

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA



TRABAJO DE GRADO:

“PERFIL SOCIOCULTURAL DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA, ENTRE LAS EDADES DE 10 A 19 AÑOS EN UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA METAPÁN Y UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR BÁSICA AMATE BLANCO, EL PORVENIR, EN EL DEPARTAMENTO DE SANTA ANA DE MARZO A AGOSTO DE 2018”

PARA OPTAR AL GRADO DE:

DOCTOR EN MEDICINA

PRESENTADO POR:

CECILIA ALEJANDRA MARTÍNEZ PÉREZ

CINDY HAYDEE MORENO PAREDES

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SAMAYOA

DOCENTE DIRECTORA:

DRA. MARÍA ELENA GARCÍA DE ROJAS

NOVIEMBRE, 2018

SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES CENTRALES



M. Sc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

RECTOR

DR. MANUEL DE JESÚS JOYA ÁBREGO

VICERRECTOR ACADÉMICO

ING. NELSON BERNABÉ GRANADOS ALVARADO

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

LICDO. CRISTOBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ

SECRETARIO GENERAL

M. Sc. CLAUDÍA MARÍA MELGAR DE ZAMBRANA

DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LICDO. RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARIN

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

AUTORIDADES



DR. RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ

DECANO

M. Ed. ROBERTO CARLOS SIGÜENZA CAMPOS

VICEDECANO

M. Sc. DAVID ALFONSO MATA ALDANA

SECRETARIO

DR. NELSON EMILIO MONTES REYES

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos en primer lugar a Dios, por la fortaleza, la oportunidad y la vida otorgada para la realización de la investigación así también por brindarnos la sabiduría, dirección y recursos necesarios para llevarla a cabo.

A todos los docentes que ayudaron con múltiples consejos y observaciones durante el proceso de la investigación y en especial a nuestra asesora que fue parte fundamental de nuestro trabajo con sus conocimientos y destrezas.

A nuestras familias, quienes siempre han estado junto a nosotros, durante todos estos años de estudios, apoyándonos, dándonos lo necesario para poder culminar nuestra carrera, a pesar de las dificultades, nunca nos hizo falta su amor y comprensión.

A las diferentes autoridades del Ministerio de Salud por contribuir con los espacios para llevar a cabo esta investigación y así culminar con nuestro trabajo de investigación.

A la Universidad de El Salvador por darnos una formación académica excelente, con valores, humanismo y amor por la profesión médica, así como incentivarnos a realizar trabajos de investigación para poder aportar más conocimientos a los existentes en nuestro país.

1. RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo, es un estudio tipo de descriptivo de corte transversal, analítico y argumentativo con enfoque cuantitativo y cualitativo, en el cual existe una asociación significativa entre los fenómenos estudiados, el cual permitirá realizar un análisis de los principales factores que influyen en el aumento de la incidencia de embarazos en las adolescentes que acuden a la consulta en las respectivas unidades de salud investigadas.

En el estudio realizado, se exponen los principales factores que inducen un incremento en la tendencia de embarazo en las adolescentes, los cuales son en gran medida los socioculturales, aunque podemos mencionar la falta de información y de uso de métodos de planificación familiar uno de los principales detonantes en la actualidad. Actualmente podemos afirmar que existen grandes desafíos en cuanto a la atención en salud a la adolescente embarazada, que han sido detectados por medio de este trabajo de investigación, como los enormes vacíos que existen en cuanto a la salud sexual y reproductiva a la población en la adolescencia, es decir la falta de creación de programas adecuados a esta población específicamente. Una de nuestras principales conclusiones en cuanto al embarazo en la adolescencia, es que no existen factores aislados, tienen un principio multifactorial en la población estudiada.

El presente trabajo, pretende ser una estrategia valiosa para conocer los principales factores que inciden en el embarazo en la adolescencia, y ayudar a la elaboración de estrategias para reducir esta problemática.

2. INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia es uno de los principales problemas que actualmente preocupan, de manera extraordinaria, a la salud pública en el país; debido a que causa un alto índice de morbilidad materno-infantil,¹ por lo que es de suma importancia realizar investigaciones que contribuyan a la disminución de la incidencia de los mismos. Es por esto que la presente investigación está orientada a conocer las características socioculturales que presentan en común las adolescentes embarazadas.

Se tendrá por objetivos relacionar el nivel educativo de la adolescente, la situación económica familiar, la estructura de la familia, así como también el proyecto de vida de la adolescente embarazada, y como esto influye a la aparición de embarazos en la adolescencia a pesar de contar con el acceso a los distintos medios de comunicación y de información, tanto virtual como escritos, así como de los distintos métodos de planificación familiar que están a su alcance.

Se hará una revisión de las estadísticas nacionales de décadas anteriores comparándola con las actuales, como también a nivel internacional.

La presente investigación pretende identificar los factores de riesgo sociocultural para que se produzca este fenómeno, así dejar un punto de partida para que el MINSAL pueda realizar acciones tanto a nivel local, como a nivel nacional y así prevenir el embarazo en las adolescentes, disminuyendo con ello las muertes materno- infantiles, la prematuridad, los abortos, el suicidio, entre otros.

ÍNDICE

1. RESUMEN EJECUTIVO	V
2. INTRODUCCIÓN.....	VI
3. JUSTIFICACIÓN	11
4. ANTECEDENTES	13
4.1 Antecedentes mundiales:.....	13
4.2 Antecedentes latinoamericanos	15
4.3 El Salvador y región occidental	17
CAPÍTULO I	18
5. PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
5.1 Descripción del problema.....	18
5.2 Formulación del problema	18
5.3 Delimitación espacial, temporal.....	19
5.3.1 Delimitación espacial.....	19
5.3.2 Delimitación temporal.....	19
6. OBJETIVOS	20
6.1 Objetivo General.....	20
6.2 Objetivos Específicos	20
CAPÍTULO II.....	21
7. MARCO TEÓRICO	21
7.1 MARCO CONCEPTUAL:.....	21
7.2 MARCO REFERENCIAL.....	22
7.3 MARCO TEÓRICO	32
7.3.1 La adolescencia	32
7.3.2 Etapas de la adolescencia:.....	34
7.3.3 Salud sexual y reproductiva en la adolescencia	36
7.3.4 Embarazo en la adolescencia	37
7.3.5 Embarazo adolescente en El Salvador y estadísticas	47
8. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	52
CAPÍTULO III	53

9. DISEÑO METODOLÓGICO	53
9.1 Tipo de estudio	53
9.2 Universo	53
9.3 Unidad de observación	53
9.4 área de estudio:	53
9.5 grupo seleccionado	54
9.5.1 criterios de selección	54
9.5.2 Criterios de inclusión	54
9.5.3 Criterios de exclusión	54
9.6 fuentes de información	54
9.7 Instrumentos de recolección de datos	55
9.8 Procedimiento	55
9.9 Consideraciones éticas	56
CAPÍTULO IV	57
10. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS	57
10.1 Resultados de guía de entrevista	57
10.2 Resultados de guía de comprobación:	85
CAPÍTULO V	95
11. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:	95
12. CONCLUSIONES	100
13. RECOMENDACIONES	103
14. BIBLIOGRAFÍA	105
15. ANEXOS	106
CONSENTIMIENTO INFORMADO	106
GUÍA DE ENTREVISTA	107
GUÍA DE COMPROBACIÓN	112
PRESUPUESTO	114
CRONOGRAMA	115

ÍNDICE DE TABLAS DE CONTENIDO

	N° página
Tabla 7.1 Embarazo en adolescentes	51
Tabla 7.2 Inscripciones prenatales de 10 a 19 años, en UCSFB Amate blanco	52
Tabla 7.3 Inscripciones prenatales de 10 a 19 años, en UCSFI Metapán	52

SIGNIFICADO DE SIGLAS

- UCSF:** Unidad Comunitaria de Salud Familiar.
- UCSFB:** Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica.
- UCSFI:** Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia.
- OMS:** Organización Mundial para la Salud.
- MINSAL:** Ministerio Nacional de Salud.
- ONUSIDA:** El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
- UNFPA:** El Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- ONU:** Organización de las Naciones Unidas.
- TGF:** Tasa Global de Fecundidad.
- CEPAL:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- ONU-DAES:** Naciones Unidas Departamento de Recursos Económicos-
- VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana.
- ITS:** Infecciones de transmisión sexual.
- PIEMA:** Programa interagencial de empoderamiento de las mujeres adolescentes.
- FESAL:** Encuesta Nacional de Salud Familiar.
- PAHO:** Organización Panamericana de Salud.
- SIMMOW:** Sistemas de Información en Salud Morbimortalidad.

3. JUSTIFICACIÓN

La realización del presente trabajo busca más que todo conocer el perfil sociocultural de la adolescente embarazada en El Salvador, es decir todos aquellos factores tanto sociales, antropológicos, económicos, educativos y culturales que han influido a lo largo de la historia en el incremento de las adolescentes embarazadas en nuestro país.

Este trabajo va dirigido a la identificación, descripción, análisis, de los principales factores que influyen en el incremento del embarazo en la adolescencia, en las edades comprendidas entre los 10 a los 19 años de edad, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Metapán y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Amate Blanco, El Porvenir, en el departamento de Santa Ana de marzo a agosto de 2018, y brindar posibles estrategias que ayuden al decremento de dicha problemática.

Actualmente el embarazo en la adolescencia constituye una de las principales problemáticas del sistema de salud público, debido a que esta etapa es de alta vulnerabilidad para la adolescente a todos los cambios que están ocurriendo a su alrededor tanto físicos, sociales, económicos, y culturales, sobre todo en países en vías de desarrollo como El Salvador.

Según estadísticas de la OMS, unos 16 millones de adolescentes entre los 15 y 19 años, y un millón de adolescentes menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría de estos casos ocurren en países de ingresos bajos y medianos. En las Estadísticas Sanitarias Mundiales se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 muchachas. Las tasas oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 muchachas, siendo las más altas las del África Subsahariana.¹

En El Salvador, el ministerio de salud reporto que para el año 2015 un total de 13,146 niñas salvadoreñas de 10 a 17 años se inscribieron en control prenatal de las cuales el 11% (1 de cada 9) tenía menos de 14 años.⁴

Es por eso que es de sumo interés para este estudio, conocer todos aquellos factores que influyen para el incremento del embarazo en la adolescencia, es decir todos aquellos, que la hacen más vulnerable a un embarazo a temprana edad.

Este trabajo, es útil debido a que puede ayudar a las instituciones encargadas de dar apoyo a la población, más afectada por esta problemática, a encontrar posibles soluciones y en un futuro ayudar a disminuir el embarazo en la adolescencia.

El principal aliciente para la realización de dicha investigación, es investigar cuales son los factores más importantes que inciden en esta problemática, pero no solo su identificación, sino también encontrar posibles soluciones que disminuyen los porcentajes de embarazo en la adolescencia, es decir constituir un instrumento útil, para resolver dicha problemática, no solo aportar la teoría sino también estrategias que sean útiles y que sean viables para su implementación en la población salvadoreña.

4. ANTECEDENTES

4.1 Antecedentes mundiales:

Tasas de natalidad

Si bien desde 1990 se ha registrado un descenso considerable, aunque irregular, en las tasas de natalidad entre las adolescentes, un 11% aproximadamente de todos los nacimientos en el mundo se producen todavía entre muchachas de 15 a 19 años. La gran mayoría de esos nacimientos (95%) ocurren en países de ingresos bajos y medianos. (OMS 2014)¹

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

El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza. (OMS,2014)¹

Contextos

Algunas adolescentes planean y desean su embarazo, pero en muchos casos no es así. Los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales. En países de ingresos medianos y bajos más del 30% de las muchachas contraen matrimonio antes de los 18 años, y cerca del 14% antes de los 15 años. (OMS, 2014)¹

Consecuencias para la salud

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo. Sin embargo, desde el año 2000 se han registrado descensos considerables en el número de muertes en todas las regiones, sobre todo en Asia Sudoriental, donde las tasas de mortalidad se redujeron de 21 a 9 por 100 000 muchachas. Cada año se practican unos 3 millones de abortos peligrosos entre muchachas de

15 a 19 años, lo que contribuye a la mortalidad materna y a problemas de salud prolongados. (OMS, 2014)¹

La respuesta de la OMS

En 2011 la OMS publicó junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) unas directrices sobre la prevención de los embarazos precoces y la reducción de los resultados negativos para la reproducción. Las directrices contienen recomendaciones sobre las medidas que los países podrían adoptar, con seis objetivos principales:

- reducir el número de matrimonios antes de los 18 años;
- fomentar la comprensión y el apoyo a fin de reducir el número de embarazos antes de los 20 años;
- aumentar el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes a fin de evitar el riesgo de embarazo involuntario;
- reducir las relaciones sexuales forzadas entre las adolescentes;
- reducir los abortos peligrosos entre las adolescentes;
- incrementar el uso de servicios especializados de atención prenatal, en el parto y posnatal por parte de las adolescentes.

Además, la OMS participa en diversas iniciativas junto con organismos y programas conexos, como la iniciativa «H4+», en la que también participan ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres y el Banco Mundial. La iniciativa tiene por objeto acelerar el progreso hacia la consecución del Objetivo 4 de Desarrollo del Milenio (reducir la mortalidad infantil) y el Objetivo 5 (mejorar la salud materna) para 2015. Trata de abordar las causas profundas de la mortalidad y morbilidad maternas, neonatales e infantiles, entre ellas la desigualdad de género, el matrimonio prematuro y el acceso limitado a la educación para las niñas. Además, se alinea estrechamente con los planes de salud nacionales y proporciona apoyo financiero y técnico a los gobiernos. (OMS, 2014)¹

4.2 Antecedentes latinoamericanos

Las tasas de fertilidad adolescente en la región de América Latina y el Caribe no han descendido en la misma proporción que las de a nivel global. De hecho, la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas prevé que serán las más altas del mundo y se mantendrán estables entre 2020 y 2100. (UNICEF, 2014)²

América Latina y el Caribe es la región con mayor fecundidad adolescente en el mundo después del África subsahariana. En la región, una tercera parte de los embarazos corresponden a menores de 18 años, siendo casi un 20% de estas menores de 15 años. En estas edades, el embarazo en adolescentes suele ser producto de violencia sexual, dado que las adolescentes están expuestas a condiciones de alta vulnerabilidad, entre ellas a varios tipos de violencia y riesgos. Unido a ello, el riesgo de morir por causas relacionadas al embarazo, parto y postparto se duplica si las niñas quedan embarazadas antes de los 15 años de edad. (UNICEF, 2014)²

Desde la década de los setenta, la tasa global de fecundidad (TGF) ha disminuido de manera importante en América Latina y el Caribe, como resultado de distintos factores económicos (urbanización, migración, industrialización, modernización), culturales (secularización, nuevas formas de familia, cambios en los roles de género) y tecnológicos (acceso a información). También las políticas demográficas y de salud sexual y salud reproductiva, incluido el acceso a la planificación familiar moderna, han impulsado este cambio. No obstante, todavía permanecen marcadas diferencias entre y dentro de los países, según la situación económica, el origen étnico y el nivel educativo. (UNICEF, 2014)²

Si bien la fecundidad global descendió, la fecundidad en adolescentes (medida como tasa específica de fecundidad entre 15 a 19 años de edad) tuvo un comportamiento diferente: primero se mostró refractaria a la baja y después tuvo un incremento en varios países en los últimos 30 años, siendo América Latina y el Caribe la única región del mundo en la que se registra un incremento. Como se evidencia en un reciente documento publicado por CEPAL y UNICEF, casi todos los países de la región se encuentran dentro de los 50 a nivel mundial

con las tasas de fertilidad adolescente más alta, entre los que sobresalen Nicaragua, Honduras, Panamá, Ecuador y Guatemala (Rico y Trucco, 2014)².

Durante la década de los noventa aumentó el porcentaje de madres entre las adolescentes en la mayoría de los países que la componen, en contraste con la caída sostenida de la fecundidad total (Rodríguez, 2013)². Pese a que los resultados de la ronda de los censos nacionales efectuada en el 2010, que corresponden a siete países (Brasil, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Uruguay y Venezuela), sugieren una inflexión de esta tendencia, los porcentajes de fertilidad adolescente continúan siendo más altos que el promedio mundial y, en la región, mayores a los porcentajes que arrojaron las estadísticas de la década de los noventa, salvo en los casos de Costa Rica y Panamá. (UNICEF, 2014)²

Asimismo, el descenso en los porcentajes contrasta con el aumento sostenido de la proporción de nacimientos correspondientes a madres adolescentes (Rodríguez, 2012, citado en CEPAL-UNFPA, 2012)³. La División de Población de ONU-DAES, en sus proyecciones más recientes, plantea que la tasa de fecundidad adolescente en América Latina será la más alta del mundo y que se mantendrá prácticamente estable durante el período 2020–2100 (Rodríguez, 2013). Se prevé, igualmente, que los partos en menores de 15 años se incrementen a tres millones por año en esta región para 2030 (UNFPA, 2013)³. En la región, una de cada tres jóvenes es madre antes de cumplir 20 años. Entre los países de la región con mayores porcentajes de madres jóvenes se encuentran: Nicaragua (28%), Honduras (26%), República Dominicana (25%), Guatemala y El Salvador (24%), Ecuador (21%) y Bolivia y Colombia (20%) (UNFPA, 2013)³. Casi todos los países de la región se encuentran dentro de los 50 países del mundo con las tasas de fertilidad adolescente más altas (Banco Mundial, 2012)³.

De acuerdo con Rodríguez (2012), hay una tendencia hacia el aumento de embarazos en adolescentes menores de 15 años, lo que se encuentra estrechamente vinculado a la violencia sexual. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que solo en el transcurso de 2002 alrededor de 150 millones de niñas adolescentes fueron víctimas de sexo forzado u otras formas de violencia sexual (Andrews, 2004, citado en UNFPA, 2013)³.

4.3 El Salvador y región occidental

San Salvador, 08 de julio de 2016. El estudio “Mapa de Embarazos en Niñas y Adolescentes en El Salvador 2015” revela que cada 21 minutos una niña o adolescente resultó embarazada en 2015, una situación “preocupante” afirmó la ministra de salud. (Fondo de población de las naciones unidas El Salvador, 2015)⁴

Por su parte el Dr. Julio Robles Ticas, dijo que los datos, son alarmantes pero importantes ya que un embarazo entre esas edades es un riesgo para la vida de las niñas y que el estudio revela que en el año 2015 se registró que de las 83,478 embarazadas, 25,132 eran adolescentes entre 10 y 19 años, lo que representa un 30 %. (Fondo de población de las naciones unidas El Salvador 2015)⁴

Al realizar un análisis general sobre la distribución de los embarazos, de acuerdo a edad en los catorce departamentos del país, resulta que La Paz es el departamento donde los embarazos adolescentes tienen mayor peso porcentual con respecto al total de embarazos, ya que representan el 33%. (Fondo de población de las naciones unidas El Salvador, 2015)⁴

Por el contrario, el departamento de Chalatenango tiene el menor peso con el 24% de embarazo adolescente; pero al ver la incidencia por municipios destacan Mercedes La Ceiba, Cinquera, San Agustín, Arambala y Torola. (Fondo de población de las naciones unidas El Salvador, 2015)⁴

En el departamento de Santa Ana se encontró el 33% de embarazos en adolescentes en el primer trimestre del año 2018, teniendo un porcentaje alto por encima del esperado que es un 28%. (MINSAL, 2018) ⁵

CAPÍTULO I

5. PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA

5.1 Descripción del problema

Es inquietante el porcentaje de embarazos en la población adolescente que actualmente prevalece en el departamento de Santa Ana el cual es del 33% teniendo una meta del 28% a nivel departamental, por lo que se mantienen índices elevados, además hay que tener en cuenta las consecuencias que esta causa tanto en la salud de la embarazada como a nivel social y económico del país.

Este conflicto sucede como un conjunto de factores, entre ellos podemos mencionar: la falta de educación tanto sexual y reproductiva en conjunto con un bajo nivel de educación, familia disfuncional, falta de conocimiento de métodos anticonceptivos o el mal empleo de ellos, inicio de relaciones sexuales a temprana edad, promiscuidad, bajo nivel socioeconómico, problemas psicológicos entre otros. Actualmente, el porcentaje ha disminuido con respecto a los años anteriores, reduciendo un 15% de embarazos en adolescentes en 2017, sigue siendo de interés ya que continúa causando problemas socioeconómicos y de salud materno-infantil.

Es alarmante el hecho que la adolescente embarazada no tenga la percepción adecuada de lo que el embarazo a esta edad representa ya que no prevén las consecuencias tanto de salud, económica y psicológica que pueden causar tanto a su persona como al producto.

Aunque algunas adolescentes planean y desean salir embarazadas, no es en la mayoría de los casos, ya que estos también muchas veces son productos de abuso sexual, llama la atención además que la mayoría de los compañeros de vida de estas adolescentes tienen por lo menos entre 4 y 6 años de diferencia de edad.

5.2 Formulación del problema

¿Cuál es el perfil sociocultural de la adolescente embarazada entre las edades de 10 a 19 años en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Metapán y en Unidad

Comunitaria de Salud Familiar Básica Amate Blanco, El Porvenir en el departamento de Santa Ana de marzo a agosto de 2018?

5.3 Delimitación espacial, temporal.

5.3.1 Delimitación espacial.

La investigación del perfil sociocultural de la adolescente embarazada entre las edades de 10 a 19 años, se llevará a cabo con la población adolescente que está inscrita en la Unidad Comunitaria de Salud Intermedia Metapán y la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Amate blanco, El Porvenir, Santa Ana.

5.3.2 Delimitación temporal

El estudio sobre el perfil sociocultural de la adolescente embarazada entre las edades de 10 a 19 años, se desarrollará en el periodo comprendido entre marzo y agosto de 2018.

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo General

- Conocer el perfil sociocultural de la adolescente embarazada entre las edades de 10 a 19 años en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Metapán y en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Amate Blanco, El Porvenir, Santa Ana, de marzo a agosto de 2018.

6.2 Objetivos Específicos

- Relacionar el nivel escolaridad de la adolescente con la incidencia de embarazo.
- Correlacionar la situación económica familiar y la ocurrencia de embarazo en la adolescencia.
- Indagar el proyecto de vida a futuro de la adolescente embarazada antes del embarazo.

CAPÍTULO II

7. MARCO TEÓRICO

7.1 MARCO CONCEPTUAL:

Adolescencia: Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de ellas se presentan cambios tanto fisiológicos, anatómicos y estructurales y modificaciones en el perfil psicológico y de la personalidad. (OMS, 2017)

Proviene del latín “adolescentia” que significa “joven, adolescente”, sin embargo, la palabra se deriva del verbo “adolesco” que significa “crecer, desarrollarse, ir en aumento” lo cual explica la derivación de la palabra, la adolescencia es también una etapa de crecimiento y de desarrollo, quizá la más crucial en la vida de un individuo.¹

Adolescencia se entiende como una época o un momento de cambios en la cual el individuo debe pasar de la niñez a la adultez, se enfrenta a un cambio físico que genera crisis y a un cambio en su comportamiento que implica su desarrollo mental y social para que pueda entrar a otros ambientes como el laboral y al mundo adulto.¹

Embarazo en la adolescencia: se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. (OMS 2017)

Salud sexual: es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. (OMS 2017) **La salud reproductiva:** dentro del marco de la salud tal y como la define la OMS, un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, aborda los mecanismos de la procreación y el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida.¹

Implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos si y cuando se desee.¹

Esta concepción de la salud reproductiva supone que las mujeres y los hombres puedan elegir métodos de control de la fertilidad seguros, eficaces, asequibles y aceptables, que las parejas puedan tener acceso a servicios de salud apropiados que permitan a las mujeres tener un seguimiento durante su embarazo y que ofrezcan a las parejas la oportunidad de tener un hijo sano. (OMS 2017)

7.2 MARCO REFERENCIAL

1.- Pacheco Sánchez CI. Agencia social, sexualidad y embarazo en menores de 15 años. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2015.

El embarazo adolescente tiene un alto impacto socioeconómico. El objetivo de esta investigación fue interpretar los significados de la sexualidad y el embarazo de niñas menores de 15 años con experiencia de embarazo. Se realizó un estudio cualitativo interpretativo desde el enfoque fenomenológico de Alfred Schütz sobre el sentido común. Se realizaron 18 relatos de vida con adolescentes menores de 15 años con experiencia de embarazo en las ciudades de Bogotá, Cali, Cartagena y Medellín. (Pacheco Sánchez, 2015)

En Colombia, en los últimos años el embarazo adolescente ha cobrado importancia por su magnitud e impacto social y económico. Según la última encuesta de demografía y salud, el 19,5% de las adolescentes entre 15 y 19 años estaban embarazadas o tenían un hijo al momento de la entrevista. Aunque se muestra una estabilización del fenómeno, que venía creciendo en los últimos 15 años, las cifras siguen siendo altas para el país. Por otra parte, según la Organización Panamericana de la Salud, el 25% de las mujeres en América Latina y el Caribe son madres antes de los 20 años de edad y el 45 % de estos embarazos resultan del mal uso o de la falta de anticonceptivos. En colombianas entre 10 y 14 años, la razón de fecundidad se ha incrementado en los últimos años así: 2,74 por mil en el año 2000, 2,56 en el 2002, 2,73 en el 2004, 2,82 en el 2006 y 2,99 en el 2008, siendo con Brasil uno de los dos países con mayor razón de fecundidad en estas edades. (Pacheco Sánchez, 2015)

Los determinantes estructurales que influyen en la salud de los y las adolescentes, como la clase social, la desigualdad económica y social y la educación, están también en la base de la ocurrencia del embarazo adolescente. Este fenómeno se asocia a factores como la pobreza, el bajo nivel educativo y la deserción escolar que dificultan posteriormente la inserción en el mercado laboral y por ende la obtención de suficientes recursos económicos, y así se perpetúan estas trampas de pobreza. Varios autores consideran que la relación entre embarazo adolescente y pobreza debe leerse en forma inversa, no es el embarazo adolescente el que por sí mismo perpetúa la pobreza, sino las condiciones sociales, económicas y culturales las principales causas de una maternidad temprana. (Pacheco Sánchez, 2015)

El embarazo adolescente está influenciado por la edad de inicio de las relaciones sexuales y la menarquía temprana. El inicio más temprano de las relaciones sexuales, sin embargo, no va acompañado de una unión más temprana ni del uso de anticonceptivos. El tipo y edad de inicio de la unión también se comportan como determinantes próximos del embarazo. (Pacheco Sánchez, 2015)

Se ha observado que el patrón de unión es clave para que el embarazo se lleve a término y se asuma la maternidad-paternidad. La probabilidad de embarazo entre las unidas, formal e informalmente, es mayor, dada la tendencia a la no utilización de métodos anticonceptivos en tal situación. (Pacheco Sánchez, 2015)

2.- Estudio Condiciones socioculturales y experiencia del embarazo en adolescentes de Jalisco, México.

