

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
CARRERA DE DOCTORADO EN MEDICINA**



**FACTORES QUE DETERMINAN LA INCIDENCIA DE EMBARAZOS EN LAS ADOLESCENTES QUE CONSULTAN EN LAS UNIDADES DE SALUD DE LOLOTIQUE Y ANEXA AL HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DEL DEPARTAMENTO DE SAN MIGUEL, DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 2003.**

**INFORME FINAL PRESENTADO POR:**

**ALEX RODOLFO CARBALLO DIAZ.  
ALEXANDER DUBADIEL CÁCERES MELGAR.**

**PARA OPTAR AL GRADO DE  
DOCTORADO EN MEDICINA**

**DOCENTE DIRECTOR:  
Dr. JOSÉ ROBERTO CRUZ**

**DICIEMBRE DE 2003**

**SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA.**

## INDICE.

|  | <b>Pág.</b> |
|--|-------------|
| RESUMEN  | i           |
| INTRODUCCIÓN   | iii         |
| <br><b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>                |             |
| 1.1. Antecedentes de la problemática.....                        | 6           |
| 1.2. Enunciado del problema .....                                | 8           |
| 1.3. Objetivos de la investigación .....                         | 9           |
| 1.3.1. Objetivo General .....                                    | 9           |
| 1.3.2. Objetivo específico .....                                 | 9           |
| <br><b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>                            |             |
| 2.0. APARATO REPRODUCTOR FEMENINO                                |             |
| 2.1. Órganos genitales externos .....                            | 10          |
| 2.2. Órganos genitales internos .....                            | 11          |
| 2.3. Las mamas .....   | 12          |
| 2.4. Crecimiento de Ser humano.....                              | 12          |
| 2.5. Cambios en la pubertad .....                                | 13          |
| 2.6. La Adolescencia .....                                       | 14          |
| 2.7. Embarazo en adolescentes .....                              | 15          |
| 2.8. Factores que contribuyen al embarazo en adolescentes .....  | 16          |
| 2.8.1. Factores biológicos .....                                 | 16          |
| 2.8.2. Factores psicosociales .....                              | 16          |
| 2.8.3. Factores socioculturales .....                            | 18          |
| 2.9. Diagnóstico de embarazo en adolescentes .....               | 19          |
| 2.10. Complicaciones médicas durante un embarazo en adolescentes | 20          |
| 2.11. Definición de términos básicos .....                       | 20          |

### **CAPÍTULO III: SISTEMA DE HIPÓTESIS**

|   |           |
|---|-----------|
| 3.1. Operacionalización de las variables en indicadores ..... | <b>22</b> |
|---|-----------|

### **CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO**

|   |           |
|---|-----------|
| 4.1. Tipo de investigación .....                    | <b>23</b> |
| 4.2. Universo .....                                 | <b>23</b> |
| 4.3 Determinación del tamaño de la muestra .....    | <b>24</b> |
| 4.4. Técnicas e instrumentos de investigación ..... | <b>25</b> |
| 4.4.1. Técnicas .....                               | <b>25</b> |
| 4.4.2. Instrumentos .....                           | <b>26</b> |
| 4.5. Procedimiento .....                            | <b>26</b> |

### **CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS**

|   |           |
|---|-----------|
| 5.1 Tabulación y Análisis e interpretación de los resultados..... | <b>28</b> |
|---|-----------|

### **CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

|                           |           |
|---------------------------|-----------|
| 6.1. Conclusiones .....   | <b>50</b> |
| 6.2. Recomendaciones..... | <b>51</b> |

|                   |           |
|-------------------|-----------|
| BIBLIOGRAFÍA..... | <b>53</b> |
|-------------------|-----------|

|              |           |
|--------------|-----------|
| ANEXOS ..... | <b>55</b> |
|--------------|-----------|

- 1- Cronograma de actividades en la investigación
- 2- Programación de las actividades durante la ejecución

- 3- Cédula de entrevista dirigida a las adolescentes embarazadas
- 4- Representación gráfica de los resultados

## RESUMEN

El embarazo en adolescentes reviste importancia a nivel mundial por las consecuencias que provoca a este grupo de edad, aunque ha disminuido la incidencia no deja de ser un problema para los sistemas de salud, por el motivo que la adolescencia constituye los pilares básicos de la sociedad no sólo por su número sino por sus capacidades que puede desarrollar para el futuro de un país, por lo anterior se planteo la siguiente investigación con el objetivo de investigar los factores que contribuyen a la incidencia de embarazos en adolescentes usuarias de las unidades de salud anexa al Hospital San Juan de Dios de San Miguel y la Unidad de Salud de Lolotique en el período de julio a septiembre de 2003.

La investigación fue de tipo descriptiva, explicativa y prospectiva, tomando como muestra a 97 adolescentes embarazadas a quienes se les pasó la encuesta, luego se recopiló la información, se elaboraron los cuadros y gráficas y se analizaron los datos.

Los resultados demuestran que la mayoría de las adolescentes se encuentran entre los 17–19 años; el 83.2% poseen baja escolaridad, el 36.5% apenas alcanzan un sueldo mínimo, el 52.6% no conoce los métodos de planificación familiar a pesar que un 44% ha recibido información sobre salud sexual, y llama la atención que un 78.4% no sabían los riesgos del embarazo a temprana edad.

Con los resultados obtenidos, se recomienda al personal de salud, Ministerio de Educación e instituciones no gubernamentales, fomentar los programas en los adolescentes, sobre salud sexual y reproductiva.

Promover capacitaciones a los jóvenes en donde se establezca una relación de género entre las y los adolescentes. Buscar estrategias educativas en donde el objetivo sea la valoración de la mujer joven así minimizando el embarazo a temprana edad.

## **INTRODUCCION.**

La adolescencia es un período de múltiples cambios de adaptación, evolución hacia una mayor independencia psicológica, la maduración y remodelación de todos los órganos. Por lo que las adolescente no están preparadas tanto física como psíquicamente para un embarazo.

El embarazo en la adolescencia constituye un problema social, económico para su familia y sobretodo para Salud pública; ya que en los países del tercer mundo la tasa de fecundidad es aún muy alta, 3.6 hijos por mujer.

Existe en el mundo más de mil millones de adolescentes entre 10 y 19 años de los cuales el 80% viven en países del tercer mundo.

En los últimos años a nivel mundial y principalmente en El Salvador se ha incrementado el número de embarazos a temprana edad, así se tiene que en los Estados Unidos para el año 2002, 52 adolescentes de cada 1000 tuvieron un hijo y en Gran Bretaña 30 de cada mil tuvieron un hijo.

En El Salvador fuentes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social confirman que para el año 2002 fueron atendidos 74,837 partos de los cuales 21,703 fueron adolescentes; además reportan que 8 adolescentes entre los 10–19 años fallecieron en el 2002.

En los primeros tres meses del presente año el Ministerio de Salud contabilizado 4,812 partos en adolescentes. Este fenómeno revela una realidad grave en nuestro país, porque demuestra que las niñas siguen siendo vulnerables, debido a que son inducidas por los cambios biopsicosociales

propios de esta etapa, más los efectos positivos y negativos de los microambientes donde se desenvuelve (familia–escuela, trabajo, la calle y lugares de recreación) todo esto genera una serie de factores de riesgo difícil de modificar.

Por lo anteriormente expuesto la presente investigación a sido necesaria para identificar los principales factores que influyen en el embarazo en adolescentes, sean estos socioeconómicos y culturales.

La población en estudio fueron adolescentes embarazadas usuarias de las Unidades en estudio durante el periodo de Julio a Septiembre de 2003.

Considerando la magnitud del problema fue necesario estudiar los factores de riesgo socioculturales y económicos que influyen en el embarazo y la identificación de estos factores ayude a aportar alternativas de solución tanto al Ministerio, como incentivo para la realización de otros estudios que ayuden a disminuir el embarazo en adolescentes.

Es así como en este documento se presentan los resultados, tanto teórico como de campo de dicha investigación, para ello se ha estructurado en seis capítulos los cuales describen a continuación:

En el capítulo Uno, se trata el planteamiento del problema en donde se presentan los antecedentes de la problemática, es decir el comportamiento que ha tenido el fenómeno desde 1983; luego se enuncia el problema a través de una interrogante, a la cual el grupo de investigación trató de darle respuesta; al final se presentan los objetivos que guiaron la investigación tanto el general como los específicos.



En el capítulo Dos, se describe el marco teórico, anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino, además se describen los factores que contribuye al embarazo.

En el capítulo Tres, se plantea la hipótesis del problema en estudio en donde el grupo trató de comprobar dicha hipótesis a través de la información recopilada.

En el capítulo Cuatro, se da a conocer el diseño metodológico, las técnicas e instrumentos que se utilizaron en el trabajo de investigación.

El capítulo Cinco, se presentan los resultados de la investigación en donde se tabularon los datos y se analizaron e interpretaron.

En el capítulo Seis, se plantearon las conclusiones y recomendaciones tanto para el Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y Organizaciones no gubernamentales.

Además se encuentra la bibliografía que el grupo utilizó durante el trabajo de investigación.

En los anexos se encuentran los cronogramas que se utilizaron durante la investigación, el instrumento y la presentación gráfica de los resultados.

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

### **1.1 ANTECEDENTES DE LA PROBLEMÁTICA.**

En el transcurso de los años el embarazo en la adolescencia se ha transformado en un problema a nivel mundial, no importando el nivel de desarrollo y cultura de cada país.

Se menciona que la pubertad precoz esta relacionada con la incidencia de el embarazo en adolescentes, como el caso que se describe “en el año de 1,939 en Lima Perú, la niña Lina Medina la madre mas joven, quien tubo un parto por cesárea a la edad de 5 años”.<sup>1</sup>

En la década de 1970 se dijo que en los Estados Unidos hubo una “epidemia” de embarazos en adolescentes, es por ello que en la actualidad tiene el índice mas alto de todos los países desarrollados.

En El Salvador el Embarazo en Adolescentes se ha transformado en un problema para el Ministerio de Salud, por lo que fue necesario el surgimiento organizaciones gubernamentales, por ello se creo en 1,989 la Secretaria Nacional de la familia, esta en 1,991 impulsa el programa Madre Joven, el cual fue institucionalizado por el Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social a partir de el año 1,993, creándose en el establecimiento de salud clubes de madres jóvenes con el fin de brindar una atención diferenciada y promover la prolongación de el segundo embarazo.

“La tasa global de fecundidad es de 3.6 hijos por mujer, mientras que la tasa específica de fecundidad para el grupo de 15-19 años es de 125 nacidos

---

<sup>1</sup>Gary Cunningham, MD y otros, Obstetricia, 20ª edición , pág. 533 – 534.

vivos por cada 1,000 mujeres en el periodo 1983–1988”.<sup>2</sup>

Para el período 1993–1998 descendió la tasa a 96 nacidos vivos por cada 1,000 mujeres.

“El 22.18 % de los nacidos vivos en el país son hijos de mujeres menores de 20 años”.<sup>3</sup>

Durante 1999 la red de hospitales públicos atendió 26, 240 adolescentes que dieron a luz, esa cantidad represento el 32.1 % de los partos en todo el territorio nacional.

En el año 2000 el Ministerio de Salud Publica registro 23,317 alumbramientos en menores de 19 años eso figuro el 27.1 % a nivel nacional.

En el año 2001 la cifra de alumbramientos fue de 20, 413 y en el año 2002 la cifra de partos atendidos a nivel nacional fue de 21,703 de los cuales 1,076 apenas alcanzaban los 15 años y el resto se mantuvo entre 16–19 años.

Con respecto a la Unidad de Salud Anexa al Hospital San Juan de Dios de San Miguel, “en el año 2002 el total de inscripciones fue 1,583 de estas 731 correspondieron a adolescentes y de 6,795 controles prenatales 2,244 correspondieron a adolescentes”.<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup> M.S.P.A.S. “Plan estratégico para la atención integral de salud en la adolescente”, Pág. 8.

<sup>3</sup> Ibidem. Pág. 8

<sup>4</sup> Registro de censo de unidad de salud de Hospital Nacional San Juan de Dios, 2002.

En la Unidad de Salud Lolotique en el periodo 2002, “de 231 nacidos vivos, 52 correspondieron a madres adolescentes y de 172 inscripciones prenatales 72 fueron adolescentes”.<sup>5</sup>

La adolescencia es una etapa de transición de la niñez a la adultez en la cual los jóvenes experimentan cambios anatómicos, por lo consiguiente sus órganos reproductores son inmaduros y un embarazo a esta edad se convierte en un problema, lo que origina complicaciones durante todo su embarazo, tanto médicos como psicólogos, obligando a la adolescente a tomar decisiones que a su edad no le corresponden y además no están preparados para la responsabilidad que han adquirido, entre las cuales están, abandono de la escuela, privando de su formación académica, en su grupo familiar son marginadas y muchas veces desplazadas, de esta manera ella entra en un conflicto psicológico que la llevan al intento suicida a la búsqueda de maniobras abortivas, o terminan en un embarazo no deseado, y el nuevo ser que será objeto de maltrato y abandono.

Debido a que lo anteriormente expuesto es una realidad que no se le ha tomado mucha importancia por parte de las autoridades de salud pública, y tomando en cuenta que los adolescentes son la base del futuro de un país los programas de salud reproductiva tienen que alcanzar una mayor cobertura debido a esta problemática, el problema se enuncia de la siguiente manera.

## **1.2 ENUNCIADO DE EL PROBLEMA.**

¿Cuáles son los factores que influyen en la incidencia de embarazos en las adolescentes que consultan en las Unidades de Salud de Lolotique y Anexa al Hospital Nacional San Juan de Dios del departamento de San Miguel?

