella Apellido: Soriano
 Municipio: Comunidad El Marino Teléfono: 74998228
 Estado: MUR

Fecha de nacimiento: 9.11.92 Edad (años): 20
 Etnia: blanca Alfa Beta: no Estudios: secund. univ. mayor
 Estado Civil: casada Lugar del control prenatal: estable
 Lugar del parto: estable No. Identidad: 101142201841401

ANTECEDENTES

FAMILIARES: TBC, diabetes, hipertensión, pre-eclampsia, eclampsia, otra cond., indicia grave.

PERSONALES: genitourinaria, no, sí; II O, interictal, cardopat., nefropat., violencia.

OBSTÉTRICOS: gestas previas, abortos, viginales, nacidos vivos, vivien.

ÚLTIMO PREVIO: FUM, Eco 20 s, 1er tris, 2o tris, 3er tris.

FIN EMBARAZO ANTERIOR: 0 0 0 0 días, meses, años, menos de 1 año.

EMBARAZO PLANEADO: no sí
 FRACASO MÉTODO ANTICONCEP.: usaba no usaba DIU hormonal otro natural en el genicio

GESTACIÓN ACTUAL

PESO ANTERIOR: 68.3 Kg. TALLA (cm): 1.52
 FUM: 12.07.13 FUM ACT.: 18.04.14
 FUM Eco 20 s: no FUM Eco 30 s: no
 FUM Eco 35 s: no FUM Eco 40 s: no
 FUM Eco 45 s: no FUM Eco 50 s: no
 FUM Eco 55 s: no FUM Eco 60 s: no
 FUM Eco 65 s: no FUM Eco 70 s: no
 FUM Eco 75 s: no FUM Eco 80 s: no
 FUM Eco 85 s: no FUM Eco 90 s: no
 FUM Eco 95 s: no FUM Eco 100 s: no

GRUPO: A Rh: + toxoplasmosis: no
 Hb: 12.5 Hct: 38 Hct corr: 38
 Foliculo: 11.2 Foliculo: 11.2
 Foliculo: 11.2 Foliculo: 11.2
 Foliculo: 11.2 Foliculo: 11.2

VACUNACIÓN: H.N., BACTERIURIA, GLUCEMIA EN AYUNAS, ESTREPTOCOCCO B, PREPARACIÓN PARA EL PARTO, CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA.

CONSULTAS PREVIAS

fecha	di	me	añ	edad gest.	peso	PA	altura uterina	circunferencia cefalica	FC (bpm)	movim. fetales	prot. orina	signos de alarma, exámenes, tratamientos	dicción	próxima cita
19	01	13	09	09	68.3	100/90	16							
19	11	13	13	17	83.6	120/80	23							
13	01	14	31	31	88.4	90%								
13	12	14	31	4	98	110/80	51							
24	12	14	31	4	99	120/80	52							

PARTO **ABORTO** **HOSPITALIZADO** **CORTICOIDES ANTEPARTO** **INICIO ESPONTÁNEO** **RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO** **EDAD GEST. AL PARTO** **PRESENTACIÓN** **TAMANO FETAL ACORDE** **ACOMPANANTE**

TRABAJO DE PARTO

NACIMIENTO **VIVO** **MUERTO** **POSICIÓN PARTO** **RECIÉN NACIDO** **DEFECTOS CONGÉNITOS**

EGRESO RN **ALIMENTO AL ALTA** **EGRESO MATERNO** **ANTICONGERCIÓN**

EGRESO MATERNO **MÉTODO BLEGIDO**

Nombre Recién Nacido: _____ Responsable: _____

Nombre Recién Nacido: _____ Responsable: _____

Palcos de altura uterina e incremento de peso materno según edad gestacional. Una vez conocida la edad gestacional, se la ubica en la gráfica y se comparan los valores obtenidos con los percentiles (P10, P25 y P90) graficados.