En un análisis presentado por la OMS, se puntualiza que los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos, oscilan entre el 2 % en China y el 18 % en América Latina y el Caribe; algunos estudios señalan que esto se debe a que el embarazo en adolescentes es más probable en las poblaciones rurales, pobres y con menor nivel educativo, por lo que es importante caracterizar las condiciones socioculturales y económicas del contexto donde desarrollan sus vidas estas adolescentes.¹

En México, cada año se presentan cerca de 70 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, y en las últimas dos décadas, la proporción de nacimientos se ha mantenido

estable (entre 17 y 19 %). Para el año 2012, del total de nacimientos registrados en México, 19,2 % correspondieron al grupo de adolescentes. Algunos estudios han señalado que la maternidad en esta etapa de la vida está relacionada con la construcción social de género, falta de educación sexual integral, poco acceso a métodos anticonceptivos y pocas oportunidades de desarrollo económico.¹

La relación entre las desigualdades socioeconómicas y el proceso salud-enfermedad, ha sido demostrada desde hace ya algún tiempo, conceptualizado por algunos autores como determinantes sociales, por lo que hablar de embarazo en adolescentes, es considerar las implicaciones no solo de orden biológico, sino también psicológico y social, pues en algunos contextos, las adolescentes no planean ni desean su embarazo, mientras que en comunidades rurales, de países de ingresos medianos y bajos, los embarazos fuera del matrimonio no son raros. A partir de lo antes descrito, se ha señalado que el embarazo en adolescentes es un problema de Salud Pública complejo, por su configuración sociocultural en cada contexto en que el adolescente desarrolla su vida, donde los aspectos económicos y culturales, y las redes sociales y comunitarias, influyen en los modos de entender y actuar de la adolescente antes, durante y después del embarazo, necesitando describir e interpretar las experiencias, desde la voz de quien la vive, elementos cualitativos que deben ser incorporados en las acciones de prevención y atención del embarazo en adolescentes.¹

3.- Rojas-Betancur M, Méndez-Villamizar R. El embarazo en adolescentes: una lectura social en clave cuantitativa. Rev Univ Ind Santander Salud. 2016.

El embarazo en adolescentes es construido hoy como un problema de salud pública y un fenómeno social crítico por las implicaciones individuales y colectivas en el significado otorgado al embarazo a temprana edad. La frontera biológica de edad que define contemporáneamente la adolescencia como etapa del ciclo vital y al adolescente como un ser humano en un estado específico de crecimiento y desarrollo, también representa un reto permanente para su distinción como tal. (Rojas-Betancur,2016)

El tema del embarazo en adolescentes se ha normalizado internacionalmente en medidas que dan cuenta del tamaño y la variación geográfica e histórica a través de la *tasa*

de fecundidad en adolescentes establecida como número de mujeres entre los 14 y 19 años de edad que han tenido al menos un hijo nacido vivo o que al momento de la medición están en embarazo, tasa representada por cada 1000 mujeres en ese rango etáreo, para poder ser contrastada en el tiempo y el espacio. Este proceso de normalización debe ser considerado en un ámbito restrictivo respecto a su alcance: son medidas aún incompletas, aproximaciones y representaciones de la realidad social, no la realidad misma. (Rojas-Betancur,2016)

La tasa de embarazo en adolescentes ofrece un panorama respecto al peso social que implica el arraigo de la idea de la edad como problema socialmente construido, pero no es suficiente para entender las dinámicas sociodemográficas, mucho menos los procesos intrínsecos alrededor del suceso del embarazo en población muy joven. Se entiende que hace parte de un complejo de problemas de morbi-mortalidad específica de los adolescentes en relación con la tradición cultural de la población, su situación de riesgos psicosociales, la estructura familiar y económica del entorno del adolescente, las condiciones de salubridad y acceso a la educación, la información y la comunicación. (Rojas-Betancur,2016)

En términos más puntuales, la tasa de embarazo en adolescentes (tasa de fecundidad), estadísticamente no se comporta de manera consistente -disminución sostenida-, en los países de América Latina y el Caribe respecto a la tasa global de fecundidad, Colombia y Brasil especialmente mantuvieron un crecimiento cuantitativo por año, tendencia contraria al resto de países de la región. (Rojas-Betancur,2016)

Otros datos importantes muestran que el problema del embarazo en las adolescentes debe ser matizado y contextualizado. Sorprende, de acuerdo a los datos de La Asociación Pro bienestar de la Familia Colombiana, que más de la mitad de las adolescentes, 55.0%, entrevistadas en la Encuesta Nacional de Salud 2010, no tienen ningún nivel educativo formal, la mayoría tampoco alcanza el nivel medio. (Rojas-Betancur,2016)

Situación que está directamente relacionada con el bajo nivel económico de las adolescentes¹¹, alrededor del 60.0% pertenecen a los niveles bajo y más bajo en términos económicos. (Rojas-Betancur,2016)

Sin embargo, no existe certeza estadística de que la pobreza o el bajo nivel educativo expliquen el mayor riesgo del embarazo en adolescentes quizá por en estratos socioeconómicos altos el problema tenga un tratamiento social y público diferente. (Rojas-Betancur,2016)

4.-Estudio Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública.

En el 2014 en el mundo vivían 1 200 millones de adolescentes, casi un 90 % de ellos habitaba en países en desarrollo. La proporción de adolescentes llegó a su nivel máximo alrededor de 1980 y en la actualidad disminuye en casi todas partes y esa tendencia se mantendrá hasta 2050, sin embargo, se calcula que en ese mismo período el número absoluto de adolescentes continuará en aumento. (embarazo en la adolescencia, 2014)

En América Latina y el Caribe los adolescentes juegan un papel importante en la sociedad ya que forman el 30 % de la población, siendo esta la mayor cohorte en la historia de la región, puesto que representó al 24,5 % de la población total (232 millones). Los adolescentes están viviendo en un mundo que experimenta un período de transición demográfica, globalización, cambios ambientales y un uso creciente de las nuevas tecnologías de comunicación. El 20 % de los partos en la región correspondió a mujeres menores de 20 años y se estima que el 40 % de los embarazos no fue planificado. (embarazo en la adolescencia, 2014)

En México la situación no es distinta, la población adolescente se incrementó sustancialmente a partir de la segunda mitad del siglo XX ya que representó la quinta parte del total y por ende la presencia del embarazo a esta edad aumentó de igual forma. En 1970 la población adolescente era de 11.7 millones; para el año 2000 ascendió a poco más de 21.6 y para el año 2010 se incrementó a 21.95, es decir aumentó un 87 % entre los años 1970 y 2010. (embarazo en la adolescencia, 2014).

Causas y consecuencias

El periodo adolescente representa un riesgo, por las características propias de la edad: emergencia del impulso sexual, idealismo, impulsividad y necesidad de alcanzar su identidad y autonomía. La adolescente madre asume la maternidad sin estar preparada, ya que sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente. La mayor incidencia de embarazos en adolescentes está vinculada con valores culturales, el embarazo se convierte en un factor de transmisión de la pobreza de una generación a otra. (embarazo en la adolescencia, 2014)

La carencia afectiva, la escasez de oportunidades y la falta de una adecuada educación, conducen a la joven a una relación sexual temprana con el riesgo de un embarazo. Algunas de las causas son: relaciones sexuales cuando aún no tienen la madurez emocional para tomar decisiones, familia disfuncional, bajo nivel educativo, pensamientos mágicos y fantasías de esterilidad y la falta de educación sobre sexualidad y uso de métodos anticonceptivos. (embarazo en la adolescencia, 2014)

Las adolescentes tienen mayor probabilidad de quedar embarazadas si se presenta alguna de las siguientes situaciones: comienzan a tener citas amorosas a temprana edad (12 años con una probabilidad de 91 % de tener relaciones sexuales antes de los 19, y a los 13 un 56 %), desertan del colegio, crecen en condiciones de pobreza, tienen una madre que tuvo su primer parto a los 19 años o menos, han sido víctimas de abuso sexual, carecen de redes de apoyo, viven en donde la procreación a edades tempranas es común, consumen tabaco, alcohol y/u otras drogas. (embarazo en la adolescencia, 2014)

5.-Estudio Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el municipio de Buenaventura, Colombia.

Existe consenso en argumentar que cuando el embarazo se presenta en una adolescente con desventaja socioeconómica aumentan en ella hasta en un 50% la probabilidad de muerte, discapacidad fetal, perinatal y materna. Además de las consecuencias físicas, desde el punto de vista psicosocial las adolescentes embarazadas solteras se enfrentan a situaciones como el rechazo de sus familias, el final de su educación y la amenaza de

violencia, entre otros. Así mismo, el embarazo adolescente tiende a perjudicar la salud mental no solo de la adolescente sino de su grupo familiar, lo cual propicia la reducción de oportunidades para el desarrollo educativo y profesional de la joven. (CARVAJAL, 2017)

En algunos países europeos y en Norte América se ha estudiado especialmente el papel que la variable etnia-raza desempeña en la comprensión de las inequidades. Dichos estudios se han preocupado fundamentalmente por explorar las relaciones entre cultura, identidad, actitudes y conductas sexuales en el marco del constructo étnico-racial, señalando diferencias en las tasas de embarazos entre mujeres negras, hispanas y blancas, así como en percepciones, conductas protectoras y de riesgo en salud. De igual manera, estudios sobre factores predictores del embarazo en adolescentes afro-americanas de bajos ingresos socio-económicos reportan que la percepción del deseo de tener un hijo por parte del novio de la joven es un factor predictor significativo de embarazo temprano. Para el año 2010 en Colombia se calculó que 19.7% de las adolescentes menores de 18 años han dado a luz y de ellas 2.3% lo han hecho antes de los 15 años, siendo las cifras más preocupantes las que incluyen adolescentes sin escolaridad y en situación de pobreza. (CARVAJAL, 2017)

6.- Estudio, Ser madre adolescente: "una experiencia bonita, pero complicada". Estudio de casos en Barinas, Venezuela 2012.

Resumen

Se presentan resultados de un estudio cualitativo desarrollado durante 2012, en comunidades con condiciones socioeconómicas desfavorables, del estado de Barinas en la República Bolivariana de Venezuela. Su propósito fue diagnosticar las condiciones del contexto social próximo e individuales incidentes en la toma de decisiones en torno a la reproducción en la adolescencia. (Yenisei Bombino,2015)

Se aplicaron entrevistas en profundidad, individuales y grupales, a un grupo de adolescentes madres, embarazadas y madres del barrio. Se identificó un escaso uso de los servicios de atención primaria de salud disponibles en relación con condicionantes culturales, político-ideológicos y de organización del sistema de salud que limitan las acciones educativas y preventivas del comportamiento sexual, en particular del embarazo en la

adolescencia. La educación de la sexualidad se produce de manera no incidental; según las entrevistadas, en las escuelas persisten creencias erróneas que restringen las posibilidades de las adolescentes embarazadas para continuar los estudios. La menarquía y el inicio de las relaciones sexuales ocurren tempranamente. Estas últimas tienen lugar con hombres de 5 a 15 años mayores que ellas. Las edades más frecuentes del primer embarazo son entre 10 y 16 años. (Yenisei Bombino,2015)

En general, no usan métodos de protección en las prácticas sexuales. Cuando lo hacen, es irregular y de manera incorrecta. Reconocen condiciones asociadas al embarazo en la adolescencia que incrementan su riesgo de experimentar este evento. De manera general se constató que el restringido acceso y uso de servicios básicos, la reproducción de creencias erróneas en torno a la sexualidad, la reproducción y la parentalidad, sustentados en concepciones patriarcalitas, propician inequidades de género, que repercuten en los embarazos de adolescentes y sus vulnerabilidades. (Yenisei Bombino,2015)

Servicios de salud, escuela y la familia

En los territorios se identificaron dificultades comunitarias generadoras de malestar: la extrema pobreza en que viven debido a que «muchos no cuentan con recursos para satisfacer sus necesidades alimenticias e higiénicas diarias»; insuficientes fuentes de recreación, información y empleo;7 mal estado de las viviendas; frecuentes actos de abuso sexual, y presión familiar o de las propias condiciones de vida que las conduce a establecer y a formalizar relaciones de pareja con hombres delincuentes o mayores de 50 años de edad. (Yenisei Bombino,2015)

Carecen de instituciones o servicios especializados de atención a la salud sexual y reproductiva. Solo disponen de las consultas de control prenatal pautadas para el periodo gestacional y poco empleadas por la población. Además, los controles prenatales no cuentan con una elevada demanda en la población, fundamentalmente entre las adolescentes, quienes muestran resistencia a los mismos, debido a los conflictos personales o familiares para la aceptación del embarazo. (Yenisei Bombino,2015)

Sobre las familias de las adolescentes embarazadas y/o madres

La mayoría de las familias de las adolescentes entrevistadas viven en condiciones con bajos ingresos que dificultan el uso y acceso a una adecuada alimentación y nutrición, vestimenta, higiene, recreación saludable, oportunidades de educación y cuidado de la salud. Algunas que no se han beneficiado de la Gran Misión Vivienda Venezuela,⁸ aún no disponen de una vivienda digna. Predominan las familias de tamaño mediano o grandes, bis o trigeneracionales, extensas y uniparentales. En muy pocos casos las familias son biparentales. En su mayoría, la figura paterna la representan los padrastros, en familias reensambladas. (Yenisei Bombino,2015)

El patrón de reproducción familiar refleja una tradición de embarazos precoces, maternidad soltera (en un principio, aunque después reensamblan sus familias) y multiparidad. Existe una historia de desempeño doméstico de las mujeres. (Yenisei Bombino,2015)

La carencia o ausencia de comunicación en la familia sobre temas de sexualidad ha ocasionado conocimientos insuficientes y distorsionados que pueden provocar las mismas consecuencias que se desea evitar. (Yenisei Bombino,2015)

Ante la ocurrencia del embarazo previo a la culminación de al menos los estudios de bachiller, la familia tiende a manifestar su rechazo o decepción, evidenciados mediante agresiones verbales o físicas hacia las adolescentes o expulsiones del hogar. En este sentido, se muestran profundamente afectados por la asociación de la iniciación sexual y el embarazo precoz con la vida «indecente», la interrupción de los estudios y de las posibilidades de independencia económica. Esta actitud provoca temor en las adolescentes, sobre todo en los casos en que la pareja no asume su responsabilidad, por lo que en ocasiones ocultan la identidad de estos. (Yenisei Bombino,2015)

Entre los factores conducentes al embarazo en la adolescencia reconocieron: falta de protección (depositaron la responsabilidad en las mujeres), conducta imitativa hacia otras adolescentes madres, rebeldía hacia los padres, vulnerabilidad por ser mujeres, deseo de conocer y experimentar la maternidad, las falsas creencias de que pueden conservar la relación de pareja («amarrar al marido»), además, asociaron la convivencia en pareja con la

libertad: «cometen el error de pensar que si se van con la pareja van a tener libertad. (Yenisei Bombino,2015)

Perspectivas de futuro

Las expectativas planteadas sobre su futuro mediano fueron expresadas en tono melancólico y pesimista, centradas en la tenencia de un hogar compartido con sus hijos/as, en la crianza de su descendencia y en menor medida en alcanzar una carrera universitaria. (Yenisei Bombino,2015)

Una de las metas futuras inmediatas fue continuar los estudios y hacer carreras universitarias u oficios que les permitieran autonomía económica, aunque no se evidenció claridad en el desarrollo de estrategias elaboradas para lograrlo. Con frecuencia proyectaron las perspectivas de futuro en función de la continuidad de las tareas relativas al rol de madres. (Yenisei Bombino,2015)

7- Estudio de UNFPA mapa de embarazos en niñas y adolescentes en el Salvador en el año 2015.

A pesar de los esfuerzos que vienen realizando algunas instituciones del gobierno, entre el año 2013 y el 2015 uno de cada tres embarazos ha sido de adolescentes. Esta realidad que tienen que sobrellevar niñas y adolescentes responde, por lo general, a la ausencia de oportunidades y a las presiones sociales, culturales y económicas de los contextos en que viven las niñas y adolescentes. Con poca autonomía y mínimo empoderamiento del libre ejercicio de sus derechos. (UNFPA 2015).

Es por esto que la UNFPA a través de este estudio revela una fotografía que detalla el registro de embarazos de niñas y adolescentes en los 262 municipios que conforman el territorio salvadoreño. De acuerdo al estudio del MINSAL y UNFPA sobre maternidad y unión en niñas y adolescentes, realizado en 2015, solo la cuarta parte de las niñas y adolescentes que abandonan la escuela a causa del embarazo, retorna a sus estudios después del parto. Además, este estudio reporta que 6 grados es el promedio de escolaridad de las niñas y adolescentes de 10 a 17 años que tuvieron un parto en 2012. Estos datos ponen de

manifiesto algunos de los efectos que el embarazo genera no sólo en la vida de las niñas y las adolescentes, quienes verán profundamente limitadas sus oportunidades de desarrollo a lo largo de su vida al ser madre a temprana edad, sino a los aportes que ellas como mujeres puedan hacer a la economía nacional en la medida que cuentan con un menor nivel educativo. (UNFPA, 2015)

El Ministerio de Salud reportó que para el año 2015 un total de 13,146 niñas salvadoreñas de 10 a 17 años se inscribieron en control prenatal, de las cuales el 11% (1 de cada 9) tenía 14 años o menos. Datos que resultan particularmente alarmantes, por una parte, por el alto riesgo que significa para la vida de las niñas de dichas edades que han sido embarazadas, y por otra porque la legislación salvadoreña establece que toda relación sexual con una adolescente menor de 14 años constituye delito, es decir que estamos ante la presencia una problemática que demanda urgente atención y la más alta prioridad en la agenda nacional. (UNFPA, 2015)

7.3 MARCO TEÓRICO

7.3.1 La adolescencia

Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia. (OMS, 2017)

Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos. Así, se han registrado durante el pasado siglo muchos cambios en relación con esta etapa vital, en particular el inicio más temprano de la pubertad, la postergación de la edad del matrimonio, la urbanización, la mundialización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales. (OMS, 2017).

La adolescencia es un periodo de preparación para la edad adulta durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto. Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante. (OMS, 2017)

Muchos adolescentes se ven sometidos a presiones para consumir alcohol, tabaco u otras drogas y para empezar a tener relaciones sexuales, y ello a edades cada vez más tempranas, lo que entraña para ellos un elevado riesgo de traumatismos, tanto intencionados como accidentales, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).²

Muchos de ellos también experimentan diversos problemas de adaptación y de salud mental. Los patrones de conducta que se establecen durante este proceso, como el consumo o no consumo de drogas o la asunción de riesgos o de medidas de protección en relación con las prácticas sexuales, pueden tener efectos positivos o negativos duraderos en la salud y el bienestar futuros del individuo. De todo ello se deduce que este proceso representa para los adultos una oportunidad única para influir en los jóvenes.¹

Los adolescentes son diferentes de los niños pequeños y también de los adultos. Más en concreto, un adolescente no es plenamente capaz de comprender conceptos complejos, ni de entender la relación entre una conducta y sus consecuencias, ni tampoco de percibir el grado de control que tiene o puede tener respecto de la toma de decisiones relacionadas con la salud, por ejemplo, decisiones referidas a su comportamiento sexual.¹

Esta incapacidad puede hacerlo particularmente vulnerable a la explotación sexual y a la asunción de conductas de alto riesgo. Las leyes, costumbres y usanzas también pueden afectar a los adolescentes de distinto modo que a los adultos. Así, por ejemplo, las leyes y políticas a menudo restringen el acceso de los adolescentes a la información y los servicios de salud reproductiva, máxime si no están casados.¹

En los casos en que sí tienen acceso a servicios de esta índole, puede ocurrir que la actitud de las personas encargadas de dispensarlos muestra frente a los adolescentes sexualmente activos suponga en la práctica un obstáculo importante para la utilización de esos servicios.¹ Los adolescentes dependen de su familia, su comunidad, su escuela, sus servicios de salud y su lugar de trabajo para adquirir toda una serie de competencias importantes que pueden ayudarles a hacer frente a las presiones que experimentan y hacer una transición satisfactoria de la infancia a la edad adulta. Los padres, los miembros de la comunidad, los proveedores de servicios y las instituciones sociales tienen la responsabilidad de promover el desarrollo y la adaptación de los adolescentes y de intervenir eficazmente cuando surjan problemas.¹

7.3.2 Etapas de la adolescencia:

Adolescencia temprana

Tomada en un sentido amplio, podría considerarse como adolescencia temprana el período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. 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. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad, así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación. Los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son igualmente profundos. El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental. El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas –que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones– se refleja en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana.²

Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho

más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones. 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 que se observan.²

Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual. La adolescencia temprana debería ser una etapa en la que niños y niñas cuenten con un espacio claro y seguro para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, libres de la carga que supone la realización de funciones propias de adultos y con el pleno apoyo de adultos responsables en el hogar, la escuela y la comunidad. Dados los tabúes sociales que con frecuencia rodean la pubertad, es de particular importancia darles a los adolescentes en esta etapa toda la información que necesitan para protegerse del VIH, de otras infecciones de transmisión sexual, del embarazo precoz y de la violencia y explotación sexuales. Para muchos niños, esos conocimientos llegan demasiado tarde, si es que llegan, cuando ya han afectado el curso de sus vidas y han arruinado su desarrollo y su bienestar.²

Adolescencia tardía

La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones. La temeridad –un rasgo común de la temprana y mediana adolescencia, cuando los individuos experimentan con el “comportamiento adulto”– declina durante la adolescencia tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. Sin embargo, el fumar cigarrillos y la experimentación con drogas y alcohol frecuentemente se adquieren en esta temprana fase temeraria para prolongarse durante la adolescencia tardía e incluso en la edad adulta.²

En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las muchachas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina. No obstante, estos riesgos, la adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas. 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.²

7.3.3 Salud sexual y reproductiva en la adolescencia

Proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva a los niños y niñas que están en los primeros años de la adolescencia, e impartirles conocimientos sobre este tema, es imprescindible por varios motivos. El primero es que muchos están empezando a tener relaciones sexuales en la adolescencia temprana. Según datos de encuestas domiciliarias efectuadas en diversos países y representativas del mundo en desarrollo, aproximadamente un 11% de las mujeres y un 6% de los varones de 15 a 19 años afirmaron haber tenido relaciones sexuales antes de los 15 años. La región con la mayor proporción de niñas adolescentes que afirman haber iniciado su vida sexual antes de los 15 años (un 22%) es América Latina y el Caribe (no existen cifras equivalentes para los niños adolescentes de esta región). En Asia se registran los niveles más bajos de actividad sexual tanto en niños como en niñas menores de 15 años, de acuerdo con información obtenida por medio de encuestas.³

El segundo motivo tiene que ver con las grandes diferencias entre los niños y las niñas adolescentes en cuanto a los comportamientos y los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva. Al parecer, los varones tienen más probabilidades de involucrarse en comportamientos sexuales de riesgo. En 19 países en desarrollo sobre los cuales se dispone de datos, los hombres de 15 a 19 años invariablemente tenían más probabilidades que las mujeres de haber mantenido relaciones sexuales de alto riesgo en los últimos 12 meses con alguien distinto de su cónyuge o su pareja estable. No obstante, los datos también muestran

que los varones adolescentes tienen más probabilidades que las niñas de utilizar preservativo durante las relaciones sexuales de alto riesgo, a pesar de que estas corren mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH. Estos hallazgos destacan la importancia de facilitar el acceso de las niñas y los niños adolescentes, desde una edad temprana, a conocimientos y servicios de alta calidad en materia de salud sexual y reproductiva.²

El tercer motivo se refiere a la imperiosa necesidad de impartir conocimientos sobre salud sexual y reproductiva a las niñas adolescentes, en vista de los peligros que afrontan en muchos países y comunidades a causa de su género. El matrimonio precoz, que los mayores a menudo consideran conveniente para proteger a las niñas –y, en menor grado, a los niños– de la depredación sexual, la promiscuidad y el ostracismo social, en realidad acentúa la ignorancia de los jóvenes en materia de salud y aumenta sus probabilidades de abandonar la escuela.²