---

<sup>5</sup> Registro de censo de la Unidad de Salud de Lolotique, 2002.

### **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.**

#### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL.**

Investigar los factores que contribuyen a la incidencia de embarazos en las adolescentes que consultan en las Unidades de Salud en estudio.

#### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- Determinar los factores sociales que influyen en la incidencia de embarazos en las adolescentes que consultan en las Unidades de Salud en estudio.
- Conocer los factores culturales que contribuyen a la incidencia de embarazos en la población en estudio.
- Identificar las principales complicaciones que presentan las adolescentes durante el embarazo.
- Determinar el grado de conocimiento sobre los métodos de planificación familiar y salud sexual de la población investigada.

## 2. MARCO TEÓRICO.

La adolescencia que es una etapa de múltiples cambios, donde juega un papel importante las transformaciones que ocurren en los órganos genitales externos como internos que marcan la diferencia en la niñez y la edad adulta. Es por ello que es importantes abordar los siguientes temas:

### 2.0 APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

#### 2.1 ÓRGANOS GENITALES EXTERNOS.

- **La vulva**, es el conjunto de órganos externos que esta constituida por las siguientes partes:
- **El pubis**, llamado también monte de Venus, almohadilla de tejido adiposo cubierta de pelo, situada sobre la sínfisis del pubis
- **Labios mayores**, son dos pliegues redondos de tejido adiposo cubiertos de piel y pelos.
- **Labios menores**, son dos pliegues delgados rojizos, situados al interior de los labios mayores, se unen en la parte anterior donde cubren una estructura muy sensible al estímulo sexual, llamado clítoris.
- **Clítoris**, es una estructura cilíndrica y eréctil, que se considera el homólogo del pene, situado en el extremo anterosuperior de la vulva, constituido por dos cuerpos cavernosos que le confieren la capacidad de la erección, como también posee terminaciones nerviosas que lo hacen muy sensible a la estimulación.

- Además en la vulva existen otros orificios que corresponden al meato urinario, glándulas de Bartolini, glándulas de Skene y la abertura vaginal.

## 2.2 ÓRGANOS GENITALES INTERNOS.

- **Vagina**, es un canal vaginal elástico que se extiende entre la uretra y el recto, une al útero con la entrada de la vagina, termina en un fondo o saco en forma de copa. Normalmente sus paredes están en contacto unas con otras; debido a la excitación y penetración del pene se separan y humedecen. Dentro de las funciones se encuentran, la copulación, conducto de excreción para las secreciones uterinas y el canal del parto.

- **Útero**, es un órgano muscular, hueco, que se encuentra entre la vejiga por delante y el recto por detrás. La cavidad uterina esta revestida por 3 capas, el endometrio, miometrio y peritoneo visceral y se divide en tres partes, el fondo, el cuerpo y el cuello. Entre sus funciones esta prepararse mensualmente para anidar al huevo fecundado y la menstruación.

- **Trompas de Falopio**, son dos conductos que unen al útero a los ovarios y poseen tres porciones, las fimbrias, las ampollas y el infundíbulo. Su función principal es el transporte del huevo fecundado al útero.

- **Ovarios**. Los ovarios o gónadas femeninas son dos estructuras en forma de almendras que varían considerablemente de tamaño, es la célula reproductora femenina, Al nacer los ovarios de las niñas ya poseen 400,000 óvulos de los cuales 400 llegaran a madurar en toda la vida de la mujer, desde la pubertad hasta la menopausia sale un óvulo maduro de uno de los ovarios a mitad del ciclo menstrual, el óvulo humano solo puede ser fertilizado durante 12 horas,

máximo 24 horas, después de ser liberado por el ovario. Dentro de las funciones produce la ovulación y la secreción de hormonas, favorece la producción de hormonas las cuales son liberadas al torrente sanguíneo y son las responsables de los cambios de la mujer.

### **2.3 LAS MAMAS.**

Situadas sobre los músculos pectorales y unida a ellos por una capa de tejido conectivo que rodea a las células secretoras (alvéolos) de las glándulas. Los pezones están rodeados de una zona pigmentada circular, llamada areola. Los conductos de varios lobulillos se unen y forman un conducto excretor para cada lóbulo, hay entre 15–20 lóbulos en cada glándula mamaria. Entre sus funciones se encuentran la secreción de leche después de el nacimiento de el niño, la cual esta regulada por las hormonas ováricas estrógeno y progesterona.

### **2.4 CRECIMIENTO DEL SER HUMANO**

Definición: “crecimiento y desarrollo constituyen un intrincado juego de fuerzas genéticas, nutritivas, traumáticas, afectivas, sociales y culturales que afectan al individuo”.<sup>6</sup>

Si bien el crecimiento es una característica física de los organismos, clínicamente se le considera como crecimiento somático (aumento del tamaño o masa corporal), en cambio el desarrollo se considera en el sistema nervioso central a través de progresivas adquisiciones neuropsíquicas, como motricidad, lenguaje y adaptaciones sociales.

---

<sup>6</sup> MSPAS “Manual técnico de Salud reproductiva”. Pág. 249.



## **2.5 CAMBIOS EN LA PUBERTAD.**

Definición de pubertad: Periodo de la vida en el que comienza la capacidad de reproducción.<sup>7</sup>

Durante la pubertad las niñas tienen su primera menstruación, llamada menarquia, y comienza a ovular, además durante esta etapa transitoria, los jóvenes experimentan cambios psicológicos y cognitivos, se independizan más de los padres y se relacionan más con los y las compañeras.

En la niña se producen cambios que indican el comienzo, evolución y culminación del proceso puberal, aquí se presentan dos tipos bien diferenciados de efectos:

- a) Los androgénicos (vello pubiano, axilar y glándulas apócrinas).
- b) Los estrogénicos (mamas, trompas, útero y vagina)

### **EFFECTOS ANDROGÉNICOS.**

La iniciación se indica semiologicamente por la aparición de el botón mamario, este ciclo sexual secundario denominado telarquia, es casi siempre de comienzo unilateral, para luego a veces de varios meses hacerse bilateral. Aparece normalmente con un amplio rango de edades, luego de los 8 años de edad y antes de cumplir los 16 años.

Después de iniciada la telarquia se presenta el vello pubiano o pubarquia, indicando ambos caracteres sexuales secundarios.

---

<sup>7</sup> Océano. "Diccionario Mosby", pág. 1063.

## **EFFECTOS ESTROGÉNICOS.**

Aparentemente no hay una edad ósea determinada que coincida con la aparición con la menarquia y de hecho es de observación diaria encontrar edades de menarquia que coincidan con edades óseas de 11 años y hasta 16 años.

La progresiva estrogenización que impregna todo el organismo y que se registra clínicamente con el desarrollo mamario, tiene otros órganos que muestran cambios hacia la madurez genital, como los ovarios que aumentan de volumen consecuente al aumento de múltiples folículos, las trompas se tornan menos flexuosas, con mayor diámetro interior el útero presenta engrosamiento de la pared muscular, desarrollo del endometrio proliferación y descamación consecuente al ciclo hormonal

## **2.6 LA ADOLESCENCIA.**

“Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es definida como una etapa de transición entre la infancia y la adultez, que esta comprendida entre los 10 y 19 años”.<sup>8</sup>

Según Papalia e Diana (1980) la adolescencia se define como “el período que transcurre entre la niñez y la edad adulta, época que va desde los 12 años hasta el comienzo de los 20 años”.<sup>9</sup>

Los adolescentes son los millones de personas olvidadas en los programas

---

<sup>8</sup> Ministerio de Salud Pública, Op cit, Pág. 360-420

<sup>9</sup> Papalia Diana E. Psicología del desarrollo. Pág. 27

de salud reproductiva a pesar de que el número de jóvenes que necesita información y servicios es enorme, los servicios son escasos, están fragmentados o no existen.

La adolescencia es una etapa del desarrollo donde el apoyo de la familia es muy importante ya que es una etapa de rebeldía contra el padre, la madre y el orden social, esto los lleva a la búsqueda de su identidad y curiosidad sexual<sup>10</sup>.

## **2.7 EMBARAZO EN ADOLESCENTES.**

Este se define como aquella gestación que ocurre en los primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica 0 = edad de la menarquia) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. Ha sido llamado el síndrome del fracaso, o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza.

El embarazo en cualquier etapa de la vida, es un hecho de gran trascendencia; de ahí que se considera que la procreación debe realizarse de manera consciente y madura, biológica y psicológicamente, garantizando al nuevo ser un medio adecuado para su desarrollo biopsicosocial.

---

<sup>10</sup> MSPAS, Op. Cit. Pág. 360–420

## **2.8 FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.**

### **2.8.1 FACTORES BIOLÓGICOS.**

La edad de la pubertad a declinado desde 17 años en el siglo XIX a alrededor de 12–13 años actualmente, los adolescentes son fértiles a una edad menor. Las adolescentes con una edad de menarquia precoz están más expuestos al riesgo de embarazarse.<sup>11</sup>

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

### **2.8.2 FACTORES PSICOSOCIALES.**

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

---

<sup>11</sup> Organización Panamericana de la Salud, “Manual de Medicina de la Adolescencia”, pág. 473

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

Existe una diferenciación y una complejidad progresiva de la inteligencia durante la adolescencia; esta modificación estructural multiplica las potencialidades del niño y los amplía hasta aproximarlos al razonamiento de el adulto y esta es la base de todo el resto del plano psicosocial.<sup>13</sup>

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

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

El carácter de edad de transición de la adolescencia impregna toda la actividad psicosocial de el joven con un carácter de experimentación, se ensayan los roles adultos en diferentes áreas entre ellas el ejercicio de la sexualidad. Ayuda a enfrentar con éxito las tareas evolutivas pero puede ser el origen de un embarazo no deseado.

---

<sup>12</sup> Geranda Mariana y Sileo Enriqueta, Embarazo en Adolescentes, pág. 15

<sup>13</sup> OPS, Op. Cit. Pág. 413

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

### **2.8.3 FACTORES SOCIOCULTURALES.**

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

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

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

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

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

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

## **2.9 DIAGNOSTICO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES.**

El diagnostico del embarazo en la adolescencia tiene sus dificultades ya que los jóvenes acuden al médico por otro motivo de consulta esperando que el descubra el verdadero motivo. Las quejas más frecuentes son cefaleas, estreñimiento, pérdida o ganancia de peso, náuseas, vómitos, sensibilidad mamaria, cambios en las relaciones interpersonales y en la conducta, ausentismo escolar y represión.

La privacidad y la confidencialidad son elementos esenciales en la atención médica de la adolescente para ganarse su confianza.

Debe hacerse un interrogatorio completo incluyendo antecedentes ginecológicos, un registro del ciclo menstrual y exploración de historia sexual.

El examen físico debe ser cuidadoso buscando cloasma facial, congestión mamaria, cianosis de la mucosa genital, reblandecimiento del cuello uterino, y agrandamiento del útero; puede ser necesario confirmar el diagnostico con exámenes complementarios como la medición de la subunidad beta de la gonatropina coriónica en suero y ultrasonido pélvico.

## 2.10 COMPLICACIONES MÉDICAS DURANTE UN EMBARAZO EN ADOLESCENTE.

Los riesgos obstétricos para las adolescentes se elevan cuando esta presente la pobreza, la alimentación inadecuada, la salud deficiente.

La mayoría de las investigaciones de nacimientos en adolescentes indican un riesgo aumentado para desarrollar al menos algunas de las complicaciones del embarazo y resultados neonatales deficientes.

La morbilidad más frecuente observada en adolescentes embarazadas esta representada por aborto, anemia, hipertensión inducida por el embarazo, infecciones urinarias, parto pretermino y recién nacido con bajo peso al nacer.<sup>14</sup>

## 2.11 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

- **Aborto:** Interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación.
- **Cefalea:** Dolor de cabeza debido a múltiples causas.
- **Cianosis:** Coloración azulada de la piel y membranas mucosas debido al exceso de hemoglobina no oxigenada en la sangre o ha un defecto estructural de la molécula de hemoglobina.
- **Cloasma facial:** Pigmentación de color canela o marrón que asienta en la frente, mejilla y nariz, suele ir asociada con la gestación y el empleo de anticoagulantes orales.

---

<sup>14</sup> Ministerio de Salud Pública, “Manual técnico de salud reproductiva”, Pág. 360–420



- **Edema:** Acumulo anormal de líquido en los espacios intersticiales.
- **Epigastralgia:** Dolor en epigastrio.
- **Escotoma:** Defecto visual en una región definida en un o ambos ojos.
- **Gonadotropina Coriónica:** Componente químico presente en la orina de la mujer embarazada.
- **Menarquia:** Primera menstruación, que marca el comienzo de la menstruaciones cíclicas, suele producirse entre los 9 a 19 años de edad.
- **Pubarquia:** Comienzo de la pubertad que esta marcada por la aparición de los caracteres sexuales secundarios.
- **Pubertad precoz:** Desarrollo anormalmente precoz de la madurez sexual, se caracteriza por la ovulación en las niñas de los 8 años y la maduración del esperma en los niños antes de los 10 años.

### 3. SISTEMA DE HIPOTESIS.

Los factores socioculturales y económicos son determinantes del embarazo en las adolescentes que consultan en las Unidades de Salud de Lolotique y Anexa al Hospital San Juan de Dios del departamento de San Miguel en el período de julio a septiembre de 2003.