ANEXO 3

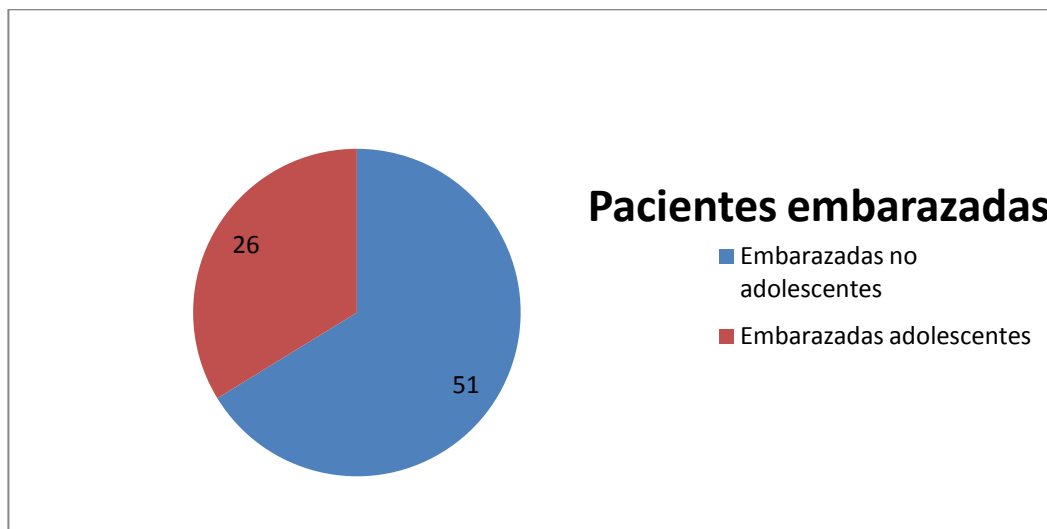
ENCUESTA A ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LOS MUNICIPIOS SAN JOSE GUAYABAL, LA CRUZ Y TECOLUCA DURANTE EL PERÍODO DE MAYO A JULIO DEL 2,014

1. Nombre: _____
2. Edad: _____
3. Lugar y fecha de nacimiento: _____
4. Lugar de residencia: _____
5. ¿de qué zona proviene usted: rural o urbana? _____
6. ¿Cuál es su estado civil: soltera, casada, viuda, divorciada, unión estable o unión inestable? _____
7. ¿hasta qué grado estudio o en qué nivel se encuentra actualmente? _____
8. ¿A qué edad experimento la primera relación sexual? _____
9. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido? _____
10. ¿Cuál es la religión a la que pertenece? _____

GRAFICOS Y TABLAS

GRÁFICA 1.

PACIENTES EMBARAZADAS INSCRITAS EN EL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL DE LAS UNIDADES DE SALUD DE LOS MUNICIPIOS DE S.J.GUAYABAL, TECOLUCA Y LA CRUZ DURANTE EL PERÍODO DE MAYO-JULIO DEL 2014.



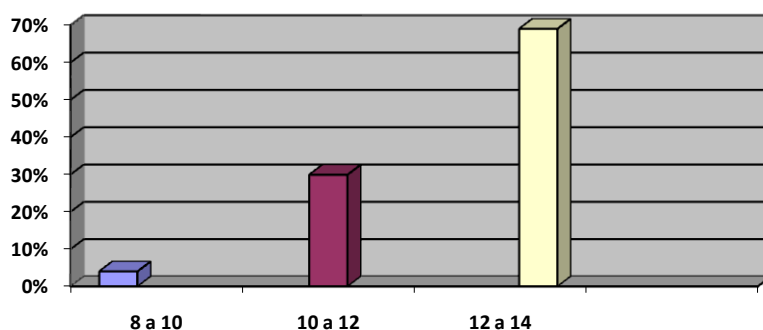
Fuente: Expedientes clínicos y hoja filtro de factores de riesgo preconcepcional y entrevistas realizados a adolescentes embarazadas de 13-19 años del municipio de S.J.Guayabal, Tecoluca y La Cruz en el período de mayo a julio de 2014.

TABLA 1

INDICADOR	VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Pacientes embarazadas	Adolescentes	26 pacientes	33.7%
	No adolescentes	51 pacientes	66%

GRÁFICA 2

EDAD DE MENARQUIA EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 13-19 AÑOS DEL MUNICIPIO DE S.J.GUAYABAL, TECOLUCA Y LA CRUZ DURANTE EL PERÍODO DE MAYO A JULIO DEL 2014.