Muchas adolescentes se ven presionadas a casarse a temprana edad y, cuando quedan embarazadas, corren un riesgo muy alto de morir, pues sus organismos no están suficientemente maduros para tener hijos. Cuanto más joven es la niña al quedar embarazada, esté o no casada, mayores son los riesgos para su salud. Un estudio que se realizó en América Latina muestra que las niñas que dan a luz antes de los 16 años tienen entre tres y cuatro veces más probabilidades de morir por causas relacionadas con la maternidad que las mujeres mayores de 20 años. Una de las principales causas de mortalidad entre las adolescentes de 15 a 19 años de todo el mundo son las complicaciones que pueden surgir durante el embarazo y el parto. Para las niñas, el matrimonio a temprana edad es causa de embarazos no deseados y de mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Según algunas investigaciones, el embarazo en la adolescencia guarda relación con factores que no están bajo el control de las niñas.²

7.3.4 Embarazo en la adolescencia

Según la OMS el embarazo en la adolescencia, es el embarazo que se produce durante los 10 a 19 años de edad, independientemente del grado de madurez biológica o psicológicas.³

El embarazo en una pareja de jóvenes, en general es un evento inesperado, sorprendente. La OPS señala que "se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo.³ "Muchas mujeres llegan al embarazo como una manera de llenar sus múltiples carencias. Ser requerida sexualmente, las hace sentirse valoradas.⁴

Aunque la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres ha tenido avances en la última década, actualmente todavía no llega a niveles satisfactorios. La población adolescente no queda excluida de esta situación, que se ve reflejada en el limitado ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, y el alto índice de embarazos no planificados de adolescentes, con los efectos negativos que tiene este hecho en sus posibilidades de desarrollo.³

Entregan ese cariño no tanto por satisfacción personal, sino por satisfacer a la persona que quieren mantener a su lado." (Molina et al., 1994, p.92)

El embarazo prepara al cuerpo humano para conformar una mujer con la perfección que espera y anhela, dentro de su propuesta personal de belleza; pero el embarazo en la adolescencia interrumpe de forma brusca la preparación destinada a transformar ese cuerpo en el mejor lugar para el advenimiento de un niño. Pese a que sea capaz de concebir, la adolescente no solo no está apta biológicamente para el embarazo, sino que este rompe para siempre el proceso de la adolescencia, con todo lo que significa en la estructuración de la mujer.⁵

El embarazo en la adolescencia es un "problema" al vincularse con consecuencias no deseadas ni previstas como el aborto ilegal, el abandono y maltrato de los niños y variados conflictos conyugales y familiares, dependencia económica del grupo familiar, delegación del cuidado de los hijos, uniones conyugales forzadas, abandono de los estudios, dificultades en la inserción laboral y variados problemas de salud del niño y su madre, entre otras. Existen numerosas experiencias con programas de educación sexual para prevenir la ocurrencia de embarazos en adolescentes. ⁴ La gran mayoría basan su estrategia en la entrega de información sobre la fisiología de la reproducción humana, promoviendo el uso de métodos

anticonceptivos; ellos no han tenido resultados muy impactantes, de modo que las tendencias en las tasas de fecundidad en adolescentes o de abortos en este grupo etario no se han reducido en la magnitud esperada.⁶ Son múltiples las organizaciones internacionales, instituciones públicas y privadas, preocupadas por la prevención y la educación, en torno al embarazo en la adolescencia. Al respecto, a partir del 2003 se celebra en Latinoamérica, el 26 de septiembre de cada año, el Día Mundial de Prevención del Embarazo no Planificado en adolescentes, como campaña educativa que tiene como objetivo principal crear conciencia entre los jóvenes para que conozcan las diferentes alternativas anticonceptivas que existen y puedan tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva, con el fin de prevenir el alto índice de embarazos no planificados.⁴

7.3.4.1 Complicaciones del embarazo en la adolescencia:

Son miles las adolescentes que por distintos motivos y circunstancias conciben un embarazo sin haberlo planificado, ya que en sus prioridades no se encuentra planificar un embarazo, y la decisión que tome la adolescente de abortar o de continuarlo siempre va a repercutir en su vida futura. Se describe mayor morbilidad en la gestación de la adolescente, en tanto, de forma reducida, se puede clasificar por períodos de la gestación. En la primera mitad se destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias y la bacteriuria asintomática; en la segunda mitad los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con afecciones placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, síntomas de parto prematuro (contractilidad anormal) y la rotura prematura de las membranas ovulares.⁴

En el período del parto los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto, que se relacionan con un desarrollo incompleto de la pelvis materna; lo que determina una incapacidad del canal del parto para permitir el paso del feto; estas distocias provocan aumento de los partos operatorios (fórceps y cesáreas). En el producto de la concepción prevalecen el bajo peso al nacer, tanto por prematuridad como por deficiente desarrollo para la edad gestacional; por ende, es un recién nacido propenso a presentar sepsis y otras enfermedades, que constituyen un alto riesgo y se convierten en un problema biológico y social. Se ha confirmado que la mortalidad infantil en este grupo duplica o triplica la de los neonatos de madres mayores de 20 años. El embarazo en la

adolescencia se asocia con algunos peligros médicos, como son: escaso y tardío control prenatal, incremento del aborto, mayor número de dificultades en el parto (cesáreas y fórceps), multiparidad precoz, mayor mortalidad materna, infantil y fetal, y mayor número de complicaciones (elevación de la presión arterial, anemia, enfermedades que se transmiten por medio del contacto sexual y malnutrición).⁴

El embarazo en la adolescencia, además de constituir un riesgo médico elevado, lleva aparejado dificultades socioeconómicas y emocionales para la madre y su hijo, lo que se conoce como el "Síndrome del fracaso". Por tanto, es la etapa que puede determinar el sentido de la vida y el bienestar futuro. El aborto en la adolescencia constituye un elemento fundamental que afecta la salud reproductiva de este sector de la sociedad, y no está exento de complicaciones inmediatas, mediatas y tardías que van desde los accidentes anestésicos, perforaciones uterinas, sepsis, hemorragias, enfermedad inflamatoria pélvica e incluso la muerte, hasta los más tardíos que favorecen la ocurrencia de un embarazo ectópico o la infertilidad. El embarazo no deseado no sólo implica un gran costo para los adolescentes y sus familias, sino que además es una carga económica enorme para las sociedades. El coste social incluye la asistencia pública para las madres con dificultades financieras, la implementación de programas educacionales y de desarrollo de habilidades para capacitar a las madres para que logren independencia económica y la pérdida de ingresos tributarios a causa de menor empleo y ganancias.⁴

7.3.4.2 Factores que influyen en el embarazo adolescente

Biológicos

Menarquía: la edad de la pubertad ha declinado desde 17 años en el siglo XIX alrededor de 12 a 13 años, actualmente lo que conduce a que las adolescentes sean fértiles a una edad menor, sumado al resultado de investigaciones que reportan que el uso de los métodos de planificación en los adolescentes de Latinoamérica sigue siendo bajo, exponiéndose al riesgo de embarazarse a edades tempranas. El periodo entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales.⁶

7.3.4.3 Factores socioculturales que contribuye al embarazo en la adolescencia

Factores Individuales:

Dificultad para planear proyectos a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima y poca confianza, sentimientos de desesperanza, falta de actitud preventiva, menarquía precoz, conducta de riesgo, abuso de alcohol y drogas, abandono escolar, dificultad para mejorar sus condiciones de vida, insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento, antecedentes familiares, familias conflictivas o en crisis, madres que han estado embarazadas en su adolescencia.⁶

Psicosociales

Las practicas adquiridas por los adolescentes, en ocasiones debido al mismo desconocimiento o desinterés al tema o influenciados por factores sociales que permiten que los adolescentes se desorienten y busquen caminos erróneos y que desencadenan en embarazos no deseados.⁶

El embarazo en la adolescencia muy pocas veces es casual y menos aun conscientemente buscado. Obedece en general a una serie de causas, entre algunas: psicológicas, socioculturales y familiares.⁶

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. En la adolescencia, el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas eso no les va a pasar, pues eso solamente les ocurre a otras. La necesidad de probar su fecundidad, estando influenciadas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia. Dentro de las causas psicológicas se mencionan:⁶

1. Desean tener un hijo para reconstruir la ternura materna o para construir la que no han tenido.
2. Para conseguir un marido que las acompañe y las ayude a sobrevivir económicamente.
3. Para castigar a los padres por su incomprensión.

4. Para irse de un hogar disfuncional, huir de un ambiente difícil.

5. Agradar al novio.

Factores Sociales

Existe abundancia de propaganda que incita las relaciones sexuales, tendencia a la reproducción de la madurez materna (hijos a temprana edad), falta de acceso a los servicios de planificación familiar. Una unidad psicosocial sujeta a la influencia de los factores socioculturales, protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis.⁶

Factores culturales

El embarazo de la adolescente está relacionado con la condición de la mujer en las diferentes sociedades. Esta se describe en términos de su ingreso, empleo, educación, salud y fertilidad y también los roles que ella desempeña en la familia y la comunidad. También incluye la percepción de la sociedad sobre estos roles y el valor que esta le otorga. El estereotipo de la mujer de baja condición es la mujer con un niño al pecho, embarazada y varios niños más alrededor de su falda. Es la mujer para quien la maternidad ha sido el único destino desde su nacimiento, ella se ve mayor de la edad que tiene, su salud está revestida por embarazos a repetición, la maternidad y el trabajo doméstico agotador. Es típico su baja escolaridad, falta de ingreso, falta de empleo, salud inadecuada y falta de acceso a la salud.⁶

El machismo y la necesidad del varón de probarse es un factor dinámico en el comportamiento del varón "preñador", en el que también se ha demostrado la exigencia de una gran carencia afectiva y necesidades no satisfechas. El machismo influencia el patrón de conducta sexual y el uso de métodos anticonceptivos (especialmente entre los adolescentes). La imagen de una mujer pasiva, silenciosa, dependiente, es el resultado de una generación de privación y restricciones impuestas para mantener el dominio masculino en la vida diaria.⁶

A pesar de encontrarnos en medio de poblaciones urbanas con mejores posibilidades aparentemente de acceso a los servicios de salud, mejor nivel de vida social y económico, se

evidencian dentro de las atenciones realizadas y visitas domiciliarias a las familias, la presencia factores culturales que son heredados y/o incluso traídos de las áreas rurales y que influyen directamente en la salud de las/los adolescentes. Expresiones tales como: “con la primera vez no vas a quedar embarazada”; “el hombre no tiene responsabilidad del embarazo” entre otras, se ponen de manifiesto en algunas ocasiones por ellos.⁶

Culturalmente existe una mayor tolerancia del medio a la maternidad de adolescentes, ya que las poblaciones en el área rural consideran que las mujeres deben tener a sus hijos en su juventud.⁶

Históricamente y culturalmente, el embarazo adolescente se ha considerado como una preocupación femenina, y al hombre se le ha tratado solamente como a un compañero silencioso. Como los varones no se embarazan ni enfrentan las mismas consecuencias que las muchachas que quedan embarazadas, y la mayoría de métodos anticonceptivos están diseñados para uso y cumplimiento por parte de la mujer, su papel en el uso de anticonceptivos es frecuentemente ignorado. Sin embargo, los varones adolescentes pueden influenciar positiva o negativamente a su joven pareja en la decisión de usar anticonceptivos. Muchas veces los adolescentes varones admiten sentirse presionados para ser independientes, asumir riesgos y esconder sus emociones, reforzando así los conceptos de machismo.⁶

Nivel de escolaridad

La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes. La precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, más bien 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.⁶

La educación se ha descrito como el medicamento contra el fatalismo. Las mujeres analfabetas de los sectores rurales no entienden de la fisiología de la reproducción o como controlarla, en consecuencia, aceptan el embarazo como una voluntad divina, una mujer sin educación está menos informada e indispuesta a buscar cuidados para su salud y atención médica. Se describe como factor de riesgo la baja escolaridad, las zonas de pobreza con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad familiar

disfuncionales, falta de recursos a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo.⁶

El bajo nivel educativo está relacionado con la falta de proyectos de vida, metas de superación, preparación para el empleo, lo cual incide principalmente para que las jóvenes vean en las uniones tempranas la forma de independizarse de la familia y económicamente.⁶

El fenómeno de la migración de los padres en busca de trabajo y de los mismos jóvenes con motivo de estudios, índice en la pérdida del vínculo familiar y el cuidado de la familia, exponiendo principalmente a las adolescentes a mayor riesgo de embarazo temprano.⁶

Religiosidad

La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente. En la actualidad pocos adolescentes asisten a iglesias o siguen las normas establecidas por las mismas dando como resultado mayor promiscuidad. En las comunidades rurales la mayoría tiene aún como temas tabúes la sexualidad del adolescente lo cual se ve influenciado por costumbres religiosas encontradas en dichas poblaciones.⁴

Factores Familiares

Familia disfuncional (tensión y conflicto familiar), familia en crisis, pérdida de un familiar, enfermedad crónica de algún familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, vínculo más estrecho con el padre, padre ausente.⁴

La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los micros ambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia. Un mal funcionamiento puede predisponer a una relación sexual prematura, un adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de las relaciones sexuales y además puede encontrar alivio a la soledad y abandono a través de un embarazo que le

permita huir de un lugar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto.⁶

La homeostasis familiar que se establece entre los miembros facilita una relación emocional y física, promueve el desarrollo individual y familiar para mantener el equilibrio, cada familia utiliza valores, normas y reglas que condicionan y marcan las relaciones tanto en el medio externo como en el interno. Las adolescentes se enfrentan a una diversidad de problemas dentro de los cuales se encuentran: Al estar presente los problemas económicos en el hogar, la adolescente trata de conseguir un marido que la acompañe y la ayude a sobrevivir económicamente; frecuentemente pasan de la dependencia de los padres a la dependencia del marido. Se menciona además los ingresos económicos insuficientes, conduciendo así a un embarazo precoz.⁶

También los padres por no tener un conocimiento sobre el tema o por vergüenza de tratar estos temas de sexualidad con sus hijos les niegan la sabiduría que ellos poseen, los padres de la actualidad deben de tener tiempo para hablar con sus hijos de las decisiones que tomen y que deben tener una responsabilidad por cada decisión que tomen como individuos productivos de una sociedad tan abierta a los cambios.⁶

Otra determinante importante es la familia disfuncional uniparentales o con conductas promiscuas, la violencia intrafamiliar, falta de diálogo entre padres e hijos, lo cual genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.⁶

Factores económicos

Es bien sabido que la pobreza y la inequidad social van asociadas con resultados poco saludables para los adolescentes, incluyendo su salud sexual. Estos resultados incluyen una mala nutrición, atención en salud inadecuada (incluyendo cuidados prenatales y salud reproductiva) y bajo rendimiento escolar. Las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser pobres, así como tienen mayor probabilidad de iniciar su vida sexual a una edad más temprana, quedar embarazadas y tener hijos. Los adolescentes con menor educación y menos oportunidades para generar ingresos se convierten en víctimas de un ciclo continuo de pobreza. La falta de independencia económica limita la capacidad de las jóvenes

para abandonar relaciones de riesgo y las predispone a intercambiar relaciones sexuales por beneficios económicos.⁵

Aún persiste el mito: las mujeres más jóvenes (adolescentes) son buscadas para el comercio sexual por qué no pueden estar infectadas con Infecciones de transmisión sexual o VIH y, por lo tanto, los hombres las consideran más deseables. La creencia en adolescentes de que los anticonceptivos producen infertilidad y daños a su salud, que no pueden quedar embarazadas en "la primera vez", aún son notorios, inclusive en áreas urbanas (Factores que inciden en el embarazo en adolescentes en El Salvador, Programa interagencial de empoderamiento de las mujeres adolescentes, PIEMA 2004).⁵

La persistencia de mitos, tabúes y creencias en los adolescentes es más notoria dentro del grupo y persisten expresiones:

1. "Cuando una adolescente se embaraza se siente más tranquila y mejor consigo misma". Tener hijos/as es una gran realización para las personas y una experiencia maravillosa si hay condiciones adecuadas para ello. Sin embargo, cuidar un bebé significa una gran responsabilidad de tiempo y dinero. Generalmente los/as adolescentes no tienen esas condiciones y deben sacrificar mucho tiempo para asegurar a su bebé lo que necesita, esto les resta tiempo para realizar sus actividades lo cual no siempre da tranquilidad y sensación de satisfacción.⁵
2. "Entre más hijos/as tiene un hombre más hombre es. La masculinidad no se manifiesta por el número de hijos/as que un hombre tiene, ser un hombre valioso implica ser responsable, estar consciente de sus derechos, pero también de sus obligaciones y respetar a las demás personas. Tener bebés y no estar preparado para atenderlos, ni dispuestos a darles el cariño y la atención que merecen no es ser un hombre valioso, es ser irresponsable.⁵
3. "si una mujer no le tiene un hijo/a para un hombre no le demuestra su amor". El amor se demuestra cotidianamente durante la relación de pareja, y el deseo de tener hijos/as con otra persona generalmente se da dentro de una relación amorosa; sin embargo, los hijos/as no deben ser utilizados para demostrar o conseguir cosas de los demás sino por su deseo y la posibilidad real de tenerlos.⁵

4. "Las mujeres nerviosas necesitan de un hombre y de un hijo/a para curarse". La fortaleza, la seguridad, y la estabilidad emocional se consiguen a través de relaciones de pareja y familiares satisfactorias, necesidades resueltas y buen estado de salud entre otras cosas. Una madre adolescente que ya tiene problemas en su vida sin resolver, difícilmente podrá encontrar la solución a sus problemas adicionando responsabilidades a su vida.⁵
5. "Los hijos/as deben tenerse jóvenes para gozarlos". Definitivamente que los hijos/as necesitan de la fortaleza y vigor de sus padres y entre más tiempo puedan disfrutarlos más reconfortante será para ambos. Sin embargo, esto es tan importante como la seguridad y la estabilidad de los padres, condiciones que un adolescente difícilmente tiene. La juventud apenas empieza a los 20 años y entre más condiciones haya adquirido el/la joven para brindar a sus hijos/as mayores serán los beneficios.⁵
6. "Entre más temprano tenga hijos/as una mujer es mejor". Los hijos/as deben tenerse cuando los futuros padres tienen las condiciones físicas, afectivas y económicas adecuadas, así como la madurez necesaria para ejercer la maternidad y la paternidad. Además, el hecho de tener un desarrollo corporal que permite un embarazo, no asegura la madurez psicológica de una madre para afrontar esa responsabilidad.⁵

La maternidad en las jóvenes son hechos frecuentes de lo que la sociedad quiere aceptar, son hechos muy relevantes que afectan la salud integral tanto de los padres, como la de los hijos, familiares y la sociedad entre sí.⁵

7.3.5 Embarazo adolescente en El Salvador y estadísticas

El informe final de la Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL 2008, evidencia que la edad promedio del inicio de las relaciones sexuales es de 16.3 años para mujeres y 15 años para hombres.⁷

A demás se muestra que, del total de mujeres de 15 a 24 años de edad, la mitad de ellas ya experimento al menos una relación sexual (51%). (Encuesta nacional de salud familiar FESAL 2008, literal 7.3, página 140).

Los resultados de FESAL-2008 muestran que, en el grupo de mujeres de 15 a 19 años, alrededor del 18 por ciento tiene al menos un(a) hijo(a) actualmente vivo(a), cifra que asciende a alrededor del 56 por ciento en el grupo de 20 a 24 años de edad. Los datos indican que en promedio las mujeres adolescentes o jóvenes quedan embarazadas de hombres de mayor edad que ellas, siendo la edad promedio de 17.3 años para ellas y 22.5 años para ellos.⁷

El 37% de mujeres cuya primera relación ocurrió cuando tenían menos de 15 años declaró que la pareja era de 3 a 5 años mayor que ella y para el 45% la pareja era 6 o más años mayor. Esta información confirma que las adolescentes que tienen su primera relación sexual a edad más temprana, están más propensas a tener parejas sexuales mayores que ellas.⁷

La proporción cuya primera relación sexual fue pre marital asciende rápidamente del 11.3 por ciento entre las mujeres de 15 años de edad actual a un 43 por ciento entre las de 19 años y sigue ascendiendo hasta alcanzar un 62 por ciento en el grupo con 24 años de edad.⁷

Según la FESAL 2008, prácticamente ocho de cada 10 mujeres de 15 a 24 años con experiencia sexual tuvieron al menos un embarazo, pero contrario a la primera relación sexual, es mayor el porcentaje de embarazos que se clasifica como marital que el clasificado como pre marital (22.1 contra 17 por ciento). El porcentaje con experiencia de embarazo (marital o pre marital) asciende rápidamente del 8.4 por ciento entre las que tienen 15 años de edad a un 43 por ciento entre quienes tienen 19, hasta llegar al 73 por ciento en el grupo de 24 años de edad actual.⁷

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos desfavorecidas, siendo un fenómeno transitorio que, de mejorarse las condiciones, podría descender.⁵ Los padres de familias, los maestros y otros adultos incluyendo el personal de salud que tiene contacto directo con los adolescentes influyen en el desarrollo físico y psicosocial y juegan un papel importante en la discusión de temas de salud sexual y reproductiva, así como en el abordaje de la violencia, abuso, coerción y violación.⁷

La desinformación relacionada con la salud sexual y reproductiva en la población adolescente y joven incide en la persistencia de pensamientos mágicos, fantasías de esterilidad que les hace creer que, al no tener relaciones sexuales frecuentes, con penetración incompleta, entre otros mitos, es otro factor determinante para el embarazo temprano.⁷

El uso de alcohol y drogas hace que la juventud adopte comportamientos de riesgo, como la falta de protección al momento de tener una relación sexo coital.⁷

San Salvador, 08 de julio de 2016. El estudio “Mapa de Embarazos en Niñas y Adolescentes en El Salvador 2015” revela que cada 21 minutos una niña o adolescente resultó embarazada en 2015, una situación “preocupante” afirmó la ministra de salud. (Fondo de población de las naciones unidas El Salvador, 2015)

Por su parte el Dr. Julio Robles Ticas, dijo que los datos, son alarmantes pero importantes ya que un embarazo entre esas edades es un riesgo para la vida de las niñas y que el estudio revela que en el año 2015 se registró que de las 83,478 embarazadas, 25,132 eran adolescentes entre 10 y 19 años, lo que representa un 30 %. (Fondo de población de las naciones unidas El Salvador 2015)

Al realizar un análisis general sobre la distribución de los embarazos, de acuerdo a edad en los catorce departamentos del país, resulta que La Paz es el departamento donde los embarazos adolescentes tienen mayor peso porcentual con respecto al total de embarazos, ya que representan el 33%. (Fondo de población de las naciones unidas El Salvador, 2015)

Por el contrario, el departamento de Chalatenango tiene el menor peso con el 24% de embarazo adolescente; pero al ver la incidencia por municipios destacan Mercedes La Ceiba, Cinquera, San Agustín, Arambala y Torola. (Fondo de población de las naciones unidas El Salvador, 2015)

En el departamento de Santa Ana se encontró el 33% de embarazos en adolescentes en el primer trimestre del año 2018, teniendo un porcentaje alto por encima del esperado que es un 28%. (MINSAL, 2018) ⁷ En el transcurso del tiempo el embarazo precoz ha crecido considerablemente, tanto así que no se conocen las cifras exactas de jóvenes embarazadas en todo el mundo, sin embargo, se han realizado aproximaciones, las cuales proporcionan una estadística un 12,4% de los nacimientos registrados fueron de jóvenes menores de edad y de ese 12%, el 3% eran jóvenes de 10 y 15 años. Lo que demuestra que el embarazo precoz es un tema que se debe de tratar a toda hora y en todo lugar sin restricción alguna, mayormente estos embarazos pasan por mal información de los padres hacia sus hijos, o también de una

falta de información que proporcionen las escuelas de los riesgos que se hayan escondidos detrás del acto sexual.⁴

En la actualidad es común que los jóvenes comiencen demasiado pronto a experimentar con sus cuerpos y a practicar el sexo, y no son plenamente conscientes de que las consecuencias de no practicarlo con seguridad pueden condicionar el resto de su vida. No sólo se hace referencia a quedarse embarazada muy pronto, sino también a las enfermedades de transmisión sexual, algunas de las cuales pueden llegar a ser muy graves y de fatales consecuencias.⁴

Se detallan datos nacionales, obtenidos de la Unidad de Información, Monitoreo y Evaluación del Ministerio de salud Pública y Asistencia Social.

Tabla 7.1 Embarazo en adolescentes.

Inscripciones prenatales de 10 a 19 años en El Salvador.

Años	10 a 14 años	15 a 19 años	Total
2015	336	5919	6255
2016	299	5389	5688
2017	250	4930	5180
Total	885	16238	17,123

Fuente: SIMMOW

En la tabla anterior se muestra la tendencia de embarazos adolescentes observando una baja en los dos últimos años con relación con el año 2015, pero siendo una reducción baja aún.

Según datos de la Unidad de Monitoreo y evaluación del MSPAS en el año 2017, de las 18,825 inscripciones prenatales, el 36.3% se brindaron en mujeres adolescentes de 10 a 19 años. (MINSAL 2017)

La atención de partos en el año 2017, fue de 76,672 partos institucionales, de los cuales 31% fueron atendidos en mujeres adolescentes y entre este grupo el 5% en menores de 15 años.⁸

Tabla 7.2 Inscripciones prenatales de 10 a 19 años, en UCSFB Amate Blanco

Año/grupo de edad	10 a 14 años	15 a 19 años	TOTAL
2015	1	9	10
2016	1	5	6
2017	2	10	12
Total	4	24	28

Fuente: SIMMOW

Tabla 7.3 Inscripciones prenatales de 10 a 19 años, en UCSFI Metapán

Año/grupo de edad	10 a 14 años	15 a 19 años	TOTAL
2015	13	206	219
2016	9	187	196
2017	5	166	171
Total	27	559	586

Fuente: SIMMOW

Los datos reflejan, que si bien es cierto ha habido un descenso del número de adolescentes embarazadas en los últimos dos años, representa para la población un riesgo latente en la salud de las adolescentes y además repercute en aspectos sociales, educativos, económicos y psicológicos de las mismas adolescentes, familia y sociedad.

8. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador
Nivel educativo de la adolescente embarazada.	El bajo nivel educativo está relacionado con la falta de proyectos de vida, metas de superación, preparación para el empleo, por lo cual las jóvenes ven en las uniones tempranas una oportunidad de independencia.	Escolaridad	Ninguno Primaria Secundaria Bachillerato
Situación económica	La falta de independencia económica limita la capacidad de las jóvenes para abandonar relaciones de riesgo y las predispone a intercambiar relaciones sexuales por beneficios económicos.	Económica	Nivel de ingreso: Menor al salario mínimo Igual que el salario mínimo Mayor al salario mínimo
Factores psico conductuales	El cual engloba la interrelación entre los aspectos físicos, cognoscitivos y emocionales del desarrollo, es decir aquellas conductas que se adquieren a través de la experiencia, el modelado y el esfuerzo.	Proyecto de vida	Ausente Presente

CAPÍTULO III

9. DISEÑO METODOLÓGICO

9.1 Tipo de estudio

Estudio tipo descriptivo de corte transversal, analítico y cualitativo en el que existe una asociación significativa entre los fenómenos estudiados, y que permite realizar un análisis de los diferentes actores que influyen en la incidencia de embarazos en la adolescencia.

9.2 Universo

La población está constituida por 300 mujeres en edad adolescente, las cuales pertenecen al área geográfica de UCSFI Metapán y UCSFB Amate blanco, El Porvenir, en el departamento de Santa Ana.

9.3 Unidad de observación

Se efectuó un censo tomando en cuenta el 100% de las embarazadas durante el periodo correspondiente a la investigación, en la cual se ejecutó criterios de selección, inclusión y exclusión para el estudio. Se encuentran inscritas 60 adolescentes embarazadas en el momento del estudio, las cuales incluyen embarazos de primera vez y con embarazos previos, que son atendidas en la UCSFI Metapán y UCSFB Amate blanco en el periodo comprendido de marzo a agosto de 2018. Tomando 40 adolescentes embarazadas de UCSFI Metapán y 20 adolescentes embarazadas de UCSFB Amate blanco.

9.4 área de estudio:

Zona urbana del municipio de Metapán, del departamento de Santa Ana y zona rural del municipio de El Porvenir, departamento de Santa Ana, pertenecientes al área geográfica de responsabilidad de UCSFI Metapán y de UCSFB Amate blanco respectivamente, en el periodo de marzo a agosto de 2018.

9.5 grupo seleccionado

Se realizó un muestreo no probabilístico del grupo de participantes seleccionados en el estudio, que cumplan con los criterios siguientes:

- criterios de selección
- criterios de inclusión
- criterios de exclusión

9.5.1 criterios de selección

Población de estudio: adolescentes de 10 a 19 años embarazadas.

9.5.2 Criterios de inclusión

- Adolescentes embarazadas pertenecientes al área geográfica de responsabilidad de UCSFI Metapán y UCSFB Amate blanco en el periodo de marzo a agosto de 2018
- Adolescentes embarazadas que se inscribieron de enero a agosto de 2018, el programa de atención materna en UCSFI Metapán y UCSFB Amate blanco.
- Adolescentes embarazadas que se inscribieron en el periodo de estudio (marzo a agosto de 2018)

9.5.3 Criterios de exclusión

- Adolescentes embarazadas que se inscribieron en el programa materno que no pertenecen al área de responsabilidad de UCSFI Metapán y UCSFB Amate blanco.
- Adolescentes embarazadas que no corresponden al periodo de estudio.
- Adolescentes embarazadas mentalmente discapacitadas.
- Adolescentes embarazadas que no deseen participar en el estudio.

9.6 fuentes de información

La fuente de información se obtendrá de dos formas:

Fuentes de información primaria:

- adolescentes embarazadas
- equipo de salud de UCSFI Metapán y UCSFB Amate blanco.

Fuentes de información secundaria:

- revisión del libro materno.
- Revisión de expedientes clínicos de adolescentes embarazadas

Se desarrollo una guía de entrevista dirigida a visitas domiciliars, en consulta medicas ambulatorias de inscripciones y controles de embarazo y clubes de embarazadas. Además de una guía de revisión de expedientes clínicos de embarazadas que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión en el periodo comprendido de enero a agosto de 2018.

9.7 Instrumentos de recolección de datos

Guía de entrevista dirigida a las embarazadas adolescentes con preguntas cerradas y abiertas. Además, se elaboró una lista de chequeo para la revisión de expedientes clínicos, todo debidamente en relación con el estudio.

9.8 Procedimiento

Para llevar a cabo esta investigación se realizarán 2 reuniones con la dirección de las dos unidades de salud pertenecientes a esta investigación UCSFI Metapán y UCSFB Amate blanco, para la respectiva autorización, y como el estudio contribuirá a la prevención del embarazo en la adolescencia.

Luego de la autorización por partes de las dos direcciones a cargo de los centros de salud se elaborará guías para la entrevista y revisión de los documentos, siendo estos el libro materno-infantil y los expedientes clínicos de las adolescentes embarazadas de las unidades de salud correspondientes al estudio.

Partiendo de la información tomada del libro de atención materno-infantil y de los expedientes clínicos de las unidades de salud Metapán y Amate blanco, se elaborará una base de datos que contenga información como: fecha de inscripción al programa materno, edad,

dirección, factores de riesgo, escolaridad, estado civil, presencia de infecciones genitourinarias, todos estos datos comprendidos en marzo a agosto de 2018.

9.9 Consideraciones éticas

Se envió a la dirección de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Metapán, y a la coordinadora de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Amate Blanco, el día 2 de marzo de 2018 una solicitud de permiso y aprobación para elaborar la investigación denominada: **“PERFIL SOCIOCULTURAL DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA, ENTRE LAS EDADES DE 10 A 19 AÑOS EN UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA METAPÁN Y UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR BÁSICA AMATE BLANCO, EL PORVERNIR, EN EL DEPARTAMENTO DE SANTA ANA DE MARZO A AGOSTO DE 2018”**.

Obteniendo el permiso y la aprobación por parte de la dirección de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Metapán y de la coordinadora de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Amate Blanco, se procederá a realizar la investigación con los participantes de estudio, previo a la autorización informada por parte de ellos.

Se respetará por ética médica la información que se recolecte al pasar los instrumentos de investigación, guardando los nombres de las personas que proporcionen la información con un alias o sobrenombre o numeración correspondiente.

Posterior a conocer sobre el proyecto de investigación y los beneficios que traerá tanto para mí como para la población, y para la propia investigación nunca se menciona el investigador ni a la población involucrada. Además, bajo ninguna circunstancia los datos que se obtendrán en la encuesta serán utilizados para perjuicio o daño a la persona, familiares, ni a ningún otro, y que todo es ético y estrictamente profesional.

CAPÍTULO IV

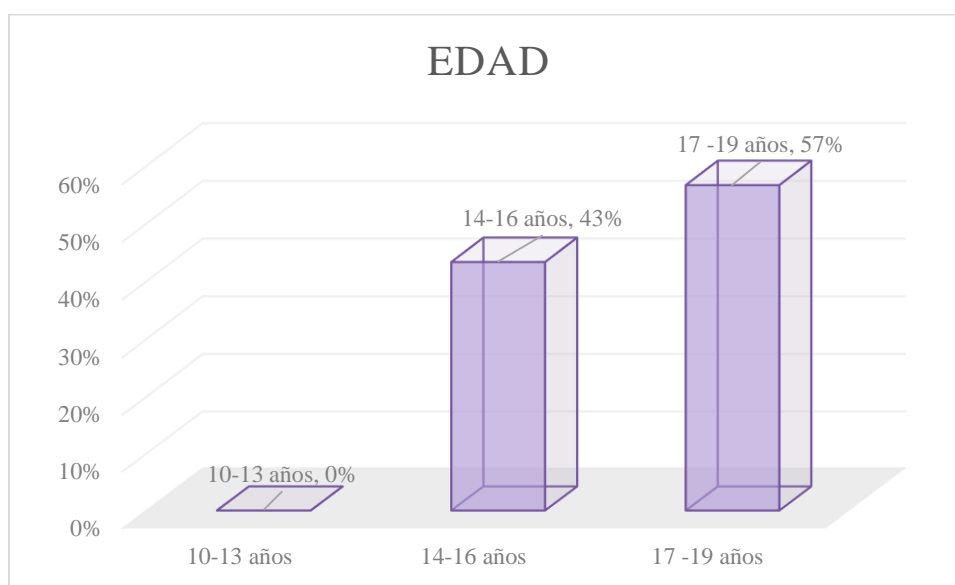
10. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

10.1 Resultados de guía de entrevista

Pregunta N° 1 ¿Qué edad tiene?

Edad	frecuencia	%
10-13 años	0	0%
14-16 años	26	43%
17-19 años	34	57%
Total	60	100%

Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



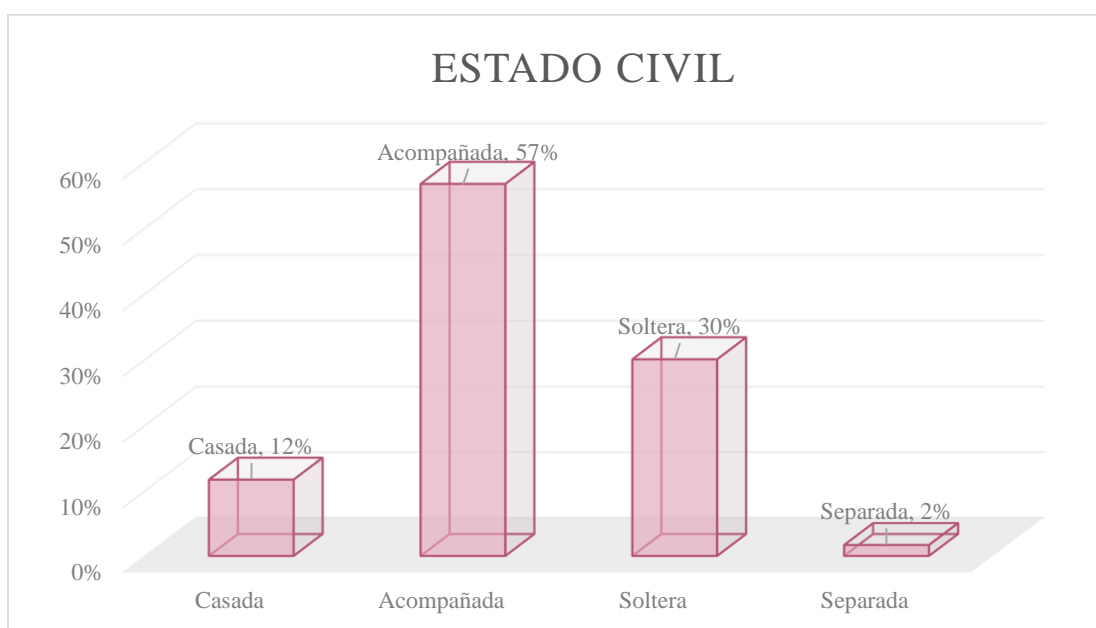
Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.

Poco más de la mitad de la población encuestada exactamente un 57%, sus edades rondan entre los 17 y 19 años de edad, y un 43% de la población encuestado sus edades están comprendidas entre los 14 y 16 años de edad. La mayor parte de la población encuestada en dicho trabajo de investigación comprende entre las edades de 17 y 19 años, periodo establecido como el final de la adolescencia, en el cual ya se ha alcanzado cierto desarrollo físico y mental, y es importante recalcar que muchas de ellas van ya por más de un embarazo.

Pregunta N° 2 Estado civil:

Estado civil:	Frecuencia	%
Casada	7	12%
Acompañada	34	57%
Soltera	18	30%
Separada	1	2%
Total	60	100%

Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



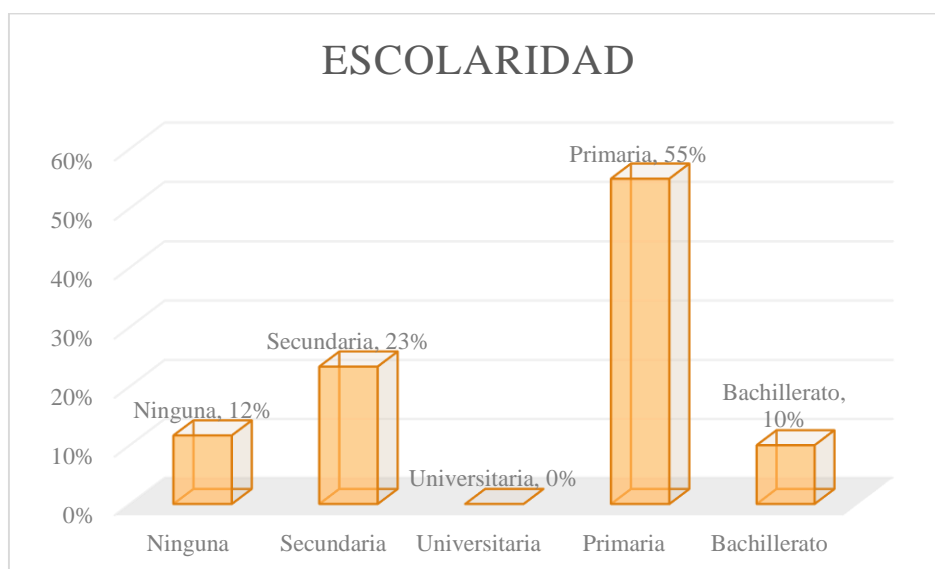
Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.

De acuerdo a los datos obtenidos, en cuanto al estado civil de las pacientes adolescentes embarazadas el 57%, está acompañada, le sigue con un 30% el estado civil soltera, casadas un 12% y por último un 2% están actualmente separadas. La mayoría de las adolescentes, y en el caso de la pareja no ha adquirido el compromiso de establecer una relación formal ante la ley, por lo cual deciden establecer una relación de unión libre, también hay excepciones, es importante aclarar que en segundo lugar el estado civil soltera, debido a que ha esta etapa de la vida las parejas de las adolescentes no quieren ningún compromiso marital mucho menos económico con las adolescentes.

Pregunta N° 3 Escolaridad:

Escolaridad:	Frecuencia	%
Ninguna	7	12%
Secundaria	14	23%
Universitaria	0	0%
Primaria	33	55%
Bachillerato	6	10%
Total	60	100%

Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



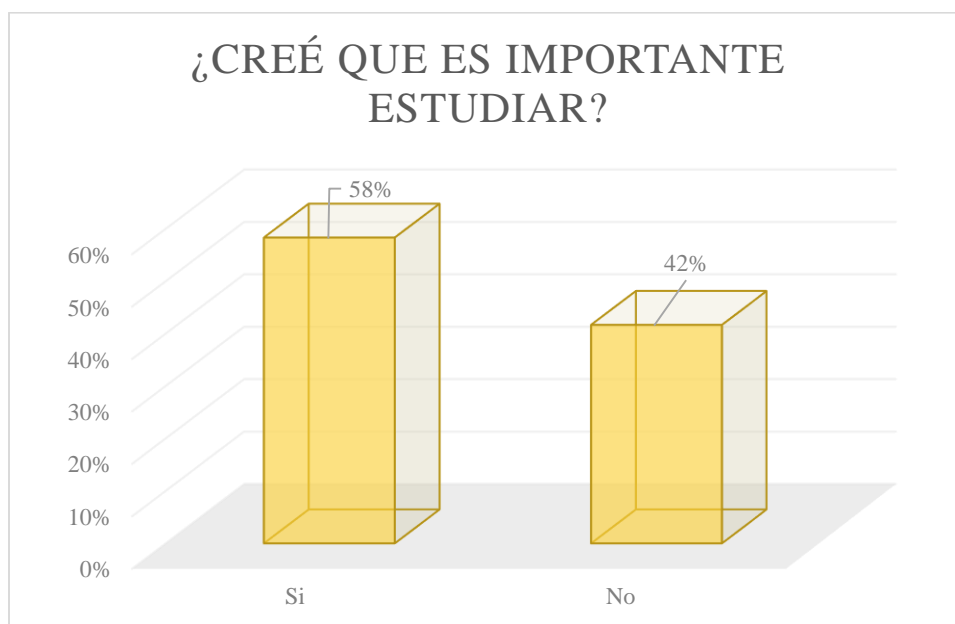
Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.

Más de la mitad de la población adolescente cuenta con educación básica primaria un 55%, en segundo lugar, un 23% de las adolescentes cuentan con educación básica secundaria, un 12% de las adolescentes no cuentan con ningún tipo de escolaridad y en último lugar un 10% con bachillerato. La mayoría de las adolescentes cuentan con educación básica primaria, es importante tomar en cuenta que en la mayor parte de ellas el embarazo obstaculizo su derecho a la educación, ya sea porque se vieron forzadas a trabajar o por los estigmas que la sociedad les impone, a adoptar su nuevo rol como ama de casa, también muchas de ellas debido a las carencias económicas ya no tuvieron acceso a ningún tipo de educación.

Pregunta N° 4 ¿Creé que es importante estudiar?

Respuesta	Frecuencia	%
Si	35	58%
No	25	42%
Total	60	100%

Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



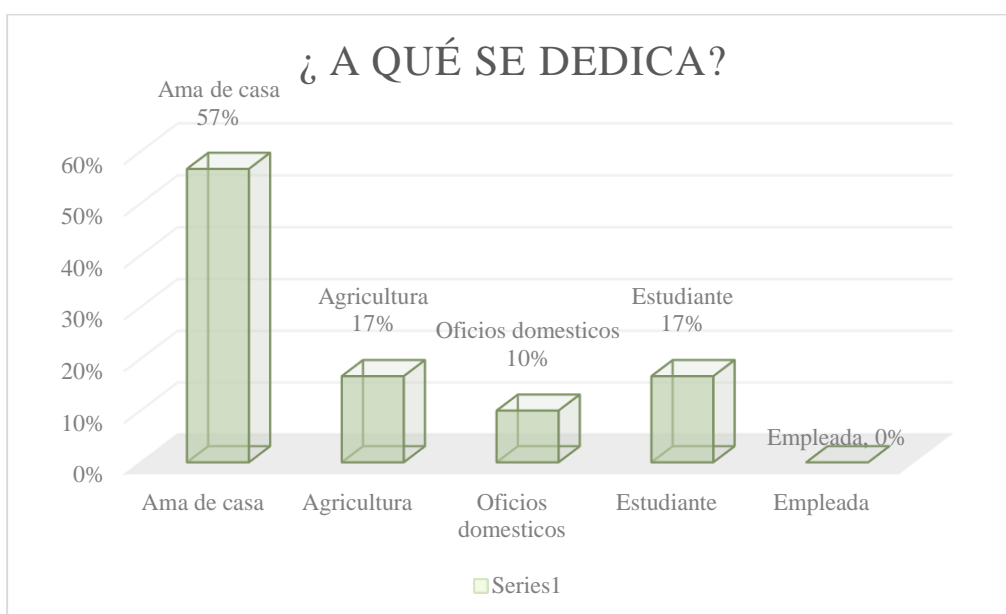
Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.

En cuanto a esta pregunta un 58% de las adolescentes entrevistadas dicen que si es de suma importancia estudiar y un 42% de ellas dice que no es importante. Es importante recalcar que más de la mitad de las adolescentes entrevistadas dice que es de suma importancia estudiar, cabe recordar que solo un 10% de ellas termina el bachillerato y ninguna alcanza estudios superiores, es importante tomar en cuenta los diferentes factores que influyeron en ello, ya sea el embarazo a temprana edad, la situación económica y por supuesto la falta de oportunidades que existe para este grupo de población.

Pregunta N° 5 ¿A qué se dedica?

Actividad	Frecuencia	%
Ama de casa	34	57%
Agricultura	10	17%
Oficios domésticos	6	10%
Estudiante	10	17%
Empleada	0	0%
Total	60	100%

Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



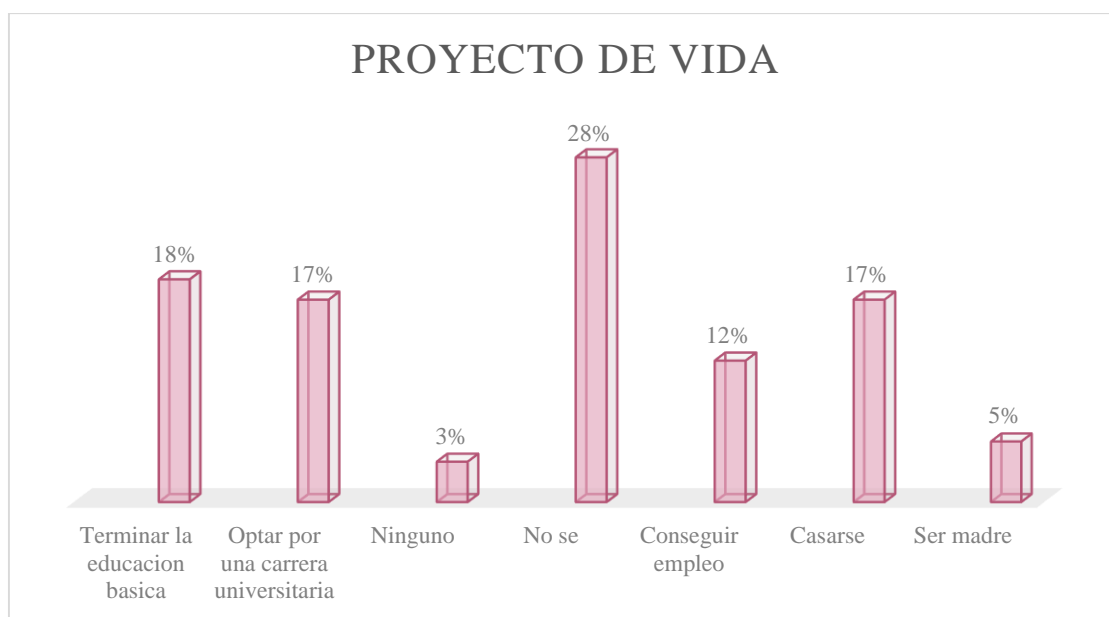
Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.

A la actividad en la cual con mayor frecuencia se dedica la adolescente se encuentra en primer lugar con un 57% ama de casa, le siguen en segundo lugar con un 17% agricultura y estudiante, un 10% trabaja en oficios domésticos. La mayoría de las adolescentes embarazadas son amas de casa, en cuanto a esto, es debido que en la sociedad salvadoreña el hombre adopta el rol de proveedor, actualmente hay muchas de ellas que trabajan en igualdad de condiciones con su pareja, pero esto es nuevo más que todo en el área rural, es importante recalcar que sus decisiones dependen de su pareja, incluyendo la planificación familiar.

Pregunta N° 6 Antes de estar embarazada ¿Cuál era su proyecto de vida?

Respuestas	Frecuencia	%
Terminar la educación básica	11	18%
Optar por una carrera universitaria	10	17%
Ninguno	2	3%
No se	17	28%
Conseguir empleo	7	12%
Casarse	10	17%
Ser madre	3	5%
Total	60	100%

Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



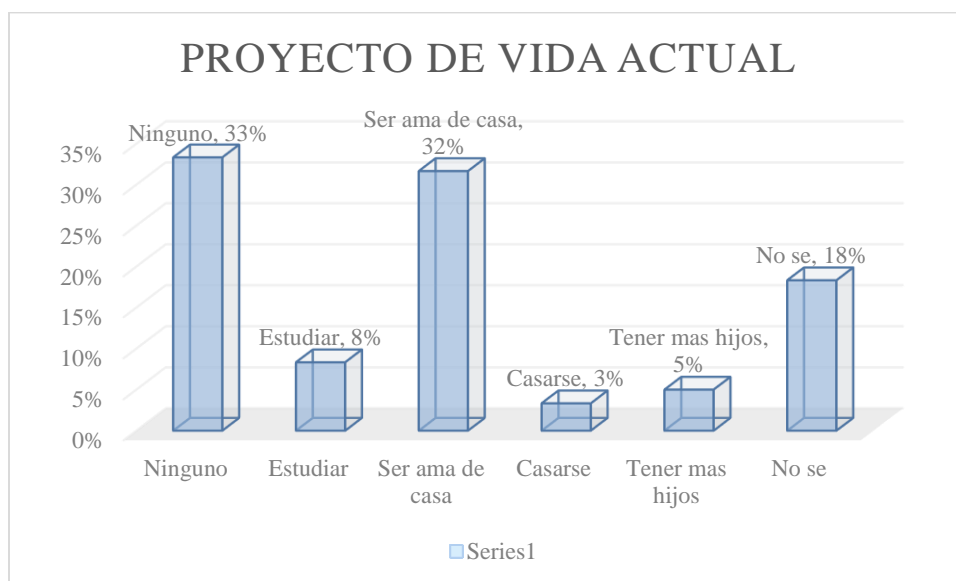
Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.