#### 3.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES EN INDICADORES.

| OBJETIVOS   | HIPÓTESIS   | VARIABLE  | DEFINICIÓN DE VARIABLE   | INDICADORES  |
|---|---|---|--|--|
| Investigar los factores que contribuyen a la incidencia de embarazos en las adolescentes que consultan en las Unidades de Salud en estudio. | Los factores socioculturales y económicos son determinantes del embarazo en las adolescentes que consultan en las unidades de salud de Lolotique y anexa al Hospital Nacional San Juan de Dios del departamento de San Miguel en el período de Julio a Septiembre 2003. | <p>- <b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b></p> <p>Factores socioculturales y económicos.</p> <p>- <b>VARIABLE DEPENDIENTE</b></p> <p>Pacientes adolescentes embarazadas</p> | <p>- Factores socioculturales se define como: conjunto de valores y creencias que caracterizan a un grupo determinado dentro de la sociedad.</p> <p>- Factores económicos se define como: dificultad de ingreso para acceder a los servicios básicos.</p> <p>- Embarazo precoz se define: período de gestación en adolescentes en las edades comprendida entre los 10–19 años.</p> | <p>- Analfabetismo de escolaridad</p> <p>- Estado familiar.</p> <p>- Procedencia.</p> <p>- Ingresos.</p> <p>- Ocupación.</p> <p>- Secta religiosa.</p> <p>- Método de planificación familiar.</p> <p>- Educación sexual.</p> <p>- Edad.</p> <p>- N° de embarazos</p> <p>- Frecuencia de embarazos.</p> <p>- Menarquia.</p> <p>- Edad de inicios de relaciones sexuales.</p> <p>- N° de compañeros sexuales.</p> <p>- Complicaciones.</p> |

## **4. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **4.1 TIPO DE INVESTIGACION.**

La naturaleza del fenómeno en estudio revela una situación gravísima en las adolescentes, ya que las niñas siguen siendo vulnerables a los cambios biosicosociales, microambientales donde viven las familias en su mayoría de escasos recursos económicos y a los riesgos que están expuestas las niñas embarazadas. Razón por la cual se plantea realizar la investigación con el propósito de encontrar una explicación objetiva y científica de este fenómeno para ello se requiere que éste sea, descriptivo ya que están dirigidos a determinar como está la situación de las variables o estudio de una población; explicativo, están dirigidos a contestar ¿por qué ocurre determinado fenómeno o causa? ¿Qué efecto causa?, esta dirigido a probar o desaprobar hipótesis sobre la base de las relaciones causa y efecto; además prospectivo porque durante estudio se registra la información según van ocurriendo los fenómenos.

### **4.2 UNIVERSO.**

El universo ha estudiar es de 100 adolescentes embarazadas que consultaron en la Unidad de salud Anexa al Hospital San Juan de Dios de San Miguel y 30 que consultaron en la Unidad de Salud de Lolotique del departamento de San Miguel, haciendo un total de 130 pacientes.

### 4.3 DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.

El tamaño de la muestra se determinó mediante la siguiente fórmula.

$$n = \frac{Z^2 PqN}{(N-1) E^2 + ZPq}$$

DATOS:

N= 130  
E= 5% margen de error.  
Z= 1.96  
P= 0.5  
q= 0.5  
n= ?

$$n = \frac{Z^2 PqN}{(N-1) E^2 + ZPq}$$

Sustituyendo

$$= \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (130)}{(1.29) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$= \frac{(3.8416) (0.25) (130)}{(1.29) (0.0025) + (3.8416) (0.25)}$$

$$= \frac{124.85}{0.3225 + 0.9604}$$

$$= \frac{124.85}{1.2829}$$

$$= 97.3 \approx 97$$

n= 97 tamaño de la muestra

$$\text{Unidad de Salud anexa} = \frac{100 \text{ adolescentes}}{130} \times 100 = 76.9 = 77 \text{ adolescentes}$$

$$\text{Unidad de Salud Lolotique} = \frac{30 \text{ adolescentes}}{130} \times 100 = 23.0 \text{ adolescentes}$$

#### 4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

##### 4.4.1 TÉCNICAS:

Las técnicas son la herramienta que permiten recopilar y obtener la información que posibilite la realización del estudio en este sentido se utilizará **la encuesta** la cual consiste en establecer las mismas preguntas a una parte de

la población que previamente fue definida y además se utiliza la técnica de **observación** la cual consiste en el registro visual de lo que ocurre en situación real.

#### **4.4.2 INSTRUMENTOS**

Los instrumentos que se utilizaron durante la investigación, es la cédula de entrevista la cual esta conformada por 22 preguntas cerradas (ver anexo n° 3), cinta métrica, estetoscopios Doppler, báscula, tensiometro, libreta de apuntes, grabadora.

#### **4.5 PROCEDIMIENTO.**

Considerando la magnitud del problema que encierra el embarazo en adolescente tanto para ella como para su familia, motivó a realizar el siguiente estudio, el cual consiste en conocer los factores de riesgo que contribuyen a el embarazo en adolescente.

Se le planteó la iniciativa al docente director, quien estuvo de acuerdo en el tema elegido por lo cual se ejecutó en ambas Unidades de Salud; posteriormente se pidió el permiso a los directores de ambas unidades para realizar el estudio y manifestaron estar de acuerdo en colaborar.

La ejecución fue realizada únicamente por los médicos en año social a cargo del estudio, se les explicó a las usuarias que asistieron a su control prenatal el objetivo del estudio y si estaban de acuerdo en participar.

Luego se procedió a realizarles el examen físico completo, el cual incluyó: peso, talla, toma de tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca fetal, altura uterina, se le orientó sobre la detección de los signos de alarma como son:

Escotomas, epigastralgia, sangramiento transvaginal, cefalea, edema.

## 5.1. TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

**CUADRO N° 1**  
**POBLACIÓN POR EDAD**

| EDAD    | FRECUENCIA ABSOLUTA | FRECUENCIA RELATIVA (%) |
|---------|---------------------|-------------------------|
| 10 – 13 | 3                   | 3%                      |
| 14 – 16 | 33                  | 34%                     |
| 17 – 19 | 61                  | 63%                     |
| TOTAL   | 97                  | 100%                    |

**FUENTE:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

### **Análisis:**

En este cuadro se presentan las edades de las adolescentes embarazadas en estudio, observándose que el 3% se encuentra entre las edades de 10–13 años; el 34% entre las edades de 14–16 años y un 63% de 17–19 años respectivamente.

### **Interpretación:**

En el presente estudio se pudo observar que la edad que predomina oscila entre 17 – 19 años, lo anterior explica que a esta edad tienen mayor libertad y se sienten capaces de asumir un embarazo aunque esto sea erróneo, llama la atención que de 97, 3 apenas alcanzan la pubertad, esto se debe a que probablemente fueron abusadas por personas ajenas al grupo familiar y en algunas veces por el mismo grupo familiar.



**CUADRO N° 2**  
**ESTADO FAMILIAR**

| ESTADO FAMILIAR | FRECUENCIA ABSOLUTA | FRECUENCIA RELATIVA (%) |
|-----------------|---------------------|-------------------------|
| Soltera         | 13                  | 13.4%                   |
| Casada          | 6                   | 6.2%                    |
| Acompañada      | 78                  | 80.4%                   |
| TOTAL           | 97                  | 100%                    |

**FUENTE:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

**Análisis:**

De los datos anteriores, sobre el estado familiar se observa que el 13.14% son solteras; el 6.2% son casadas y el 80.4% son acompañadas.

**Interpretación:**

Con respecto al estado familiar de la adolescente embarazada, de las 97 encuestadas, la mayoría que predominó fueron las acompañadas, esto demuestra que se encuentran en un estado de inestabilidad, que en cualquier momento se pueden convertir en una madre soltera, porque no hay un compromiso legal más que una unión.

No hay que olvidar que de 97, 6 se encuentran casadas, asumiendo a temprana edad una responsabilidad enorme para lo que no está preparada.

### CUADRO N° 3

#### ¿PROCEDENCIA DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA?

| PROCEDENCIA | FRECUENCIA ABSOLUTA | FRECUENCIA RELATIVA (%) |
|-------------|---------------------|-------------------------|
| Urbana      | 61                  | 63%                     |
| Rural       | 36                  | 37%                     |
| TOTAL       | 97                  | 100%                    |

**FUENTE:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

#### **Análisis:**

En el presente cuadro se demuestra la procedencia de la población, en un 63% reside en el área urbana y el 37% en el área rural.

#### **Interpretación:**

El estudio demuestra que el 63% reside en el área urbana, esto es debido a que la mayor parte de la muestra fue tomada de la Unidad de Salud anexa al Hospital San Juan de Dios, donde se da mayor afluencia de pacientes.

## CUADRO N° 4

### OCUPACIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADA

| OCUPACIÓN   | FRECUENCIA ABSOLUTA | FRECUENCIA RELATIVA (%) |
|-------------|---------------------|-------------------------|
| Ama de casa | 83                  | 85.6%                   |
| Estudiante  | 6                   | 6.2%                    |
| Empleada    | 8                   | 8.2%                    |
| TOTAL       | 97                  | 100%                    |

FUENTE: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

#### **Análisis:**

En el presente cuadro se demuestra la ocupación de las adolescentes, siendo el 85% las que se dedican a ser amas de casas; un 6.2% están estudiando; 8.2% son empleadas.

#### **Interpretación:**

El presente estudio demuestra que las adolescentes asumen responsabilidad de ser madres y ama de casas a temprana edad, así que de las 97 adolescentes, 83 son amas de casas y un 8.2% se dedican a trabajar para solventar sus necesidades económicas, haciéndolas independiente, pero con mayor responsabilidad.

Se observa que estas adolescentes que se dedican a ser amas de casa copian modelo que observan en sus antecesoras, a pesar que en su mayoría son de la zona urbana.

**CUADRO N° 5**  
**SABE LEER Y ESCRIBIR**

| OPINIÓN | FRECUENCIA ABSOLUTA | FRECUENCIA RELATIVA (%) |
|---------|---------------------|-------------------------|
| SI      | 89                  | 91.8%                   |
| No      | 8                   | 8.2%                    |
| TOTAL   | 97                  | 100%                    |

**FUENTE:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

**Análisis:**

En este cuadro en donde se busca información acerca si sabía leer o no, observando que el 91.8% si sabe leer y un 8.2% no sabe leer.

**Interpretación:**

En un momento se pensó que el analfabetismo era condicionante para un embarazo pero de 97 adolescentes embarazadas 89 saben leer, teniendo más acceso a la información sexualidad, dándole una mala interpretación, despierta el interés por iniciar relaciones sexuales y muchas veces desprotegidas lo que propicia un embarazo precoz.

## CUADRO N° 6

### NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

| OPINIÓN       | FRECUENCIA ABSOLUTA | FRECUENCIA RELATIVA (%) |
|---------------|---------------------|-------------------------|
| 1° – 3° Grado | 5                   | 5.6%                    |
| 4° - 6° Grado | 28                  | 31.5%                   |
| 7° – 9° Grado | 41                  | 46.1%                   |
| Bachillerato  | 15                  | 16.8%                   |
| TOTAL         | 89                  | 100%                    |

**FUENTE:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

#### **Análisis:**

En la tabla anterior se observa el grado de escolaridad obteniendo, un 5.6% que estudian del 1° al 3° grado; el 31.5% estudiaron del 4° al 6° grado; el 46% estudiaron de 7° a 9° grado, además el 16.8% estudiaron bachillerato.

#### **Interpretación:**

En el presente estudio se determinó que de la población estudiada solo 89 saben leer y escribir de las cuales el 46% realizaron estudios de 7° a 9° grado; esto demuestra que las adolescentes no quieren prepararse académicamente, dificultándoseles su progreso en la sociedad a la que pertenecen, sino que ellas pretenden tomar el rol de madres a temprana edad, como única realización que la cultura le inculca.

**CUADRO N° 7**  
**FUENTE DE INGRESO DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

| FUENTE DE INGRESOS | FRECUENCIA ABSOLUTA | FRECUENCIA RELATIVA (%) |
|--------------------|---------------------|-------------------------|
| Esposo             | 76                  | 78.3%                   |
| Padre              | 15                  | 15.5%                   |
| Ella               | 4                   | 4.1%                    |
| Otros              | 2                   | 2.1%                    |
| TOTAL              | 97                  | 100%                    |

**FUENTE:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

**Análisis:**

De los datos anteriores sobre la fuente de ingresos de la adolescente embarazada el 78.3% los obtienen de sus esposo, un 15.5% de los padres, ella en un 40% y tan solo 2.1% de otras personas.

**Interpretación:**

En este estudio lo que se observa es que de 97 adolescentes embarazadas 76 dependen exclusivamente de su esposo; convirtiéndose en amas de casa haciéndose dependientes, frenando su desarrollo como mujer; ya que muy pocas trabajan, y como se observará en otros cuadros las que estudian alcanza un porcentaje muy bajo.

## CUADRO N° 8

### FRECUENCIA DE INGRESOS

| FRECUENCIA | FRECUENCIA ABSOLUTA | FRECUENCIA RELATIVA (%) |
|------------|---------------------|-------------------------|
| Diario     | 15                  | 15.5%                   |
| Semanal    | 11                  | 11.3%                   |
| Quincenal  | 31                  | 32%                     |
| Mensual    | 40                  | 41.2%                   |
| TOTAL      | 97                  | 100%                    |

**FUENTE:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

#### **Análisis:**

En la tabla anterior se demuestra el período en que recibe el salario, su familia, así se tiene que el 15.5% tiene un ingreso económico diario; un 11.3% semanal; el 32% quincenal; 41.2% presenta un ingreso mensual.

#### **Interpretación:**

En el estudio se demostró que un 41.2% tiene un ingreso económico mensual esto debido a la toma de la muestra que la mayoría fue del área urbana y el pago por su trabajo es al mes o a los quince días, pero el ingreso económico asciende al sueldo mínimo.