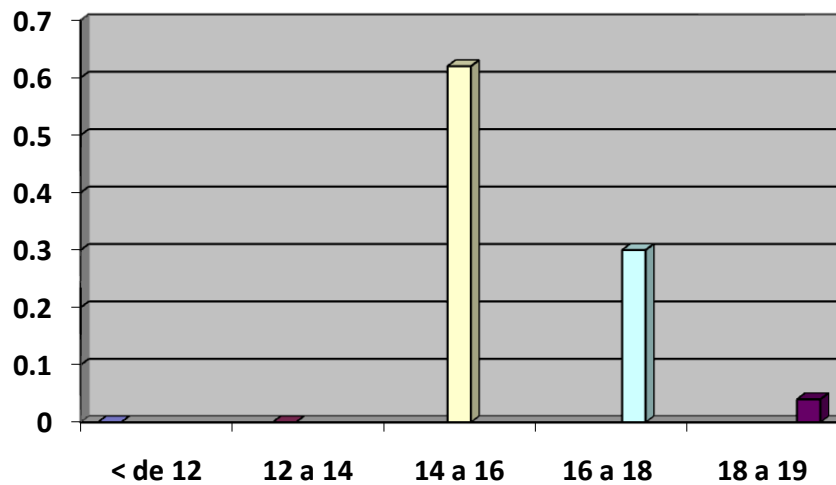
Fuente: Expediente clínico y hoja filtro de riesgo preconcepcional y entrevista a adolescentes embarazadas de 13-19 años del municipio de S.J.Guayabal, Tecoluca y La Cruz en el período de mayo a julio del 2014.

TABLA 2

INDICADOR	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edad de menarquia	8-10 años	1 paciente	4%
	10-12 años	7 pacientes	26.9%
	12-14 años	18 pacientes	69%

GRÁFICA 3

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 13-19 AÑOS DEL MUNICIPIO DE S.J.GUAYABAL, TECOLUCA Y LA CRUZ DURANTE EL PERÍODO DE MAYO A JULIO DEL 2014.



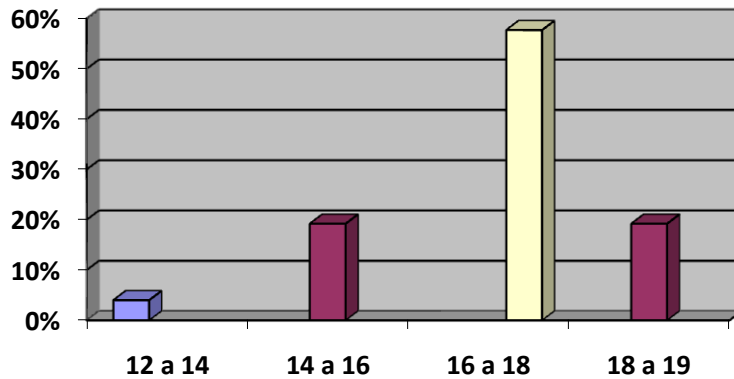
Fuente: Expediente clínico y hoja filtro de riesgo preconcepcional y entrevista a adolescentes embarazadas de de 13-19 años del municipio de S.J.Guayabal, Tecoluca y La Cruz en el período de mayo a julio del 2014.

TABLA 3

INDICADOR	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edad de inicio de relaciones sexuales	Menos de 14	0	0%
	14-16 años	11 pacientes	42 %
	16-18 años	30 pacientes	8 %
	18-19 años	1 paciente	4 %

GRÁFICA 4

EDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 13-19 AÑOS DEL MUNICIPIO DE S.J.GUAYABAL, TECOLUCA Y LA CRUZ DURANTES EL PERIODO DE MAYO A JULIO DEL 2014



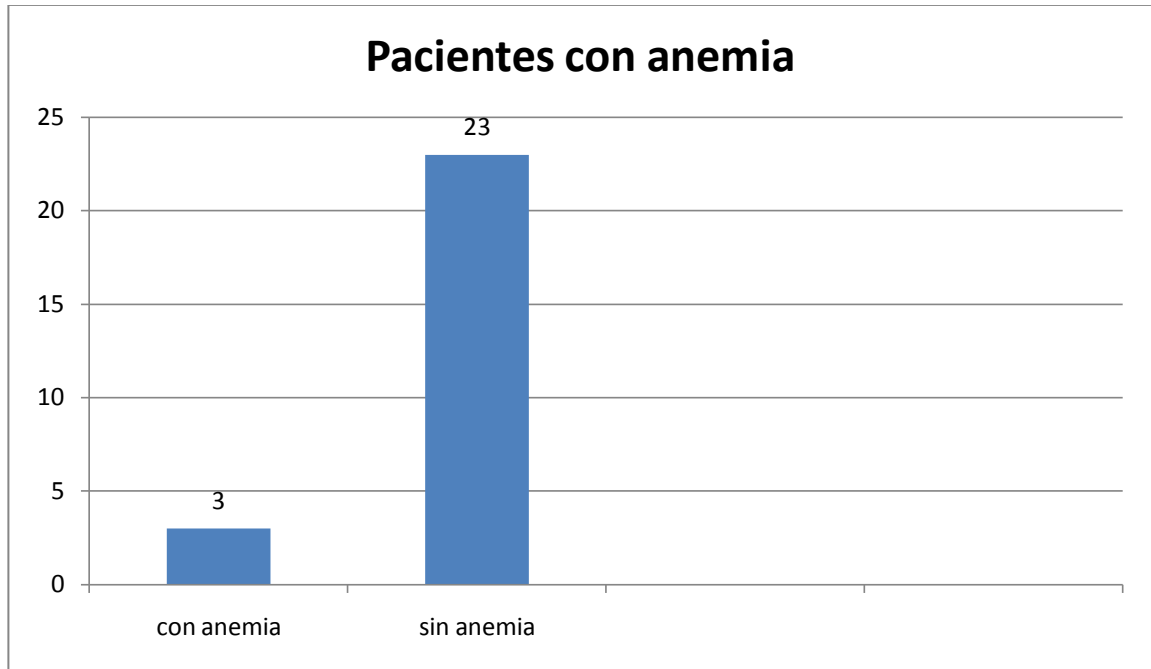
Fuente: Expedientes clínicos y hoja filtro de factores de riesgo preconcepcional y entrevistas realizadas a adolescentes embarazadas de 13-19 años de los municipios de S.J.Guayabal, Tecoluca y La Cruz en el período de mayo a julio del 2014.

TABLA 4

INDICADOR	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD MAS FRECUENTE DE EMBARAZO EN ADOLESCENTE	10-12	0	0 %
	12-14	1 paciente	4 %
	14-16	5 pacientes	19.2 %
	16-18	15 pacientes	57.7 %
	18-19	5 pacientes	19.2 %

GRÁFICA 5

PRESENCIA DE ANEMIA EN LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES DEL MUNICIPIO DE S.J.GUAYABAL, TECOLUCA Y LA CRUZ DURANTE EL PERIODO DE MAYO A JULIO DEL 2014.



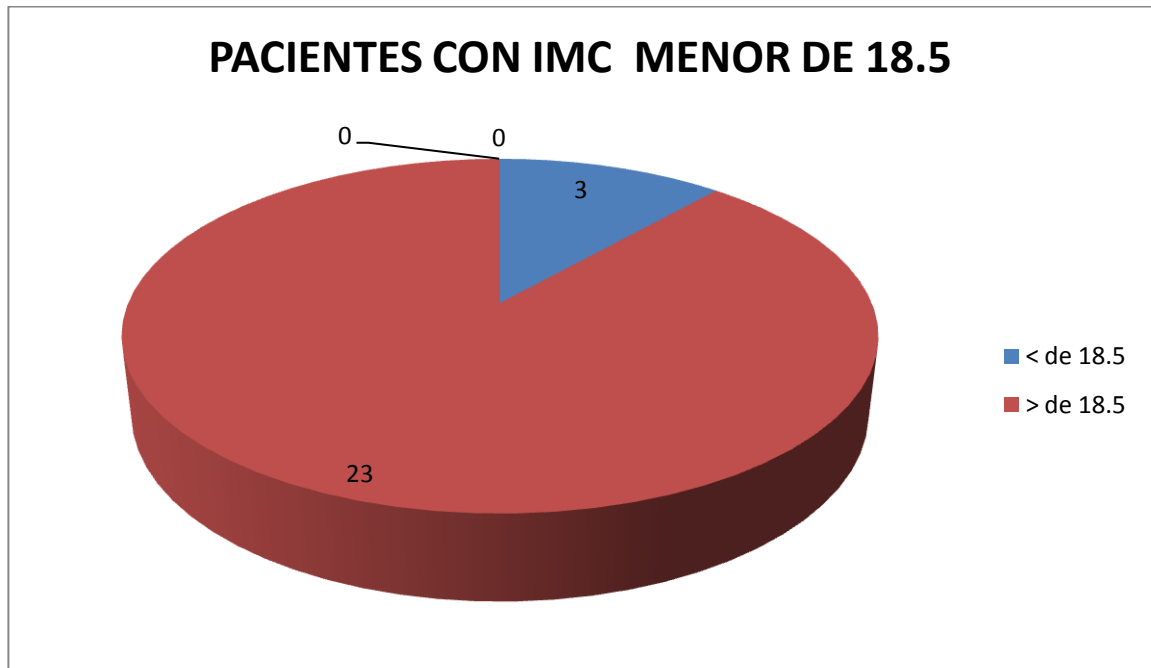
Fuente: Expedientes clínicos de S.J.Guayabal, Tecoluca y La Cruz en el período de mayo a julio del 2014.

TABLA 5

INDICADOR	VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Anemia en el embarazo	Con anemia	3	11.5%
	Sin anemia	23	88.5%

GRÁFICA 6

ESTADO NUTRICIONAL EN LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES DEL MUNICIPIO DE S.J.GUAYABAL, TECOLUCA Y LA CRUZ DURANTE EL PERIODO DE MAYO A JULIO DEL 2014.



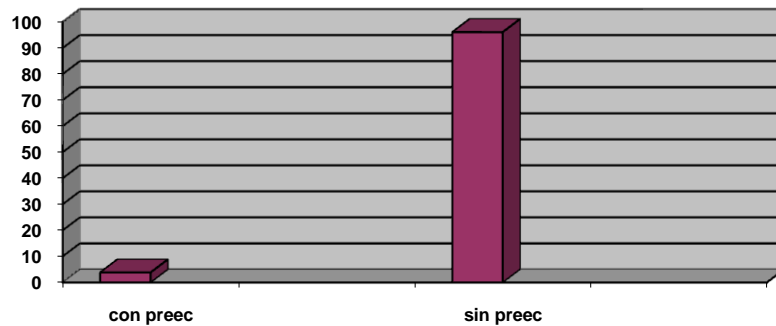
Fuente: Expedientes clínicos de S.J.Guayabal, Tecoluca y La Cruz en el período de mayo a julio del 2014.

TABLA 6

INDICADOR	VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estado nutricional	Peso adecuado	12	88%
	Bajo peso	3	12%
	Sobrepeso	0	0%

GRÁFICA 7

PREECLAMPSIA EN LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES DEL MUNICIPIO DE S.J.GUAYABAL, TECOLUCA Y LA CRUZ DURANTE EL PERIODO DE MAYO A JULIO DEL 2014.



Fuente: Expedientes clínicos, hoja filtro preconcepcional sobre factores de riesgo y CLAP DE adolescentes embarazadas de 13 a 19 años del municipio de S.J.Guayabal, Tecoluca y La Cruz en el período de mayo a julio del 2014.

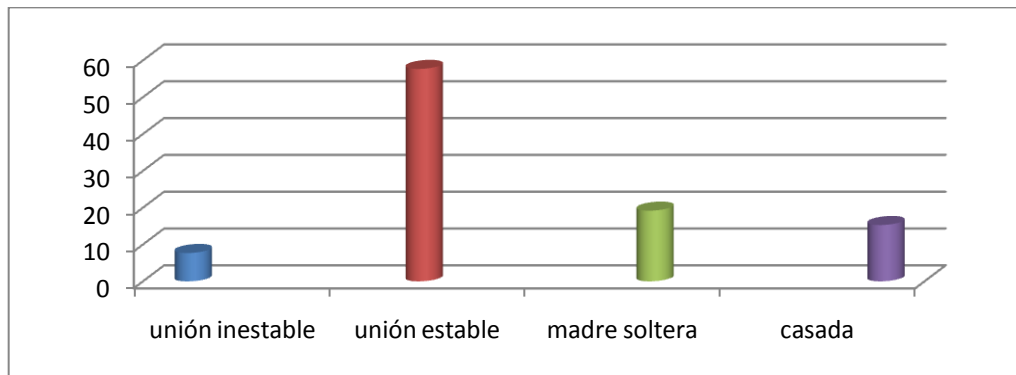
TABLA 7

INDICADORES	VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Presencia de preeclampsia	Con preeclampsia	1	3.85 %
	Sin preeclampsia	25	96.15 %

GRÁFICO 8

ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 13-19 AÑOS DEL MUNICIPIO DE S.J.GUAYABAL, TECOLUCA Y LA CRUZ DURANTE EL PERIODO DE MAYO A JULIO DEL 2014

Estado civil



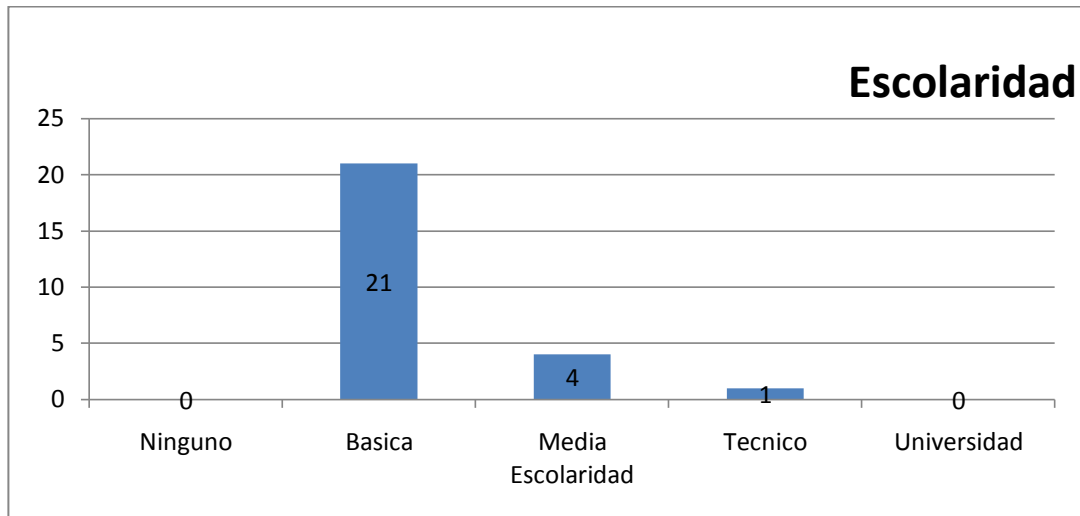
Fuente: Expedientes clínicos y hoja filtro de factores de riesgo preconcepcional y entrevistas realizadas a las embarazadas de 13-19 años del municipio de S.J.Guayabal, Tecoluca y La Cruz en el período de mayo a junio del 2014.

TABLA 8

INDICADOR	VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estado civil	Unión inestable	2	7.7 %
	Unión estable	15	57.7 %
	Madre soltera	5	19.2 %
	Casada	4	15.3 %
	Divorciada	0	0 %
	Viuda	0	0 %

GRÁFICA 9

ESCOLARIDAD DE LAS ADOLESCENES EMBARAZADAS DE 13-19 AÑOS DEL MUNICIPIO DE S.J.GUAYABAL, TECOLUCA Y LA CRUZ DURANTE EL PERÍODO DE MAYO A JULIO DEL 2014



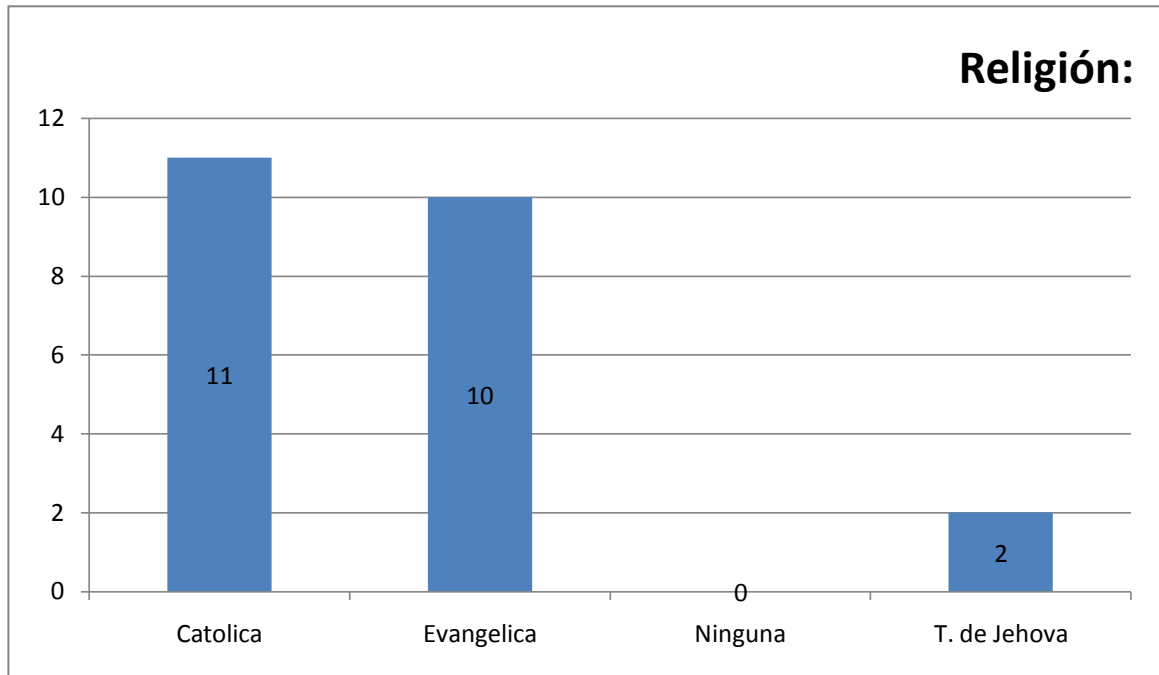
Fuente: Expediente clínicos y hoja filtro preconcepcional sobre factores de riesgo y entrevistas a adolescentes embarazadas de 13-19 años del municipio de S.J.Guayabal, Tecoluca y La Cruz en el período de mayo a julio del 2014

.TABLA 9

INDICADOR	VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nivel de escolaridad	Ninguno	0	0 %
	Básico	21	80.7 %
	Medio	4	15.3 %
	Técnico	1	4 %
	Universidad	0	0 %

GRÁFICA 10.

RELIGION DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 13 A 19 ANOS DEL MUNICIPIO DE S.J.GUAYABAL, TECOLUCA Y LA CRUZ DURANTE EL PERIODO DE MAYO A JULIO DEL 2014.



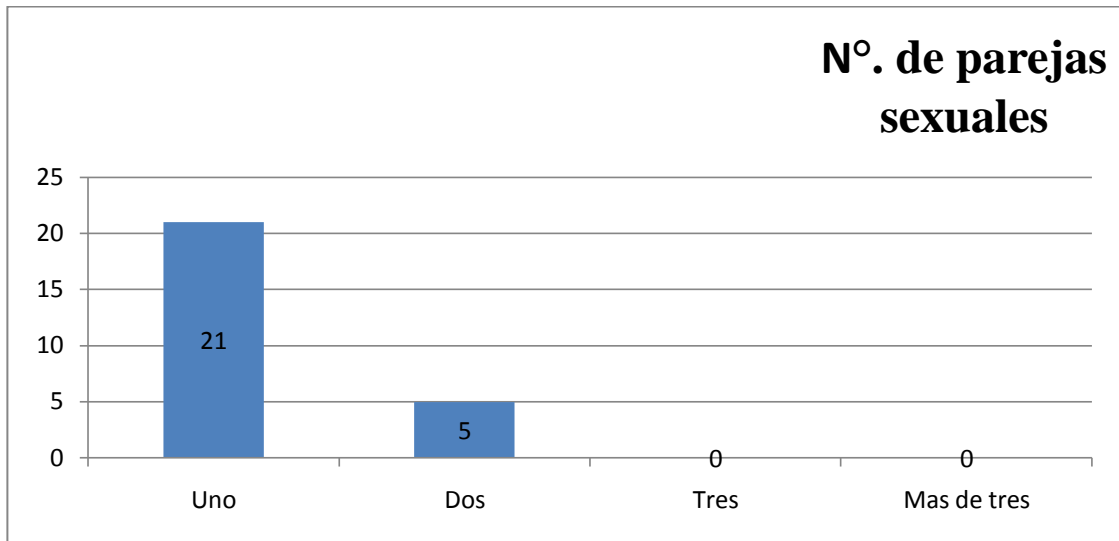
Fuente: Expedientes clínicos, hoja filtro preconcepcional sobre factores de riesgo y entrevistas realizadas a adolescentes embarazadas de 13 a 19 años de los municipios de S.J.Guayabal, Tecoluca y la Cruz en el periodo de mayo a julio del 2014.

TABLA 10

INDICADOR	VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Religión	católicas	11	42%
	evangélicas	10	38%
	Testigo de Jehova	2	8%
	Ninguna	3	12%

GRÁFICA 11

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 13 A 19 AÑOS DEL MUNICIPIO DE S.J.GUAYABAL, TECOLUCA Y LA CRUZ DURANTE EL PERIODO DE MAYO A JULIO DEL 2014.



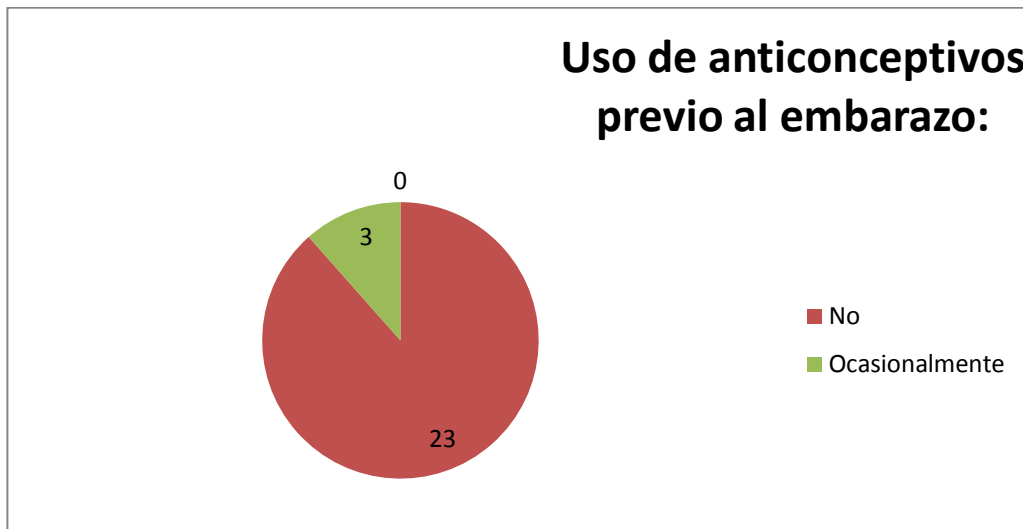
Fuente: Expedientes clínicos y hoja filtro de riesgo preconcepcional y entrevistas a adolescentes embarazadas de 13 a 19 años del municipio de S.J.Guayabal, Tecoluca y La Cruz en el período de mayo a julio del 2014.

TABLA 11

INDICADOR	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Número de parejas sexuales	Una pareja	21 pacientes	80%
	Dos parejas	5 pacientes	20%
	Tres parejas	Ninguna paciente	0%
	Más de tres parejas	Ninguna paciente	0%

GRÁFICA 12

USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 13 A 19 AÑOS DEL MUNICIPIO DE S.J.GUAYABAL, TECOLUCA Y LA CRUZ DURANTE EL PERÍODO DE MAYO A JULIO DEL 2014, PREVIO A SU ESTADO DE EMBARAZO



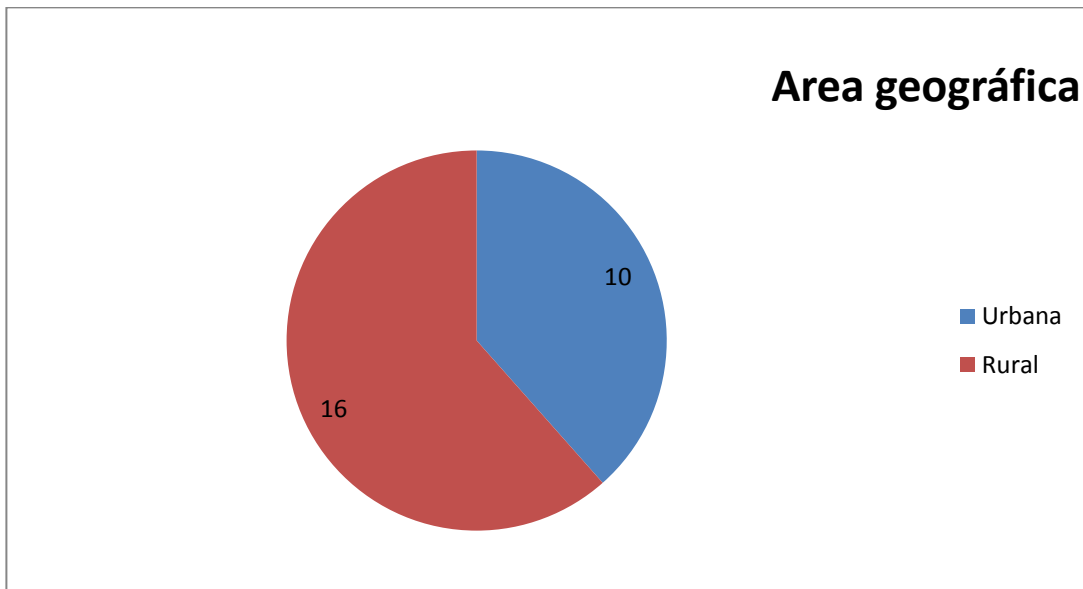
Fuente: Expedientes clínicos, hoja filtro preconcepcional sobre factores de riesgo y entrevistas realizadas a adolescentes embarazadas de 13 a 19 años del municipio de S.J.Guayabal, Tecoluca y La Cruz en el período de mayo a julio del 2014

.TABLA 12

INDICADOR	VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Uso de método anticonceptivo	Usaban método de manera regular.	0 pacientes	0 %
	No usaban método	23 pacientes	88%
	Usaban de manera ocasional	3 pacientes	12%

GRÁFICA 13

LUGAR DE PROCEDENCIA GEOGRÁFICA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 13 A 19 AÑOS DEL MUNICIPIO DE S.J.GUAYABAL, TECOLUCA Y LA CRUZ DURANTE EL PERÍODO DE MAYO A JULIO DEL 2014.



Fuente: Expedientes clínicos y hoja filtro sobre factores de riesgo y entrevistas a adolescentes embarazadas de 13-19 años del municipio de S.J.Guayabal, Tecoluca y La Cruz en el período de mayo a julio del 2014.

TABLA 13

INDICADOR	VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Procedencia geográfica	Zona rural	16	61.5 %
	Zona urbana	10	38.5 %