Un 28% de las adolescentes entrevistadas no sabe cuál es su proyecto de vida, le siguen en segundo lugar con un 18% terminar la educación básica, en tercer lugar, con un 17% optar por una carrera universitaria y casarse, le sigue con un 12% conseguir empleo, con 5% ser madre y por último con un 3% no tiene ningún proyecto de vida. Es importante recalcar que un 28% de las adolescentes embarazadas no tenían un proyecto de vida antes del embarazo, es decir ni siquiera sabían de qué se trataba, en cuanto a esto es importante recalcar tanto la educación que la paciente recibe en su hogar y en la escuela para tener aspiraciones más altas y brindarles los medios necesarios para conseguirlo.

Pregunta N° 7 ¿Actualmente cuál es su proyecto de vida?

Proyecto de vida	Frecuencia	%
Ninguno	20	33%
Estudiar	5	8%
Ser ama de casa	19	32%
Casarse	2	3%
Tener más hijos	3	5%
No se	11	18%
Total	60	100%

Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



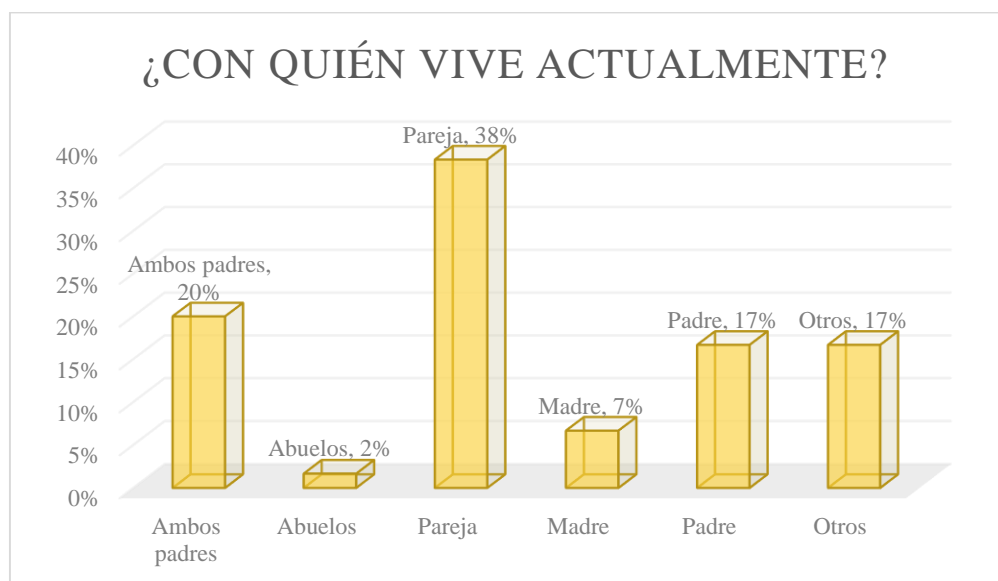
Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.

En su actual proyecto de vida contemplan en primer lugar con un 33% ninguno le sigue en segundo lugar ser ama de casa, un 18% no sabe, un 8% estudiar y por último con un 5% tener más hijos. Mas de la mitad de las adolescentes no tienen ningún proyecto debido después de su embarazo, esto debido a que dependen de otras personas tanto económica como mentalmente para la toma de decisiones, no tienen autonomía, por lo cual pierden ese derecho.

Pregunta N° 8 ¿Con quién vive actualmente?

Respuesta	Frecuencia	%
Ambos padres	12	20%
Abuelos	1	2%
Pareja	23	38%
Madre	4	7%
Padre	10	17%
Otros	10	17%
Total	60	100%

Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



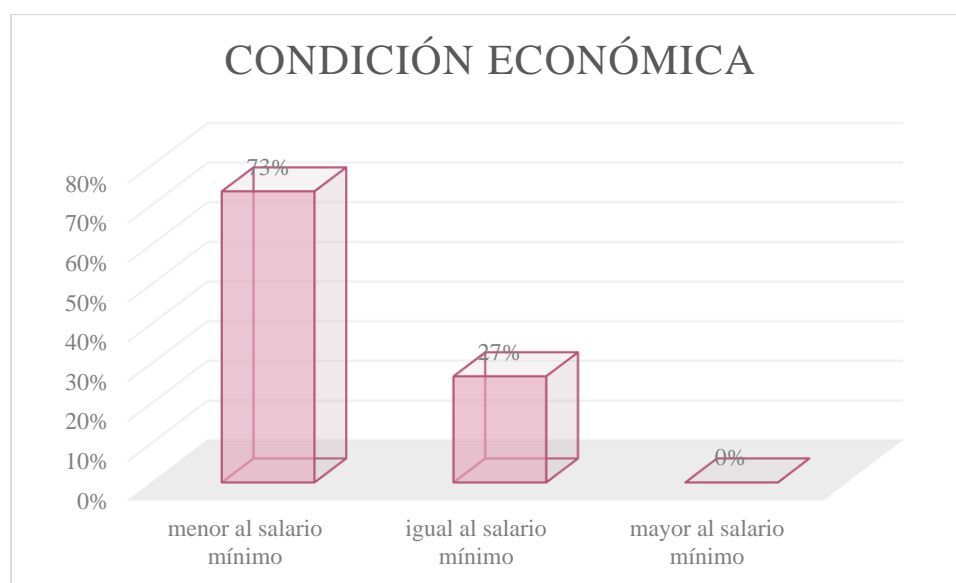
Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.

Más de la mitad de las adolescentes exactamente un 38% viven con su pareja, un 20% viven con ambos padres, un 17% con padre y otras personas (llámense tíos, hermanas, hermanos, amigos), un 7% con la madre y un 2% con los abuelos. La mayoría de las adolescentes embarazadas viven con su pareja, es importante recalcar que la mayor parte de ellas está acompañada y no tienen un proyecto de vida, por lo cual dependen de su pareja para la toma de decisiones.

Pregunta N° 9 ¿Cuál es la condición económica de su familia?

Respuesta	Frecuencia	%
Menor al salario mínimo	44	73%
Igual al salario mínimo	16	27%
Mayor al salario mínimo	0	0%
Total	60	100%

Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



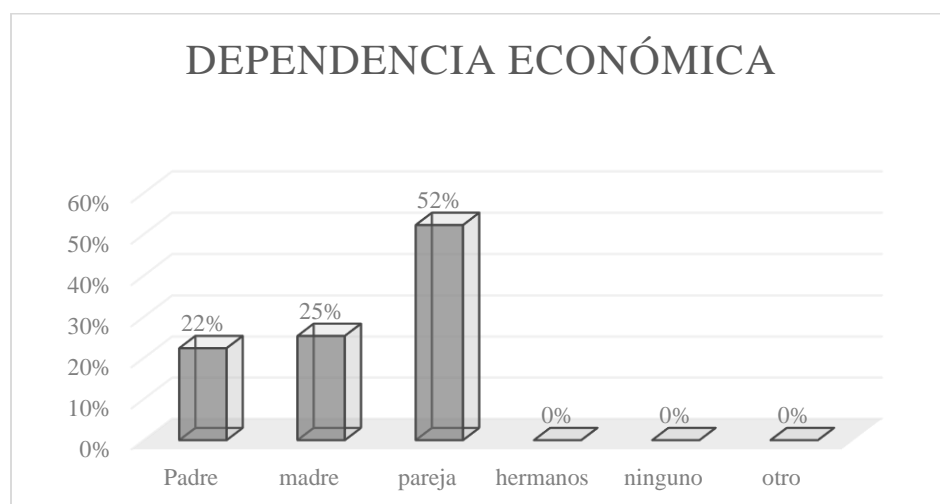
Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.

En cuanto a la condición económica de las adolescentes un 73% ganan menos del mínimo, y un 27% ganan igual al salario mínimo. La mayor parte de las adolescentes embarazadas son de escasos recursos económicos, podría ser que buscan en el embarazo la adquisición de un nuevo estatus económico y social, y ven en ello una nueva forma de mejorar su nivel de vida, y salir de la pobreza y de la dependencia económica de sus padres o cualquier persona que este al cuidado de ellos.

Pregunta N°10 ¿De quién depende económicamente?

Respuestas	Frecuencia	%
Padre	15	22%
Madre	17	25%
Pareja	35	52%
Hermanos	0	0%
Ninguno	0	0%
Otro	0	0%
Total	67	100%

Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



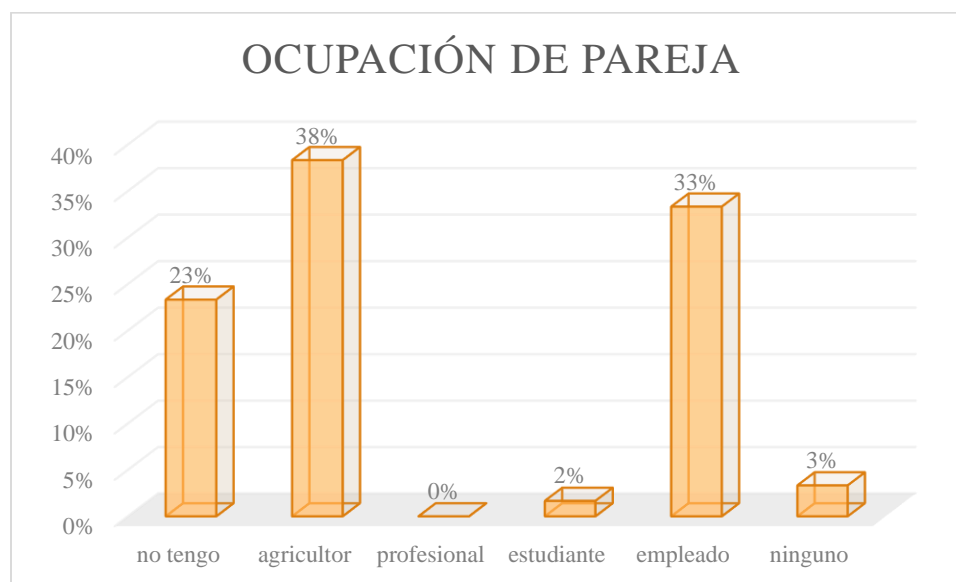
Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.

Más de la mitad de las adolescentes 52% dependen económicamente de su compañero de vida mientras que en un 25% dependen de la madre y el otro 22% de ambos padres. Según los datos obtenidos en la entrevista más de la mitad de las adolescentes dependen económicamente de sus parejas lo que refleja que en muchos casos el compañero de vida asume su rol de proveedor, pero casi en igualdad de porcentaje están, las adolescentes que son apoyadas económicamente por sus padres, aportando una carga mas a su condición económica que como vimos es de escasos recursos.

Pregunta N°11 ¿A qué se dedica actualmente su pareja o compañero de vida?

Ocupación	Frecuencia	%
no tiene pareja	14	23%
Agricultor	23	38%
Profesional	0	0%
Estudiante	1	2%
Empleado	20	33%
Ninguno	2	3%
Total	60	100%

Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



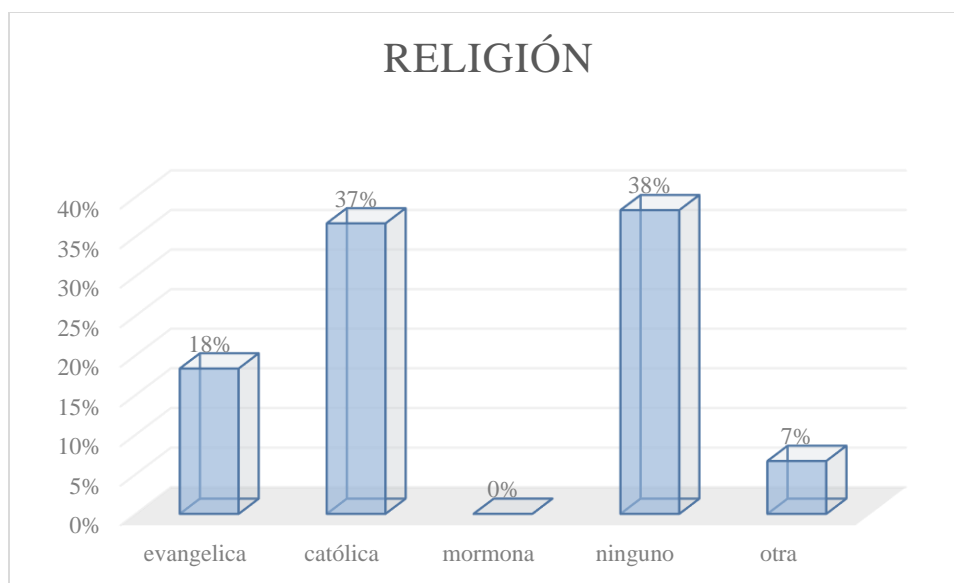
Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.

El 38% de las encuestadas refieren que la ocupación actual de su pareja es agricultor, 33% son empleados, 23% de las mujeres embarazadas entrevistadas no tienen pareja actualmente, el 3% de las parejas no trabajan actualmente y el 2% afirman que sus parejas son estudiantes. En su mayoría las parejas de las embarazadas reflejan tener un trabajo informal lo cual genera bajos ingresos por lo tanto la calidad de vida disminuye, menos de un cuarto de las muestras refieren no tener pareja lo cual las convierte en madres solteras lo cual refleja que las mujeres deben buscar los medios para subsistir el resto de la población no tienen un trabajo ya que son estudiantes.

Pregunta N °12 ¿Cuál es su religión?

Religión	Frecuencia	%
Evangélica	11	18%
Católica	22	37%
Mormona	0	0%
Ninguno	23	38%
otra	4	7%
Total	60	100%

Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



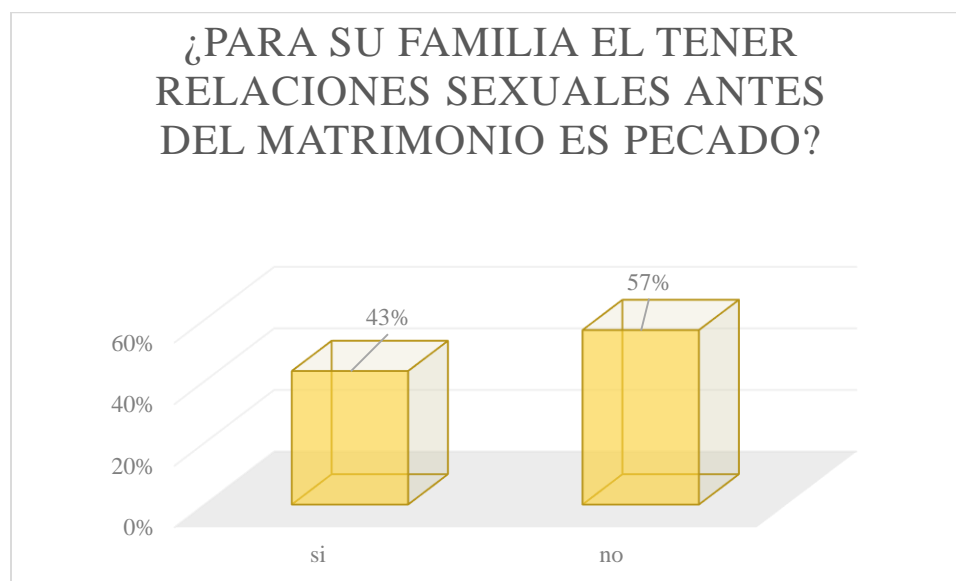
Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.

El 38% afirman no tener una religión o asistir a una iglesia, otro 37% de la población entrevistada dicen pertenecer o asistir a una iglesia católica, un pequeño porcentaje del 18% son evangélicas y un mínimo porcentaje del 7% no pertenecen a ninguna religión. El mayor porcentaje de las embarazadas entrevistadas no pertenecen o asisten a una iglesia; en general podemos decir que el asistir o no a una iglesia o el pertenecer a una religión en específico no garantiza que las mujeres inicien sus relaciones sexuales o tengan embarazos a temprana edad ya que esto se refleja en la educación y los valores que fueron inculcados por sus padres.

Pregunta N° 13 ¿para su familia el tener relaciones sexuales antes del matrimonio es pecado?

Repuesta	Frecuencia	%
Si	26	43%
No	34	57%
Total	60	100%

Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



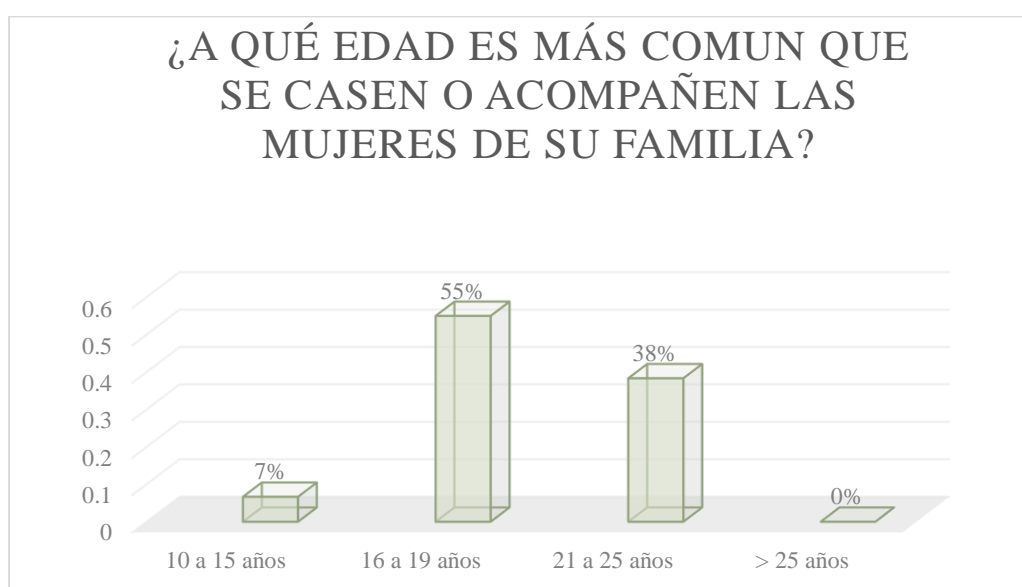
Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.

En su mayoría las mujeres afirman con un 57 % que sus familiares consideran que las relaciones sexuales antes del matrimonio no son pecado, el otro porcentaje del 43% manifiestan que sus familiares si consideran que las relaciones sexuales antes del matrimonio es un pecado. Según los datos obtenidos por las mujeres entrevistadas podemos afirmar que los familiares de estas consideran que las relaciones sexuales antes del matrimonio no son pecado puesto que ven el tener relaciones sexuales como una práctica normal y deliberada, esto se debe también a la falta de valores como también a la falta de educación sexual que estos puedan tener y el resto de la población dicen que si es pecado ya que tal vez pertenecen o asisten a una religión.

Pregunta N° 14 ¿a qué edad es más común que se casen o acompañen las mujeres de su familia?

Edad	Frecuencia	%
10 a 15 años	4	7%
16 a 19 años	33	55%
21 a 25 años	23	38%
> 25 años	0	0%
Total	60	100%

Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



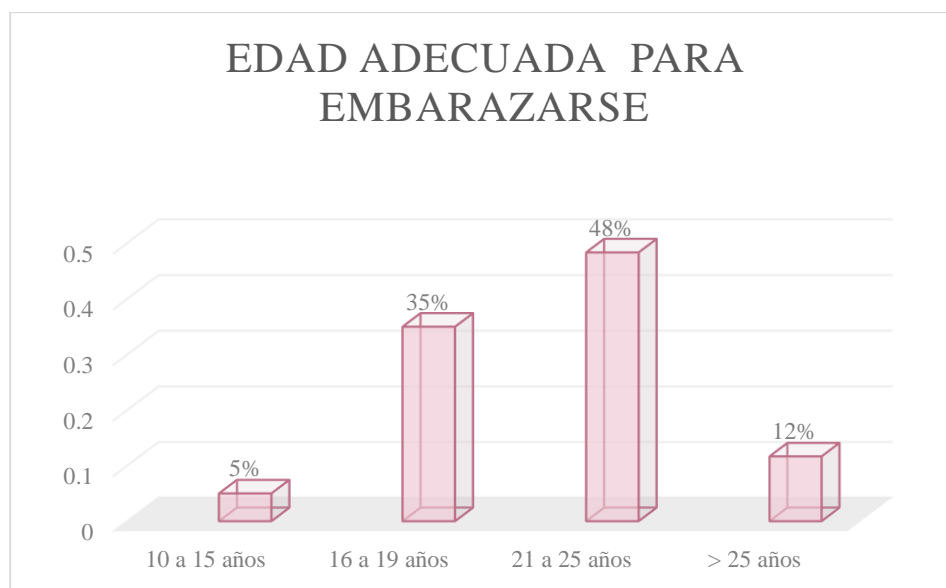
Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.

En un 55% las mujeres manifiestan que las mujeres en su familia se acompañan o casan a la edad de los 16 a 19 años, un 38% entre los 21 a 25 años y el resto un 7% entre los 10 y 15 años. En su mayoría la mujeres afirman que dentro de sus familias es más común que se casen o acompañen entre los 16 y 19 años lo que se refleja que dentro de la zona rural es más común esta práctica ya que ellas consideran que sirven para los que hacen de la casa y para criar a sus hijos lo cual implica que estas no pueden desarrollarse normalmente en todos los aspectos o áreas de su vida, otras afirman que es más común que se casen o acompañen entre los 21 y 25 años lo cual consideramos que es una edad bastante adecuada.

Pregunta N° 15 ¿para usted cuál es la edad indicada para quedar embarazada?

Edad	Frecuencia	%
10 a 15 años	3	5%
16 a 19 años	21	35%
21 a 25 años	29	48%
> 25 años	7	12%
Total	60	100%

Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



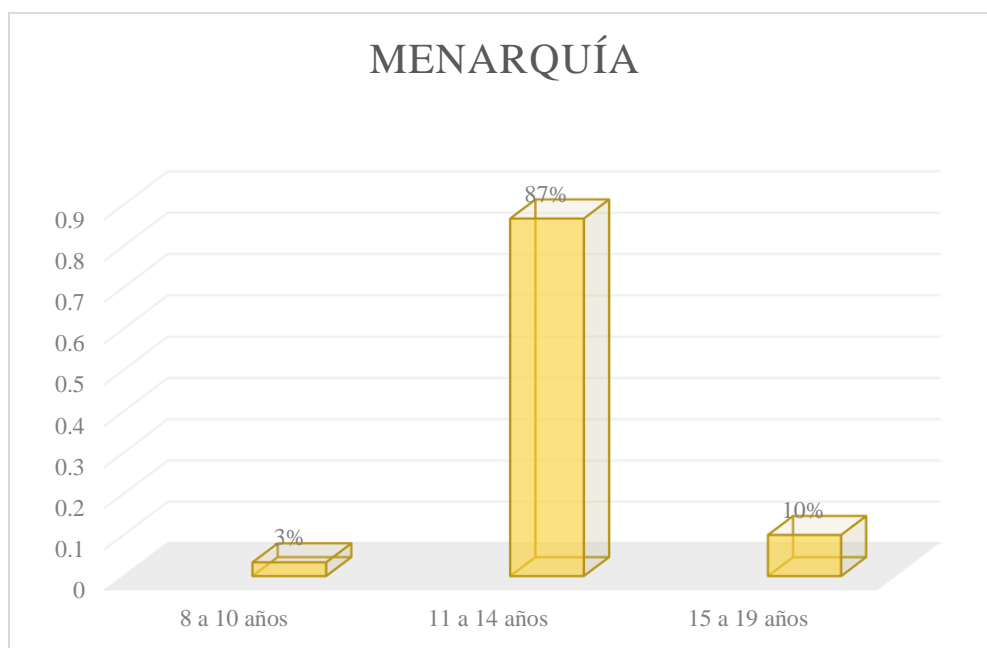
Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018

En un 48% las mujeres opinan que la edad adecuada para quedar embarazada es entre los 21 y 25 años, el 35 % entre los 16 y 19 años, el 12% entre los 25 años y el 5% entre los 1° y 15 años de edad. La mayoría de las mujeres afirman que la edad adecuada para quedar embarazada es entre los 21 y 25 años de edad lo cual es aceptable porque el cuerpo ya se ha desarrollado en su totalidad y que ya tienen ciertos rasgos de responsabilidad, madurez y cierta autonomía para tomar las decisiones que creen convenientes, paradójicamente las que afirman tal situación son menores de edad lo que indica que a pesar de que están embarazadas a tan corta edad saben que no es la tiempo indicado.

Pregunta N° 16 ¿a qué edad tuvo su primera regla?