También llama la atención que el 15.5% tiene un ingreso diario, estos pertenecen al área rural donde la remuneración es al día. Por trabajos en la tierra y no es constante, días trabajan y días no.

**CUADRO N° 9**  
**INGRESOS ECONÓMICOS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADA**

| SALARIO         | FRECUENCIA ABSOLUTA | FRECUENCIA RELATIVA (%) |
|-----------------|---------------------|-------------------------|
| ¢ 500 – 700     | 35                  | 36.1%                   |
| ¢ 700 – 900     | 22                  | 22.6%                   |
| ¢ 900 – 1,100   | 6                   | 6.2%                    |
| ¢ 1,100 – 1,300 | 18                  | 18.6%                   |
| ¢ 1,300 – 1,500 | 10                  | 10.3%                   |
| ¢ 1,500 – 1,700 | 6                   | 6.2%                    |
| TOTAL           | 97                  | 100%                    |

**FUENTE:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

**Análisis:**

Con respecto a la cantidad de dinero que obtiene la adolescente embarazada, en la tabla anterior un 36.1% es de 500–700 colones, un 22.6% de ¢ 700–900 ; de ¢ 900–1100 solo un 6.2%; el 18.6% de ¢ 1100–1300, un 10.3% ¢ 1500–1700 respectivamente.

**Interpretación:**

Los datos anteriores demuestra que el bajo ingreso económico, el alto costo de la vida, afecta a la mayoría de familias salvadoreñas, en este estudio se observa que la mayoría apenas sus ingresos alcanzan para la canasta básica, haciendo la unión de los porcentajes de las 97 adolescentes embarazadas, 63 sus ingresos son menores que el mínimo, teniendo algunas de ellas en subsistir con el resto de su familia, transformándose en un círculo vicioso, nueva familia, hijos desnutridos con muy pocas posibilidades de desarrollo y cuando estos jóvenes alcanzan los 10–19 años forman una familia. Por lo que es la única opción que ven en la vida.



**CUADRO N° 10**  
**CON QUIEN VIVE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA**

| CATEGORÍA | FRECUENCIA ABSOLUTA | FRECUENCIA RELATIVA (%) |
|-----------|---------------------|-------------------------|
| Esposos   | 60                  | 62%                     |
| Padres    | 20                  | 21%                     |
| Suegros   | 17                  | 17%                     |
| TOTAL     | 97                  | 100%                    |

**FUENTE:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

**Análisis:**

En el cuadro anterior se demuestra con quien vive la adolescente, un 62% esposo; 21% con sus padres; el 17% vive con los suegros.

**Interpretación:**

El presente estudio demuestra que de todas las adolescentes que han decidido formar una familia solo un 62% viven con sus esposos, el resto no ha podido formar un hogar por falta de fondos y que los obliga a seguir siendo sostenidos económicamente por sus padres, lo que pone de manifiesto que estas adolescentes no están preparadas para formar un hogar a temprana edad.

## CUADRO N° 11

### SECTA RELIGIOSA A LA QUE PERTENECE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.

| SECTA RELIGIOSA | FRECUENCIA ABSOLUTA | FRECUENCIA RELATIVA (%) |
|-----------------|---------------------|-------------------------|
| Católica        | 72                  | 74.2%                   |
| Evangélica      | 9                   | 9.3%                    |
| Ninguna         | 16                  | 16.5%                   |
| TOTAL           | 97                  | 100%                    |

**FUENTE:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

#### **Análisis:**

De las adolescentes embarazadas encuestadas sobre la secta religiosa, un 74.2% dijeron ser católicas; un 9.3% evangélicas y un 16.5% no pertenecen a ninguna secta.

#### **Interpretación:**

La tabla anterior describe el porcentaje de adolescentes que pertenecen a la religión católica, las cuales son 72, esto demuestra que en la actualidad los valores religiosos se están perdiendo y por consiguiente el matrimonio no lo ven como algo primordial, sino que les interesa formar una familia a temprana edad, llama la atención que 16 adolescentes no pertenezcan a ninguna religión, al menos eso contestaran.

**CUADRO N° 12**  
**A QUE EDAD APARECIÓ LA MENARQUIA**

| MENARQUÍA    | FRECUENCIA ABSOLUTA | FRECUENCIA RELATIVA (%) |
|--------------|---------------------|-------------------------|
| 10 – 13 Años | 70                  | 72.2%                   |
| 14 – 16 Años | 27                  | 27.8%                   |
| 17 – 18 Años | 0                   | 0.0%                    |
| TOTAL        | 97                  | 100%                    |

**FUENTE:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

**Análisis:**

El cuadro anterior se observa la edad a la que apareció la Menarquia en las adolescente, un 72.2% apareció a los 10–13 años; 27.8% entre los 14–16 años.

**Interpretación:**

El presente estudio demuestra que la mayoría de las adolescentes ha presentado su menarquia entre los 10–13 años, esto se fortalece con la literatura ya que menciona que la menarquia ha descendido de los 17 años a los 12–13 años esto a partir del siglo XIX, ninguna adolescente entre los 17–19 años presento menarquia.

A menor edad de menarquia, comienzan a ser fértiles y sexualmente activas.

### CUADRO N° 13

#### INICIO DE RELACIONES SEXUALES

| EDAD         | FRECUENCIA ABSOLUTA | FRECUENCIA RELATIVA (%) |
|--------------|---------------------|-------------------------|
| 10 – 13 Años | 13                  | 13.4%                   |
| 14 – 16 Años | 49                  | 50.5%                   |
| 17 – 19 Años | 35                  | 31.1%                   |
| TOTAL        | 97                  | 100%                    |

FUENTE: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

#### **Análisis:**

Este cuadro trata sobre la edad en que la adolescente embarazada inició relaciones sexuales, el 13.4% las inició entre los 10–13 años; un 50.5% entre 14–16 años y 36.1% de 17 a 19 años.

#### **Interpretación:**

Es preocupante que de 97 adolescentes encuestadas 49 tuvieron su primera relación de 14 a 16 años; uniendo las edades de 10 a 16 años alcanza un porcentajes alto, esto debido a que las adolescente cada día tiene su primera menstruación a menor edad haciéndola productiva y sexualmente activa, con el riesgo de embarazo.

## CUADRO N° 14

### CÓMO FUE SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

| CATEGORÍA        | FRECUENCIA ABSOLUTA | FRECUENCIA RELATIVA (%) |
|------------------|---------------------|-------------------------|
| Forzada          | 7                   | 7.2%                    |
| De mutuo acuerdo | 85                  | 87.6%                   |
| Engañada         | 5                   | 5.2%                    |
| TOTAL            | 97                  | 100%                    |

**FUENTE:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

#### **Análisis:**

El presente cuadro demuestra como fue su primera relación, forzada el 7.2%; de mutuo acuerdo 87.6%; engañada 5.2%.

#### **Interpretación:**

El presente estudio demuestra que el 87.6% su primera relación fue de mutuo acuerdo, y esto es debido a que los adolescentes no les importa llegar virgen al matrimonio, los patrones culturales se han perdido en el transcurso del tiempo, por el bombardeo a que son sometidos por los medio de comunicación, llama la atención que 12 adolescentes fueron violada a temprana edad por personas ajenas a su grupo familiar, “mareros”.

**CUADRO N° 15**  
**NÚMERO DE HIJOS**

| HIJOS     | FRECUENCIA ABSOLUTA | FRECUENCIA RELATIVA (%) |
|-----------|---------------------|-------------------------|
| Ninguno   | 86                  | 89.0%                   |
| Uno       | 10                  | 10.0%                   |
| Dos o más | 1                   | 1.0%                    |
| TOTAL     | 97                  | 100%                    |

**FUENTE:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

**Análisis:**

En esta tabla, en donde se recolectó dato sobre el número de hijos de la adolescente embarazada el 89% es su primer embarazo; el 10% su segundo hijo y tan sólo 1% más de dos.

**Interpretación:**

De las adolescentes encuestadas, la mayoría manifestó que era su primer embarazo, y de 97 adolescentes, 10 era su segundo embarazo, de este grupo a pesar que ya tenían una experiencia a menor edad que la que tienen actualmente no fue determinante para evitar otro embarazo.

## CUADRO N° 16

### CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

| SABE  | FRECUENCIA ABSOLUTA | FRECUENCIA RELATIVA (%) |
|-------|---------------------|-------------------------|
| Si    | 46                  | 47.4%                   |
| No    | 51                  | 52.6%                   |
| TOTAL | 97                  | 100%                    |

**FUENTE:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

#### **Análisis:**

Esta tabla trata sobre el conocimiento de métodos de planificación familiar, un 47.4% tiene conocimiento y 52.6% refieren no saber nada.

#### **Interpretación:**

La importancia que encierra esta pregunta es determinante para prevenir un embarazo no deseado en adolescentes, aunque se puede observar que no hay mucha diferencia entre las que usan algún método de planificación familiar y las que no tienen ni idea, ya que pueden conocer los métodos pero si no tienen información sobre el uso adecuado el riesgo es alto de un embarazo no deseado como se verá en otro cuadro.

## CUADRO N° 17

### CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

| CONOCE | FRECUENCIA ABSOLUTA | FRECUENCIA RELATIVA (%) |
|--------|---------------------|-------------------------|
| Si     | 33                  | 34%                     |
| No     | 64                  | 66%                     |
| TOTAL  | 97                  | 100%                    |

**FUENTE:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

#### **Análisis:**

De los datos obtenidos con respecto si conocen o no temas relacionados sobre salud sexual y reproductiva, el 34% si tienen información y el 66% no han recibido información.

#### **Interpretación:**

Conocer sobre salud sexual es básico y es triste observar que de 97 adolescentes 66% no han recibido la información en escuelas y unidades de salud, esto precipita que estas adolescentes inicien relaciones sexuales a temprana edad, un tercio de las adolescentes recibieron información.



**CUADRO N° 18**  
**NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES**

| CUANTAS PAREJAS | FRECUENCIA ABSOLUTA | FRECUENCIA RELATIVA (%) |
|-----------------|---------------------|-------------------------|
| Uno             | 72                  | 74.2%                   |
| Dos             | 19                  | 19.6%                   |
| Tres o más      | 6                   | 6.2%                    |
| TOTAL           | 97                  | 100%                    |

**FUENTE:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

**Análisis:**

El presente cuadro demuestra el número de parejas sexuales de las adolescente entrevistadas; un 74.2% ha tenido una pareja sexual, 19.6% dos parejas y un 6.2% ha presentado tres parejas o más.

**Interpretación:**

El estudio demuestra que 72 adolescentes solo tienen una pareja sexual pero llama la atención que a temprana edad un 6.2% ha tenido tres o más parejas, además refieren que no usaron protección, demostrando que no les importa el contagio de una enfermedad de transmisión sexual, mucho menos el embarazo.

## CUADRO N° 19

### CONOCIMIENTO SOBRE EL RIESGO DEL EMBARAZO

| RIESGO | FRECUENCIA ABSOLUTA | FRECUENCIA RELATIVA (%) |
|--------|---------------------|-------------------------|
| Si     | 21                  | 21.6%                   |
| No     | 76                  | 78.4%                   |
| TOTAL  | 97                  | 100%                    |

**FUENTE:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

#### **Análisis:**

El presente cuadro nos demuestra el conocimiento que tienen las adolescentes sobre el riesgo del embarazo, el 21.6% si conoce el riesgo; un 78.4% no.

#### **Interpretación:**

El conocimiento que los adolescentes tienen sobre los riesgos de un embarazo por su edad, tenemos que el 78.4% no sabe, esto puede ser por falta de educación sexual a nivel escolar. Esto se apoya en otro cuadro en donde el mayor porcentaje no ha recibido información adecuada.

**CUADRO N° 20**  
**EMBARAZO DESEADO O NO**

| FUE DESEADO | FRECUENCIA ABSOLUTA | FRECUENCIA RELATIVA (%) |
|-------------|---------------------|-------------------------|
| Si          | 55                  | 56.7%                   |
| No          | 42                  | 43.3%                   |
| TOTAL       | 97                  | 100%                    |

**FUENTE:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

**Análisis:**

El presente cuadro presenta si el embarazo fue deseado o no, un 56.7% deseaba tener un hijo y el 43.3% el embarazo no fue deseado.

**Interpretación:**

La tabla anterior nos demuestra que del total de adolescentes 55 hablaron con su pareja para planificar su embarazo, pero también 42 no lo deseaban, por la inestabilidad emocional, psicológica y económica. Además refieren que el embarazo ha separado a su pareja, de esta manera se fomenta el número de madres solteras.

**CUADRO N° 21**  
**HA PRESENTADO ALGUNA PATOLOGÍA DURANTE ESTE EMBARAZO**

| A PRESENTADO PATOLOGÍAS | FRECUENCIA ABSOLUTA | FRECUENCIA RELATIVA (%) |
|-------------------------|---------------------|-------------------------|
| Si                      | 17                  | 17.5%                   |
| No                      | 80                  | 82.5%                   |
| TOTAL                   | 97                  | 100%                    |

**FUENTE:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

**Análisis:**

El presente cuadro se presenta el porcentaje de adolescentes que han presentado alguna patología durante el embarazo, el 17.5% ha presentado patología; un 82.5% no.

**Interpretación:**

El cuadro anterior revela que porcentaje de patología se presenta en los adolescentes embarazadas, esto por falta de madurez de los órganos que participan en el embarazo. Un 17.5% ha presentado al menos una patología lo cual hace que el embarazo sea con riesgo. Pero el estudio nos reveló que el 82.5% no han presentado ninguna patología a pesar de su inmadurez de los órganos.

**CUADRO N° 22**  
**CUÁLES PATOLOGÍAS HA PRESENTADO**

| PATOLOGÍAS PRESENTADAS     | FRECUENCIA ABSOLUTA | FRECUENCIA RELATIVA (%) |
|----------------------------|---------------------|-------------------------|
| Ninguna                    | 80                  | 82.5%                   |
| Anemia                     | 1                   | 1.0%                    |
| I.V.U.                     | 5                   | 5.15%                   |
| Amenaza de aborto          | 8                   | 8.25%                   |
| Amenaza de parto prematuro | 3                   | 3.1%                    |
| Toxemia                    | 0                   | 0.0%                    |
| TOTAL                      | 97                  | 100%                    |

**FUENTE:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

**Análisis:**

Se observa que 82.5% no presentaron ninguna patología, 1.0% anemia; el 5.15% Infección de vías urinarias (I.V.U.); un 8.25% amenaza de aborto; y por último 3.1% amenaza de parto prematuro y ninguna toxemia.

**Interpretación:**

Se observa que la mayoría no presentó ninguna patología, esto podría ser por el corto tiempo del estudio, debido a que no se le dio seguimiento hasta el final del embarazo, pero de 97 adolescentes, 8 presenta amenaza de aborto.

## **6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **6.1. CONCLUSIONES.**

- Como resultado de esta investigación se concluye, que el embarazo en adolescentes es el resultado de la baja escolaridad, pobreza, falta de conocimiento sobre salud sexual, reproductiva y conocimiento inadecuado de métodos de planificación familiar, se relacionan entre si; por lo que los factores socioculturales y económicos favorecen el embarazo en adolescentes, pues el análisis de la información recopilada en forma porcentual así lo refleja por lo que se acepta la hipótesis.
- Las edades en que la mayoría de las adolescentes está embarazada es entre los 17–19 años, muchas de ellas están acompañadas, sumado a que la mayoría se dedican a las labores del hogar, lo que no representa ningún ingreso para su familia, frenando su superación, ya que la mayoría alcanza baja escolaridad muy pocas bachillerato, aunado a que su esposo tienen empleos con bajos ingresos que no alcanza para su canasta básica lo que se concluye tienen un estado socioeconómico bajo.
- Las adolescentes embarazadas su primera regla la tuvieron a temprana edad (10–13 años), haciéndolas sexualmente activas precipitando que su primera relación la tuvieran entre las edades de 14–16 años contribuyendo que el embarazo actual sea consecuencia de inicio de relaciones sexuales a temprana edad.
- Aunque la adolescente embarazada en una minoría ya tienen un hijo no fue determinante para evitar un segundo embarazo , ya que la mayoría no tienen conocimiento sobre método de planificación familiar y esto es

apoyado con el cuadro N° 17 donde la mayoría no tiene conocimiento sobre salud sexual y reproductiva contribuyendo al embarazo precoz ya que no tienen una información adecuada.

- Por medio del estudio se determinó que la mayoría de la adolescente embarazadas no tienen conocimiento sobre el riesgo del embarazo a temprana edad a pesar de que la mayoría manifestó desearlo como una forma de realización como mujer que la cultura le impone.
- A pesar que fue una minoría las que presentaron complicación no se puede descartar como factor de riesgo durante un embarazo a temprana edad ya que no se les dio un seguimiento hasta el final del embarazo, por el corto tiempo del estudio.

## **6.2. RECOMENDACIONES**

Debido a que la problemática del embarazo precoz no le compete solo al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, sino que debe de haber una integración de sectores, tanto el Ministerio de Educación, como instituciones no gubernamentales, para disminuir la incidencia de embarazos a temprana edad y es por ello que se plantea las siguientes recomendaciones:

- Concientizar a los dirigentes nacionales y locales sobre las necesidades de las adolescentes especialmente en lo que se refiere a salud sexual y reproductiva.
- Desarrollar políticas y actitudes que concientice las adolescentes a postergar el inicio de las relaciones sexuales.

- Fomentar la Educación Sexual, en las Unidades de Salud para disminuir la incidencia de embarazo precoz.

Crear programas que fortalezcan el apoyo a la madre adolescente para evitar un segundo embarazo.

Crear comité en las Unidades de Salud para impartir charlas, en las escuelas sobre el uso de métodos de Planificación Familiar.



## BIBLIOGRAFIA.

BATISTA Lucio Pilar; FERNÁNDEZ Carlos; HERNÁNDEZ Sampier; Metodología de la Investigación, 3ª edición, Mc Graw–Hill interamericana, México DF, 1,991, 114–121 Págs.

Gary Cunningham, MD y otros, Obstetricia, tomo I, edición 20, Buenos Aires Argentina, editorial Medica Panamericana S.A ,1,998 1399 Págs.

GERANDA Mariana, Sileo Enriqueta, Embarazo el la Adolescencia Factores de Riesgo y Cadena de Prevención, Caracas, 1,992, 39 Págs.

LEROY Austin Kart y otros, Embarazo en Adolescente, Región de salud Panamericana San Miguelito, Panamá, Editorial Tierra Firme S.A, año 2000, 92 Págs.

Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, Plan Estratégico Para la Atención Integral de la Salud de Adolescentes, año 2,001, 32 Págs.

Océano Mosby, Diccionario de Medicina, 4ª edición, Impreso en España MMI, Océano Grupo Editorial SA, 1504 Págs.

ROJAS Soriano, Guía para realizar investigación sociales, 34ª edición, Plaza y Valdés Editores México. D.F. 216–256 Págs.

TOMAS J. Silver y Otros, Organización Panamericana de la Salud, Manual de Medicina de la Adolescencia, año 1,992, 635 Págs.

WYNGARDEN, James B MD y otros, Cecil Tratado de Medicina Interna, Volumen 2, 19 edición, Mexico ineteramericana Mc Graw-Hill, 1,994, 2,878 Págs.

#### **PERIÓDICOS:**

PRENSA Gráfica, “Salud Atendió 21,703 partos en Adolescentes en el 2002”  
Periódico, San Salvador, El Salvador CA, 14 de mayo de 2,003, Pág. 8.

EL DIARIO DE HOY, “Hijos en vez de Muñecas”, Periódico, San Salvador, El Salvador CA. 13 de abril de 2003. Pág. 8–9.

# ANEXOS





### ANEXO 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LA INVESTIGACION SOBRE FACTORES QUE DETERMINAN LA INCIDENCIA DE EMBARZOS EN ADOLESCENTES EN LAS UNIDADES DE SALUD LOLOTIQUE Y ANEXA HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DEL DEPARTAMENTO DE SAN MIGUEL DE JULIO-SEPTIEMBRE DE 2,003.

| <b>Actividades</b>                        | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre |
|---|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|
| Inscripción de el proceso                 |       |      |       |       |        |            |         |           |           |
| Elaboración de perfil de investigación    |       |      |       |       |        |            |         |           |           |
| Elaboración de protocolo de investigación |       |      |       |       |        |            |         |           |           |
| Ejecución de protocolo de investigación   |       |      |       |       |        |            |         |           |           |
| Elaboración de informe final              |       |      |       |       |        |            |         |           |           |
| Presentación de informe final             |       |      |       |       |        |            |         |           |           |
| Exposición oral de informe final          |       |      |       |       |        |            |         |           |           |

## ANEXO 2.

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLARON DURANTE LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN EL PERIODO DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 2003 (12 SEMANAS)

| Actividades                                | Metodología   | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre |
|--|---|-------|--------|------------|---------|-----------|
| Recolección de datos a través de encuesta. | -Alexander Cáceres, en Unidad de Salud Anexa a Hospital, de lunes a Jueves.<br><br>Alex Rodolfo Carballo, en Unidad de Salud Lolotique, de Lunes a Jueves | xxxx  | Xxxx   | xxxx       |         |           |
| Análisis de resultados                     | Todo el grupo los días sábados y domingos de cada semana  | xxxx  | Xxxx   | xxxx       |         |           |
| Tabulación de resultados                   | Todo el grupo los días sábados y domingos de cada semana  | xxxx  | Xxxx   | xxxx       |         |           |
| Elaboración de informe final               | Todo el grupo los días viernes, sábado y domingo de cada semana   |       |        |            | xxxx    |           |
| Presentación de Informe final              | Todo el grupo   |       |        |            |         | xxxxx     |





**ANEXO 3.**  
**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.**  
**FACULTAD MULTIDICCIPLINARIA ORIENTAL.**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA.**

**CEDULA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A LAS ADOLESCENTES  
EMBARAZADAS.**

**OBJETIVO:**

Recolectar información de adolescentes embarazadas usuarias de la Unidad de Salud de Lolotique y Unidad de Salud Anexa a Hospital Nacional San Juan de Dios del departamento de San Miguel, en el periodo de Julio a Septiembre de 2003.

**DATOS GENERALES.**

1. Edad (años):
  - a) 10 – 13 años      0
  - b) 13 – 16 años      0
  - c) 17 – 19 años      0
  
2. Estado civil:
  - a) Soltera              0
  - b) Casada              0
  - c) Acompañada      0
  - d) Divorciada        0
  
3. Procedencia
  - a) Urbana              0
  - b) Rural                0
  
4. Ocupación?
  - a) Ama de casa      0
  - b) Estudiante        0
  - c) Empleada         0
  
5. Sabe leer y/o escribir?
  - a) Si                    0
  - b) No                  0
  
6. Nivel de escolaridad?
  - a) 1 a 3 grado        0
  - b) 4 a 6 grado       0
  - c) 7 a 9 grado       0
  - d) Bachillerato      0
  
7. Fuente de ingreso?
  - a) Esposo             0
  - b) Padres             0
  - c) Ella                 0

d) Otros  $\theta$

8. Frecuencia de ingresos:

- a) Diario  $\theta$
- b) Semanal  $\theta$
- c) Quincenal  $\theta$
- d) Mensual  $\theta$

9. A cuanto asciende sus ingresos:

- a) ¢500 – 700  $\theta$
- b) ¢700 – 900  $\theta$
- c) ¢900 – 1100  $\theta$
- d) ¢1100 – 1300  $\theta$
- e) ¢1300 – 1500  $\theta$
- f) ¢1500 – 1700  $\theta$

10. Con quien vive actualmente?

- a) Esposo  $\theta$
- b) Padres  $\theta$
- c) Suegros  $\theta$

11. Religión a la que pertenece?

- a) Católico  $\theta$
- b) Evangélico  $\theta$
- c) Ninguna  $\theta$

12. A que edad apareció la menarquia?

- a) 10 – 13 años  $\theta$
- b) 14 – 16 años  $\theta$
- c) 17 – 19 años  $\theta$

13. A que edad inicio sus relaciones sexuales?

- a) 10-13 años  $\theta$
- b) 14-16 años  $\theta$
- c) 17-19 años  $\theta$

14. Su primera relación sexual fue?

- a) Forzada  $\theta$
- b) De mutuo acuerdo  $\theta$
- c) Engañada  $\theta$

15. Cuantos hijos tiene?

- a) Ninguno  $\theta$
- b) Uno  $\theta$
- c) Dos o mas  $\theta$

16. Conoce algún método de planificación familiar?

- a) Si  $\theta$
- b) No  $\theta$
- c) Cuales:

17. Ha recibido información sobre salud sexual?

- a) Si
- b) No

18. Cuantas parejas sexuales ha tenido?

- a) 1
- b) 2
- c) 3 ó más

19. Sabía usted los riesgos del embarazo a esta edad?

- a) Si
- b) No

20. Este embarazo fue deseado?

- a) Si
- b) No

21. Ha presentado alguna patología durante este embarazo?

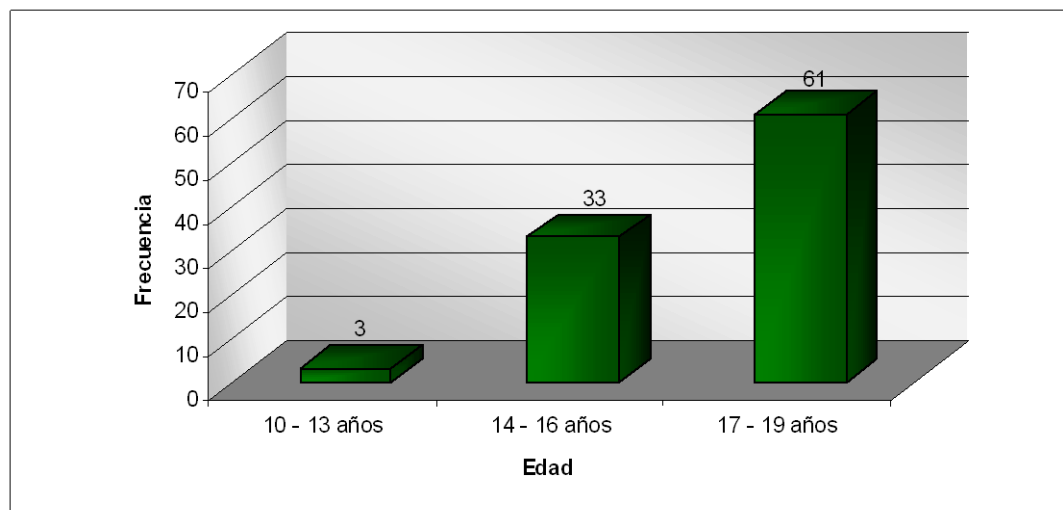
- a) Si
- b) No

22. Cuales

- a) Anemia
- b) Infección de vías urinarias
- c) Amenaza de aborto
- d) Amenaza de parto prematuro
- e) Toxemia