Edad	Frecuencia	%
8 a 10 años	2	3%
11 a 14 años	52	87%
15 a 19 años	6	10%
Total	60	100%

Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



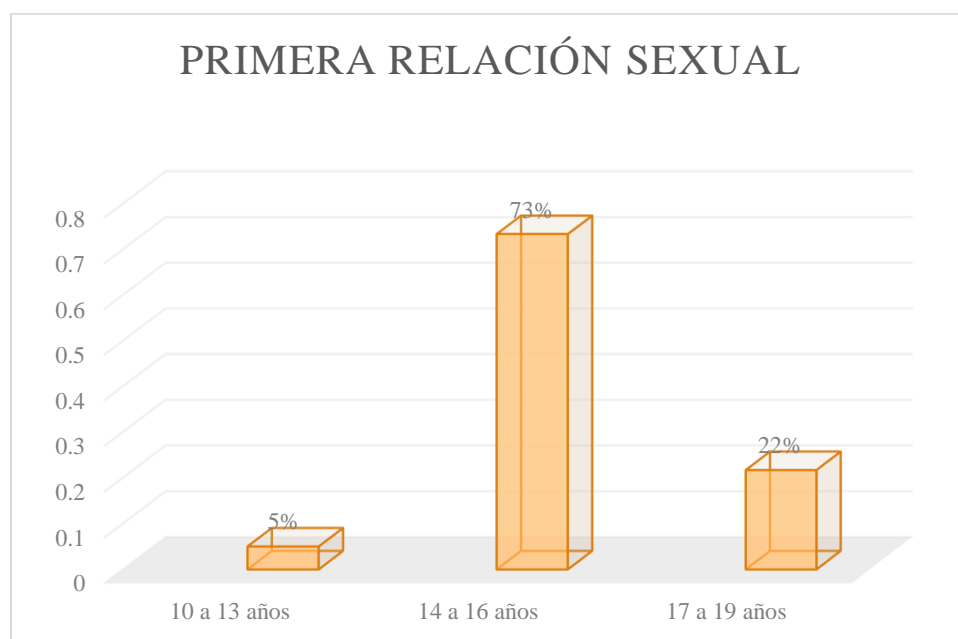
Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018

El 87% de las entrevistadas tuvieron su primera regla entre las edades de los 11 y 14 años, el 10% entre los 15 y 19 y el 3% entre los 8 y 10 años de edad. El mayor porcentaje de las adolescentes embarazadas afirman haber tenido su primera regla a temprana edad lo que refiere que las mujeres inician su etapa de fertilidad precozmente, cual conlleva al respectivo aumento de los embarazos en las mismas, el resto comprendido en los límites menor y mayor.

Pregunta N° 17 ¿a qué edad tuvo su primera relación sexual?

Edad	Frecuencia	%
10 a 13 años	3	5%
14 a 16 años	44	73%
17 a 19 años	13	22%

Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



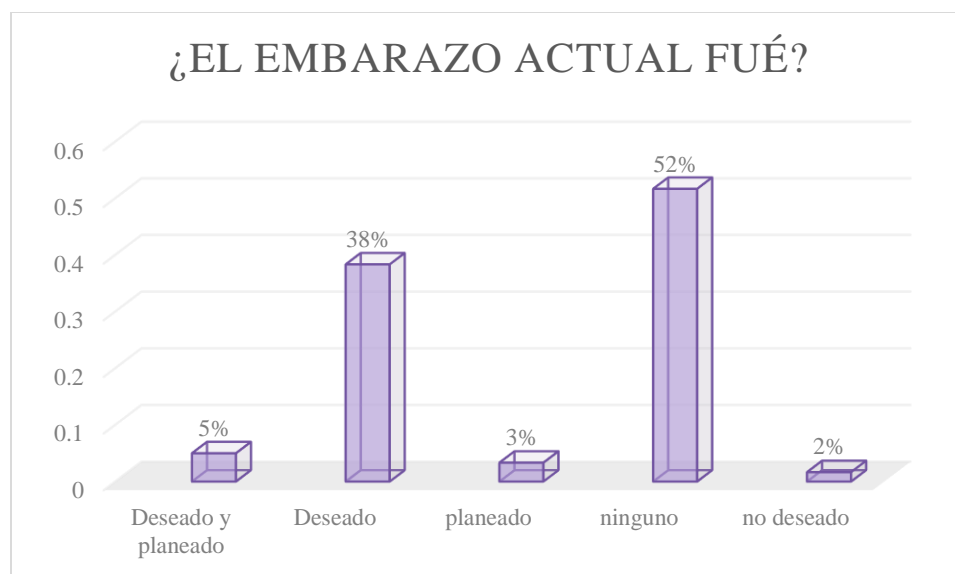
Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018

El 73% de las mujeres tuvieron su primera relación sexual entre los 14 y 16 años, el 22% entre los 17 y 19 y el 5% entre los 10 y 13 años de edad. En su mayoría las adolescentes entrevistadas afirman que iniciaron sus encuentros sexuales a temprana edad lo que indica que sin una educación sexual adecuada o el conocimiento de los múltiples métodos de planificación familiar aumenta el número de embarazos no deseados.

Pregunta N° 18 ¿el embarazo actual fue?

Respuestas	frecuencia	%
Deseado y planeado	3	5%
Deseado	23	38%
Planeado	2	3%
ninguno	31	52%
no deseado	1	2%
Total	60	100%

Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018

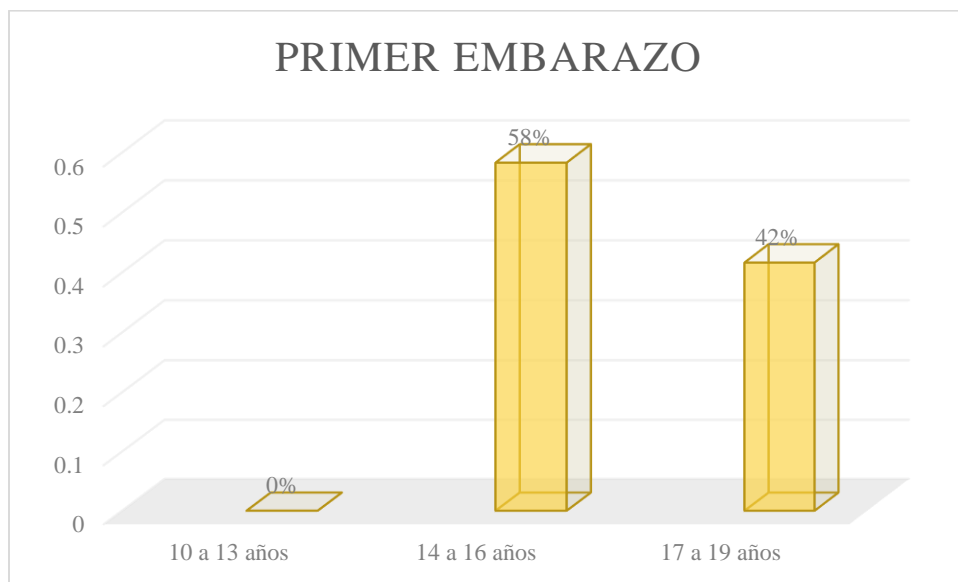
El 52% refieren no haber tenido ningún motivo para salir embarazada, el 38% fueron embarazos deseados, el 5% embarazos deseados y planeados, el 3% embarazos planeados y el 2% embarazos no deseados. En su mayoría las adolescentes embarazadas refieren no saber el motivo o la razón por el cual quedaron embarazadas lo cual refleja la inmadurez psíquica de estas, un porcentaje menor pero alarmante refieren que su embarazo actual es deseado al parecer también como parte de inmadurez y la falta del afecto de los padres o en muchas ocasiones buscan el embarazo como una salida o escape de sus hogares.

Pregunta N° 19- ¿a qué edad tuvo su primer embarazo?

Edad	Frecuencia	%
10 a 13 años	0	0%
14 a 16 años	35	58%
17 a 19 años	25	42%
Total	60	100%

Fuente:

entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



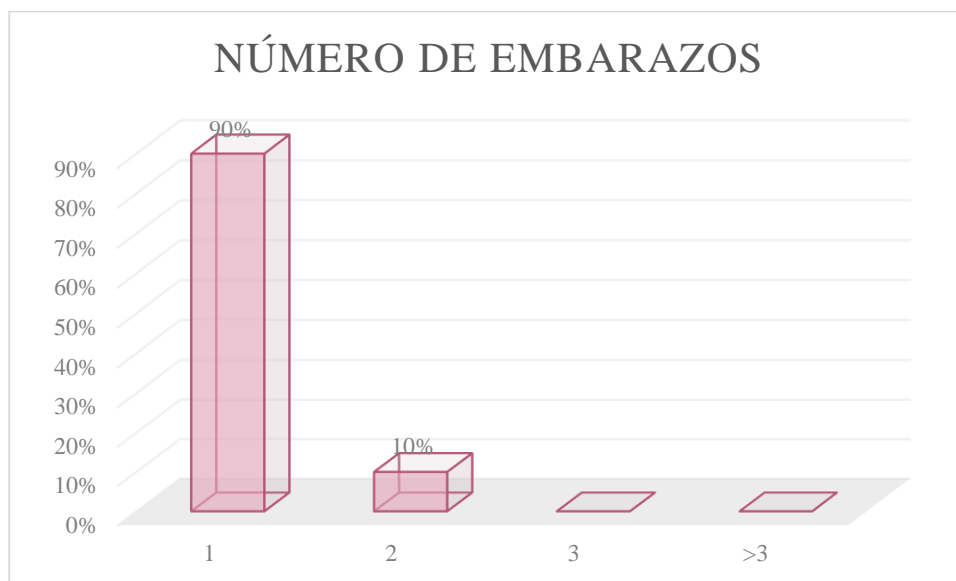
Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018

Más de la mitad de las adolescentes un 58%, expreso que su primer embarazo fue a la edad de 14 a 16 años, y un 42% tuvo su primer embarazo a los 17 a 19 años. La mayoría de adolescentes tuvo su primer embarazo a la edad de 14 a 16 años, siendo esta edad aun de desarrollo físico y mental y que conlleva mayor riesgo obstétrico en comparación con las edades de 17 a 19 años, en donde ya es el final de la adolescencia y ya se ha desarrollado una mayor conciencia mental y sexual.

Pregunta N° 20- ¿Cuántos embarazos ha tenido?

Número de embarazos	Frecuencia	%
1	54	90%
2	6	10%
3	0	0%
>3	0	0%
Total	60	100%

Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



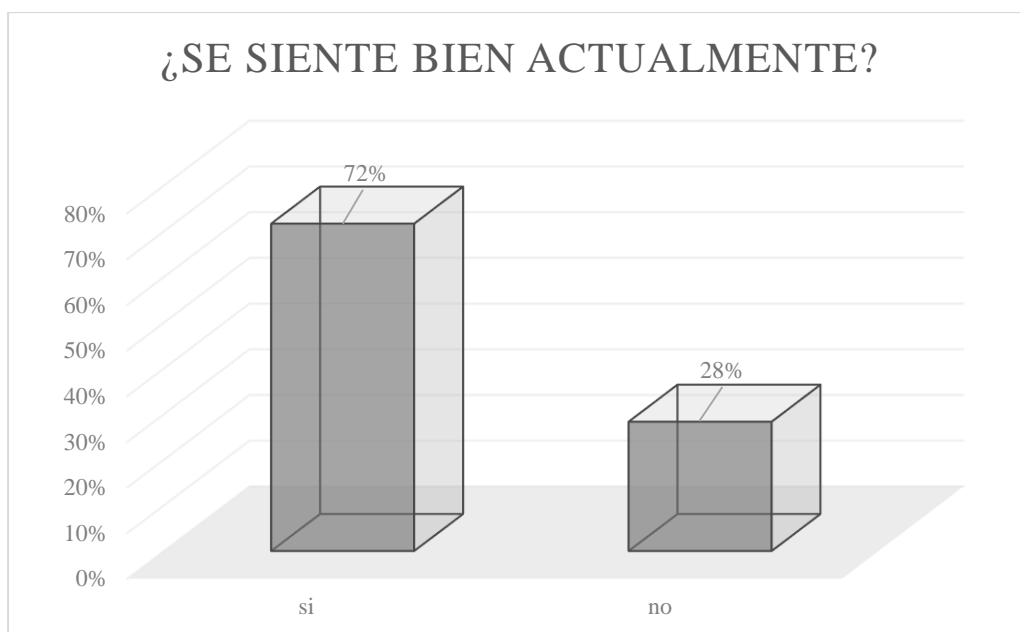
Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.

El 90% de las adolescentes embarazadas están en su primer embarazo, mientras que solo el 10% ya había tenido un embarazo previo. Debido a la edad de presentar su primer embarazo, como se evidencio en la pregunta anterior, es aun en la adolescencia temprana, en casi la totalidad de ellas es su primer embarazo, sin embargo, hay un porcentaje pequeño que están en su segundo embarazo, lo que refleja que hay población adolescente que repite conductas de riesgo.

Pregunta N° 21- ¿Se siente bien actualmente con su vida, su físico y su entorno?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	43	72%
No	17	28%
Total	60	100%

Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



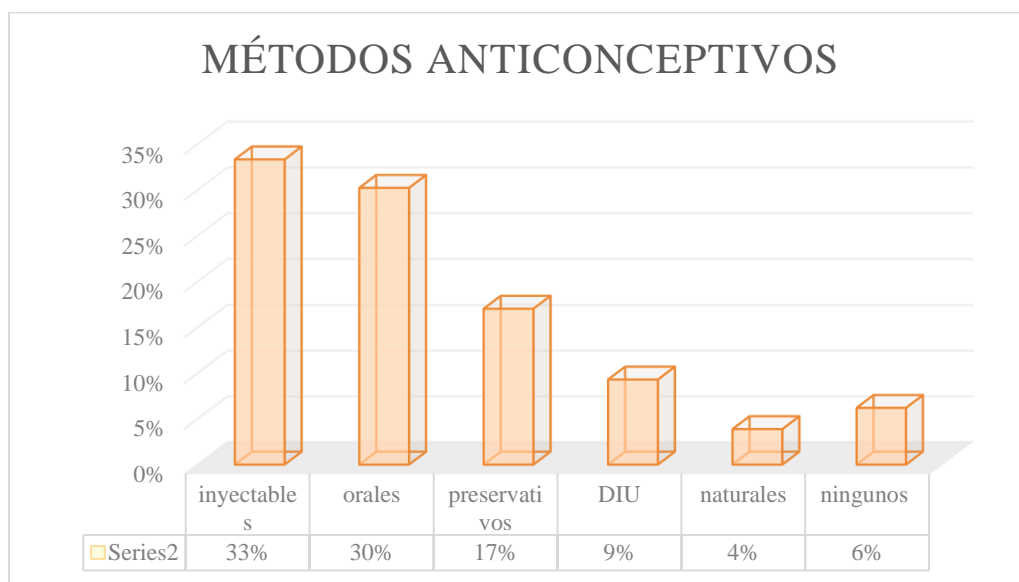
Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.

El 72% de las adolescentes embarazadas refieren sentirse bien en el embarazo actual, sin embargo, el 28% refieren lo contrario. Si bien más de la mitad de las adolescentes embarazadas refieren sentirse bien con su embarazo actual, ya que sienten que su embarazo es una bendición, pero un porcentaje de ellas no se sienten bien, debido a ser adolescentes conlleva mucho estrés emocional y cambios físicos que por su edad son difíciles de asimilar.

Pregunta N° 22- ¿Qué métodos anticonceptivos conoce?

Métodos anticonceptivos	Frecuencia	%
inyectables	43	33%
orales	39	30%
preservativos	22	17%
DIU	12	9%
naturales	5	4%
ningunos	8	6%
Total	129	100%

Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



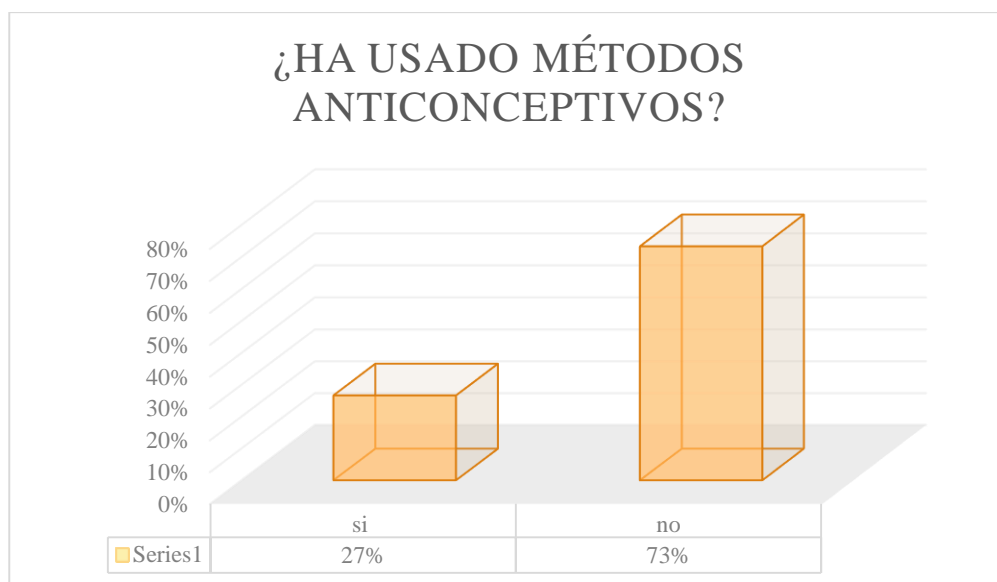
Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.

El 33% de las adolescentes embarazadas conocen los métodos anticonceptivos inyectables, un 30% los anticonceptivos orales, preservativos un 17%, DIU 9%, naturales 4%, ninguno 6%. Si bien la mayoría de las adolescentes embarazadas conocen algún tipo de método anticonceptivo, no acuden a solicitarlo, muchas veces por factores culturales.

Pregunta N° 23- ¿Ha usado alguna vez algún método anticonceptivo?

Respuesta	Frecuencia	%
Si	16	27%
No	44	73%
Total	60	100%

Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



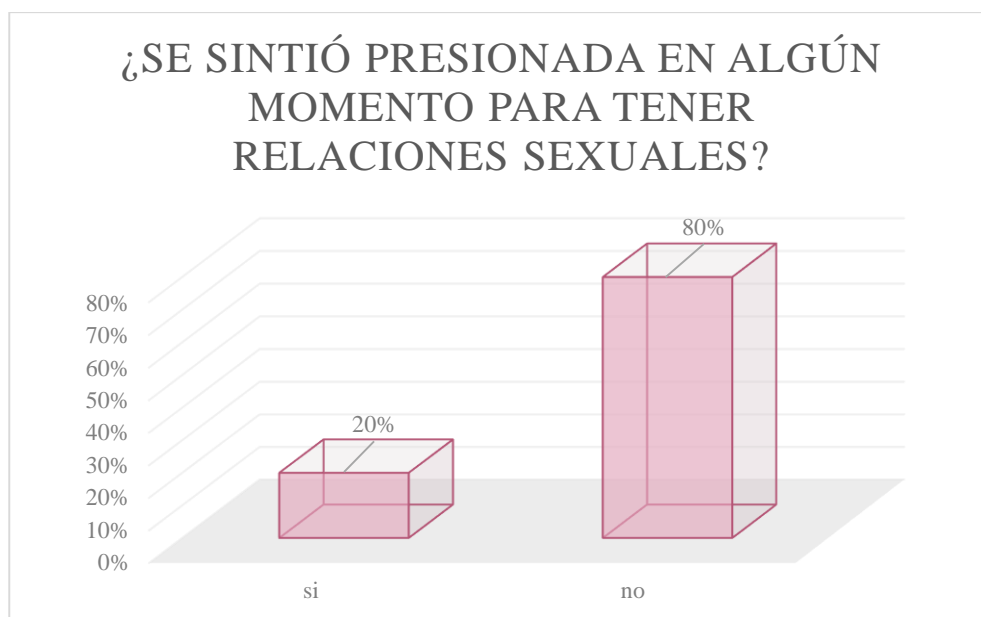
Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.

Un 73% de adolescentes embarazadas no habían utilizado métodos anticonceptivos previo al embarazo actual y un 27% de ellas si los habían utilizado. La mayoría de las adolescentes embarazadas no usaban métodos de planificación familiar, a pesar de que como vimos en la pregunta anterior, si conocen de ello, pero no influye en su decisión de utilizarlos.

Pregunta N° 24- ¿Se sintió presionada en algún momento por alguna persona para tener relaciones?

Respuesta	Frecuencia	%
si	12	20%
No	48	80%
Total	60	100%

Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



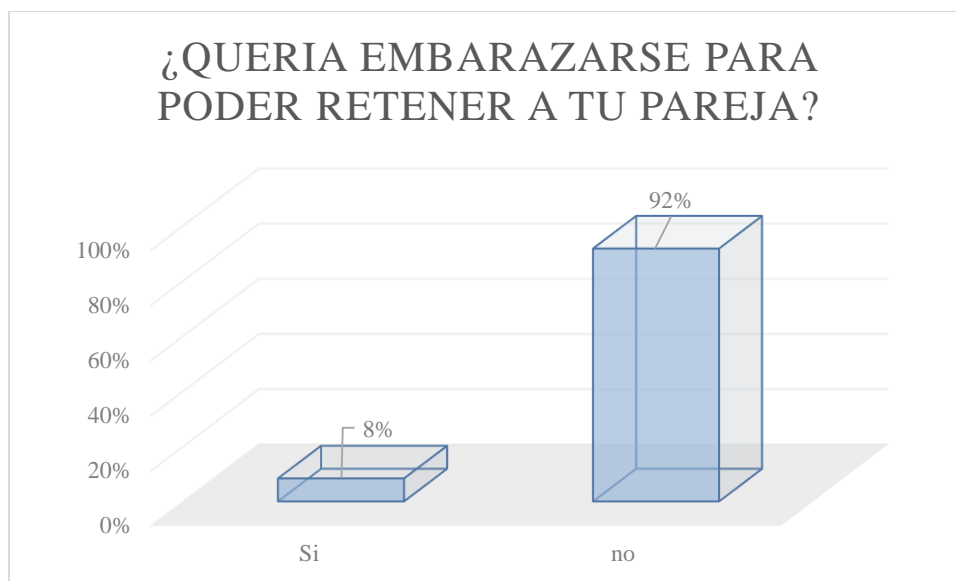
Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.

El 80% de adolescentes embarazadas refirieron no sentirse presionadas para tener relaciones sexuales y el 20% refirió que si sufrió algún tipo de presión para tenerlas. La mayoría de las adolescentes embarazadas refieren que no fueron presionadas para tener relaciones sexuales, sin embargo, en nuestro medio no se denuncia este tipo de abuso, por el miedo que genera en las adolescentes. Solo un porcentaje mínimo acepto haber sido presionada por su pareja para tener relaciones sexuales aunque en la realidad sea diferente.

Pregunta N° 25- ¿Quería embarazarse para poder retener a su pareja?

Respuesta	Frecuencia	%
Si	5	8%
No	55	92%
Total	60	100%

Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



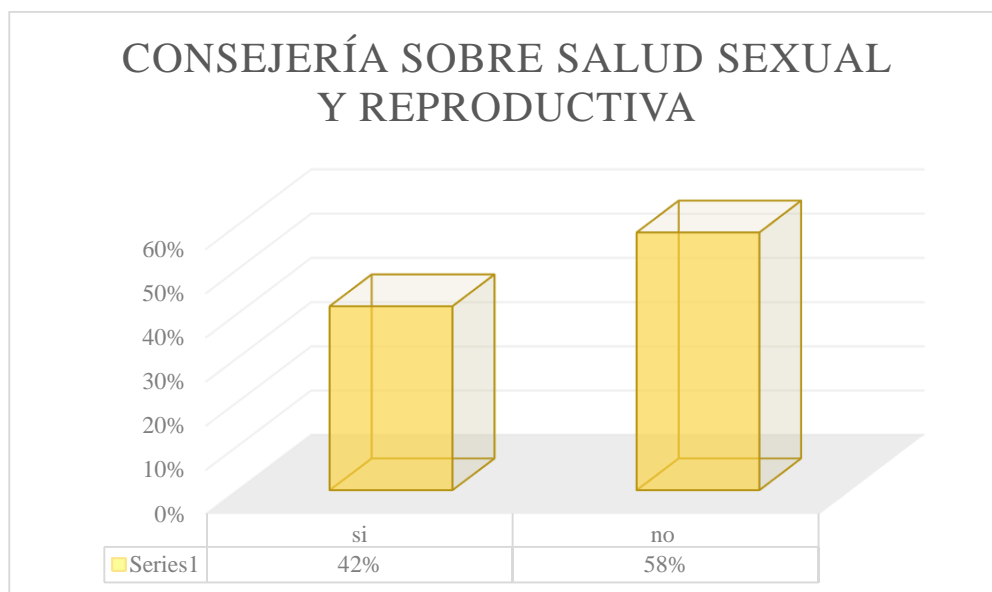
Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.

El 92% de las adolescentes embarazadas refieren que no querían retener a sus parejas con el embarazo y solo el 8% si se embarazaron para hacerlo. La mayoría de adolescentes embarazadas tuvieron relaciones sexuales por consentimiento y sin segundas intenciones. Un porcentaje mínimo lo hicieron para retener a su pareja como parte de la inmadurez mental que se tiene en la adolescencia.

Pregunta N° 26- ¿Ha recibido en algún momento de su vida consejería sobre salud sexual y reproductiva?

Respuesta	Frecuencia	%
Si	25	42%
no	35	58%
Total	60	100%

Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



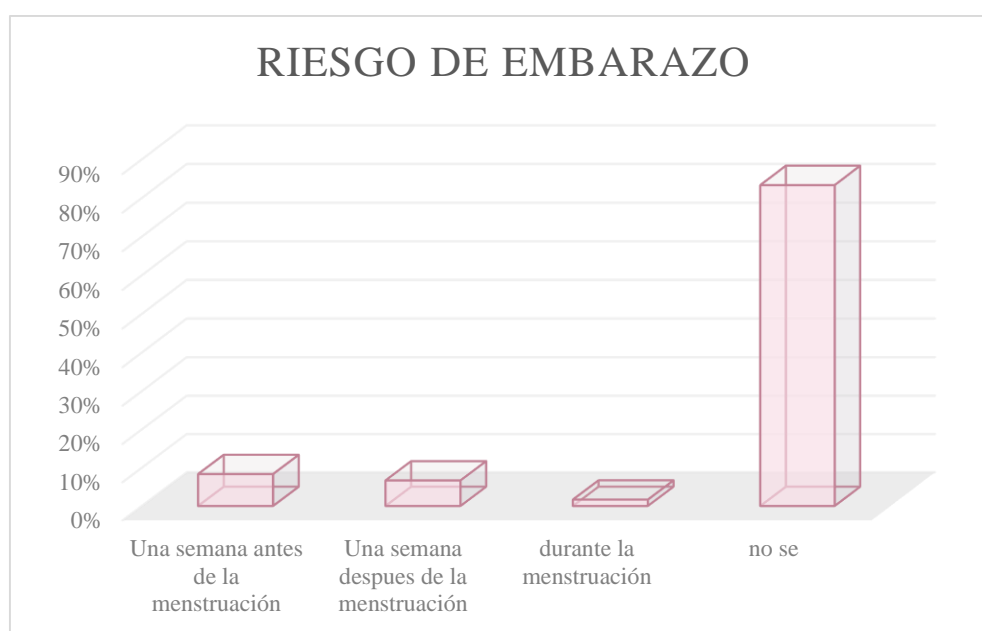
Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.