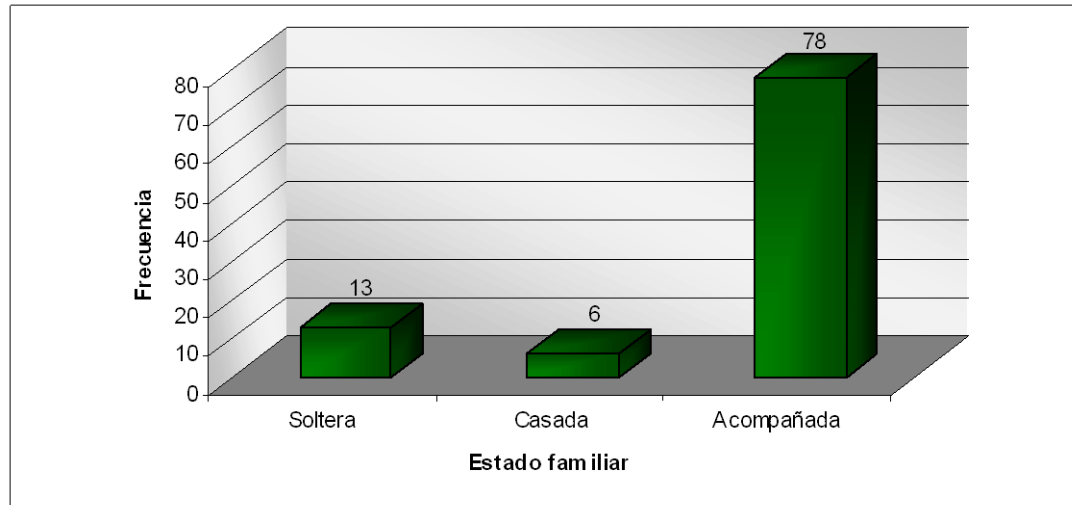
## ANEXO N° 4 PRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS RESULTADOS

### GRAFICO N° 1 POBLACIÓN POR EDAD



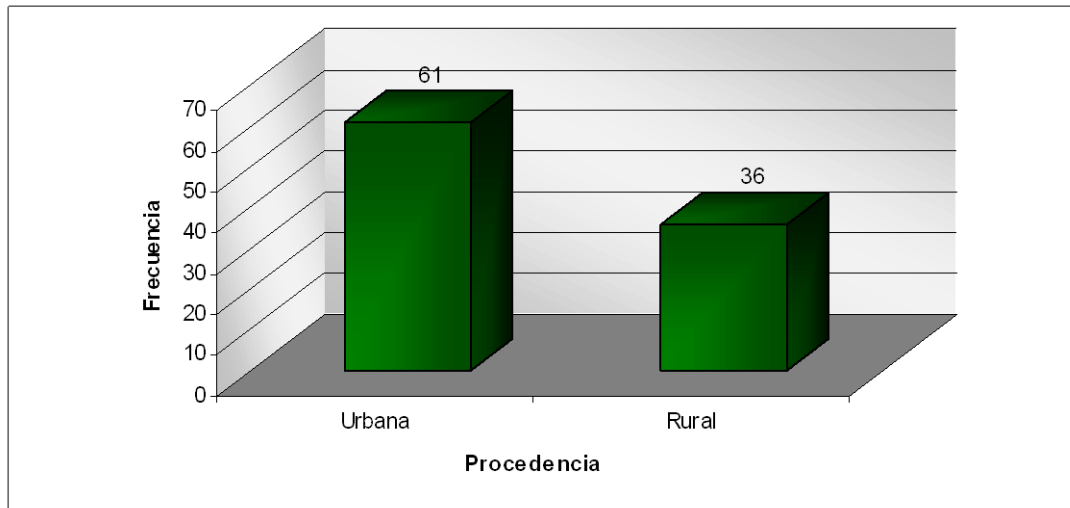
**Fuente:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

GRÁFICO N° 2  
ESTADO FAMILIAR



**Fuente:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

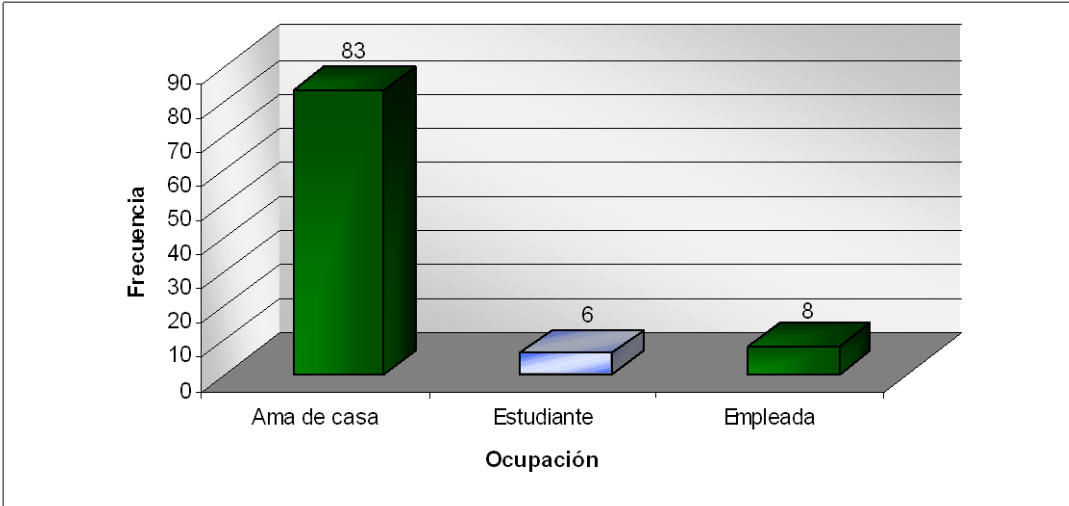
### GRÁFICO N°3 PROCEDENCIA DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA



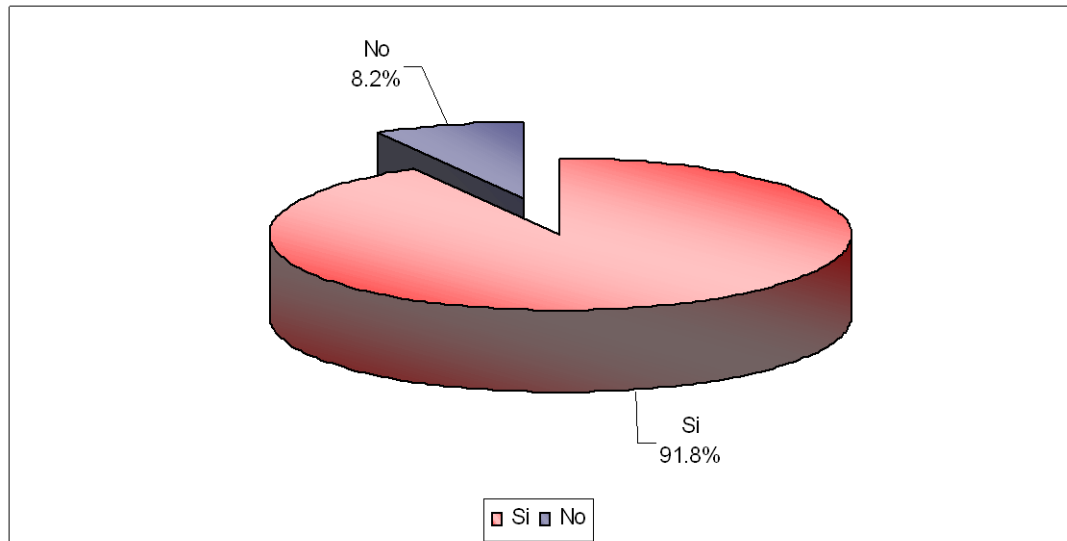
**Fuente:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

# GRÁFICO N° 4 OCUPACIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio



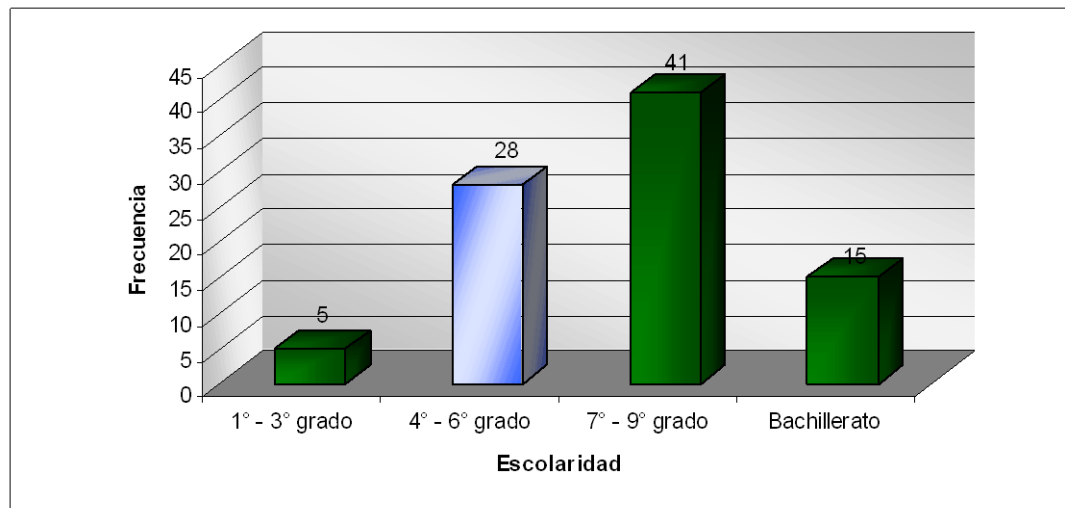
## GRÁFICO N° 5 SABE LEER Y ESCRIBIR



**Fuente:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio



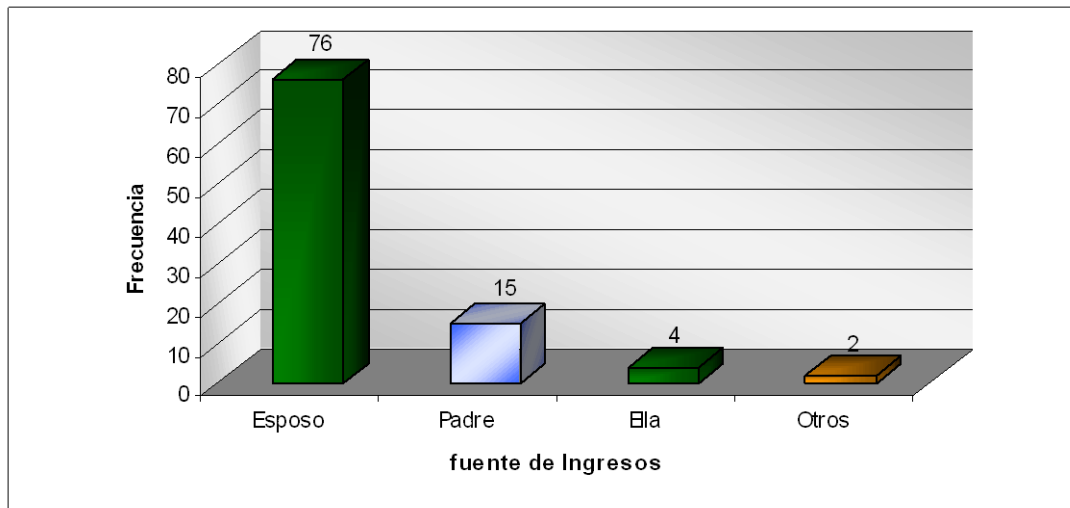
### GRÁFICO N° 6 NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS



**Fuente:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

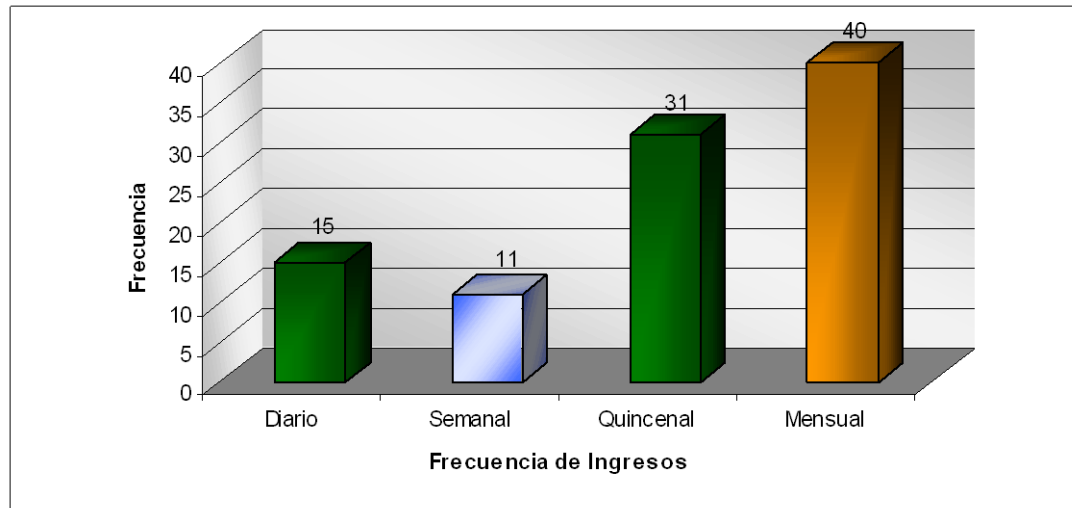
## GRÁFICO N° 7

### FUENTE DE INGRESO DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS



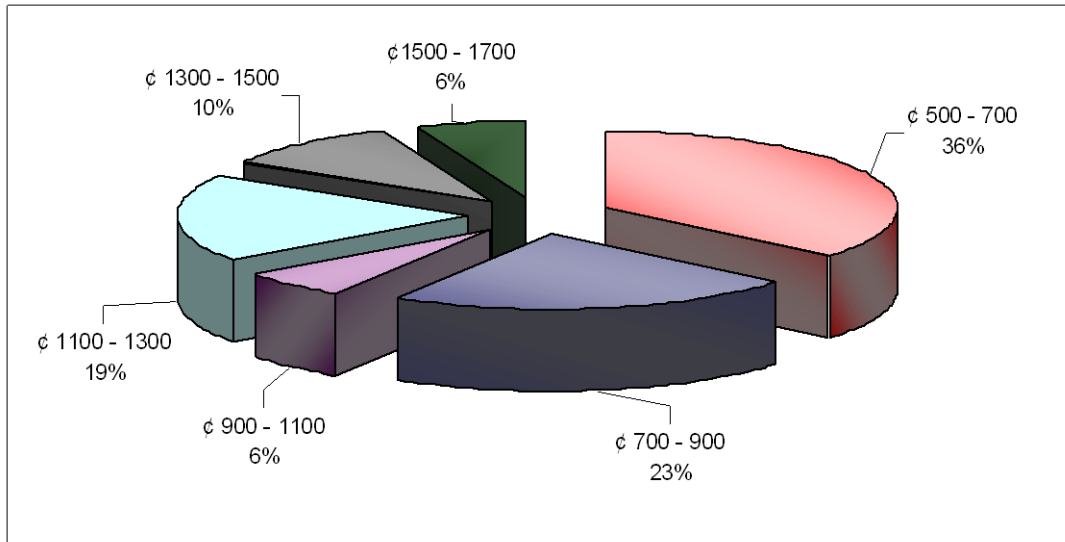
**Fuente:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

## GRÁFICO N° 8 FRECUENCIA DE INGRESOS



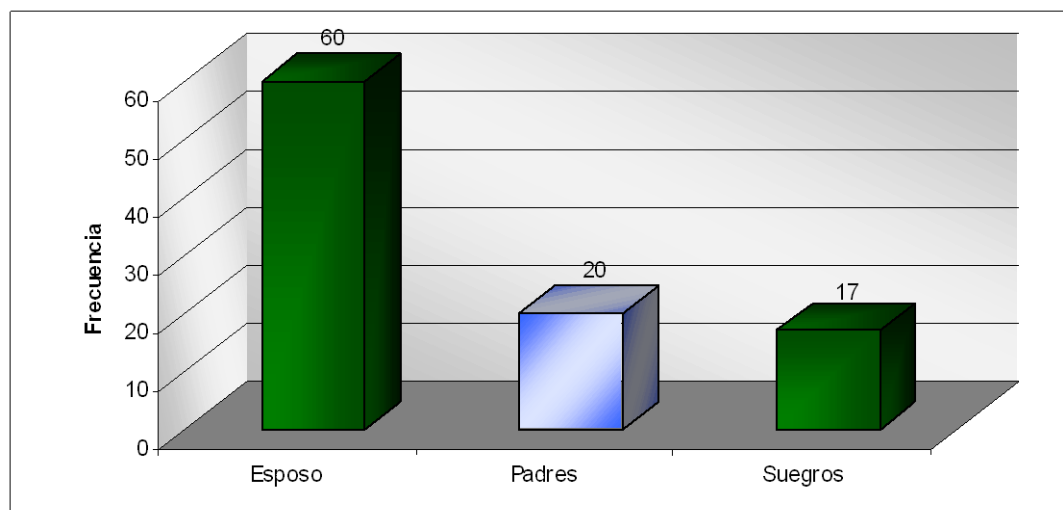
**Fuente:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

GRAFICO N° 9  
INGRESOS ECONÓMICOS DE LA ADOLESCENTE  
EMBARAZADA



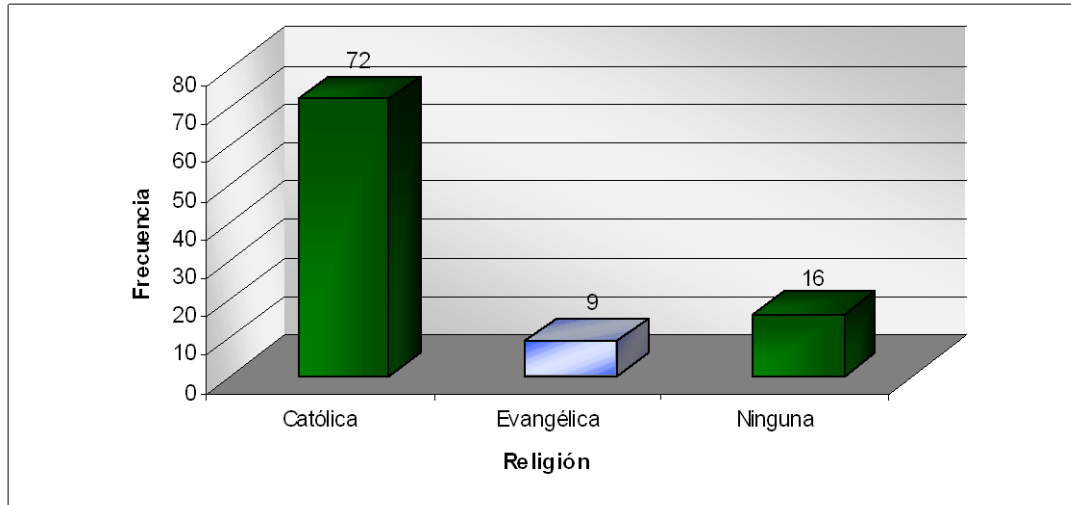
**Fuente:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

GRÁFICO N° 10  
CON QUIEN VIVE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA



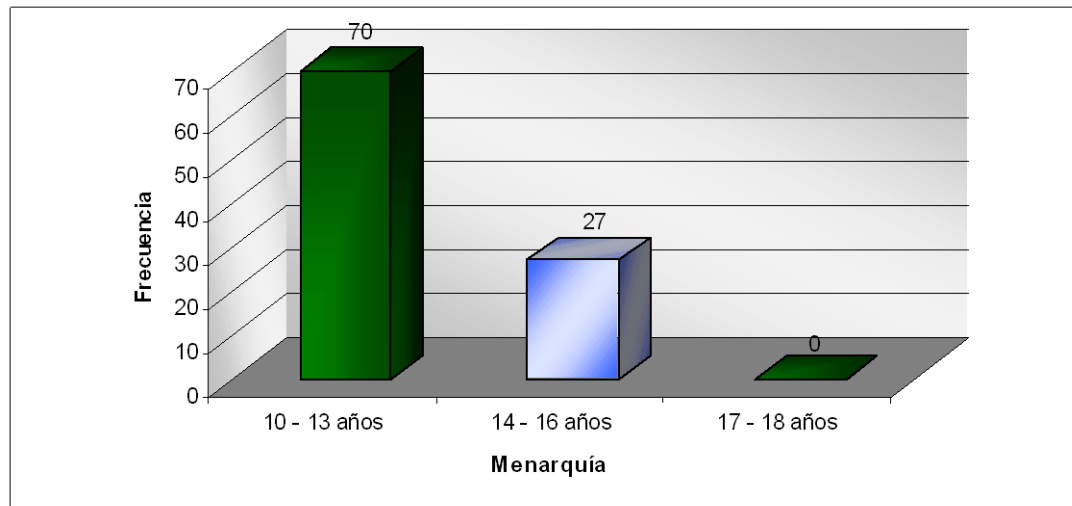
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

GRÁFICO N° 11  
SECTA RELIGIOSA A LA QUE PERTENECE LA ADOLESCENTE  
EMBARAZADA



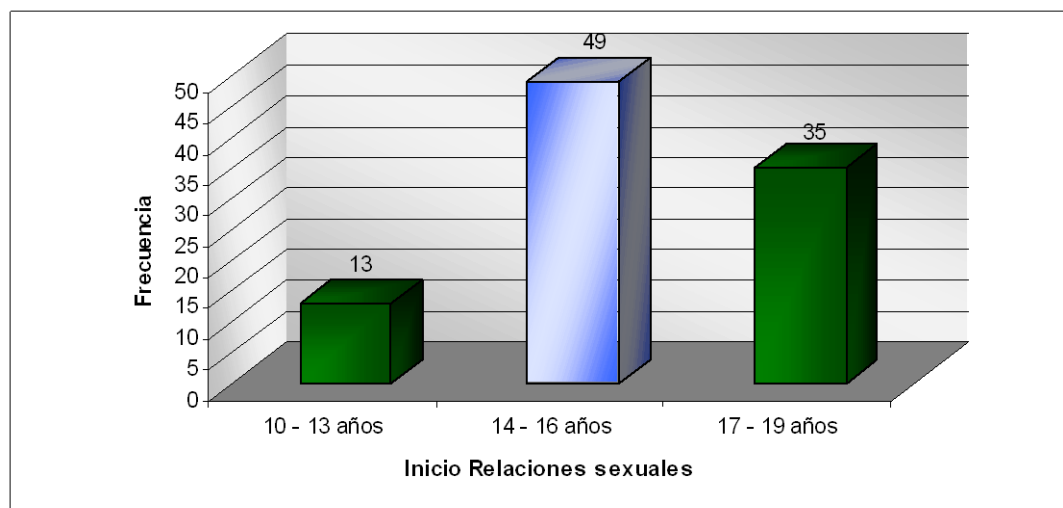
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

GRÁFICO N° 12  
A QUE EDAD APARECIÓ LA MENARQUIA



**Fuente:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

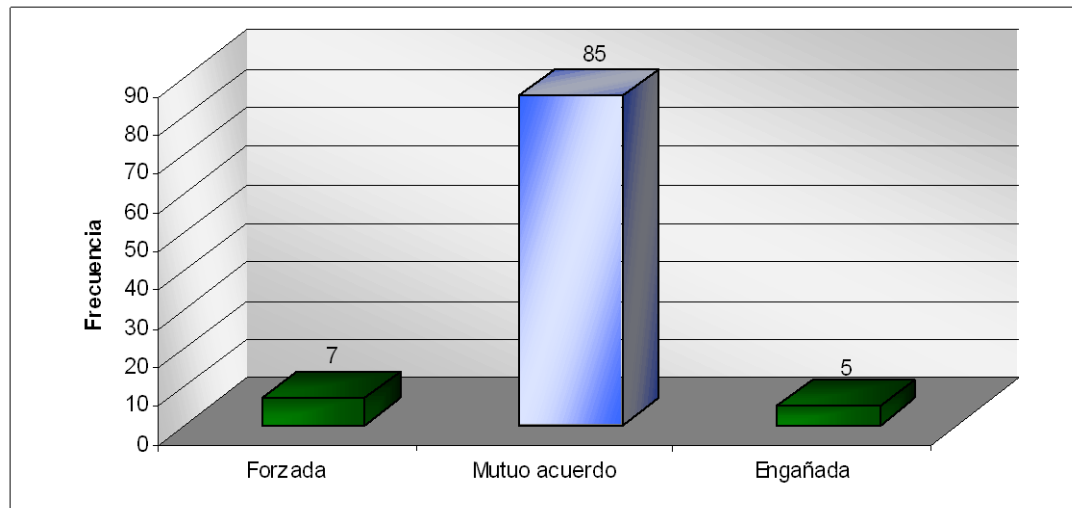
### GRÁFICO N° 13 INICIO DE RELACIONES SEXUALES



**Fuente:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

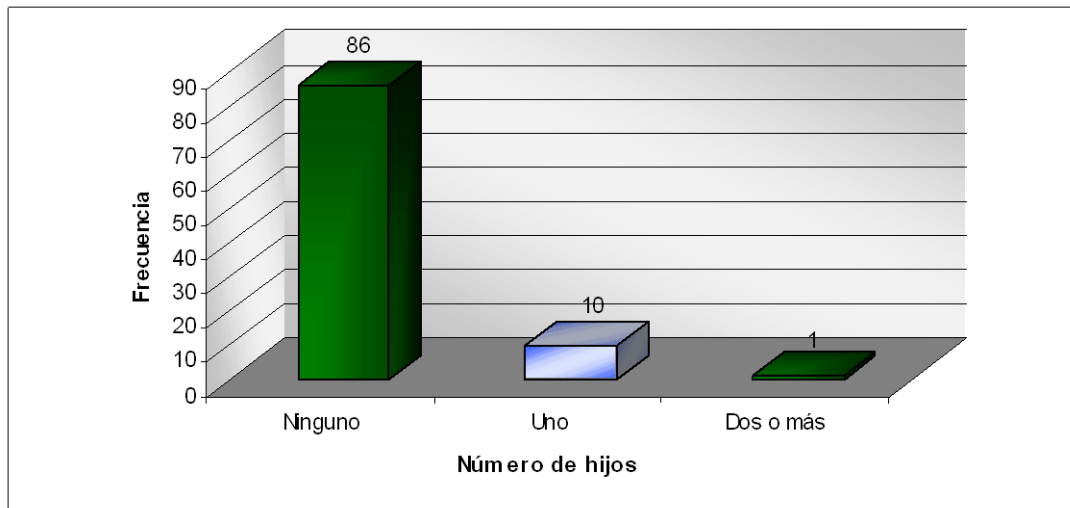


## GRÁFICO N° 14 CÓMO FUE SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL



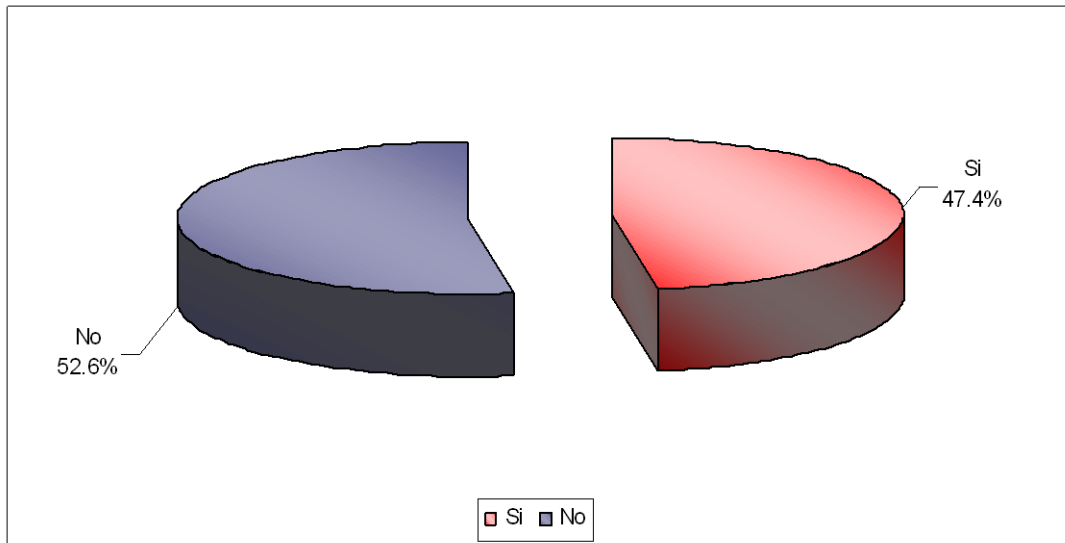
**Fuente:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