El 58% de las adolescentes embarazadas han recibido consejería sobre salud sexual y reproductiva y un porcentaje similar 42% no han recibido. Cerca de la mitad de las adolescentes embarazadas han recibido consejería sobre salud sexual y reproductiva, así también cerca de la otra mitad no la han recibido, por lo que aun gran parte de la población estudiada sigue sin tener conocimientos sobre este tema, que podría evitar muchos embarazos a futuro.

Pregunta N°27 ¿Cuándo consideraría usted que existe riesgo de embarazo?

Respuesta	Frecuencia	%
Una semana antes de la menstruación	5	8%
Una semana después de la menstruación	4	7%
Durante la menstruación	1	2%
no se	50	83%
Total	60	100%

Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



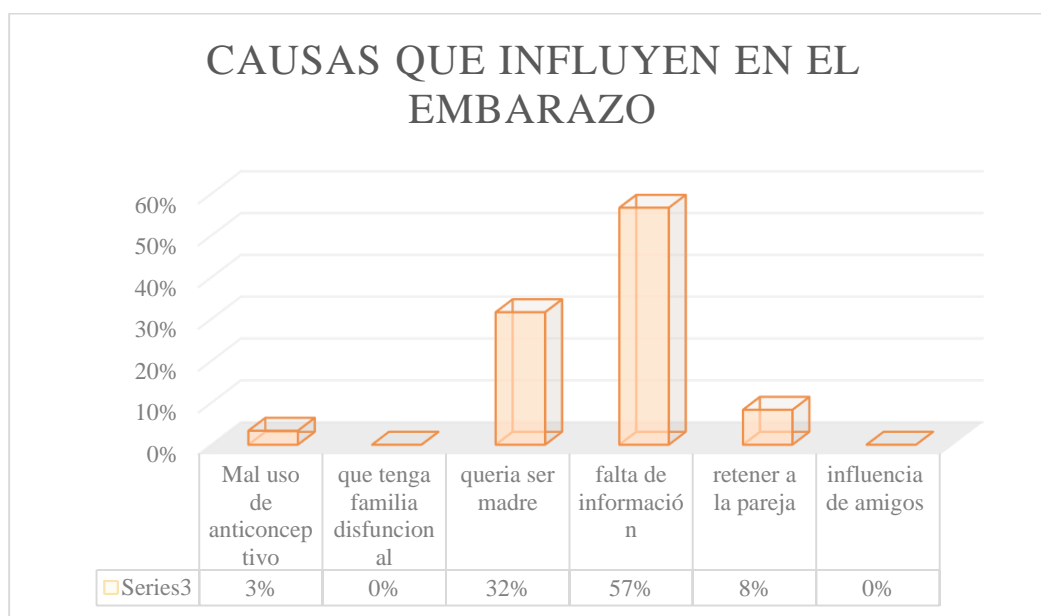
Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.

Un 83% de las adolescentes embarazadas desconocen el periodo más susceptible a embarazos del ciclo menstrual, un 8% piensa que es una semana antes de la menstruación, un 7% sabe que es una semana después de la menstruación y un 2% cree que es durante la menstruación. La mayoría de adolescentes embarazadas desconocen cómo funciona el ciclo ovárico y endometrial, por lo tanto, están propensas a tener relaciones sexuales en los días fértiles sin pensar que en ese periodo de tiempo se puede producir un embarazo. Muy pocas adolescentes embarazadas sabían cuáles son los días fértiles.

Pregunta N° 28- ¿Qué causas considera usted que influyeron más para que usted haya quedado embarazada?

Causas	Frecuencia	%
Mal uso de anticonceptivo	2	3%
que tenga familia disfuncional	0	0%
quería ser madre	19	32%
falta de información	34	57%
retener a la pareja	5	8%
influencia de amigos	0	0%
Total	60	100%

Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



Fuente: entrevista a adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.

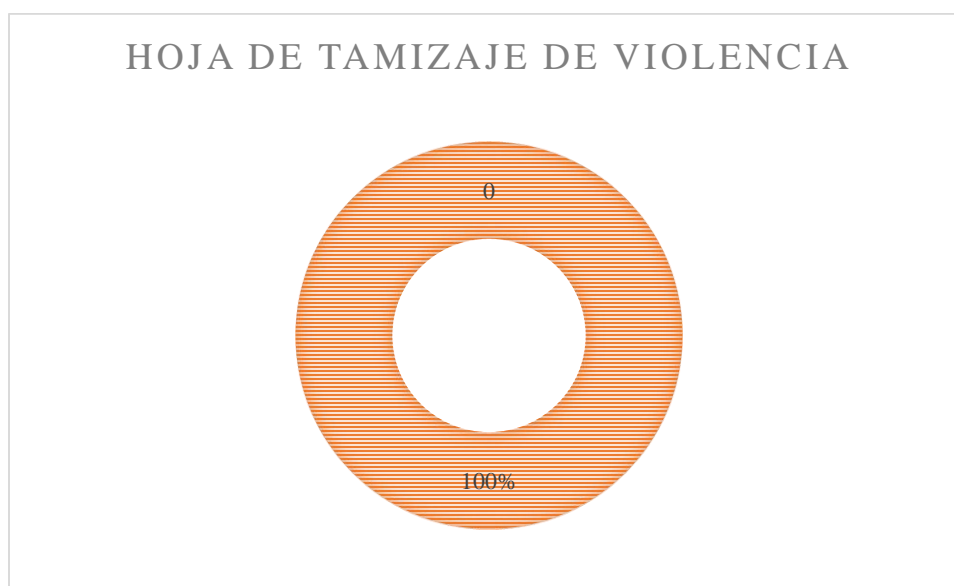
El 57% de las adolescentes embarazadas piensan que la falta de información fue la causa principal de estar embarazadas actualmente, un 32% querían ser madres, un 8% buscaba retener a la pareja utilizando el embarazo y un 3% refiere haber utilizado un método anticonceptivo de manera errónea. La mayoría de adolescentes embarazadas contaban con poca información, ya sea por parte de la familia, escuela y entorno acerca del embarazo, además por razones culturales un buen porcentaje deseaba ser madre.

10.2 Resultados de guía de comprobación:

Pregunta N° 1 ¿Se encuentra registro en el expediente clínico de llenado de hoja de tamizaje para indagar violencia a la adolescente?

Respuesta	Frecuencia	%
Si	60	100%
No	0	0
Total	60	100%

Fuente: lista de comprobación de expedientes clínicos de adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



Fuente: lista de comprobación de expedientes clínicos de adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.

Un 100% de los expedientes clínicos de las adolescentes embarazadas poseen la hoja de tamizaje para indagar violencia a la adolescente. Es decir que en toda inscripción de la paciente adolescente embarazada si se encuentra la hoja de tamizaje de violencia, por lo cual el médico o personal de enfermería que realiza la inscripción es obligatorio indagar, investigar si la paciente es víctima de violencia ya sea física psicológica o sexual.

Pregunta N° 2 ¿Se encuentra registro en el expediente clínico de consejerías sobre salud sexual y reproductiva a la adolescente embarazada?

Respuesta	Frecuencia	%
Si	0	0%
No	60	100%
Total	60	100%

Fuente: lista de comprobación de expedientes clínicos de adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



Fuente: lista de comprobación de expedientes clínicos de adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.

En cuanto a educación sobre salud sexual y reproductiva en un 100% de los expedientes clínicos no se encuentra consejería sobre salud sexual y reproductiva en la paciente adolescente. En cuanto a esta pregunta es importante recalcar que ninguna de las pacientes recibió consejería sobre salud sexual y reproductiva durante sus controles en la adolescencia, es importante recalcar que muchas de ellas fueron pacientes faltistas en cuanto a sus controles en la adolescencia, también en el hogar no fue instruida ya sea por sus padres u otras personas con las que vivía, por considerarlos temas controversiales e incluso vergonzosos.

Pregunta N° 3 ¿En el libro de atención materno infantil está registrada la adolescente embarazada y si esta con categoría de riesgo, por el hecho de ser adolescente?

Respuesta	Frecuencia	%
Si	60	100%
No	0	0
Total	60	100%

Fuente: lista de comprobación de expedientes clínicos de adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



Fuente: lista de comprobación de expedientes clínicos de adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.

Un 100% de las pacientes adolescentes que están inscritas en el sistema público de salud, está en categoría de riesgo en el libro de atención materno infantil. Es de suma importancia que la adolescente este en categoría de riesgo en el libro de atención materno infantil, esto debido a que la paciente no ha alcanzado tanto la madurez en cuanto a su desarrollo físico y mental y requiere más atención por parte del personal de salud.

Pregunta N° 4 Registro de dirección de adolescente embarazada.

Respuesta	Frecuencia	%
Si	60	100%
No	0	0
Total	60	100%

Fuente: lista de comprobación de expedientes clínicos de adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



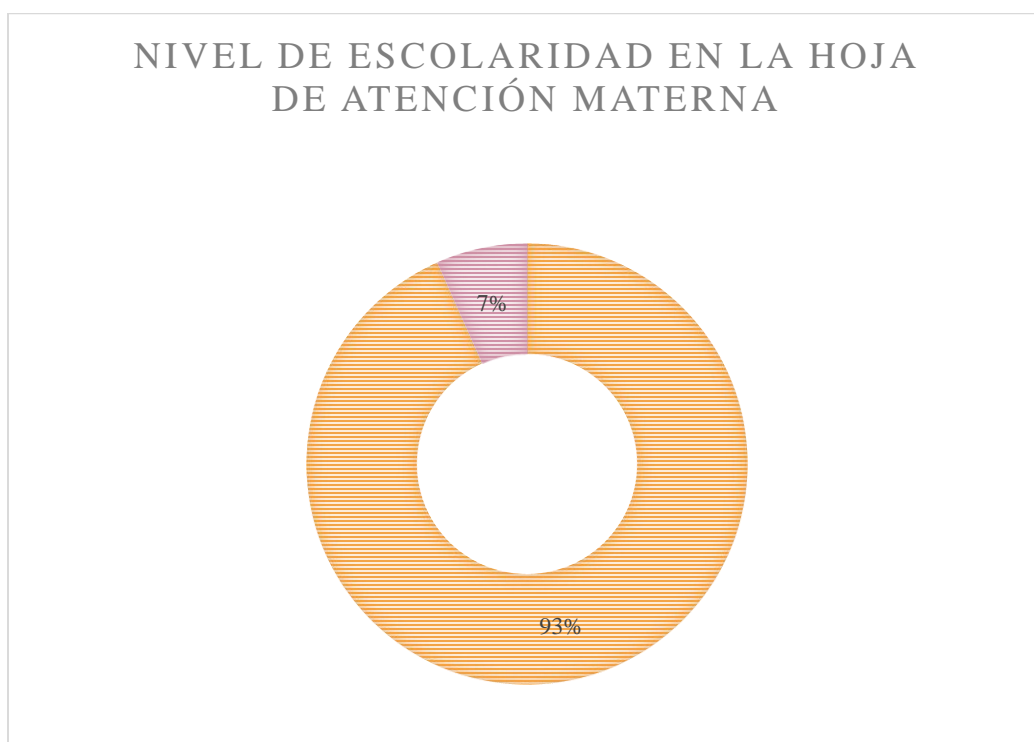
Fuente: lista de comprobación de expedientes clínicos de adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.

En un 100% de los expedientes clínicos de las adolescentes embarazadas está registrada la dirección de la paciente embarazada. El registro de la dirección de la paciente es importante porque debido a cualquier complicación que se presente en su embarazo no habrá problema para encontrarla, además si son pacientes faltistas a sus controles es más fácil detectar cualquier complicación y darle los seguimientos pertinentes.

Pregunta N° 5 Registro de nivel de escolaridad en la hoja de atención materna

Respuesta	Frecuencia	%
Si	56	93%
No	4	7%
Total	60	100%

Fuente: lista de comprobación de expedientes clínicos de adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



Fuente: lista de comprobación de expedientes clínicos de adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.

El 93% de los expedientes revisados tienen el registro de nivel de escolaridad en la hoja de atención materna, solo un 7% no se encuentra registrado en dicha hoja. La mayoría de los expedientes verificados tienen el registro del nivel educativo de las embarazadas, por lo tanto, se está teniendo una buena anotación por parte del personal que llena dicho formulario, tan solo un mínimo porcentaje refleja que no se ha anotado el nivel educativo que refleja que puede ser olvido por parte del personal.

Pregunta N° 6 ¿Se encuentra registro de atención psicológica en los expedientes clínicos?

Respuesta	Frecuencia	%
Si	52	87%
No	8	13%
Total	60	100%

Fuente: lista de comprobación de expedientes clínicos de adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



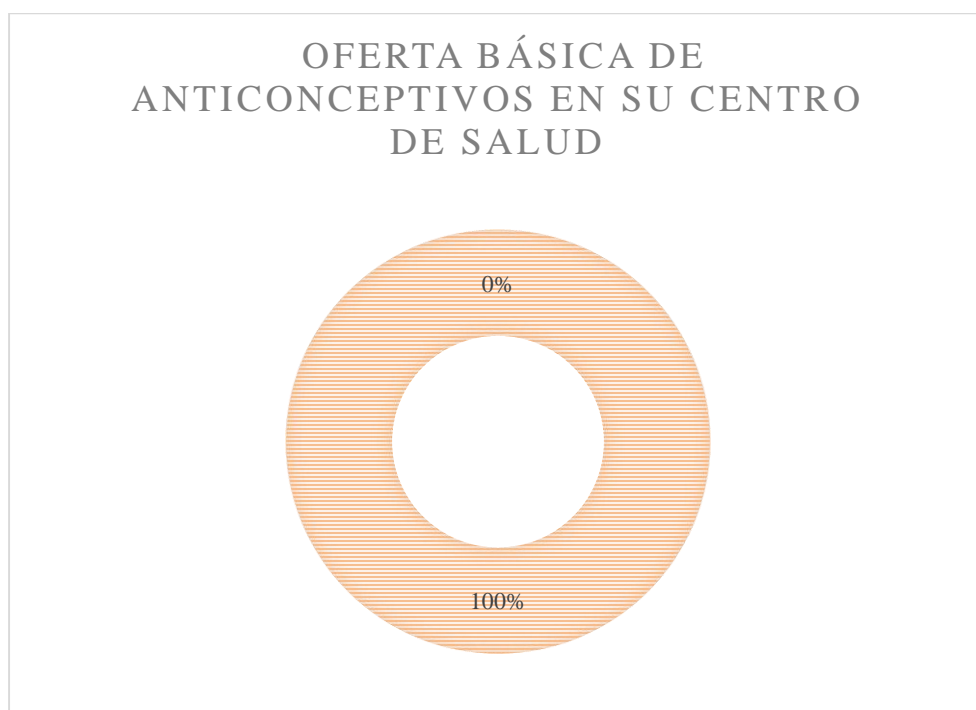
Fuente: lista de comprobación de expedientes clínicos de adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.

El 87% de las pacientes tienen registradas en su expediente clínico la atención psicológica, y el 13% no se encuentra algún dato que refleje dicha atención. En su mayor porcentaje las embarazadas reciben atención psicológica como parte del programa materno infantil integral, solo un mínimo porcentaje no tienen registro de dicha atención debido en muchas ocasiones por falta de personal encargado de esta actividad. Esto es muy importante debido a que si se le da atención psicológica a las adolescentes se pueden prevenir futuros embarazos.

Pregunta N° 7 ¿Se dispone de oferta básica de anticonceptivos en su centro de salud?

Respuesta	Frecuencia	%
Si	60	100%
No	0	0%
Total	60	100%

Fuente: lista de comprobación de expedientes clínicos de adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



Fuente: lista de comprobación de expedientes clínicos de adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.

El 100% de los establecimientos involucrados en el estudio reflejan que se cuenta con la oferta básica de anticonceptivos. En ambas unidades de salud en las que se realizó el estudio se cuenta con el cuadro básico de anticonceptivos lo que indica que, si están al alcance de la población que los solicite, pero a pesar de esto los usuarios son renuentes al uso de dichos métodos.

Pregunta N° 8 Presenta registro de sustancias tóxicas

Sustancia	Frecuencia	%
Drogas	0	0%
Alcohol	0	0%
Cannabis	0	0%
Otro	0	0%
Ninguno	0	0%
Total	0	0%

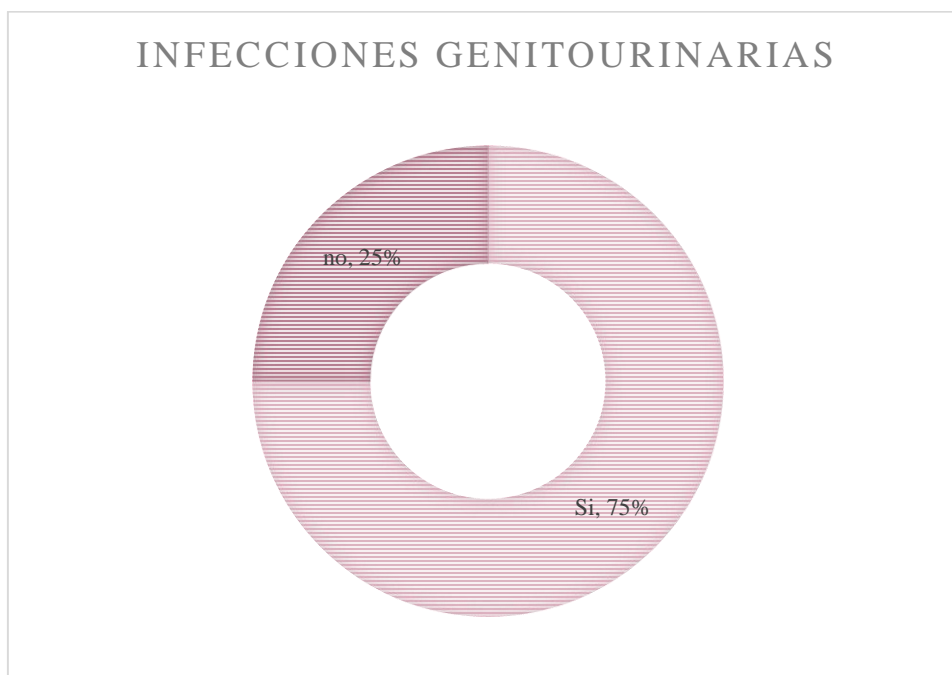
Fuente: lista de comprobación de expedientes clínicos de adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.

Ningún expediente clínico presentaba el consumo de sustancias tóxicas. En los expedientes clínicos revisados, a pesar de que si había registro del llenado de las casillas correspondientes al consumo de sustancias toxicas, en ninguno de los expedientes se encontró que fueran consumidas por las adolescentes embarazadas, si bien este dato es cuestionable, ya que la mayoría si referían haber consumida alguna de estas sustancias, pero no en el embarazo.

Pregunta N° 9- De los expedientes clínicos utilizados de las adolescentes embarazadas ¿presentaban infección genitourinaria?

Respuesta	Frecuencia	%
Si	45	75%
No	15	25%
Total	60	100%

Fuente: lista de comprobación de expedientes clínicos de adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



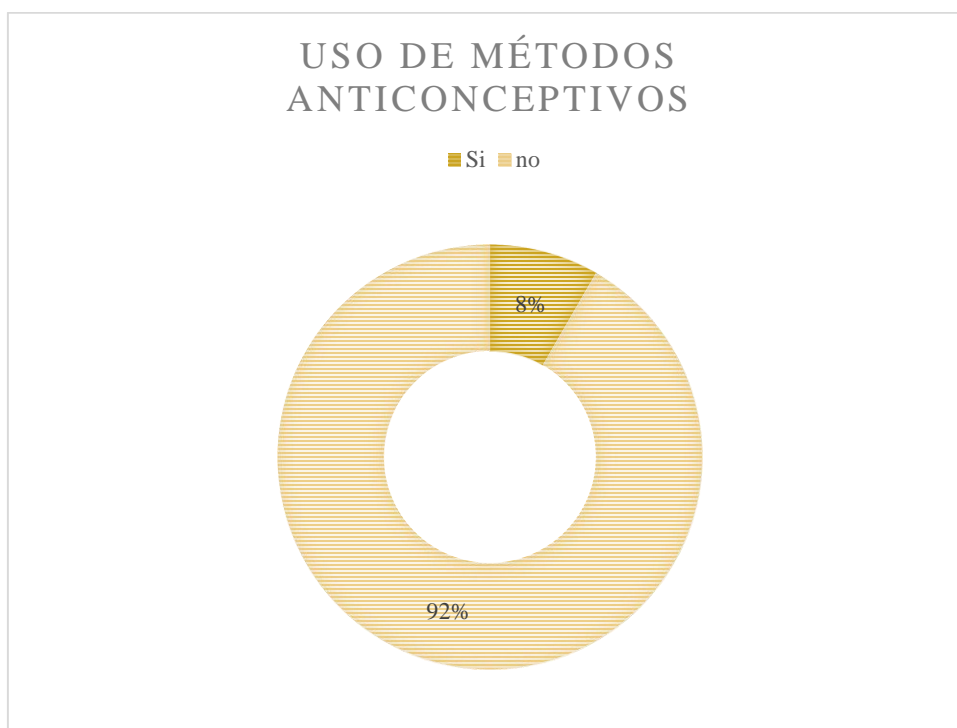
Fuente: lista de comprobación de expedientes clínicos de adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.

Un 75% de las adolescentes embarazadas presentaban en el expediente clínico atención por infecciones genitourinarias, un 25% nunca habían tenido una. En los expedientes clínicos revisados, la mayoría de las adolescentes embarazadas presentaron infección genitourinaria, esto debido al poco compromiso en asistir a controles prenatales, falta de higiene genitourinaria entre otros.

Pregunta 10- ¿Se encuentra registro de haber utilizado métodos anticonceptivos en el expediente clínico?

Respuesta	Frecuencia	%
Si	5	8%
No	55	92%
Total	60	100%

Fuente: lista de comprobación de expedientes clínicos de adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.



Fuente: lista de comprobación de expedientes clínicos de adolescentes embarazadas en estudio, agosto 2018.

En un 92% de los expedientes clínicos utilizados de adolescentes embarazadas no se encontró registro de uso de métodos de planificación familiar, solamente un 8% utilizo dichos métodos antes del embarazo actual. Casi el total de adolescentes embarazadas estudiadas no han utilizado nunca un método anticonceptivo, así como tampoco se encuentra registro de haber sido ofertado o haber indagado el deseo de ser madre en consultas previas.

CAPÍTULO V

11. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

Desde la perspectiva social y cultural de la población estudiada podemos argumentar que, según las edades de las entrevistadas, la mayoría de adolescentes embarazadas, un 57% tiene su primer embarazo en la adolescencia tardía. Sin embargo, un 43% de las adolescentes embarazadas se encuentran en la adolescencia temprana y podemos deducir que si se produce en este mismo periodo de la adolescencia existirá una mayor tendencia a futuros embarazos durante las siguientes etapas de la adolescencia. La mayor parte de las adolescentes embarazadas un 57% refieren que están viviendo en unión libre con su pareja, lo que demuestra que la mayoría de ellas no tienen un compromiso formal debido a que su edad no es la adecuada para contraer matrimonio ya que no es permitido por las leyes de nuestro país, debido al poco compromiso que adquiere la pareja así como la adolescente embarazada y por la facilidad que implica solo unirse de esa manera, además un 30% de la población estudiada esta soltera, debido a que la pareja no adquiere los compromisos familiares o son abandonadas.

Sobre el nivel de escolaridad en las entre las entrevistadas, podemos concluir que casi todas las entrevistadas un 90% tienen un bajo grado de escolaridad y este factor se mantiene sin cambios durante la etapa tardía de la adolescente, esta perspectiva limita sus oportunidades de estudio y de trabajo puesto que la mayoría de ellas se ven obligadas a desertar del sistema escolar y con la consiguiente dificultad de reinserirse al sistema, quedando la adolescente con un nivel de escolaridad bajo que no le permite acceder a un puesto de trabajo digno que al menos le permita satisfacer sus necesidades básicas. Sin embargo, un 57% de las entrevistadas refieren que es importante estudiar siendo conscientes que esto mejora su calidad de vida.

En el estudio observamos que el 73% de las entrevistadas se encuentran actualmente desempleadas o estudian, y el resto 27% trabajan en agricultura u oficios domésticos, por lo cual podemos concluir que si la falta de ocupación, empleo o estudio en este periodo produce un alza en el número de embarazos en la adolescencia. Además, un 53% de las adolescentes embarazadas no tenían ningún proyecto de vida y un 47% de ellas si lo tenían lo que refleja

su falta de metas en la vida, debido a la etapa por la que están pasando. Actualmente su proyecto de vida en 32% es ser ama de casa y un 18% sigue sin descubrir cuál es su proyecto de vida, por lo que podemos afirmar que como aún continúan en la adolescencia no tienen claro cuál es el rumbo de sus vidas.

Un 38% de las adolescentes estudiadas vive actualmente con sus parejas y un 44% viven con los padres, esto se produce debido a que la mayoría de las adolescentes y sus parejas no tienen vivienda propia. Además, un 73% de ellas tienen escasos recursos económicos y un 47% de las adolescentes embarazadas dependen aun económicamente de sus padres, esto conlleva a que los factores como pobreza, baja calidad escolar, y poca capacidad de decisión y control sobre sus propios planes de vida ponen a la adolescente en mayor riesgo ante el embarazo y la maternidad temprana. La mayoría de las parejas de las adolescentes embarazadas un 71% son agricultores y empleados y el 23% de ellas no recibe ninguna ayuda por parte de su pareja lo que complica más su situación económica y emocional limitando sus aspiraciones en el futuro.

El 38% de las adolescentes estudiantes no profesan ninguna religión y 55% de ellas asisten a una iglesia, por lo cual podemos concluir que pertenecer o no a una religión en específico no garantiza que las adolescentes inicien sus relaciones sexuales o tengan embarazos a temprana edad, ya que esto depende completamente de la educación como los valores que fueron inculcados por sus padres. Para las familias de las adolescentes estudiadas tener relaciones sexuales antes del matrimonio no es pecado en un 57%, y un 55% de las familias de ellas están en unión libre desde temprana edad, lo que refleja el patrón cultural que se repite en las siguientes generaciones.

Las adolescentes embarazadas estudiadas afirman que la edad adecuada para quedar embarazadas es de los 21 a los 25 años en un 60%, paradójicamente las que afirman tal situación son menores de edad, quienes a pesar de estar embarazadas a temprana edad están conscientes que no es el tiempo indicado para asumir este rol y las responsabilidades que esto conlleva.

El 87 % de las entrevistadas refiere que su inicio de menstruación fue precoz entre las edades de 11 a 14 años, este factor biológico se acompaña de actitudes y comportamientos

hacia el sexo opuesto que pueden conducir a un ejercicio temprano de la sexualidad, determinante en la aparición de conductas de riesgo, lo que provoca un despertar sexual precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses, con escolaridad pobre, sin proyectos, con modelos familiares de iniciación sexual precoz, y con influencia de los medios de comunicación que inducen a conductas sexuales. Un 73% de las adolescentes estudiadas tuvieron su primera relación sexual entre los 14 y 16 años siendo la edad donde experimentaron su primera menstruación, teniendo conductas sexuales de riesgo a temprana edad lo que aumenta el riesgo de embarazos no deseados, que se producen como se mencionó en la adolescencia tardía.

El 54% de las adolescentes estudiadas no planearon ni deseaban su embarazo y un 46% de ellas refiere que, si deseaban el embarazo, como podemos evidenciar la mayoría de no planearon el embarazo y fue producto de falta de información e inmadurez, y es preocupante que un porcentaje alto de ellas buscaron embarazarse ya sea por reproducir patrones culturales o por el simple hecho de querer ser madres, tomando los riesgos que esto implica sin ningún razonamiento de las consecuencias. Un 58% de las entrevistadas tuvo su primer embarazo a los 14 a 16 años siendo una etapa muy temprana y sin la suficiente madurez mental y física para ese proceso, por lo tanto, un 90% de ellas están cursando su primer embarazo debido a las edades en la que se encuentran.

Si bien 72% de las adolescentes estudiadas afirman sentirse bien actualmente, esto refleja que a mayor autoestima mayor es la tendencia de embarazo en la adolescencia, probablemente esto incida, ya que esto significa que son seguras de quienes son, y son capaces de tener intimidad en sus relaciones, no ocultan sus sentimientos, por lo que las lleva a tener más libertades sexuales volviéndose este un factor que tiende a provocar un embarazo precoz.

El 94% de las adolescentes estudiadas conocen de métodos anticonceptivos, sin embargo, debido a la falta de educación sexual no saben utilizarlos y no acuden a buscarlos al centro de salud, por lo que un 73% de ellas manifiesta nunca haber utilizado dichos métodos, esto manifiesta que este tema en nuestro país a pesar de que se tienen acceso a información sigue siendo un tema tabú.

Un 80% de las adolescentes embarazadas tuvieron relaciones sexuales bajo consentimiento y no se sintieron presionadas para tener relaciones sexuales. Concluyendo que este factor no influye en este grupo de adolescentes.

Un 58% de las adolescentes embarazadas afirma que no ha recibido consejería sobre salud sexual y reproductiva, esto resulta alarmante debido a que muchos embarazos pueden ser evitados si la población recibe una adecuada consejería por parte de las instituciones correspondientes y sobre todo por parte de su familia más cercana. Un 83% no conoce cuál es el periodo de riesgo en su ciclo menstrual y ovárico en el cual puede quedar embarazada, esto aumenta la teoría de la falta de información que tienen las y los adolescentes en nuestro país, por lo que los embarazos en la adolescencia siguen siendo tendencia en nuestro medio. En las entrevistadas el 57% de ellas refieren que sus embarazos se deben a falta de información.

En cuanto la lista de comprobación aplicada podemos afirmar que:

En un 100% de los expedientes clínicos de las adolescentes embarazadas, se encuentra la hoja de tamizaje para indagar sobre violencia a la adolescente, lo que en la actualidad se considera obligatorio en cada inscripción prenatal, por lo cual es considerada como una herramienta para evitar complicaciones en el transcurso del embarazo.

Además es muy importante recalcar, que en un 100% de las pacientes investigadas, no se brindó consejería sobre salud sexual y reproductiva por parte del personal de salud, cuando la paciente recibió sus respectivos controles durante la adolescencia, además que en el seno familiar no recibió la instrucción necesaria sobre este tema, ya sea porque en diferentes tipos de sociedad hablar sobre salud sexual y reproductiva es considerado un tema tabú o simplemente no se le dio la importancia necesaria.

En un 100% de las pacientes adolescentes que están inscritas en el sistema público de salud, está en categoría de riesgo en el libro de atención materno infantil. Es de suma importancia que la paciente adolescente quede inscrita como paciente de riesgo en el libro materno infantil, este se debe a que la adolescente no ha alcanzado tanto la madurez física como mental. No solo es importante categorizar a la paciente como de riesgo, sino también

el registro de su dirección, esto se debe a cualquier complicación que se presente en el transcurso del embarazo es más fácil localizarla.

En cuanto a la escolaridad de la adolescente embarazada un 93% de los expedientes clínicos tienen registros de nivel de escolaridad en la hoja de atención materna, y solamente un 7% no se encuentra registrado en dicha hoja. Esto es importante para objeto de como será el lenguaje utilizado para que ellas puedan comprender lo que deseamos transmitir.

Es muy importante, brindar atención psicológica a la adolescente embarazada, debido a los fuertes cambios que tendrán lugar durante el desarrollo del embarazo, de estas un 87% de las pacientes tienen registradas en su expediente clínico la atención psicológica y solo un 13% no se encontró ningún dato que refleje dicha atención. Otro dato importante que tiene que quedar registrado en el expediente clínico de la paciente, es el consumo de sustancias tóxicas es muy importante recalcar que ninguna de la paciente entrevistada presento consumo de sustancias tóxicas durante en el embarazo.

Un 45% de las adolescentes embarazadas en los expedientes clínicos estudiados, presento infección de vías urinarias y solo un 15% de las pacientes estudiadas no presento, es de suma importancia el control de dichas infecciones, debido que son factores de riesgo para un parto prematuro.

Otro punto importante de la lista de chequeo, es el uso de métodos de planificación familiar, de ellos solo un 8%, manifiesto haberlos utilizado y un 92% manifestó que nunca hizo uso de estos, y manifestaron que nunca fueron ofertados por personal de salud dichos métodos anticonceptivos.

12. CONCLUSIONES

Podemos concluir diciendo que los factores más influyentes que inducen en mayor tendencia en los embarazos en adolescentes son en gran medida los factores socioculturales, así como los factores psicológicos sin embargo podemos hacer mención en que si las adolescentes recibieran atención primaria en salud disminuiría con ello los embarazos que este grupo etáreo presenta, aunque podemos inferir que existen grandes vacíos en los sistemas de atención primarios los cuales están pobremente orientados en el abordaje directo de la prevención de embarazos en las adolescentes.

Siendo nuestra conclusión que, en sí, no hay factores aislados, sino que la problemática de los embarazos en las adolescentes tiene un principio de tipo multifactorial en la población estudiada.

La adolescencia es una etapa en la cual no se ha alcanzado la suficiente madurez fisiológica, psicológica y emocional, repercutiendo en la realización de planes a futuro que garanticen una mejor calidad de vida personal y social, notándose una escasa o nula capacidad en la formulación de ideales.

Los embarazos adolescentes se dan por falta de información y comunicación, ya sea por parte de los padres a los adolescentes o viceversa y de parte de la institución educativa, o de las instituciones de salud, además hay aún falta de información segura o esta se encuentra distorsionada por parte de amigos y entorno social de los jóvenes.

Las jóvenes adolescentes que iniciaron sus relaciones sexuales a temprana edad desconocen información sobre ciclo de ovulación, menstruación y fecundidad además no existe el conocimiento adecuado sobre planificación familiar factor que puso en mayor vulnerabilidad el embarazo en adolescentes; lo cual no solo afecta a las jóvenes implicadas sino también a las familias y a la sociedad.

Las adolescentes manifiestan estar en unión libre y ninguna de ellas cuentan con un empleo y refieren que dependen económicamente de los padres debido a que son menores de edad y estos padres tienen responsabilidad legal hacia ellos y del niño que esta por nacer. Además, un ambiente familiar con mayor libertad despreocupación poca disciplina a sus hijos

adolescentes, llevara consigo a tomar decisiones erróneas como conductas que tienden a iniciar precozmente la actividad sexual, por no pertenecer a un hogar estable con normas valores y responsabilidades, al no tener una imagen correctiva que las conduzca a una vida con valores y a lograr mayores aspiraciones.

La falta de conocimiento de los temas de salud sexual y reproductiva condiciona a la adolescente a adoptar estilos de vida no saludables y por ende comportamientos sexuales de riesgo, desencadenando embarazos precoces.

El embarazo no planeado en los adolescentes es el producto de la falta de la información sobre los anticonceptivos, el sexo sin protección, la falla anticonceptiva o el uso incorrecto de estos métodos de planificación familiar.

La red de servicios de salud muestra deficiencia a la hora de brindar cobertura en promoción y educación sobre temas de educación reproductiva, las adolescentes se informan poco o nada porque no hay estrategias de acercamiento que es haga generar interés y conciencia sobre temas de sexualidad y prevención oportuna de un embarazo.

Las adolescentes en su mayoría han escuchado hablar sobre los métodos para prevenir un embarazo, sin embargo, la mayoría no los utiliza por desconocer el uso correcto de los mismos, que, sin la debida promoción y educación de estos, terminara influyendo en el embarazo de las adolescentes.

La mayoría de las adolescentes presenta un bajo nivel de escolaridad, debido a que abandona tempranamente sus estudios por el embarazo en curso y que posteriormente a este embarazo no se vuelve a retomar la educación.

La mayor parte de las adolescentes embarazadas presentan escasos recursos económicos, aunado a la baja escolaridad no les permite crear una conciencia hacia su situación y esto refleja el incremento del número de embarazos en este periodo de la vida, debido a que algunas de ellas ven a sus parejas como un escape de su situación económica o no son conscientes de la situación familiar en la que viven y de las responsabilidades de iniciar su vida sexual, sin ningún tipo de consejería y conocimiento sobre las responsabilidades que esto implica.

Las adolescentes embarazadas previo al embarazo actual no tenían un proyecto de vida claro, esto provoca un incremento en los embarazos en la adolescencia debido a que no tienen mayores aspiraciones de la vida siguiendo patrones culturales de ser madres a temprana edad sumando a esto esta la escolaridad baja que no les permite desarrollarse de manera intelectual y profesionalmente viendo como única opción ser madres y depender económicamente y emocionalmente de sus parejas. Además, en el embarazo actual las adolescentes embarazadas estudiadas no refieren tener un proyecto de vida, lo que aumenta la incidencia de un segundo embarazo en esta etapa de la vida.

13. RECOMENDACIONES

A la familia y adolescentes:

Que la familia brinde apoyo y educación a los adolescentes sobre educación sexual y reproductiva y la importancia de la comunicación entre estos y sus hijos en la adolescencia para que puedan tomar decisiones conscientes y orientadas y con responsabilidad desarrollando la capacidad de resistir las presiones sociales, y grupales que favorecen las relaciones sexuales tempranas. Cambiando el modelo cultural desde los hogares, no permitiendo que se repitan conductas de riesgo, incentivando

Los adolescentes se incorporaren a grupos de ayuda intersectorial dirigido por personal interesado en la problemática personal de salud, profesores, familia, líderes comunales y religioso para que juntos puedan brindar ayuda a los adolescentes formulando y ejecutando su proyecto de vida; ampliando las oportunidades laborales y educativas.

A las instituciones de salud:

Involucrar a la intersectorialidad e interinstitucional para implementar e incrementar estrategias de educación y salud orientadas al tema de salud sexual y reproductiva. Se debe hacer énfasis en la consejería anticonceptiva con el fin de explicar claramente el uso de los diversos métodos anticonceptivos con los que se dispone en los distintos centros de salud, así como aumentar el acceso a la anticoncepción hormonal de emergencia, que no se tiene disponible en los centros básicos de salud y que requiere un análisis por parte del sistema de salud para aumentar su promoción y acceso.

Detectar a nivel comunitario, los grupos de riesgo durante la adolescencia; realizar capacitaciones sobre prevención de embarazo en la adolescencia, además de programar actividades de capacitación para los recursos humanos involucrados en la atención de los y las adolescentes en temas y metodologías de trabajo con este grupo etáreo.

Crear programas de orientación a los padres sobre educación sexual hacia sus hijos y la importancia de la comunicación entre estos y sus hijos adolescentes, incorporando dichos temas en charlas de promoción a la salud.

Coordinaciones estrechas con los centros educativos para el desarrollo de talleres en temas de salud sexual y reproductiva, con participación de los padres de familia, docentes y adolescentes.

A los centros educativos:

Incluir en las escuelas para padres temas sobre salud sexual y reproductiva para que los padres conozcan la importancia de estos temas en la adolescencia y en la prevención de embarazos, así como impartir estos temas a adolescentes en los centros educativos.

Los temas de salud sexual deben de ser impartidos con el conocimiento debido sobre el tema, dándoles la confianza al alumno para que pregunte y aclare las dudas que pueda tener; previo a esto debe de existir un proceso de coordinación, capacitación y retroalimentación continua por parte del personal de salud del establecimiento hacia los diferentes centros educativos y alumnos de los centros escolares.

Solicitar a los centros escolares incorporar conductas saludables en los adolescentes fomentando el protagonismo juvenil, en conjunto con el Ministerio de Salud y desarrollando diferentes actividades socio-recreativas, incluyendo actividades para mantener a los adolescentes ocupados y alejados de las conductas de riesgo.

Buscar la reinserción escolar de adolescentes que se retiraron, con la ayuda de familia y trabajadores sociales, dar seguimiento a estos casos, para aumentar el nivel educativo de este grupo de edad, aumentando así su nivel intelectual y de responsabilidad fundamental para evitar embarazos en la adolescencia y conductas de riesgo.

14. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. (2014). Embarazo en adolescentes. 2014, de OMS Sitio web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
2. UNICEF. (2014). Vivencias y relatos sobre el embarazo adolescente. 2018, de UNICEF Sitio web: [https://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_\(2\).pdf](https://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_(2).pdf)
3. Unidad de monitoreo FESAL 2008. Sitio web: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadr208.pdf
4. Fondo de población de las naciones unidas El Salvador. (2015). Mapa de embarazos en niñas y adolescentes en El Salvador 2015. 2015, Sitio web: <http://www.inclusion-social.gob.sv/wp-content/uploads/2016/09/El-Salvador-Mapa-de-Embarazos-2015.pdf>
5. MINSAL. (2018). Estadísticas embarazos adolescentes. abril 2018, de MINSAL Sitio web: <http://www.salud.gob.sv/27-04-2018-minsal-desarrolla-taller-avances-de-la-respuesta-nacional-a-las-ent/>
6. Organización Mundial de la Salud, Adolescencia, 2017, página 1, sitio web: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
7. UNICEF. (2011). Estado Mundial de la Infancia. UNICEF, 1, 8-29.
8. SIMMOW 2018
9. AHO. (2014). prevención del embarazo en la adolescencia. 2016, de PAHO Sitio web: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=618-guia-de-prevencion-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-guatemala&Itemid=518

15. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Consentimiento informado

La siguiente investigación se realiza para conocer los factores socioculturales que inciden en el embarazo en la adolescencia, y los beneficios que esta investigación tiene para la población y para los investigadores, y por lo tanto bajo ninguna circunstancia los datos obtenidos en esta investigación serán utilizados en perjuicio de la población participante, y que todo es ético y estrictamente personal. Los nombres de los participantes en dicha investigación no serán utilizados ni revelados, sino que los nombres se sustituirán por códigos siendo estos datos estrictamente confidenciales a los investigadores.

Yo, _____, por este medio SÍ _____ NO _____ autorizo a los investigadores a realizar la encuesta y doy fe que todo lo expresado en ella es verás.

Nombre de la entrevistada

DUI _____

Nombre de entrevistador autorizado

GUÍA DE ENTREVISTA

TEMA: Perfil sociocultural de la adolescente embarazada entre las edades de 10 a 19 años en Unidad Comunitaria de Salud familiar intermedia Metapán y Unidad Comunitaria de salud Familiar Básica Amate blanco, El Porvenir, en el departamento de Santa Ana de marzo a agosto de 2018.

Objetivo del instrumento:

Reunir información necesaria de las adolescentes embarazadas para determinar los factores que influyen en el perfil sociocultural de las adolescentes embarazadas inscritas en UCSFI Metapán y UCSFB Amate blanco en el periodo comprendido de marzo a agosto de 2018.

Indicación: a continuación, se leerán preguntas cerradas y abiertas y usted deberá contestar según su criterio.

1- ¿Qué edad tiene?

10-13 años

14-16 años

17-19 años

2- Estado civil:

Casada

soltera

acompañada

separada

3- Escolaridad:

Ninguna

primaria

Secundaria

bachillerato

Universitaria

4- ¿Cree que es importante estudiar?

Si

No

5- ¿A qué se dedica?

Ama de casa	<input type="checkbox"/>	estudiante	
Agricultura	<input type="checkbox"/>	empleada	<input type="checkbox"/>
Oficios domésticos	<input type="checkbox"/>		

6- Antes de estar embarazada, ¿cuál era su proyecto de vida?

Terminar la educación básica	<input type="checkbox"/>	Conseguir empleo	<input type="checkbox"/>
Optar por una carrera universitaria	<input type="checkbox"/>	Casarse	<input type="checkbox"/>
Ninguno	<input type="checkbox"/>	ser madre	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>		

7- ¿Actualmente cuál es su proyecto de vida?

Ninguno	<input type="checkbox"/>	casarse	<input type="checkbox"/>
Estudiar	<input type="checkbox"/>	tener más hijos	<input type="checkbox"/>
Ser ama de casa	<input type="checkbox"/>	no sé	<input type="checkbox"/>

8- ¿Con quién vive actualmente?

Ambos padres	<input type="checkbox"/>	madre	<input type="checkbox"/>
Abuelos	<input type="checkbox"/>	padres	<input type="checkbox"/>
Pareja	<input type="checkbox"/>	otros	<input type="checkbox"/>

9- ¿Cuál es la condición económica de su familia?

Menor al salario mínimo	<input type="checkbox"/>
Igual al salario mínimo	<input type="checkbox"/>
Mayor al salario mínimo	<input type="checkbox"/>

10- ¿De quién depende económicamente?

Padre	<input type="checkbox"/>	hermanos	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	--------------------------

Madre ninguna

Pareja otros

11- ¿A qué se dedica actualmente su pareja o compañero de vida?

No tengo estudiante

agricultor empleado

profesional ninguno

12- ¿Cuál es su religión?

Cristiana evangélica ninguno

Católica otra

Mormona

13- ¿Para su familia el tener relaciones sexuales con la pareja antes del matrimonio es pecado?

Si

No

Expliqué por qué: _____

14- ¿A qué edad es más común que se casen o acompañen las mujeres de tu familia?

10 a 15 años 21 a 25 años

16 a 19 años >25 años

15- ¿Para usted cuál es la edad indicada para quedar embarazada?

10 a 15 años 21 a 25 años

16 a 19 años >25 años

16- ¿a qué edad tuvo su primera regla?

8 a 10 años 15 a 19 años

11 a 14 años

17- ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

10 a 13 años 14 a 16 años

17 a 19 años

18- ¿El embarazo actual fue?

Deseado y planeado ninguno

Deseado no deseado

Planeado

19- ¿A qué edad tuvo su primer embarazo?

10 a 13 años 14 a 16 años 17 a 19 años

20- ¿Cuántos embarazos ha tenido?:

1 3

2 >3

21- ¿Se siente bien actualmente, con tu vida, tu físico y tu entorno?

Si

No

22- ¿Qué métodos anticonceptivos conoce?

Inyectables DIU

orales naturales

preservativos ningunos

23- ¿Ha usado alguna vez algún método anticonceptivo?

Si

No

24- ¿Se sintió presionada en algún momento por alguna persona, para tener relaciones sexuales?

Si

No

25- ¿Quería embarazarse para poder retener a su pareja?

Si

No

26- ¿Ha recibido en algún momento de su vida, consejerías sobre salud sexual y reproductiva?

Si

No

27- ¿Cuándo consideraría usted, que existe riesgo de embarazo?

Una semana antes de la menstruación

Una semana después de la menstruación

Durante la menstruación

No se

28- ¿Qué causas considera usted que influyeron más para que usted haya quedado embarazada?

Mal uso anticonceptivo falta de información

Que tenga familia disfuncional retener a la pareja

Quería ser madre influencia de amigos

GUÍA DE COMPROBACIÓN

TEMA: Perfil sociocultural de la adolescente embarazada entre las edades de 10 a 19 años en Unidad Comunitaria de Salud familiar intermedia Metapán y Unidad Comunitaria de salud Familiar Básica Amate blanco, El Porvenir en el departamento de Santa Ana de marzo a agosto de 2018.

Objetivo del instrumento:

Reunir información necesaria de los registros y expedientes que utiliza el personal de salud para determinar los factores que influyen en el perfil sociocultural de las adolescentes embarazadas inscritas en UCSFI Metapán y UCSFB Amate blanco en el periodo comprendido de marzo a agosto de 2018.

- 1- Se encuentra registro en el expediente clínico de llenado de hoja de tamizaje para indagar violencia a la adolescente:

Si

No

- 2- Se encuentra registro en el expediente clínico de consejerías sobre salud sexual y reproductiva a la adolescente embarazada

Si

No

- 3- En el libro de atención materno infantil está registrada la adolescente embarazada y si esta con categoría de riesgo, por el hecho de ser adolescente.

Si

No

- 4- Registro de dirección de adolescente embarazada

Si

No

- 5- Registro de nivel de escolaridad en la hoja de atención materna

Si

No

- 6- Se encuentra registro de atención psicológica en los expedientes clínicos

Si

- No
- 7- Se dispone en farmacia de oferta básica de anticonceptivos en su centro de salud
- Si
- No
- 8- Presenta registro de consumo de sustancias toxicas
- | | | | |
|---------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Drogas | <input type="checkbox"/> | cannabis | <input type="checkbox"/> |
| alcohol | <input type="checkbox"/> | otros | <input type="checkbox"/> |
| Ninguno | <input type="checkbox"/> | | |
- 9- De los expedientes clínicos utilizados de las adolescentes embarazadas ¿presentaban infección genitourinaria?
- Si
- No
- 10- ¿Se encuentra registro de haber utilizado métodos anticonceptivos en el expediente clínico?
- Si
- No

PRESUPUESTO

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

RUBROS	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Universidad/ asesoría	--	--
Salarios de investigadores	--	--
Transporte	20.0	100.0
Viáticos	20.0	80.0
Caja de lápices y lapiceros	0.25	2.50
Borrador y corrector	1.25	2.50
Resma de papel bond	5.00	10.0
Libretas de notas	2.00	6.00
Fotocopias	0.03	15.0
Anillados	2.50	10.0
Internet	1.00	50.0
Computadoras	400	400
Llamadas a celulares	2.00	10.0
Llamadas a línea fija	2.00	10.0
Impresora	60.0	60.0
Tinta negra	11.0	11.0
Tinta colores	20.0	20.0
Impresiones	0.15	136.50
Memoria portátil USB	10.0	30.0
Folletos	5.00	15.0
Imprevistos	30.0	30.0
Total		998.50

CRONOGRAMA

Actividades Meses	marzo				abril				mayo				junio				julio				agosto				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Elección del tema problema																									
Diagnóstico																									
Plan de trabajo																									
Introducción																									
Justificación																									
Planteamiento del problema																									
Antecedentes																									
Elaboración de objetivos																									
Entrega del perfil de investigación																									
Elaboración del marco teórico																									
Referencias o bibliografía																									
Diseño metodológico																									
Entrega de protocolo de investigación																									
Desarrollo del estudio																									
Recolección de datos																									
Análisis de datos																									
Conclusiones																									
Recomendaciones																									
Anexos																									
Presentación del informe de investigación																									