## GRÁFICO N° 15 NÚMERO DE HIJOS



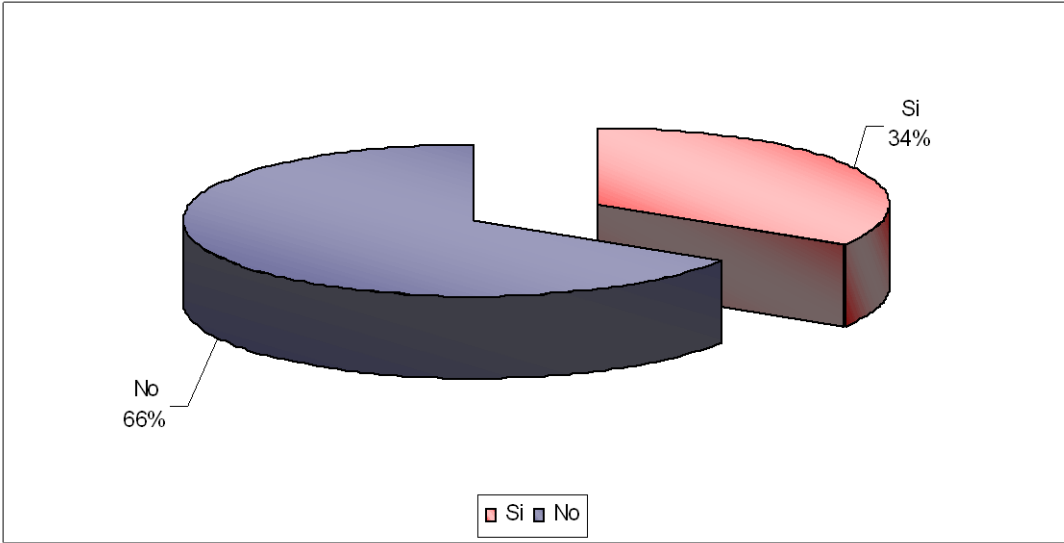
**Fuente:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

GRÁFICO N° 16  
CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN  
FAMILIAR



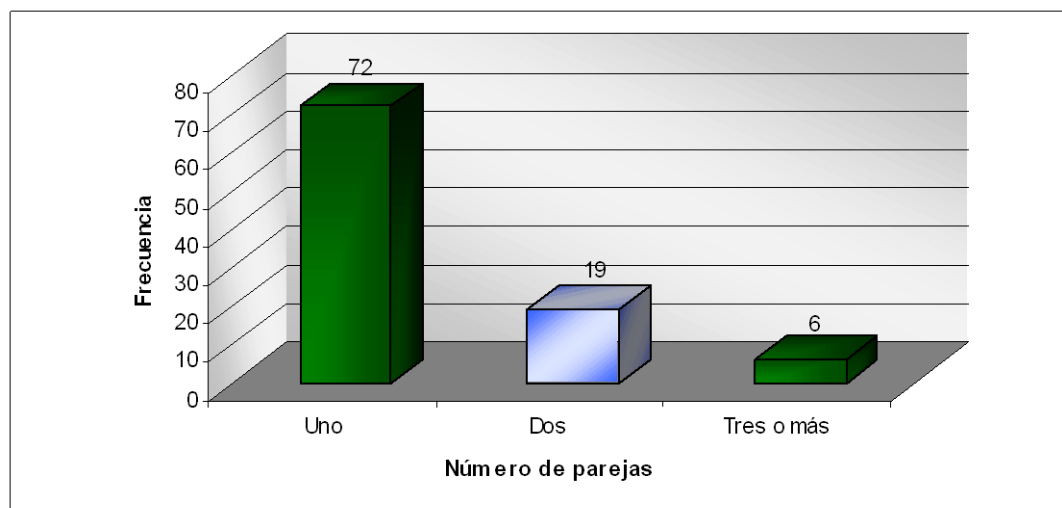
**Fuente:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

GRÁFICO N° 17  
CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



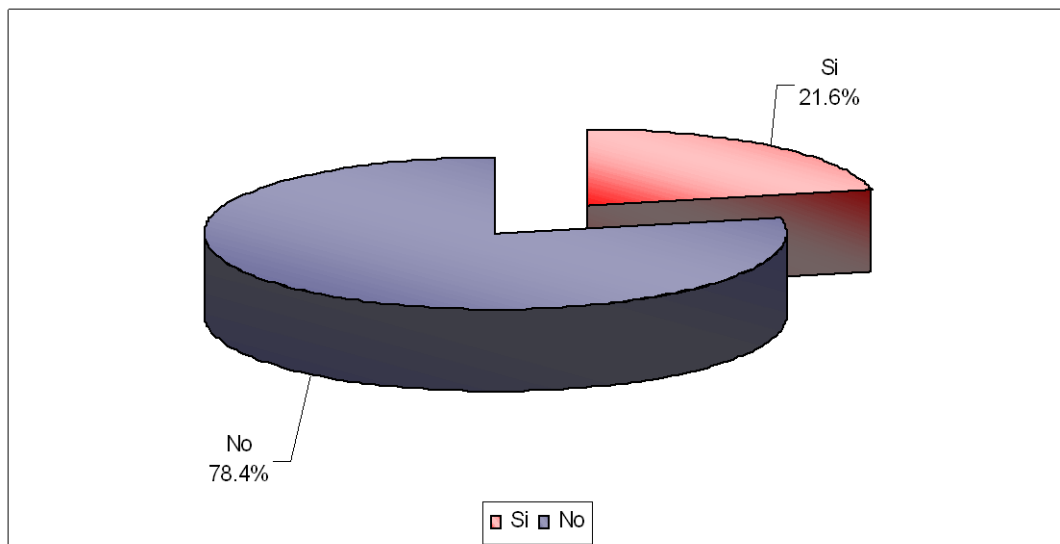
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

## GRÁFICO N° 18 NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES



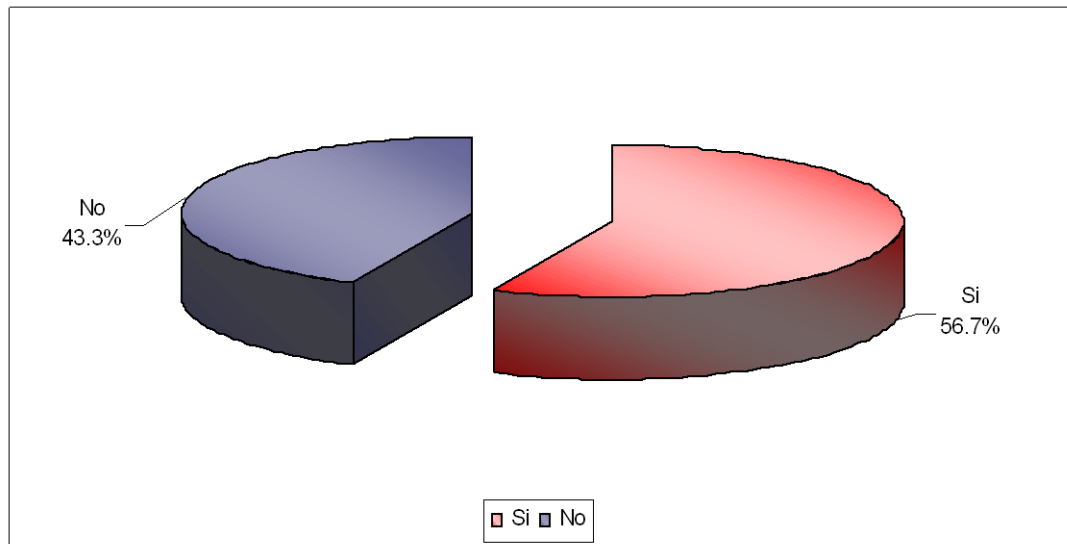
**Fuente:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

## GRÁFICO N° 19 CONOCIMIENTO SOBRE RIESGO DEL EMBARAZO



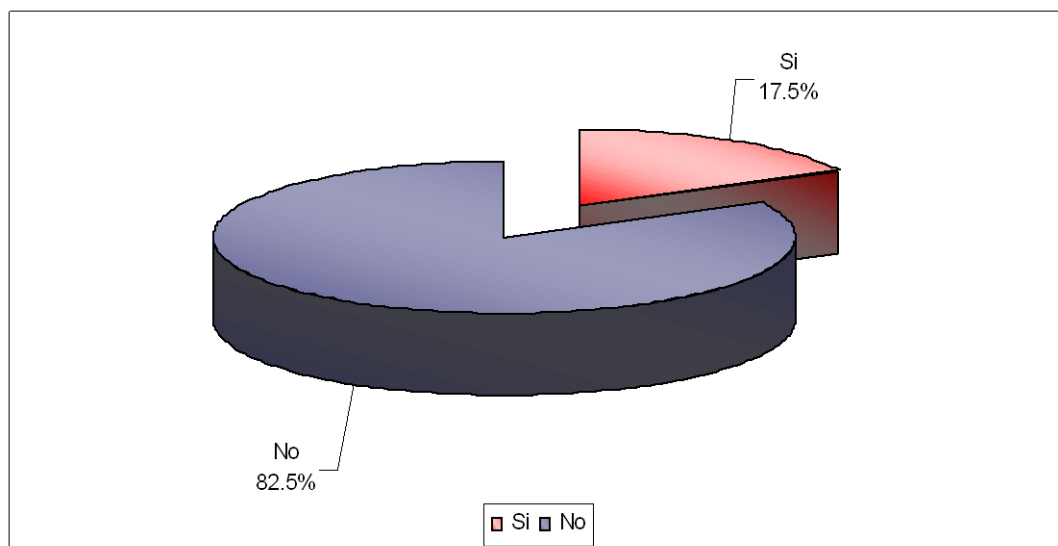
**Fuente:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

## GRÁFICO N° 20 EMBARAZO DESEADO O NO



**Fuente:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

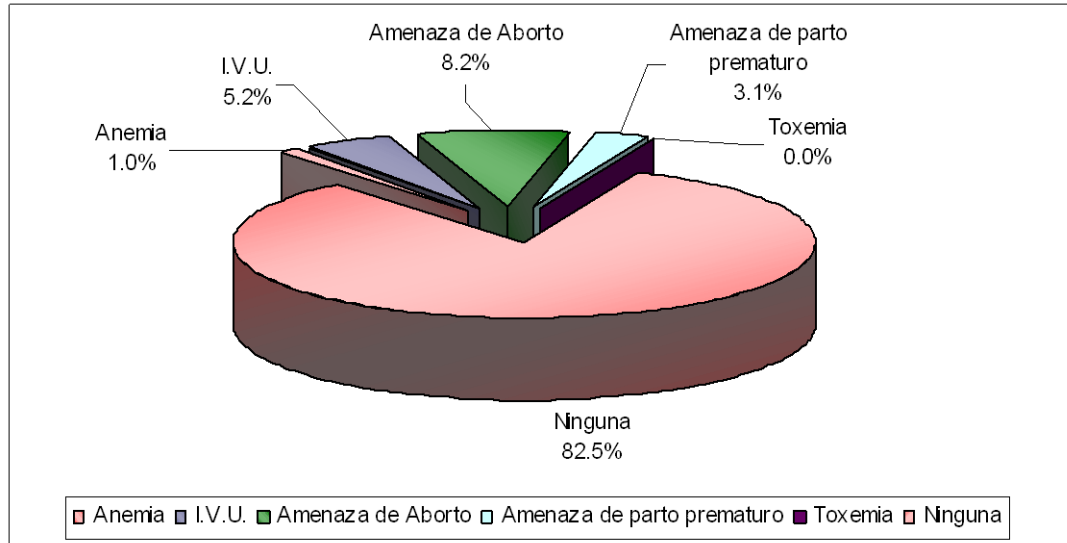
GRÁFICO N° 21  
HA PRESENTADO ALGUNA PATOLOGÍA DURANTE ESTE  
EMBARAZO



**Fuente:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio



GRÁFICO N° 22  
CUÁLES PATOLOGÍAS A PRESENTADO



**Fuente:** Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio