

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



**FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES ASOCIADOS AL
EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS QUE CONSULTAN EN
LAS UNIDADES DE SALUD DE SAN ISIDRO, SAN LUÍS MEANGUERA Y
PERQUÍN DEL DEPARTAMENTO DE MORAZÁN, EN EL PERÍODO DE
JULIO A SEPTIEMBRE DE 2011**

PRESENTADO POR:

**BANY EUNICE ALVARENGA CHICA
CARLOS ANTONIO ARGUETA LUNA
TITO VLADIMIR CASTRO ROMERO.**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
DOCTORADO EN MEDICINA**

DOCENTE ASESOR:

DOCTORA. OLIVIA ANA LISSETH SEGOVIA VELÁSQUEZ.

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA, JUNIO DE 2012.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

INGENIERO MARIO ROBERTO NIETO LOVO

RECTOR

MAESTRA ANA MARÍA GLOWER DE ALVARADO

VICERRECTORA ACADÉMICA

LICENCIADO SALVADOR CASTILLO ARÉVALO

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO INTERINO

DOCTORA ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA

SECRETARIA GENERAL

LICENCIADO FRANCISCO CRUZ LETONA

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES:

LICENCIADO CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ

DECANO

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ

VICEDECANO

LICENCIADO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ

SECRETARIO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

DOCTOR. FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY.

JEFE DEL DEPARTAMENTO

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

COORDINADORA GENERAL DEL PROCESO DE GRADUACIÓN

MAESTRA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ PACHECO

MIEMBRO DE LA COMISIÓN COORDINADORA

MAESTRA OLGA YANETT GIRÓN MÁRQUEZ

MIEMBRO DE LA COMISION COORDINADORA

ASESORES

DOCTORA OLIVIA ANA LISSETH SEGOVIA VELÁSQUEZ

DOCENTE ASESOR

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

ASESORA DE METODOLOGÍA

LICENCIADO SIMÓN MARTÍNEZ DÍAZ.

ASESOR DE ESTADÍSTICA

JURADO CALIFICADOR

DOCTORA OLIVIA ANA LISSETH SEGOVIA VELÁSQUEZ

DOCENTE ASESOR

DOCTOR JOSE IVÁN HERNÁNDEZ ARIAS

JURADO CALIFICADOR

DOCTORA MARÍA DOLORES ÁVILA VARGAS

JURADO CALIFICADOR

Bany Eunice Alvarenga Chica

Carnet No. AC04026

Carlos Antonio Argueta Luna

Carnet No. AL00013

Tito Vladimir Castro Romero

Carnet No. CR01029

**FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES ASOCIADOS AL
EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS QUE CONSULTAN EN
LAS UNIDADES DE SALUD DE SAN ISIDRO, SAN LUÍS MEANGUERA Y
PERQUÍN DEL DEPARTAMENTO DE MORAZÁN, EN EL PERÍODO DE
JULIO A SEPTIEMBRE DE 2011**

Este trabajo de investigación fue **revisado, evaluado y aprobado** para la obtención del
Título de Doctorado en Medicina por la Universidad de El Salvador.

Doctora Olivia Ana Lisseth Segovia Velásquez
Docente Asesor

Doctor José Iván Hernández Arias
Jurado Calificador

Doctora María Dolores Ávila Vargas
Jurado Calificador

Mtra. Sonia Margarita del Carmen Martínez Pacheco
Miembro de la Comisión Coordinadora

Mtra. Olga Yanett Girón de Vásquez
Miembro de la Comisión Coordinadora

Mtra. Elba Margarita Berríos Castillo
Coordinadora General del Proceso de Graduación del Departamento de Medicina

Vo. Bo. Dr. Francisco Antonio Guevara Garay
Jefe del Departamento de Medicina

San Miguel. Centro América. Junio de 2012

AGRADECIMIENTOS

A Dios: por ser el eje principal de nuestras vidas, por iluminarnos el camino y guiar nuestros pasos y por la fortaleza, paciencia, tenacidad y sabiduría que nos brinda y nos brinda para culminar satisfactoriamente nuestras carreras.

A nuestros padres: por su incansable apoyo, su confianza depositada en nosotros, por animarnos a seguir adelante y a nunca perder la esperanza, por inculcarnos fe y valores morales que nos han hecho salir victoriosos en nuestra lucha

A nuestros hermanos: por su presencia y apoyo a lo largo de todo el proceso desde su inicio, por brindarnos su mano desinteresadamente.

A la Universidad de El Salvador: por ser el molde que nos formo académicamente en sus aulas, su empuje a lograr el profesionalismo y ser mejores médicos y ciudadanos al servicio de nuestra nación.

A nuestros docentes del Departamento de Medicina: por guiarnos como hijos y aportarnos sus conocimientos, su experiencia y consejos a lo largo de todos estos años hasta lo que hoy somos.

A nuestros asesores: por su virtuosa paciencia, porque a pesar de las dificultades y obstáculos para realizar nuestras reuniones se tomaron de buena manera y siempre diligentemente nuestro proceso hasta su culminación.

A las adolescentes: de los municipios de Perquín, San Luis Meanguera y San Isidro que voluntaria y desinteresadamente colaboraron con nuestra investigación.

DEDICATORIA

A Dios, todopoderoso por haberme guñado con mano firme hasta mi primer meta.

A mis padres Evicela Iveth Chica y Elmer Maximino Alvarenga, por sus incontables sacrificios, su apoyo incondicional, y su amor, sin ustedes nada de esto seria posible.
Los amo.

A mis hermanos, Ale, Elmer, pili y Natalia por su cariño y por todas las cosas buenas que hacen por mi.

A mis abuelos, David Alvarenga y María Dominga Romero (D.G,R) por enseñarme con su ejemplo que con trabajo y dedicación se puede alcanzar cualquier objetivo.

A mis tios y tias: Ada (D.G.R), Aracely, Antonio y Mayra; Rina, José Manuel, Tito, Hortensia, Herminia, Rosa Lidia, Marvin y Lorena; Herbeth, Javier y Miriam; Gilma, Mayra, Tulio y Elsa; Memi y Joel, por su cariño, sus oraciones

A mis primos Liz, Gaby, José, Cindy, Andrés, Jessica, Herbert, Rau, Joselin, Jackelyn, Tere, Made, Paty, Silvia, Vanesa, Paty Arely, María Daysi, Lisbeth, Javiercito, Enrique, Sofia, Diego, Jenifer Emelinda, Richard, Ronald, Lucianito, Kenita y Renecito por que siempre pude contar con ustedes para todo.

A Zuleimita, Noel Omar, David Alejandro, Karla María, Mayra Alexandra, Kenia, Taly, Win, por acompañarme en cada paso de mi camino. No saben cuanto los quiero.

A Edwin Pérez, Marjorie y Zuleima Galeano por su apoyo incondicional, y su aprecio. son mi ejemplo a seguir no sólo como profesionales, sino también como excelentes amigos.

A mis amigos: Luijo Flores, Kenia Castro, Kathia Jaime, Griss Gómez, Yoicy Rubio , Iris Benítez, Alfredo Lizama, Humberto Flores Perla, Ulises Romero, Ana Julia Urquiza, Karla Rauda, Elmer Martínez, Yancy Aparicio, Vanesa Andrade, Evelyn Toto, Carlos Roberto Hernández, Alicia Osegueda, Croli, Rosa María Mata, Horacio Pineda, Alcides Díaz, Theany Rivera, Meme Corado, Vero Arias. El orden de los factores no altera el producto. Todos son buenísimos amigos.

A Veralice Vela Avalos, que a pesar de no llevar la misma sangre, somos hermanas. Nunca te lo he dicho, pero gracias a vos no me cambie de carrera cuando todo parecía ir muy mal y por ser mi amiga ante todo, mil gracias.

A Miguel Arnoldo Díaz Castillo, por que luchaste hombro a hombro conmigo y por que me acompañaste en mi larga carrera, aunque a veces tuviste que empujarme, gracias por no dejarme caer.

A los maestros que con su amor por el sagrado arte de ejercer la medicina dejaron una profunda huella en mi. Dra, Saade Stech, Dra. Senia Benitez, Dr. Ricardo Elías, Dr. Dagoberto Argueta, Dr. Pérez García, Dr. Fernando Cestoni, Dr. Roque Barahona, Dra. Josselyn Paredes, Dr. Rómulo Vides, Dr. Castro Cisneros.

Al personal de la Unidad de Salud Segundo Montes, Salvador, Miriam, Mercedes, Bimael, Dina, Emélida, Don Rey, Cecilia, Elena, Wilbert, Ermes aprendí mucho de ustedes, gracias por todo.

A Pastora Chicas y familia, José Antonio Aparicio y Matilde Zelaya, Dina Argueta y familia, Tomás Prudencio y familia por todas las atenciones brindadas. Han sido una bendición en mi vida. A Gloria Marina Castillo de Díaz, por encomendarme en sus oraciones.

A mis compañeros de internado 2010 "El Boom" Herson, Tito, Luna, Osmar, Yancy, Miguelito, Sarahí, Ollsita, Nelson "chele", Fredy. Si volviera a ser interno los elegiría como compañeros nuevamente. Los quiero.

A mis compañeros de tesis Tito Castro y Carlos Luna, por todo el esfuerzo y dedicación. Y por ser tan buenos amigos.

A todas las personas que de una manera u otra me ayudaron a alcanzar el éxito en mi carrera. Sino los menciono, no es por ser menos importantes, sino por mi mala memoria.

Gracias infinitas...

Bany Eunice Alvarenga Chica

DEDICATORIA

A DIOS, porque se ha hecho Su voluntad llegar hasta esta etapa de mi vida y mi carrera. Por la sabiduría recibida, por la fuerza para seguir adelante en los momentos que sentí que flaqueaba y ya no había deseos de seguir. Y porque siempre está conmigo.

A MIS PADRES, Julio César y Nora Alicia. Los motores de mi vida, los generadores de esfuerzo y esperanza en mí. Porque han reído conmigo y han sabido guardar sus lágrimas en secreto para no hacerme sentir mal cuando las cosas no me salían como quisiéramos. Por todo su esfuerzo incondicional. Este triunfo es para ustedes y por ustedes. ¡Los amo!

A MI HERMANO, Julio Alberto. Por su cariño, muestras de apoyo constante e interés mostrado a lo largo de la carrera. Sé que también pasaste conmigo las dificultades. Te invito a seguirnos esforzándonos, para que nunca haya montañas que no podamos mover como familia.

A MI SOBRINO, Diego Rodrigo. Porque con sólo tu existencia me hace querer ser alguien mejor. Gracias por tu sonrisa, tu inocencia, tus abrazos y tu amor que han sido, son y seguirán siendo otro empuje para mí.

A MIS TIAS Y TIOS, por sus consejos, porque siempre han estado muy pendientes de mí, porque también han lamentado mis tropiezos y celebrado las batallas ganadas como ésta.

A MIS PRIMOS Y PRIMAS, por su comprensión, apoyo y sus buenos deseos que sé, salen del corazón. ¡Los quiero!

A STEFANIE Y FERNANDO, por tu amor, apoyo constante, inquebrantable y tu comprensión. A Fernando, mi hijo, porque con sólo saber de tu existencia me ha hecho querer ser alguien mejor y ha traído alegría y esperanza a mi vida. ¡Los amo!

A MIS COMPAÑEROS DE TESIS, COMPAÑEROS DE ROTACION EN EL INTERNADO, Carlos Luna, Bany Alvarenga y Yancy, Herson, Nelson, Ollssen, Saraí, Miguelito, Fredy, Osmar respectivamente, por los buenos momentos inolvidables tanto de juega como de trabajo. Los llevo en mi mente y corazón.

A MIS MAESTROS, por sus aportes y enseñanzas para hacerme no sólo médico sino mejor ser humano. Porque nunca fueron ni negligentes ni demasiado estrictos.

A LAS ADOLESCENTES DE PERQUIN, LA UNIDAD DE SALUD Y COMPAÑEROS DE TRABAJO, por su colaboración en este trabajo, ya que sin ustedes esto no fuera posible. A la unidad de salud y los compañeros y amigos que ahí hice por su amistad, por hacerme vivir un año inolvidable en mi vida. Se les quiere y llevo en el corazón.

A NIÑA ROSICELA, ABIGAIL, GENESIS, KAREN, RENE Y MARIO RENE, A TONI Y KARLA, mi otra familia, por su apoyo, sus oraciones y sus deseos sinceros.

Y A TODAS LAS PERSONAS NO NOMBRADAS AQUÍ, pero que de una forma u otras han sido parte de éste logro que no es individual porque sin su cuota de apoyo hacia mí esto no fuera posible

TITO VLADIMIR CASTRO ROMERO

TABLA DE CONTENIDO	PÁG.
LISTA DE TABLAS.....	xvi
LISTA DE GRAFICOS.....	xix
LISTA DE ANEXOS.....	xxii
RESUMEN.....	xxiii
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA EN ESTUDIO..	4
1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	7
1.3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	7
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
3. MARCO TEÓRICO.....	10
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	28
5. RESULTADOS	34
6. DISCUSIÓN.....	130
7. CONCLUSIONES.....	134
8. RECOMENDACIONES.....	138
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	140

LISTA DE TABLAS	PÁG.
TABLA 1: Edad de la adolescente.....	34
TABLA 2: Fórmula obstétrica.....	36
TABLA 3: Estado familiar.....	37
TABLA 4: Edad de menarquia.....	39
TABLA 5: Edad de inicio de relaciones sexuales.....	41
TABLA 6: Con quién tuvo su primera relación sexual.....	43
TABLA 7: ¿Cómo fue su primera relación sexual?.....	44
TABLA 8: Número de compañeros sexuales.....	47
TABLA 9: ¿Ha estado embarazada anteriormente?.....	49
TABLA 10: ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer embarazo?.....	51
TABLA 11: ¿Cuál fue el último año escolar que cursó?.....	53
TABLA 12: ¿Está estudiando actualmente?.....	55
TABLA 13: ¿Por qué ya no estudia?.....	57
TABLA 14: Nivel de escolaridad del padre de la adolescente.....	59
TABLA 15: Nivel de escolaridad de la madre de la adolescente.....	61
TABLA 16: Nivel de escolaridad del padre de su hijo.....	63
TABLA 17: Número de cuartos que posee la vivienda.....	65
TABLA 18: ¿A qué edad tuvo su madre su primer hijo?.....	67
TABLA 19: ¿Hermanas o primas embarazadas durante la adolescencia?..	69
TABLA 20: ¿Cómo es su relación con la familia respecto al embarazo?...	71
TABLA 21: ¿Ha sido víctima de violencia intrafamiliar?.....	73

TABLA 22: Tipo de violencia que ha sufrido.....	75
TABLA 23: Cuenta con apoyo de sus padres.....	77
TABLA 24: ¿A qué se dedica?.....	79
TABLA 25: Fuente de ingresos económicos.....	81
TABLA 26: ¿Recibe remesas?.....	83
TABLA 27: Ingreso mensual aproximado.....	85
TABLA 28: Material del que está hecha la vivienda.....	87
TABLA 29: ¿Cuántas personas viven en la casa?.....	89
TABLA 30: Servicios básicos.....	90
TABLA 31: Religión.....	92
TABLA 32: Planes de salir embarazada.....	93
TABLA 33: ¿Qué planes tenía antes de salir embarazada?.....	95
TABLA 34: ¿Ha recibido información sobre salud sexual y reproductiva?.....	98
TABLA 35: ¿De qué temas le hablaron?.....	99
TABLA 36: ¿Quién le brindo la información?.....	102
TABLA 37: Métodos de planificación familiar conocidos por la adolescente...	104
TABLA 38: ¿Ha usado algún método de planificación familiar?.....	106
TABLA 39: ¿Por qué cree que dañan los métodos de planificación familiar?...	108
TABLA 40: ¿Por qué su pareja no usó anticonceptivos?.....	110
TABLA 41: Edad de la pareja de la adolescente.....	112
TABLA 42: Ocupación del padre de su hijo.....	114

TABLA 43: ¿Sabe cuántas parejas sexuales ha tenido el padre de su hijo antes que usted?.....	115
TABLA 44: ¿Cree que entre mas hijos tenga un hombre es más hombre?....	118
TABLA 45: ¿Cree que tener hijos a temprana edad es mejor?.....	121
TABLA 46: ¿Cree que una mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexual?.....	123
TABLA 47: ¿Cuántas relaciones cree que debe tener una mujer para poder quedar embarazada?.....	126
TABLA 48: ¿Cree que si una mujer no le tiene un hijo a un hombre no le demuestra su amor?.....	128

LISTA DE GRÁFICOS	PÁG.
GRÁFICO 1: Edad de la adolescente.....	35
GRÁFICO 2: Fórmula obstétrica.....	37
GRÁFICO 3: Estado familiar.....	38
GRÁFICO 4: Edad de menarquia.....	40
GRÁFICO 5: Edad de inicio de relaciones sexuales.....	42
GRÁFICO 6: Con quién tuvo su primera relación sexual.....	44
GRÁFICO 7: ¿Cómo fue su primera relación sexual?.....	46
GRÁFICO 8: Número de compañeros sexuales.....	48
GRÁFICO 9: ¿Ha estado embarazada anteriormente?.....	50
GRÁFICO 10: ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer embarazo?.....	52
GRÁFICO 11: ¿Cuál fue el último año escolar que cursó?.....	54
GRÁFICO 12: ¿Está estudiando actualmente?.....	56
GRÁFICO 13: ¿Por qué ya no estudia?.....	58
GRÁFICO 14: Nivel de escolaridad del padre de la adolescente.....	60
GRÁFICO 15: Nivel de escolaridad de la madre de la adolescente.....	62
GRÁFICO 16: Nivel de escolaridad del padre de su hijo.....	64
GRÁFICO 17: Número de cuartos que posee la vivienda.....	66
GRÁFICO 18: ¿Era madre soltera?.....	68
GRÁFICO 19: ¿Hermanas o primas embarazadas durante la adolescencia?...	70
GRÁFICO 20: ¿Cómo es su relación con la familia respecto al embarazo?.....	72

GRÁFICO 21: ¿Ha sido víctima de violencia intrafamiliar?.....	74
GRÁFICO 22: Tipo de violencia que ha sufrido.....	76
GRÁFICO 23: Cuenta con apoyo de sus padres.....	78
GRÁFICA 24: ¿A qué se dedica?.....	80
GRÁFICO 25: Fuente de ingresos económicos.....	82
GRÁFICO 26: ¿Recibe remesas?.....	84
GRAFICO 27: Ingreso mensual aproximado.....	86
GRAFICO 28: Material del que está hecha la vivienda.....	88
GRÁFICO 29: Servicios básicos.....	91
GRAFICO 30: Religión.....	93
GRAFICO 31: Planes de salir embarazada.....	94
GRÁFICO 32: ¿Qué planes tenían antes de salir embarazada?.....	97
GRÁFICO 33: ¿Ha recibido información sobre salud sexual y reproductiva?..	99
GRAFICO 34: ¿De qué le hablaron?.....	101
GRÁFICO 35: ¿Quién le brindó la información?.....	103
GRÁFICO 36: Métodos de planificación familiar conocidos por la adolescente.....	105
GRÁFICO 37: ¿Por qué cree que dañan los métodos de planificación familiar?.....	109
GRÁFICO 38: ¿Por qué su pareja no usó anticonceptivos?.....	111
GRÁFICO 39: Edad de la pareja de la adolescente.....	113

GRÁFICO 40: ¿Sabe cuántas parejas sexuales ha tenido el padre de su hijo antes que usted?.....	117
GRÁFICO 41: ¿Cree que entre más hijos tenga un hombre es más hombre?...	120
GRÁFICO 42: ¿Cree que tener hijos a temprana edad es mejor.....	122
GRÁFICO 43: ¿Cree que una mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexual?.....	125
GRÁFICO 44: ¿Cuántas relaciones cree que debe tener una mujer para poder quedar embarazada?.....	127
GRÁFICO 45: ¿Cree que si una mujer no le tiene un hijo a un hombre no le demuestra su amor?.....	129

LISTA DE ANEXOS	PÁG.
ANEXO N°1: CÉDULA DE ENTREVISTA.....	145
ANEXO N°2: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	151
ANEXO N°3: TOTAL DE INSCRIPCIONES MATERNAS DE 10 A 19 AÑOS DURANTE EL PERIODO 2007- 2009.....	152
ANEXO N°4: INSCRIPCIONES PRENATALES DE 10 A 19 AÑOS EN EL SALVADOR.....	153
ANEXO N°5: INFORME DE EMBARAZADAS JUNIO 2010 SIBASI MORAZÁN.....	154
ANEXO N°6: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	155
ANEXO N°7: PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.....	156
ANEXO N°8: GLOSARIO.....	159

RESUMEN

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero en la adolescencia constituye no solo un problema presente, sino también futuro por las complicaciones que puede generar. Por la complejidad de las consecuencias para la madre, el hijo, la familia, la sociedad y la morbimortalidad que el embarazo en adolescentes conlleva, cobra especial interés conocer los factores socioeconómicos y culturales que han llevado a las jóvenes adolescentes a iniciar precozmente su actividad sexual y por lo tanto a embarazarse. En la presente investigación se pretende dar respuesta a la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los factores socioculturales asociados en la incidencia de embarazos en adolescentes de 10 a 19 años, que consultan en las Unidades de Salud de los municipios de San Isidro, San Luis Meanguera y Perquín, del departamento de Morazán, en el período de julio a septiembre de 2011? El **objetivo general** que se pretende alcanzar es identificar cuáles son los factores socioeconómicos y culturales asociados a embarazos en adolescentes en los municipios anteriormente mencionados. Los **objetivos específicos** son determinar factores económicos, educativos, culturales como mitos y creencias que están relacionados con embarazos; conocer la estructura familiar, edad de inicio de las relaciones sexuales y religión influyen en la incidencia de embarazos en adolescentes de entre 10 y 19 años. Es un estudio de tipo **descriptivo, prospectivo, transversal** con enfoque cuantitativo que permitió realizar un análisis de los diferentes factores que influyen en la incidencia de

embarazo en adolescentes: sociales, económicos, culturales, que incluye adolescentes embarazadas.

Palabras clave: embarazos en adolescentes, factores asociados a embarazos, incidencia de embarazos.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa del desarrollo en la que las personas construyen su sentido de identidad y por tanto, de su sexualidad; en esta etapa, la conducta sexual de los adolescentes refleja diversos aspectos del desarrollo biológico, social y cultural. Desde esta perspectiva integral, la cultura es el ámbito que influye en la manifestación de ciertas prácticas, en las que la actividad sexual tiene un lugar. Partimos de la afirmación de que la conducta sexual de los adolescentes, es reflejo de la cultura en donde interactúa y se desarrolla.

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública que tiene implicaciones médicas, psicosociales y económicas que afectan no sólo a la adolescente y a su familia, sino también a la comunidad. Debido a que la maternidad precoz reproduce el ciclo de pobreza teniendo como consecuencia para la sociedad una alta pérdida de población instruida y productiva, que finalmente repercute en el desarrollo socio económico del país. Se sabe que en muchos casos convertirse en madre en la adolescencia conduce a un menor nivel de educación y de estatus socioeconómico en general. Este argumento se relaciona con el que afirma que la maternidad temprana es un mecanismo de transmisión de la pobreza (Buvinic y otros, 1992). Sin embargo, se ha propuesto que la evidencia puede ser leída en forma inversa; es la pobreza la que perpetúa situaciones que llevan al embarazo en la adolescencia. Dicho en forma más general, las condiciones socioeconómicas preexistentes explicarían por qué algunas adolescentes se convierten en

madres. Entre los aspectos sociales que se han relacionado con embarazos durante la adolescencia se destacan las políticas públicas, el lugar de residencia de las jóvenes, la disponibilidad de recursos para la atención en salud reproductiva y la anticoncepción, la estructura familiar, la interacción con los padres, otros adultos y el grupo de pares. También se han identificado características individuales, entre las que se cuentan la edad, el estrato socioeconómico, el nivel de educación y la pertenencia a grupos étnicos.

La incidencia de embarazos en adolescentes ha aumentado considerable y hasta alarmantemente, en los últimos años, de aquí la importancia de establecer cuáles son los factores socioeconómicos y culturales implicados en dicho fenómeno.

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hace ya varios años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto. En lo social, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares.

Por todo ello, el embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad – paternidad.

El presente trabajo comprende el planteamiento del problema, en el que se explica la importancia de abordar un tema de creciente importancia; el enunciado, que es lo que

vamos a investigar hecho pregunta; los objetivos fijados al principio y los cuales servirán de guía a lo largo de la investigación, un marco teórico, donde se abordan los diferentes tópicos encontrados en otros estudios y que se relacionan con el embarazo en adolescencia y los resultados obtenidos a través de tablas y gráficos acerca de los diferentes factores investigados, obtenidos a partir de una cédula de entrevista dirigida a las adolescentes que formaron parte del estudio y en la cual se dan a conocer los diferentes factores económicos, sociales y culturales.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES DEL FENÓMENO OBJETO DE ESTUDIO

La población mundial de adolescentes ha ascendido a más de 100 millones y en los países en desarrollo 1 de cada 4 personas está en la adolescencia, a diferencia de 1 de cada 7 en los países desarrollados. En todo el mundo, uno de cada diez alumbramientos corresponde a una madre adolescente y las tasas de fecundidad oscilan entre 5 y 200 nacidos vivos por cada 1000 adolescentes, siendo las más altas las de África y América Latina.¹

En América Latina la edad modal de la primera relación sexual ocurre alrededor de los 15 años, para los varones y un poco más tarde para las adolescentes. El inicio de la actividad sexual sin una adecuada educación sexual y sin los servicios de apoyo de orientación y salud adecuados para este grupo poblacional, propicia comportamientos de riesgo que pueden llevar a embarazos no deseados o no planificados.

En el año 2007 en la revista chilena de Ginecología y Obstetricia fue publicado un artículo sobre la investigación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes en la novena región. (Bernardita Baeza y col. REV CHIL OBSTET GINECOL 2007; 72(2):76-81.) Donde se concluyó que los factores individuales de riesgo que favorecen al embarazo en la adolescencia son: el no uso de anticonceptivos, la irresponsabilidad

masculina y falta de conocimiento en sexualidad. Así como un estrecho límite familiar, negligencia paterna, padres ausentes del hogar y familia poco acogedora.

En el estudio acerca de “Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes” Carreón-Vásquez J,* Mendoza-Sánchez H. y col. Concluyeron: Se encontró una fuerte asociación del embarazo en adolescentes que viven en hacinamiento, tienen nivel socioeconómico bajo y escolaridad menor de seis años. En menor medida en el caso de desinformación sobre educación sexual y planificación familiar.

En la investigación realizada por Dr. Arnoldo Pérez Rodríguez, Dra. Carmen Medina García, y cols: “Factores sociales asociados al embarazo precoz en el área de salud ‘28 de septiembre’ donde se concluyó: Que entre los factores sociales que más repercutieron en la ocurrencia del embarazo a destiempo, figuraron: la inestabilidad familiar, la no convivencia con los padres y la educación sexual deficiente.

En El Salvador, las mujeres de 15 a 24 años representan un poco más de un tercio (36%) del total de mujeres de 15 a 49 años de edad (edad fértil). La exposición temprana de este sector importante de la población al embarazo o a las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/Sida, se constituye en un factor determinante de los niveles de fecundidad de la población, representa graves repercusiones en su salud sexual y reproductiva y puede truncar sus proyectos de vida. De acuerdo a los datos de FESAL-2008, del total de mujeres adolescentes de 15 a 19 años, el 24 % está o estuvo en unión

conyugal y el 18% tiene al menos un(a) hijo(a). Llama la atención que una de cada 5 mujeres de 15 a 24 años dejó de estudiar antes de los 15 años. Del total de mujeres de 15 a 24 años de edad, casi 4 de cada 10 tuvieron al menos un embarazo, lo que significa que prácticamente 8 de cada 10 con experiencia sexual también tienen experiencia de embarazo².

En el departamento de Morazán durante el período de 2007 a 2009 se realizaron 2970 inscripciones de adolescentes a control prenatal, en los diferentes establecimientos de salud de dicho departamento. La mayoría de embarazos ocurre en adolescentes de 15 a 19 años³. (ver anexo 3)

En la Unidad de Salud San Luis del municipio de Meanguera, Morazán, durante el período de 2006 a 2010 se registraron un total de 353 inscripciones a control prenatal, de estos 134 embarazos, es decir el 37.9% correspondían a adolescentes entre 10 y 19 años⁴.

En la Unidad de Salud del municipio de San Isidro, Morazán, durante el período de 2008 a 2010 se registraron 132 embarazos, de los cuales 34 (25.7%) eran de adolescentes⁵.

En la Unidad de Salud del municipio de Perquín se realizaron 107 inscripciones de adolescentes embarazadas, al programa de atención materna en los años de 2008 a 2010⁶.

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

A partir de la problemática anteriormente descrita se deriva el problema de investigación, el cual se enuncia de la siguiente manera:

¿Cuáles son los factores socioeconómicos y culturales asociados al embarazo en adolescentes de 10 a 19 años, que consultan en las Unidades de Salud de San Isidro, San Luis Meanguera y Perquín, del departamento de Morazán, en el período de julio a septiembre de 2011?

1.3 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Las tasas de embarazos en adolescentes en El Salvador es una de las más elevadas de América Latina y de la región Centroamericana, para el grupo de edad de 14- 19 años se encontró una tasa de fecundidad de 124 nacimientos para cada 1,000 adolescentes⁷.

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero en la adolescencia constituye no solo un problema presente, sino también de futuro por las complicaciones que puede generar. La maternidad adolescente es un problema de creciente importancia tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, dadas las desventajas que genera tanto para la madre como para el hijo/a. Del lado de la madre, un embarazo temprano aumenta el riesgo de mortalidad materna además de afectarle psicológicamente al establecerle responsabilidades para las que aún no está preparada y

al someterla a la reprobación social, restringiendo sus posibilidades de desarrollarse tanto en la escuela como luego en el mercado de trabajo. El niño puede no tener acceso a los cuidados necesarios si la adolescente se convierte en madre soltera y su familia no la apoya con recursos y/o información, lo que redundaría en un mayor riesgo de mortalidad infantil o de retrasos en los patrones de crecimiento temprano que tienen efectos negativos que perduran toda la vida. Así, la maternidad adolescente contribuye a perpetuar las desigualdades de género y favorece la transmisión intergeneracional de la pobreza.

El embarazo en adolescentes representa costos para el Estado, por concepto de atención en salud por las complicaciones que el parto y el recién nacido puedan presentar, así como por la atención y el apoyo social de los niños en situación de desventaja: educación, hogares de guarda, programas de nutrición infantil, programas alimentarios⁸. Ya se han mencionado las consecuencias del embarazo en adolescentes, para la madre y el hijo, así como las repercusiones sociales que este provoca. El presente estudio se realizará con la finalidad de conocer los factores socioeconómicos y culturales asociados a embarazos en adolescentes y por ende servir como base a las autoridades de salud locales para implementar programas destinados a la reducción de embarazos en adolescentes, y así prevenir en gran medida las complicaciones, a corto y largo plazo, que este conlleva. Lo cual se traduce en una disminución de costos para el Estado, tanto de recursos económicos como recursos humanos, en lo que concierne a atenciones maternas.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 OBJETIVO GENERAL.

- Identificar los factores socioeconómicos y culturales asociados al embarazo en las adolescentes de 10 a 19 años, que consultan en las unidades de salud de San Isidro, San Luís Meanguera y Perquín del departamento de Morazán, en el período de julio a septiembre de 2011.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar cuáles son los factores sociales que están relacionados con el embarazo en la población en estudio.
- Conocer cuáles son los factores económicos relacionados con el embarazo en la población en estudio.
- Indagar qué factores culturales están relacionados con el embarazo en la población antes mencionada.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Antecedentes históricos del embarazo en las adolescentes

Desde la segunda mitad del siglo XX, el tema del embarazo en adolescentes ha cobrado importancia a nivel mundial por su vigencia y que, como se sabe, está determinado por una gran variedad de factores. Entre ellos destaca el estudio de la familia y su influencia en el comportamiento general del adolescente. En particular, de aquellos factores que influyen en los adolescentes para iniciar una práctica sexual sin las medidas que reduzcan el riesgo de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual. También se ha reportado el hecho de que la madre de la adolescente embarazada ha sido: o adolescente cuando se embarazó por primera vez, o madre soltera. En un estudio se analizó la influencia de la estructura y el funcionamiento familiar y las actitudes hacia la sexualidad. En este estudio, se concluyó que en el proceso de transmisión de actitudes dentro de la familia están involucrados diversos factores, tales como: el compromiso de los padres, la respuesta afectiva positiva, y la comunicación intrafamiliar. Pudiendo desarrollarse actitudes apropiadas hacia la sexualidad, en particular si la comunicación ocurre de manera fácil y directa⁹. Además, una relación de alta calidad con la madre, significativamente disminuía la edad de inicio de la vida sexual en las mujeres¹⁰.

Los factores sociales que influyen en el embarazo y la fecundidad adolescente pueden concebirse como una serie de círculos concéntricos o niveles de análisis, desde el más

alejado, el nivel macrosocial, al más próximo, la conducta, o el nivel de los conocimientos, actitudes y percepciones individuales. En el nivel macrosocial se pueden mencionar las pautas culturales, la estructura socioeconómica o estratificación social, la estratificación por género y por etnia, y las políticas públicas dirigidas a la salud reproductiva adolescente. El contexto social abarca también factores importantes más próximos al individuo, entre otros, el lugar de residencia, la estructura familiar y los grupos de sociabilidad integrados por docentes y grupos de pares, así como la existencia de servicios de prevención y atención en salud, especialmente en materia de salud sexual y reproductiva, y la disponibilidad de recursos anticonceptivos. Las siguientes características de los sujetos determinan grados de “vulnerabilidad” a una fecundidad precoz: su edad, su situación socioeconómica, sobre todo su nivel de educación, y su grupo étnico. En último lugar, las percepciones, actitudes y conocimientos relativos a los roles de género, al ejercicio de la sexualidad y a la prevención del embarazo influyen en la adopción de conductas reproductivas conducentes o no a una fecundidad temprana¹¹.

Desde esta perspectiva integral, la cultura es el ámbito que influye en la manifestación de ciertas prácticas, en las que la actividad sexual tiene un lugar. Partimos de la afirmación de que la conducta sexual de los adolescentes, es reflejo de la cultura en donde interactúa y se desarrolla.

A la cultura se puede definir como las interpretaciones que las personas hacen del mundo: es todo aquello que hace a la forma de vida de un grupo o comunidad; son los

usos, costumbres, tradiciones, manera de comunicarse; todo lo que genera en la persona identidad al grupo. La cultura es la gran matriz social dentro de la cual nacemos, crecemos y morimos. Es ella la que da sentido a la acción humana y la que transmitimos a nuestros descendientes biológicos y espirituales (nuestros hijos, nuestros estudiantes). Tiene muchas implicaciones filosóficas, políticas y prácticas: nos dice lo que es bueno y lo que es malo, cómo vivir y cómo morir, Cómo hablar, vestarnos y amar, qué cosas hemos de comer y cuándo se ha de comerlas; cómo expresar la felicidad y la tristeza, qué se debe considerar deseable y qué se ha de detestar¹².

La cultura en su más amplio sentido etnográfico, es ese complejo conjunto que incluye conocimientos, creencias, arte, principios morales, costumbres y todas aquellas habilidades y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad¹³.

3.2 Embarazo en adolescentes

Se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida esta última por la Organización Mundial de la Salud OMS como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad. También se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad.

En general es un evento inesperado y sorpresivo. 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 embarazo¹⁴". La alta fertilidad en la adolescencia está ligada a un bajo nivel educacional y a la pobreza; más aún, el comportamiento de riesgo se relaciona con el bajo rendimiento escolar y una menor supervisión y apoyo por parte de la familia. Las causas subyacentes a estos problemas se originan en un pobre desarrollo psicosocial y en factores sociales y medioambientales inadecuados.

El embarazo en la adolescencia no sólo representa un problema de salud, también tiene una repercusión en el área social y económica, dado que implica menores oportunidades educativas o el abandono total de los estudios por parte de la madre adolescente, lo que incide en el incremento de la exclusión y de las desigualdades de género, coadyuvando en el fortalecimiento del círculo de la pobreza¹⁵. El UNFPA señala los siguientes aspectos que expresan los impactos de la maternidad temprana:

- Riesgo de muerte y enfermedad, sobre todo para las niñas de 10 a 14 años de edad, quienes tienen cinco veces mayores probabilidades de morir a causa del embarazo o el parto que las mujeres de 20 a 24 años.
- Oportunidades perdidas: Las madres adolescentes tienen más probabilidades de abandonar los estudios secundarios, lo que menoscaba sus posibilidades de participar plenamente en la sociedad, tener ingresos, cuidarse a sí mismas y cuidar a sus hijos.

- Más hijos: El inicio temprano de la maternidad aumenta la probabilidad de tener más hijos que las mujeres que comienzan a procrear más tarde. Esto influye en el tamaño de las familias y en el total de la población mundial.
- Más abortos: A escala mundial, al menos uno de cada diez abortos ocurre entre jóvenes de 15 a 19 años de edad. En este grupo de edades, más de 4,4 millones de jóvenes se someten cada año a abortos, un 40% de los cuales se realizan en malas condiciones, comprometiendo la salud y la vida de la joven. Esto obedece a que muchos embarazos de adolescentes no son planificados ni deseados¹⁶.

El aumento en la frecuencia de embarazos durante la adolescencia, cuando aún no existe preparación física ni psíquica para afrontar las exigencias de la maternidad, es debido a varios factores:

- a) Maduración sexual más temprana. La menarquia y el inicio de los mecanismos endócrinos que permiten la reproducción se presenta a edades más tempranas que en generaciones previas. Esto lleva implícito el despertar sexual¹⁷.
- b) Inicio temprano de los coitos. Actos impulsados por la maduración sexual, con influencia del medio ambiente rico en estímulos eróticos. Adicionalmente el desarrollo de la actividad sexual precoz en sus hermanas y compañeras es un factor favorecedor¹⁸.
- c) No uso de métodos de planificación familiar. Aunque las adolescentes conocen en mayor o menor grado los métodos de planificación familiar, no los utilizan.

Sólo el 20% de las adolescentes con actividad sexual usan métodos de planificación para la prevención de embarazos¹⁹.

- d) Ausencia de conocimientos en reproducción. Existe desconocimiento de la fisiología sexual y los mecanismos de reproducción humana.
- e) Se debe agregar a las anteriores: estrato socioeconómico bajo, falta de canales para la comunicación dentro del entorno familiar, la baja autoestima, el bajo nivel educativo, la falsa apreciación de la relación sexual.
- f) Las familias donde la autoridad moral es débil o mal definida, con ausencia de la figura paterna o padres que viven en unión libre, o donde personas distintas a los padres cuidan o crían a las adolescentes.

3.3 Factores sociales relacionados con embarazos en adolescentes.

El embarazo en las adolescentes 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. Es típico su baja escolaridad, falta de ingreso, falta de empleo, salud inadecuada y falta de acceso a la salud. 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.

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 hijas de 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.

Entre las principales variables sociales que se han relacionado con la precocidad en el inicio de relaciones sexuales y por lo tanto al embarazo en adolescentes están:

3.3.1 Lugar de residencia

La variable lugar de residencia, resume una realidad compleja, pero que se podría sintetizar como “estilo de vida”, y comprende desde acceso a la educación, al trabajo y a los mensajes de los medios de comunicación, hasta aspectos culturales y sociales tales como las perspectivas que se le ofrecen a las mujeres fuera del hogar y la mayor o menor igualdad entre los sexos. La unidad de análisis mayor es el país, y se puede demostrar que la fecundidad adolescente difiere según los países, lo que seguramente tiene que ver con el nivel de desarrollo y los denominadores comunes en la cultura. Sin embargo, muchos países —y los de América Latina no son la excepción— presentan desigualdades económicas, sociales y culturales, que establecen diferencias internas en

la fecundidad adolescente, a veces mayores que las existentes entre países. Otros determinantes como la edad a la iniciación sexual, también varían de acuerdo con el lugar de residencia²⁰.

3-3.2. Estructura familiar y grupos de sociabilidad

Distintos grupos sociales ejercen influencia en la conducta adolescente. En particular, se ha postulado que el tipo de familia en que el adolescente ha sido socializado o con la que habita tiene una importante influencia sobre sus conductas sexuales y reproductivas. Así, las familias constituidas con ambos padres biológicos presentes, ofrecerían un ámbito protector. Los adolescentes provenientes de esas familias tendrían una probabilidad menor de adoptar conductas de riesgo, es decir, de tener una iniciación sexual temprana y relaciones sexuales sin protección y, por lo tanto, de quedar embarazada. La evidencia en América Latina es escasa. Si bien las jóvenes que viven con un solo progenitor —en la inmensa mayoría de los casos, con la madre— exhiben una mayor frecuencia de conductas de riesgo que aquellas que viven con el padre y la madre, es significativamente más baja que la manifestada por las adolescentes que no conviven con ninguno de los dos²¹. El intento de escapar a situaciones conflictivas en el hogar también es un detonante del embarazo temprano (Climent y otros, 1998). En testimonios aislados se menciona el deseo de tener hijos propios para no seguir cuidando de los hermanos pequeños, tarea comúnmente asignada a las adolescentes mujeres en los estratos más pobres, o para ser tratada como adulta por los padres.

Otro aspecto de la calidad de vida familiar que afecta las conductas reproductivas es la comunicación con los padres²².

La fuente interpersonal preferida para hablar sobre temas de sexualidad (incluida la anticoncepción) es el grupo de pares, es decir, amigas, vecinas y hermanas. Los pares a menudo no son una fuente de información de buena calidad. Un dato interesante que surge de la investigación es que los docentes son el otro grupo de adultos con quien los adolescentes dialogan de temas. Pero el 70% de los jóvenes no recurre ni a maestros ni a padres y alrededor del 50% no conversa ni con los padres ni con los amigos, estableciendo un muro de silencio alrededor de su sexualidad²³.

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. Los problemas socioculturales: como el antecedente de embarazo de la madre o hermana antes de los 19 años de edad y el machismo.

La familia disfuncional (tensión y conflicto familiar), familia en crisis, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, padre ausente. Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a un inicio de relaciones sexuales prematuras, 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 embarazo²⁴.

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

3.3.3. Servicios en salud sexual y reproductiva y disponibilidad de recursos anticonceptivos

La disponibilidad de servicios de salud que atiendan las demandas en materia de sexualidad y anticoncepción de las adolescentes afecta las tasas y las modalidades de embarazo y fecundidad de esa población. La existencia de estos servicios depende en gran medida de la existencia de una política gubernamental, no sólo para establecer su legalidad, sino para que alcancen a los estratos más pobres, que solo tienen acceso a los servicios públicos de salud. Resulta fundamental que los servicios que se instalen sean accesibles, tanto desde un punto de vista físico (localización) como subjetivo. Para que los adolescentes hagan efectivamente uso de éstos es crucial la actitud de los profesionales, que deben evitar la censura. Un clima cultural adverso a la sexualidad en la adolescencia puede verse reflejado en actitudes tales como la negativa de proveer anticoncepción o incluso atención²⁵. El usar o no métodos anticonceptivos durante la primera experiencia sexual depende de rasgos sociales y culturales de los individuos.

Las adolescentes de comunidades pobres tendrán expectativas de educación, trabajo y vida de familia marcadamente diferentes, comparándolas con aquellos que habitan en áreas económicas y socialmente más avanzadas²⁶.

3.3.4. Escolaridad.

Desde la perspectiva sociocultural, la adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo, puesto que la mayoría de ellas se ve obligada a desertar del sistema escolar, quedando la adolescente con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer, al menos, sus necesidades básicas.

La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes. La precocidad y el número de hijos 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.

El nivel educativo de la madre se ha considerado como indicador del nivel socioeconómico, y se ha observado la relación entre la educación de los padres y la edad a la cual inician su vida sexual sus hijos²⁷.

3.3.5. Edad

Se concibe la edad como una variable de índole social, en el sentido que indica, aunque imperfectamente, la etapa de la vida en la que se encuentra el individuo. Más allá de que en la adolescencia, la fecundidad aumenta con la edad, esta variable influye en la vulnerabilidad frente a situaciones de riesgo reproductivo. El uso de anticonceptivos en la iniciación, por ejemplo, aumenta con la edad a la que ocurre, de modo que, cuanto más temprana es mayor es el riesgo de embarazo, no sólo porque aumenta el tiempo total en que la mujer estará expuesta a embarazarse, sino porque es menor el porcentaje de las que adoptan conductas preventivas. Otro factor de riesgo de embarazos no planeados es la iniciación sexual bajo coerción que, además de dañina para la salud sexual de la joven, generalmente se da sin protección anticonceptiva. Se ha comprobado que la experiencia de una iniciación sexual forzada o no deseada pero finalmente aceptada, disminuía drásticamente a medida que aumentaba la edad en que había tenido lugar²⁸.

3.4 Factores económicos asociados al embarazo en adolescentes.

Se ha documentado la importancia que las condiciones de existencia tienen en el embarazo y la fecundidad adolescentes. Esto se puede comprobar con facilidad observando las tasas de fecundidad en los distintos estratos sociales. Guzmán, Contreras y Hakkert calcularon las tasas de fecundidad adolescente según quintiles de pobreza para algunos países de América Latina. En todos los casos, las tasas del quintil más pobre son de cuatro a nueve veces mayores que las del quintil superior (Guzmán, Contreras y

Hakkert, 2001). El uso de métodos anticonceptivos es sensible a los niveles de pobreza, si bien no siempre en forma lineal; aunque en varios países el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes aumenta a medida que se sube en la escala social.

3.5 Factores culturales asociados a embarazos en adolescentes.

La conducta sexual es parte de la cultura en la cual las personas comparten lo que se cree, lo que se dice, lo que se piensa, lo que se hace, lo que se experimenta respecto a la actividad sexual; hay diferencia entre hombres y mujeres respecto a esta actividad sexual que también es parte de la cultura. Asimismo, la cultura también es norma: nos permite distinguir lo correcto de lo que no es correcto, lo permitido de lo no permitido, sobre todo en aspectos que tienen que ver con la conducta sexual²⁹.

La familia genera influencia en el comportamiento de cada uno de sus miembros, lo cual incluye la actividad sexual de los adolescentes. Respecto a la comunicación entre padres e hijos sobre temas de sexualidad, indican que la comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos contribuye a predecir los comportamientos de riesgo de los adolescentes. Se entiende en función de lo anterior que la dinámica al interior de las familias, en especial la comunicación entre padres e hijos, está asociada a las conductas sexuales en los adolescentes; de igual forma, la estructura de la familia, la cual es portadora de una cultura propia del contexto cultural en donde se desarrolla, también tiene injerencia directa en la sexualidad de los adolescentes. Muchas familias centran su conversación sobre creencias, valores y consejos.

3.5.1 Machismo

El sexo comúnmente establece la diferencia en la conducta sexual de los adolescentes, ya que las implicaciones sociales y culturales para el hombre y la mujer, son distintas. En el contexto de la cultura nacional podemos considerar que la práctica sexual es dominada por el hombre sobre la mujer; y puede considerarse incluso como una actitud “machista”, en donde la mujer suele ser sumisa y acepta en lo general las condiciones de su pareja respecto a cómo llevar a cabo la actividad sexual, lo que refleja que los aspectos culturales conllevan no sólo al ejercicio de ciertas prácticas sexuales, sino que éstas tienen implicaciones en la salud³⁰.

3.5.2 Mitos y creencias

Los adolescentes son sensibles a percibir los mensajes de sus iguales por medio de códigos que sólo ellos entienden; captan los sentimientos, las necesidades, las motivaciones y las perspectivas de los otros y los identifican como propios. Es por lo anterior que los amigos en la etapa de la adolescencia son un factor importante en el desarrollo de conductas, particularmente de las conductas sexuales.

La persistencia de mitos, tabúes y creencias en las adolescentes es más notoria en las jóvenes del área rural, tales creencias son transmitidas por sus familiares, ya sean, madres, tías, abuelas, hermanas, así como por amigas. Dentro de estas podemos mencionar:

- a) "Cuando una adolescente se embaraza se siente más tranquila y mejor consigo misma".
- b) "Si una mujer no le tiene un hijo/a a un hombre no le demuestra su amor".
- c) "Las mujeres nerviosas necesitan de un hombre y de un hijo/a para curarse".
- d) "Los hijos/as deben tenerse jóvenes para gozarlos".
- e) "Entre más temprano tenga hijos/as una mujer es mejor".
- f) "Los anticonceptivos producen infertilidad y daños a su salud.
- g) "No pueden quedar embarazadas en "la primera vez"³¹

Existen aspectos individuales de la adolescente que pueden considerarse producto del medio cultural en el que viven, entre estos tenemos: Dificultad para planear proyectos a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima y poca confianza, sentimientos de desesperanza, falta de actitud preventiva, insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento, desean tener un hijo para reconstruir la ternura materna o para construir la que no han tenido, para conseguir un marido que las acompañe y las ayude a sobrevivir económicamente, para castigar a los padres por su incomprensión, para irse de un hogar disfuncional, huir de un ambiente difícil.

3.5.3 Religión.

Según estudios realizados, la religión tiene relativamente poco impacto sobre el comportamiento reproductivo. A través de la incidencia de embarazos se observa que

tanto las adolescentes católicas como aquéllas que se declaran de otra religión, se encuentran embarazadas en igual porcentaje.

Visto de otra manera, se ha observado que la frecuencia con que los jóvenes asisten a servicios religiosos, independientemente de la religión, tienden a retrasar el inicio de relaciones sexuales. No así los que no asisten a servicios religiosos o los que lo hacen con muy poca frecuencia son proclives a iniciar su actividad sexual precozmente y por lo tanto se exponen a embarazos a temprana edad.

3.6. Situación actual del embarazo en adolescentes en El Salvador.

Según el Ministerio de Economía a través de la Dirección de Estadística y Censos (DIGESTYC), en su publicación “VI Censo de Población y V de Vivienda 2007”, realizado en el año 2007, La población de adolescentes de 10 a 19 años corresponde a 1,306,912 (22.7%) que se distribuye de la siguiente manera: 48.6% del total de adolescentes pertenecen al sexo femenino, y según el área geográfica el 41% de la población de adolescentes reside en la zona rural³².

Los resultados de FESAL-2008 muestran que en el grupo de mujeres de 15 a 19 años, alrededor del 18% tiene al menos un(a) hijo(a) actualmente vivo(a). Los datos indican que en promedio las mujeres adolescentes 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. El promedio de edad para iniciar la vida sexual es de 16.3 años y es más frecuente la

primera relación clasificada como pre marital que la marital: 26.4 por ciento en el grupo de 15 a 19 años³³.

Según la base de datos del Sistema de información Perinatal SIP, para el año 2009, 2 de 3 mujeres no planificaron su embarazo, con un diferencial de 74.5% de embarazos no planeados entre las mujeres de 10 a 14 años, 64.3% entre mujeres de 15 a 19 años³⁴.

Según datos de la Unidad de Monitoreo y evaluación del MSPAS en el año 2009, de las 74,777 inscripciones prenatales, el 33.6% se brindaron a mujeres adolescentes. La atención de partos en el año 2009, 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 años³⁵. La mitad de los embarazos adolescentes ocurren durante los 6 meses siguientes al inicio de la actividad sexual, y el 20% en el curso del primer mes. De estos jóvenes no más de un 30% uso algún método anticonceptivo en ese periodo, confiando en que “eso no iba a pasarles”³⁶.

Según la FESAL 2008, prácticamente 8 de cada 10 mujeres de 15 a 24 años con experiencia sexual tuvieron al menos un embarazo.

El porcentaje con experiencia de embarazo (marital o pre marital) asciende rápidamente del 8.4% entre las que tienen 15 años de edad a un 43% entre quienes tienen 19 años³⁷.

Un 29% de los primeros embarazos ocurrió cuando la mujer pensaba que no podía salir embarazada, proporción que resulta ser el doble en el embarazo que se clasifica como

pre marital (41.2%). Las razones más frecuentes para pensar que no saldrían embarazadas fueron:

- a) "No tenía relaciones frecuentes" (18%)
- b) "Falta de información" (18%),
- c) "Era la primera vez" (16.4 %)
- d) "Creía que no estaba en su período fértil" (13.1%).

Por otra parte, el 42.5 por ciento no planeó su primer embarazo. Probablemente estas cifras serían menores si la educación en salud sexual y reproductiva fuera generalizada en el Sistema Educativo de El Salvador³⁸.

El municipio de Meanguera, Morazán, cuenta con una población de 2,254 mujeres, de las cuales 571 se encuentran en las edades entre los 10 y 19 años³⁹. Durante el período de 2006 a 2010 se registraron un total de 353 inscripciones a control prenatal en la Unidad de Salud San Luís, Meanguera, de estos 134 embarazos correspondían a adolescentes entre 10 y 19 años⁴. El municipio de San Isidro, Morazán, cuenta con una población de 1362 mujeres, de las cuales 316 se encuentran en las edades de 10 a 19 años⁴¹. Durante el período de 2008 a 2010 se registraron 132 embarazos, de los cuales 34 eran adolescentes⁴. El municipio de Perquín tiene una población de 1710 mujeres, de las cuales 425 tienen entre 10 y 19 años, en los años de 2008 a 2010 se registraron 631 embarazos, de los cuales 106 eran adolescentes de entre 10 y 19 años.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio fué **prospectivo**, ya que se diseña y realiza en el presente, pero los datos se analizan transcurrido un determinado tiempo, en el futuro

Según el periodo y secuencia de la información el estudio fué **transversal**, ya que se estudiaron las variables: edad, escolaridad, escolaridad de los padres, ingresos económicos, edad y escolaridad de la pareja, paridad, simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

Según el análisis y alcance de los resultados la investigación fué **descriptiva**, ya que investiga características de la población, magnitud del problema, factores asociados al problema; presenta los hechos o fenómenos sin investigar las causas.

4.2 UNIVERSO:

Es una población finita que comprenden 60 adolescentes embarazadas de entre 10 y 19 años inscritas en el programa de control prenatal de enero a septiembre de 2011, en las unidades de salud de San Isidro, San Luis, Meanguera o Perquín, Morazán, y que residen en cualquiera de dichos municipios.

Distribuidas de la siguiente manera:

Unidad de salud San Isidro: 14

Unidad de salud San Luis, Meanguera: 26

Unidad de salud Perquín: 20

4.3 MUESTRA:

En este caso la muestra es igual al tamaño de la población (60 adolescentes embarazadas) ya que se estudiaron todos los casos que cumplían con los criterios de inclusión.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujer embarazada de 10 a 19 años de edad.
- Residir en los municipios de: San Isidro, Meanguera o Perquín, del departamento de Morazán.
- Llevar control prenatal en unidad de salud de San Isidro, San Luis Meanguera o Perquín, Morazán.
- Paridad: indistinta.
- Saber leer y escribir.
- Que desee participar en el estudio.

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Que tenga alguna patología relacionada con el embarazo.
- Que lleve control prenatal en las unidades de salud de San Isidro, San Luis Meanguera o Perquín y no resida en dichos municipios y viceversa.
- Que tenga algún tipo de discapacidad mental.
- Que no quiera participar en la investigación.

4.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Documental:

- Bibliográfica: Consulta de libros especializados, de los cuales se recopilaron los datos necesarios para fundamentar el estudio.
- Hemerográfica: para la obtención de los antecedentes y el comportamiento del problema objeto de estudio se utilizó información publicada en revistas y periódicos.
- Información electrónica

De campo:

- Encuesta: que sirvió para recolectar datos referentes a la medición de las variables: factores sociales y culturales.

4.6 INSTRUMENTOS

- Cuestionario, el cual esta conformado por 45 preguntas cerradas y abiertas. (Ver anexo No. 1)

4.7 PROCEDIMIENTO

4.7.1. Planificación.

Se realizó una reunión con la docente asesora de tesis con quien se seleccionó el tema a investigar y el lugar en el que se realizaría la investigación. Así como la relevancia de realizar el estudio. Se realizó una revisión bibliográfica sobre los factores socioculturales asociados a la incidencia de embarazos en adolescentes de 10 a 19 años.

Se realizó una reunión con la dirección de las Unidades de Salud involucradas, explicando el desarrollo del proceso de la investigación, para su respectiva autorización, se hace referencia a que la misma servirá como herramienta para desarrollar estrategias orientadas a lograr la disminución de los embarazos en adolescentes. Una vez obtenido el aval por parte de la dirección del establecimiento, se elaboraron guías para la entrevista y la revisión de documentos, a saber, el libro de atención materna. Partiendo de la información tomada del libro de atención materna, se elaboró una base de datos que contenía información como: fecha de inscripción en el programa materno, edad y dirección de las adolescentes embarazadas inscritas en el período comprendido de enero

a septiembre de 2011. Con esta información se citará a las pacientes que acepten participar en el estudio para realizar la entrevista.

Asimismo se llevó a cabo la realización del protocolo de investigación de Mayo a junio del 2011 donde se evidencian los principales factores socioculturales asociados a embarazos en adolescentes, así como la metodología a utilizar en la ejecución del estudio en el periodo de julio y octubre; posteriormente se realizó la tabulación, análisis e interpretación de los datos y la redacción del informe final y la ponencia de resultados.

4.7.2 Ejecución de la investigación

- **4.7.2.1 Validación de los instrumentos:** (mediante prueba piloto)

Para la validación de los instrumentos aplicados, se realizaron 5 entrevistas al azar a 5 adolescentes embarazadas que no formen parte del grupo de estudio, por no residir en los municipios que comprende la investigación, lo que sirvió para validar el instrumento.

- **4.7.2.2 Recolección de la información:**

Para la recolección de la información, una vez identificada la población objeto del estudio, los investigadores realizaron las entrevistas a cada una de las adolescentes embarazadas.

	AGOSTO 2011				SEPTIEMBRE 2011				
INVESTIGADOR	1	2	3	4	1	2	3	4	Total
Bany Alvarenga	3	3	3	3	3	3	3	5	26
Carlos Argueta	2	2	1	2	1	2	1	3	14
Tito Castro	2	2	2	2	2	2	4	4	20
Total	7	7	6	7	6	7	8	12	60

4.7.2.3 Plan de análisis:

La codificación de los datos se realizó mediante en el programa SPSS versión 15.0; del cual se extrajeron los resultados que quedan mostrados en tablas y gráficos para su análisis e interpretación.

Esta interpretación describe los resultados de la investigación con respecto a los factores socioculturales asociados a la incidencia de embarazos en adolescentes de 10 a 19 años se tabularon cada una de las preguntas de la encuesta, a través de los métodos de frecuencia y porcentaje simple, lo cual permitió la presentación de los datos de forma sistemática.

4.7.2.4 Consideraciones éticas

Se informa a las adolescentes que su participación en el estudio es de manera voluntaria y anónima; previamente se da a conocer la metodología, la importancia del estudio y se les proporciono un cuestionario en el cual sus respuestas son totalmente confidenciales. Todas las adolescentes que participaron firmaron el consentimiento informado. (Ver anexo No. 2)

5. RESULTADOS:

TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

TABLA 1: Edad de la adolescente.

Edad de adolescente	Unidad de Salud							
	PERQUIN		SAN ISIDRO		SAN LUIS, M.		Total	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
14	1	1.7	0	0.0	2	3.3	3	5.0
15	2	3.3	1	1.7	1	1.7	4	6.7
16	4	6.7	2	3.3	4	6.7	10	16.7
17	5	8.3	3	5.0	6	10.0	14	23.3
18	5	8.3	7	11.7	7	11.7	19	31.7
19	3	5.0	2	3.3	5	8.3	10	16.7

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

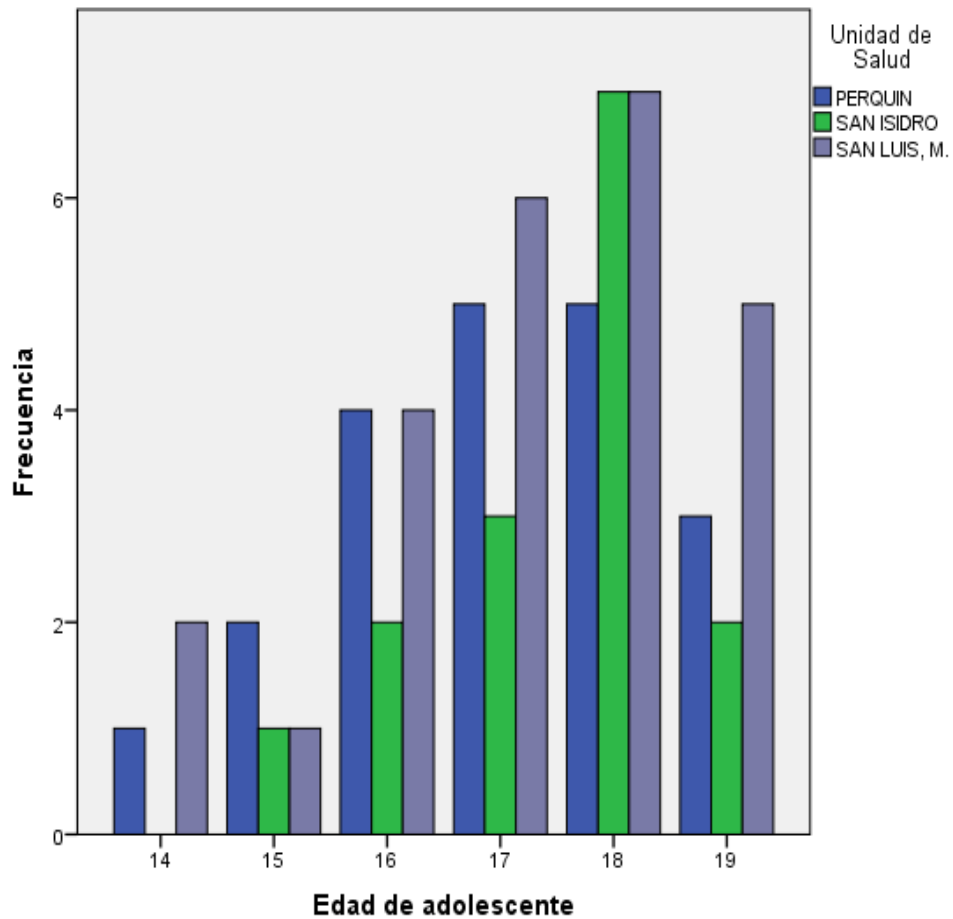
ANÁLISIS:

El 31% de las adolescentes en estudio se embarazó a los 18 años; un 23% se embarazaron a los 17 años, el 16.7% lo hizo a los 16 y 19 años y un 11.7% se embarazó antes de los 15 años.

INTERPRETACIÓN:

De acuerdo a la tabla anterior se puede observar más de la mitad de adolescentes participantes se embarazaron entre los 17 y 18 años. Solo un pequeño grupo se embarazó antes de los 15 años y después de los 18 años.

GRÁFICO 1: Edad de la adolescente.



Fuente: Tabla 1

TABLA 2: Fórmula obstétrica.

FÓRMULA OBSTETRICA	FR.	%
Grávida 1	57	95
Grávida 2	3	5
Paridad	1	1.7
Prematuros	0	0
Abortos	2	3.3
Vivos	1	1.7

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

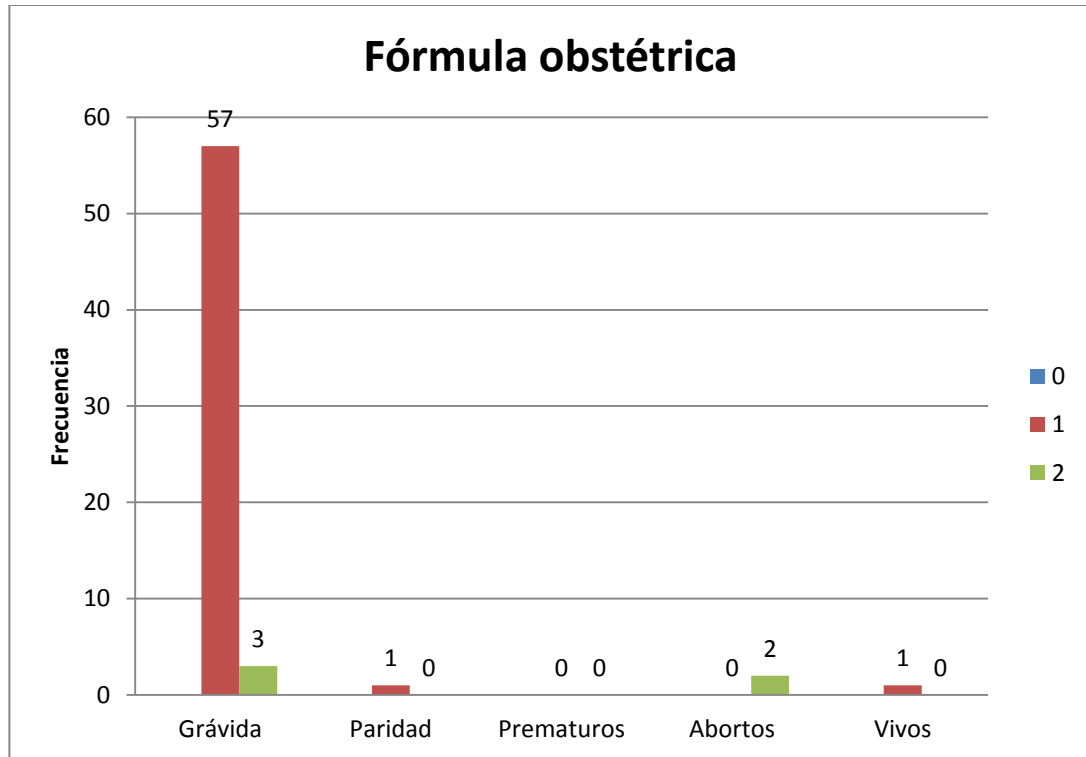
ANÁLISIS:

El 95% de las adolescentes se encontraban en su primera gestación, al momento del estudio. El 5% de la población que corresponde a 3 adolescentes ya había estado embarazada anteriormente; de las cuales, 2 sufrieron un aborto y una tiene su primer hijo vivo al momento.

INTERPRETACIÓN:

Para la mayoría de adolescentes entrevistadas este representa su primer embarazo, solo 3 adolescentes habían estado embarazadas anteriormente en una ocasión, dos de estos embarazos terminaron en abortos.

GRÁFICO 2: Fórmula obstétrica.



Fuente: Tabla 2

TABLA 3: Estado familiar.

Estado familiar	Unidad de Salud					
	PERQUIN		SAN ISIDRO		SAN LUIS, M.	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Soltera	11	18,3	6	10,0	15	25,0
Acompañada	7	11,7	9	15,0	10	16,7
Casada	2	3,3	0	0	0	0
Total	20	33,3	15	25,0	25	41,7

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

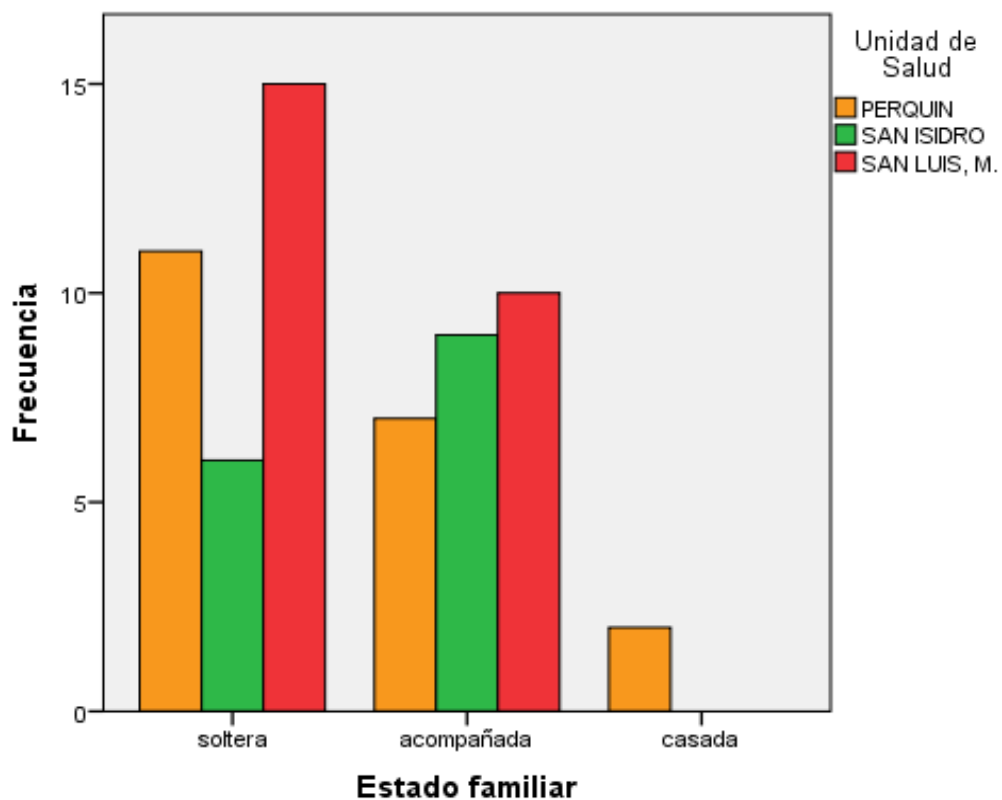
ANÁLISIS:

El 53.3 de las adolescentes se encuentran solteras; un 43.4% están acompañadas y el resto, un 3.3% están casadas.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de adolescentes afirman estar solteras al momento del estudio, lo que refleja que no hay involucramiento por parte de sus parejas. Una buena cantidad de adolescentes refiere estar en unión libre y sólo dos están casadas.

GRÁFICO 3: Estado familiar.



Fuente: Tabla 3

TABLA 4: Edad de menarquia

Edad de Menarquia	Unidad de Salud							
	PERQUIN		SAN ISIDRO		SAN LUIS, M.		Total	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
10	0	0	2	3,3	1	1,7	3	5,0
11	3	5,0	1	1,7	3	5,0	7	11,7
12	6	10,0	2	3,3	9	15,0	17	28,3
13	3	5,0	5	8,3	8	13,3	16	26,7
14	8	13,3	5	8,3	4	6,7	17	28,3
Total	20	33,3	15	25,0	25	41,7	60	100,0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

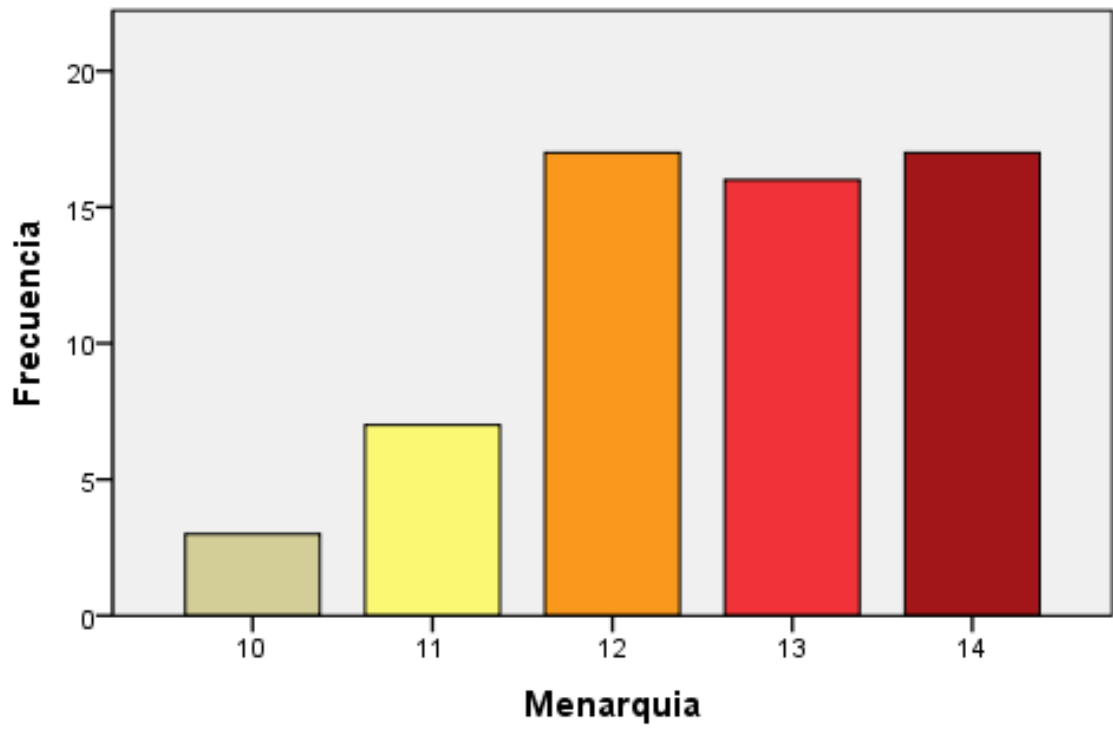
ANÁLISIS:

La edad promedio de presentación de la menarquia en las adolescentes del estudio es entre 12 y 13 años; mientras que en el 16,7 % se presentó en menores de 11 años. Y el 28% tenía 14 años o más.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de adolescentes presentan su primera menstruación alrededor de los 13 años, y por lo general su primer embarazo ocurre a los 3 o 4 años después de la menarquia. El grupo que tuvo su menarquia antes de los 12 años tuvo su primer embarazo a edades similares a las que menstruaron 1 o 2 años después.

GRÁFICO 4: Edad de menarquia



Fuente: Tabla 4

TABLA 5: Edad de inicio de relaciones sexuales.

Edad de inicio de relaciones sexuales	Unidad de Salud			
	PERQUIN	SAN ISIDRO	SAN LUIS, M.	Total
	FR.	Fr.	Fr.	Fr.
12	1	0	0	1
13	1	0	1	2
14	3	1	7	11
15	4	3	10	17
16	5	3	3	11
17	4	3	3	10
18	2	5	1	8

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

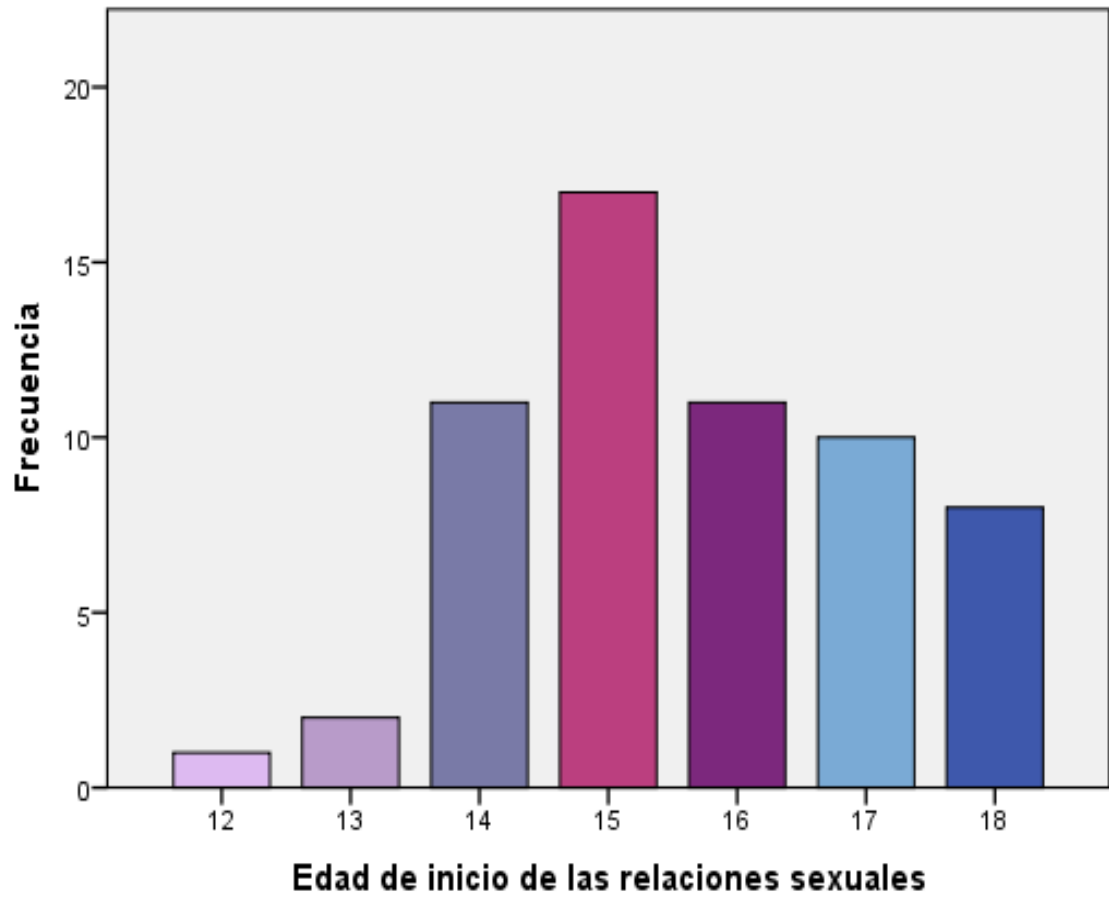
ANÁLISIS:

El 28.3% de adolescentes iniciaron relaciones sexuales a los 15 años, el 23.33% ya había tenido relaciones sexuales al cumplir 14 años (12, 13 y 14 años) y el 48.33% iniciaron relaciones sexuales después de los 15 años (16, 17, 18 años)

INTERPRETACIÓN:

La edad promedio de inicio de relaciones sexuales entre las adolescentes que participaron en el estudio es de 15 años.

GRÁFICO 5: Edad de inicio de relaciones sexuales.



Fuente: Tabla 5

TABLA 6: Con quién tuvo su primera relación sexual.

Con quien tuvo su primera relación sexual	Unidad de Salud			
	PERQUIN	SAN ISIDRO	SAN LUIS, M.	Total
	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
Novio	18	15	23	56
Amigo	1	0	1	2
Familiar	0	0	0	0
Esposo	1	0	0	1
Otro	0	0	1	1
Total	20	15	25	60

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

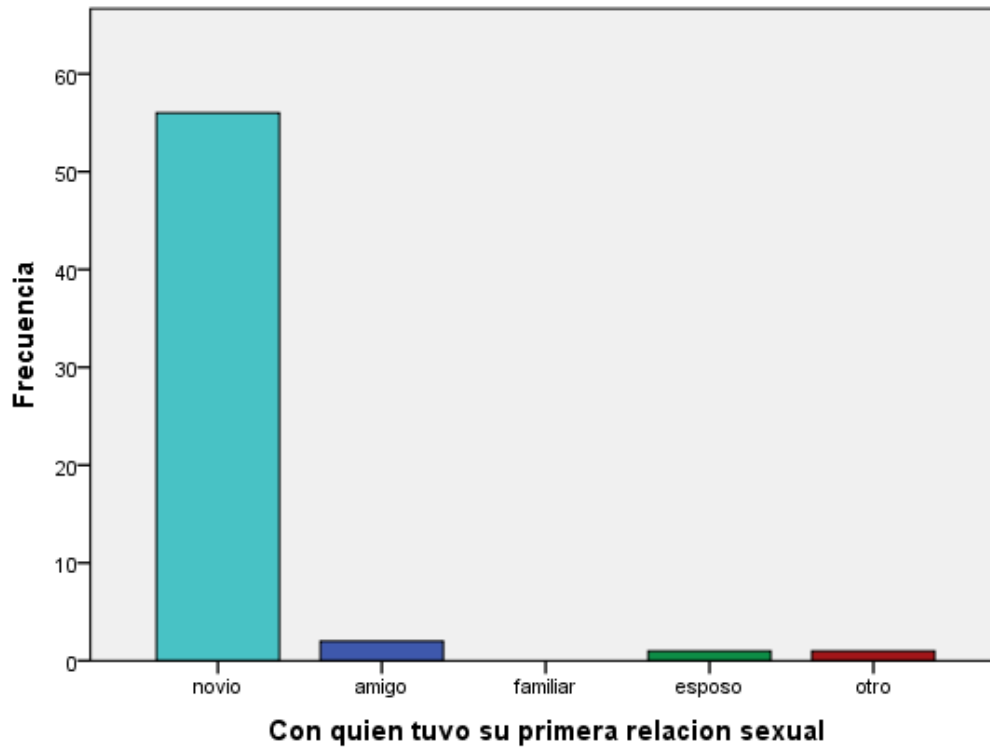
ANÁLISIS:

El 93.3% correspondiente a 56 de las adolescentes iniciaron su actividad sexual con el novio; un 3.3% las tuvo con un amigo; el 1.7% fue con su actual esposo.

INTERPRETACIÓN:

El novio fue la figura masculina más común con quien las adolescentes iniciaron sus relaciones sexuales, seguido en menor frecuencia por amigos, esposo y otros. Ninguna de las adolescentes manifestó haber iniciado su actividad sexual con algún miembro de su familia.

GRÁFICO 6: Con quién tuvo su primera relación sexual.



Fuente: Tabla 6

TABLA 7: ¿Cómo fue su primera relación sexual?

Cómo fue su primera relación sexual?	Unidad de Salud			
	PERQUIN	SAN ISIDRO	SAN LUIS, M.	Total
	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
Forzada	0	0	0	0
Engañada	1	0	1	2
Con consentimiento	19	15	24	58

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

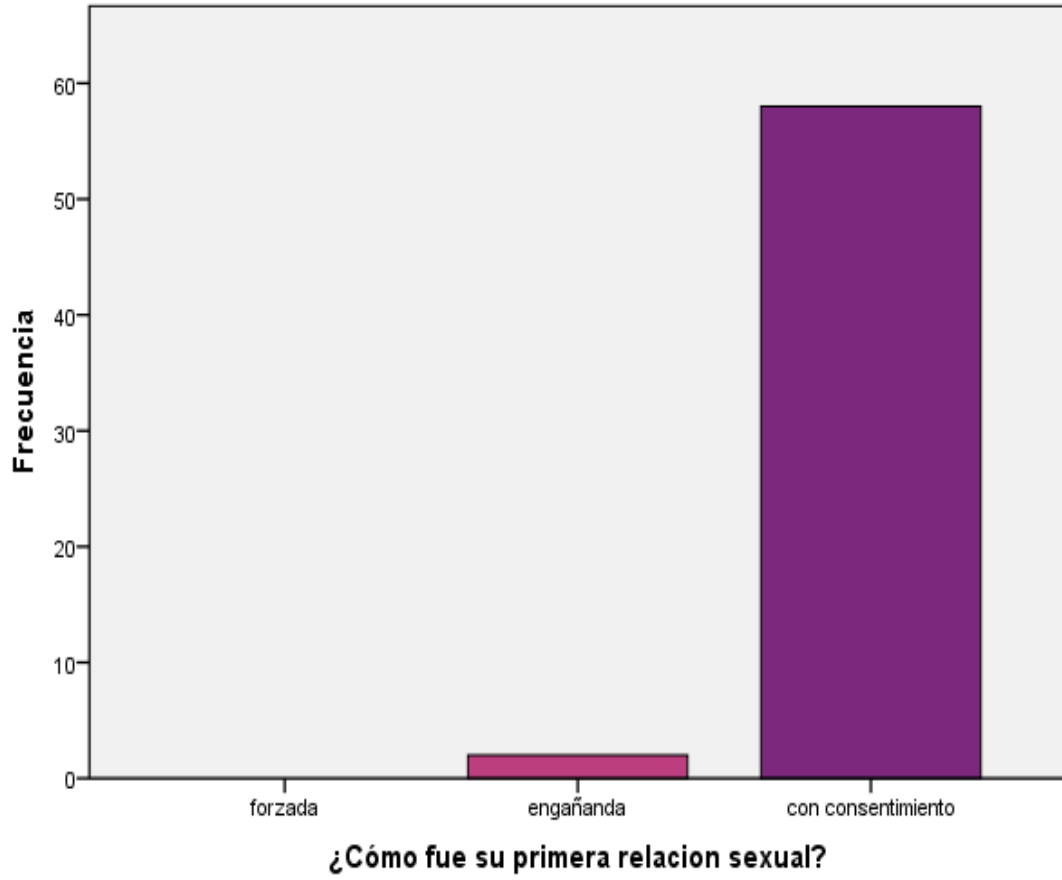
ANÁLISIS:

El 96.7% de las adolescentes embarazadas en el estudio manifestó haber tenido su primera relación sexual con su consentimiento; mientras que el 3.3% manifestó haber sido engañada.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de las entrevistadas manifestaron haber iniciado su actividad sexual con su consentimiento, dos de ellas refieren haber sido engañadas. Ninguna admitió haber sido forzada. Sin embargo, esta conducta corresponde a un acto ilegal contemplado como estupro; la cual no es vista como tal en estos municipios; incluso es considerada normal y no se hace nada al respecto. Tampoco la presente investigación tiene como objetivo describir o relacionar los resultados con el aspecto legal.

GRÁFICO 7: ¿Cómo fue su primera relación sexual?



Fuente: Tabla 7

TABLA 8: Número de compañeros sexuales.

Número de compañeros sexuales	Unidad de Salud				%
	PERQUIN	SAN ISIDRO	SAN LUIS, M.	Total	
	Fr	Fr	Fr	Fr.	
1	15	14	10	39	65
2	3	1	10	14	23.3
3	1	0	4	5	8.3
4	1	0	0	1	1.6
5	0	0	1	1	1.6

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

ANÁLISIS:

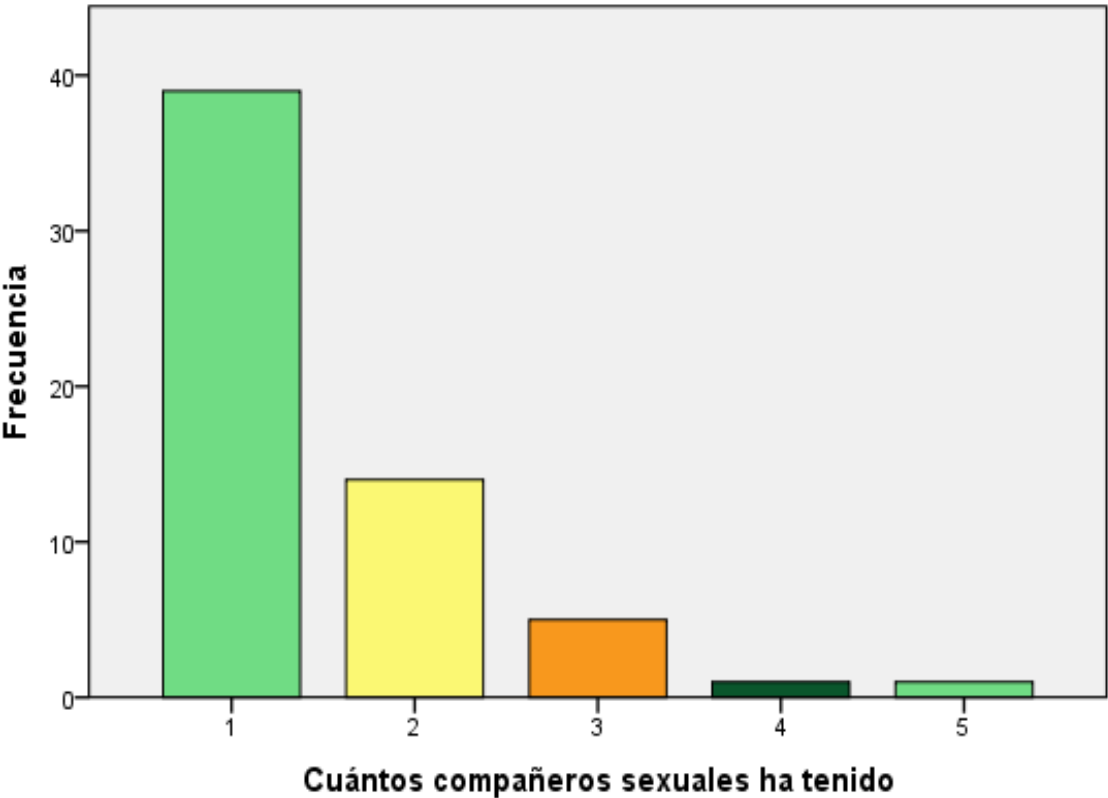
El 65% de las adolescentes refieren haber tenido una pareja sexual; el 23.3% había tenido 2 compañeros sexuales; el 8.3% había tenido 3 parejas y el 3.34% había tenido 4 ó 5.

INTERPRETACIÓN:

Más de la mitad de adolescentes afirmaron haber tenido solo una pareja, una cuarta parte del total de ellas habían tenido dos compañeros sexuales. Siete de las participantes refirieron haber tenido más de dos parejas sexuales, a saber, 3, 4, 5 y más de 5. El número de parejas sexuales de una adolescente no influye en el embarazo en ésta etapa

pero sí es un reflejo de la conducta y actividad sexual en esta etapa por parte de las adolescentes.

GRÁFICO 8: Número de compañeros sexuales.



Fuente: Tabla 8

TABLA 9: ¿Ha estado embarazada anteriormente?

¿Ha estado embarazada anteriormente?	Unidad de Salud			
	PERQUIN	SAN ISIDRO	SAN LUIS, M.	Total
	Fr.	Fr	Fr	Fr.
Si	1	1	1	3
No	19	14	24	57
Total	20	15	25	60

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

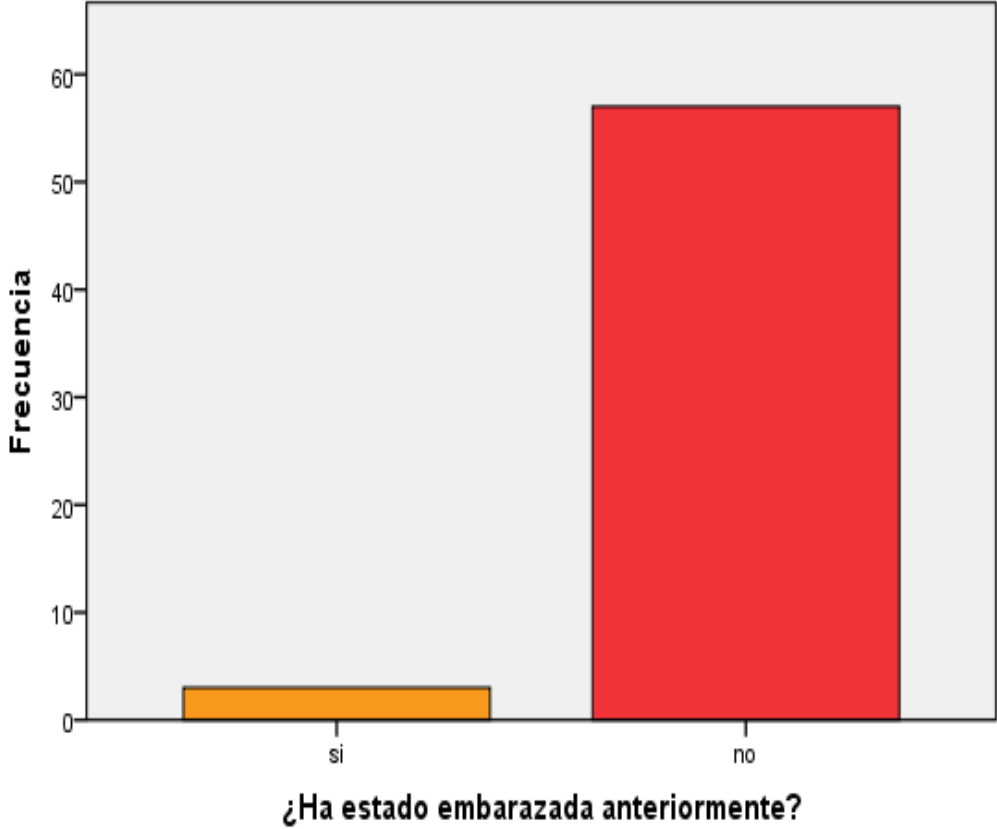
ANÁLISIS:

El 95% de las adolescentes no había estado embarazada al momento del estudio, solo un 5% sí lo había estado.

INTERPRETACIÓN:

La gran mayoría de adolescentes estaban embarazadas por primera vez al momento de la realización del estudio

GRÁFICO 9: ¿Ha estado embarazada anteriormente?



Fuente: Tabla 9

TABLA 10: ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer embarazo?

¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer embarazo?	Unidad de Salud			
	PERQUIN	SAN ISIDRO	SAN LUIS, M.	Total
	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
13	1	0	0	1
15	0	0	1	1
16	0	1	0	1
Total	1	1	1	3

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

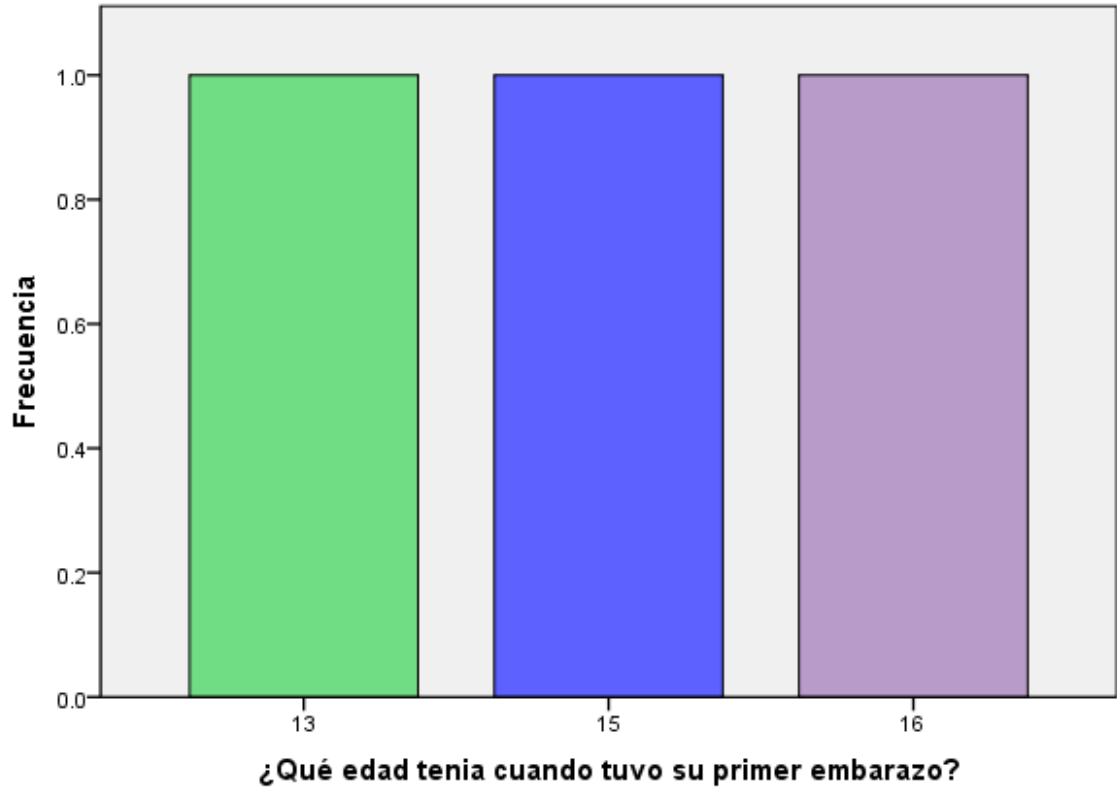
ANÁLISIS:

5% de las adolescentes incluidas en el estudio habían tenido un embarazo previo entre los 12 y los 16 años.

INTERPRETACIÓN:

Las adolescentes que iniciaron relaciones sexuales precozmente también tuvieron un embarazo precoz y no continuaron previniendo un segundo embarazo en ésta etapa de su vida, lo cual confirma que un embarazo a temprana edad condiciona a una mujer a llenarse de hijos mas temprano.

GRÁFICO 10: ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer embarazo?



Fuente: Tabla 10

TABLA 11: ¿Cuál fue el último nivel académico que cursó?

¿Cuál fue el último nivel académico que curso?	Unidad de Salud						Total
	PERQUIN		SAN ISIDRO		SAN LUIS, M.		
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	%
Primaria	13	65,0	0	0	7	28,0	33.3
Secundaria	6	30,	11	73,3	10	40,0	45
Media	1	5,0	4	26,7	7	28,0	20
Superior (Técnica- Universitaria)	0	0	0	0	1	4,0	1.7
Ninguna	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

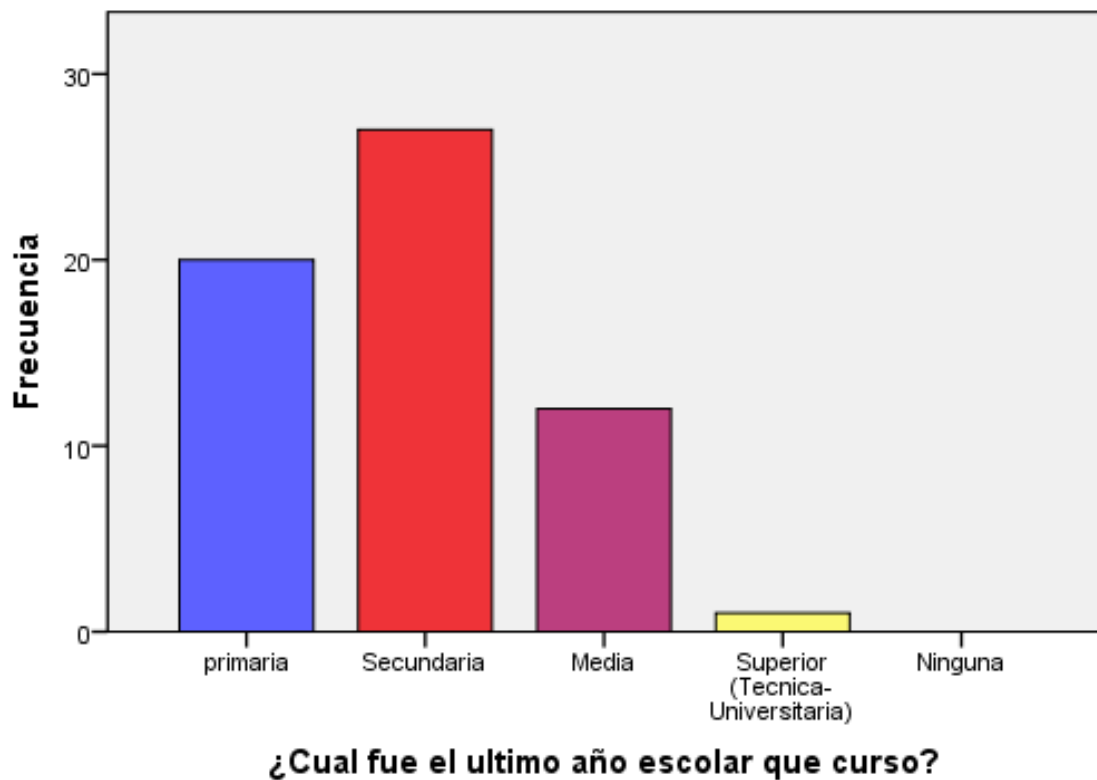
ANÁLISIS:

El 100% de adolescentes recibieron instrucción académica. El 33.3% de las adolescentes cursaron a nivel de educación primaria. El 45% de las participantes alcanzaron un nivel de educación secundaria. 20% estudia o se encontraba estudiando educación media. Sólo el 1.7% de adolescentes ha alcanzado algún nivel de educación superior o técnico.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de adolescentes tienen un nivel de escolaridad baja, seguido por una menor cantidad de ellas que solo estudiaron primaria. Sólo una de las participantes ha recibido educación superior. Ninguna de ellas es analfabeta. La baja escolaridad en la población participante puede tener como causas: los bajos recursos económicos, la falta de un proyecto de vida, falta de apoyo por parte de padres.

GRÁFICO 11: ¿Cuál fue el último nivel académico que cursó?



Fuente: Tabla 11

TABLA 12: ¿Está estudiando actualmente?

OPINION	Unidad de Salud							
	PERQUIN		SAN ISIDRO		SAN LUIS, M.		Total	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Si	4	6.7	5	8.3	7	11.7	16	26.7
No	16	26.7	10	16.7	18	30.0	44	73.3

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

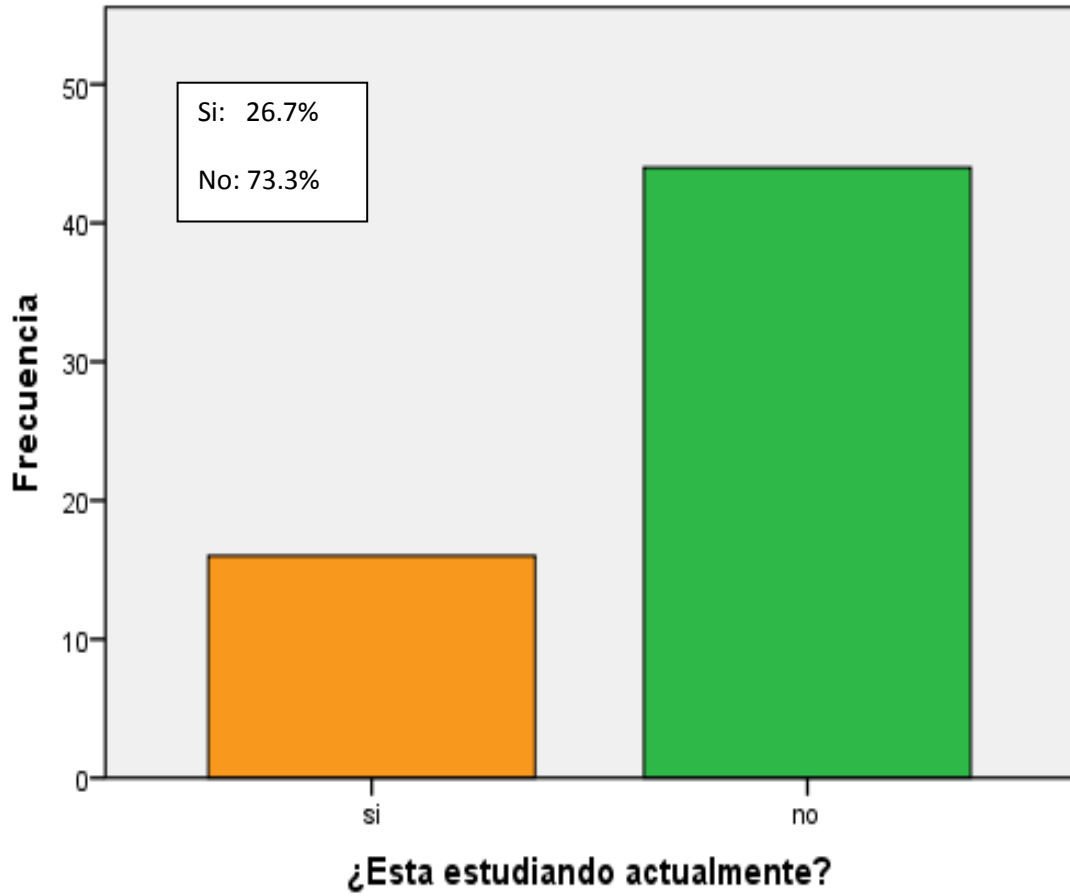
ANÁLISIS:

El 73.3% de las adolescentes no eran estudiante activa al momento de la investigación, algunas de ellas no se encontraban estudiando al momento de embarazarse. 26.7 % de ellas siguieron estudiando.

INTERPRETACIÓN:

El embarazo supone un obstáculo para continuar los estudios en la mayoría de adolescentes. Un tercio de las adolescentes continuó estudiando.

GRÁFICO 12: ¿Está estudiando actualmente?



Fuente: Tabla 12

TABLA 13: ¿Por qué ya no estudia?

¿Por qué no estudia?	Unidad de Salud							
	PERQUIN		SAN ISIDRO		SAN LUIS, M.		Total	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Embarazo	5	31,3	5	50,0	5	27,8	15	34,1
Bajos recursos económicos	4	25,0	1	10,0	6	33,3	11	25,0
No me gusta/No quería	4	25,0	2	20,0	4	22,2	10	22,7
Motivos personales	1	6,3	2	20,0	0	0	3	6,8
Trabajo	1	6,3	0	0	1	5,6	2	4,5
Bajo rendimiento escolar	0	0	0	0	1	5,6	1	2,3
Área geográfica de difícil acceso	1	6,3	0	0	0	0	1	2,3
Finalizó educación media	0	0	0	0	1	5,6	1	2,3
Total	16	100,0	10	100,0	18	100,0	44	100,0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

Fuente: Tabla 12

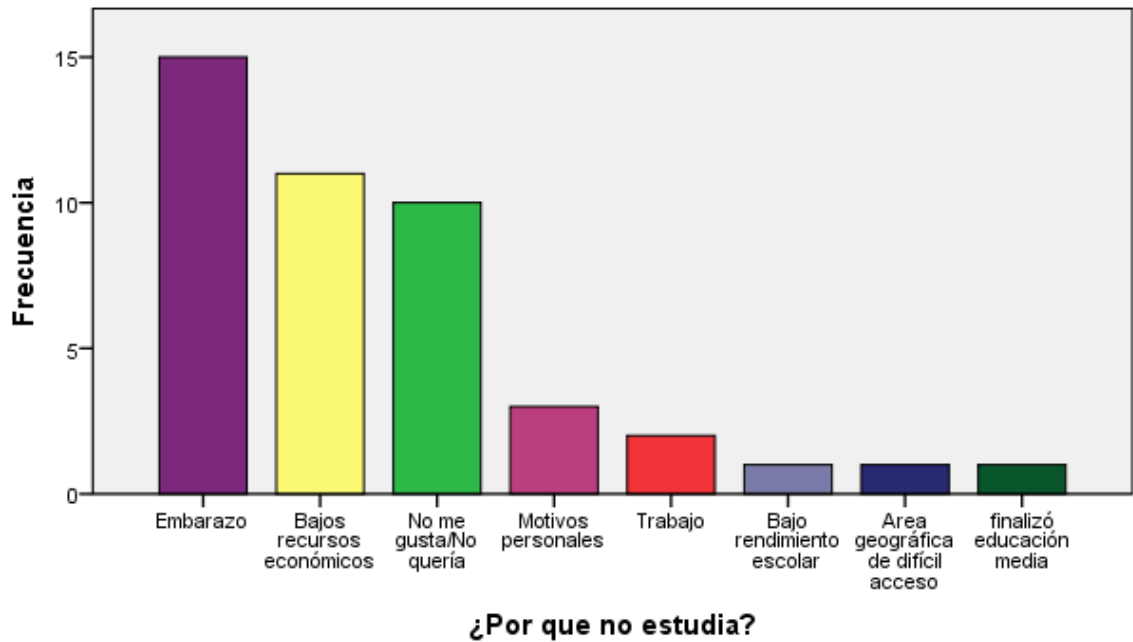
ANÁLISIS:

El 34.1% de las adolescentes manifestó que el embarazo fue la causa por la que no siguió con sus estudios; un 25% refirió ser de escasos recursos económicos; un 22,7 refiere que abandonó sus estudios por “no me gusta/no quería” Otras causas son “motivos personales” (6.8%) trabajo (4,5%) bajo rendimiento escolar (2,3) difícil acceso geográfico (2,3%) finalizó educación media (2.3%)

INTERPRETACIÓN:

El embarazo es el principal motivo por el cual la mayoría de adolescentes abandonan sus estudios. Seguido por se de bajos recursos económico acompaña o aumenta la deserción escolar.

GRÁFICO 13: ¿Por qué ya no estudia?



Fuente: Tabla 13

TABLA 14: Nivel de escolaridad del padre de la adolescente.

Nivel de escolaridad del padre	Unidad de Salud					
	PERQUIN		SAN ISIDRO		SAN LUIS, M.	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Primaria	11	55	5	33,3	10	40
Secundaria	0	,0	2	13,3	3	12,
Media	0	,0	1	6,7	1	4
Universitaria (Técnico- Universitaria)	7	35	0	,0	0	11.66
Ninguna	2	10	7	46,7	11	44

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

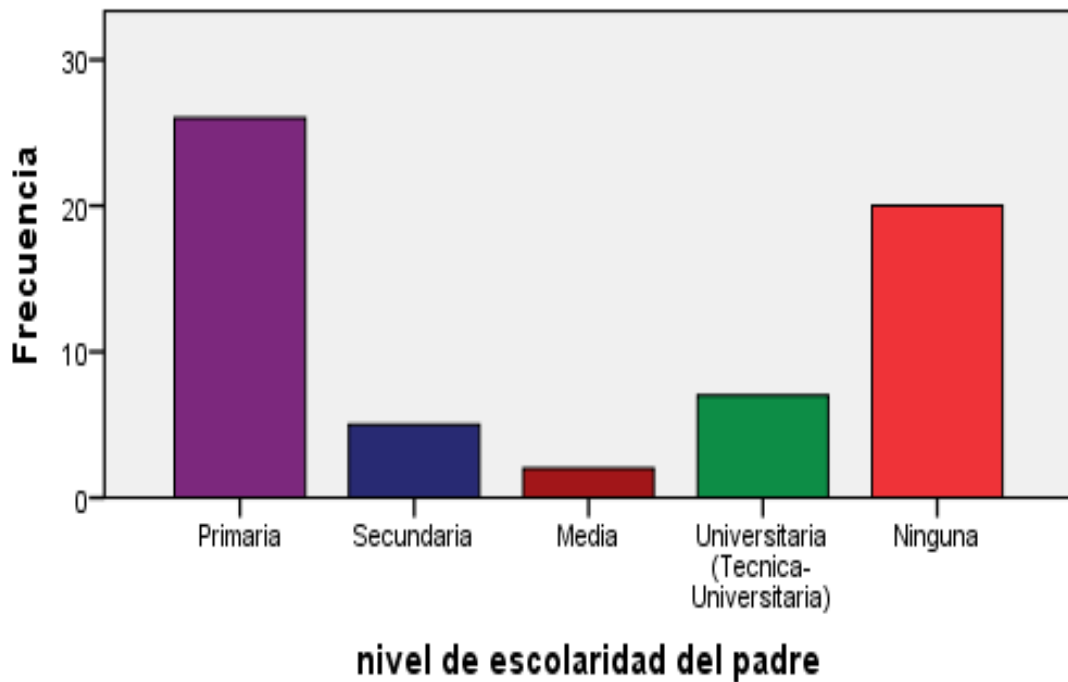
ANÁLISIS:

43.3% de los padres sólo cursaron primaria; el 8.3% algún nivel de secundaria; sólo el 3.3% ha estudiado bachillerato. Un 11.7% que tiene algún grado de formación académica superior, ya sea a nivel técnico o universitario. Y el 33.3% q no tiene ninguna formación académica.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de padres tienen muy baja escolaridad, seguidos por una cantidad similar que no tiene ningún tipo de educación formal. Solo un pequeño grupo cursó educación media y superior. Las adolescentes del estudio alcanzaron un nivel levemente superior al de sus padres, pero en general se repite el mismo patrón de baja escolaridad.

GRÁFICO 14: Nivel de escolaridad del padre de la adolescente.



Fuente: Tabla 14

TABLA 15: Nivel de escolaridad de la madre de la adolescente.

Nivel de escolaridad de la madre	Unidad de Salud					
	PERQUIN		SAN ISIDRO		SAN LUIS, M.	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Primaria	13	65,0	8	53,3	17	68,0
Secundaria	2	10,0	1	6,7	3	12,0
Media	0	,0	0	,0	0	,0
Superior (Técnica- Universitaria)	4	20,0	0	,0	0	,0
Ninguna	1	5,0	6	40,0	5	20,0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

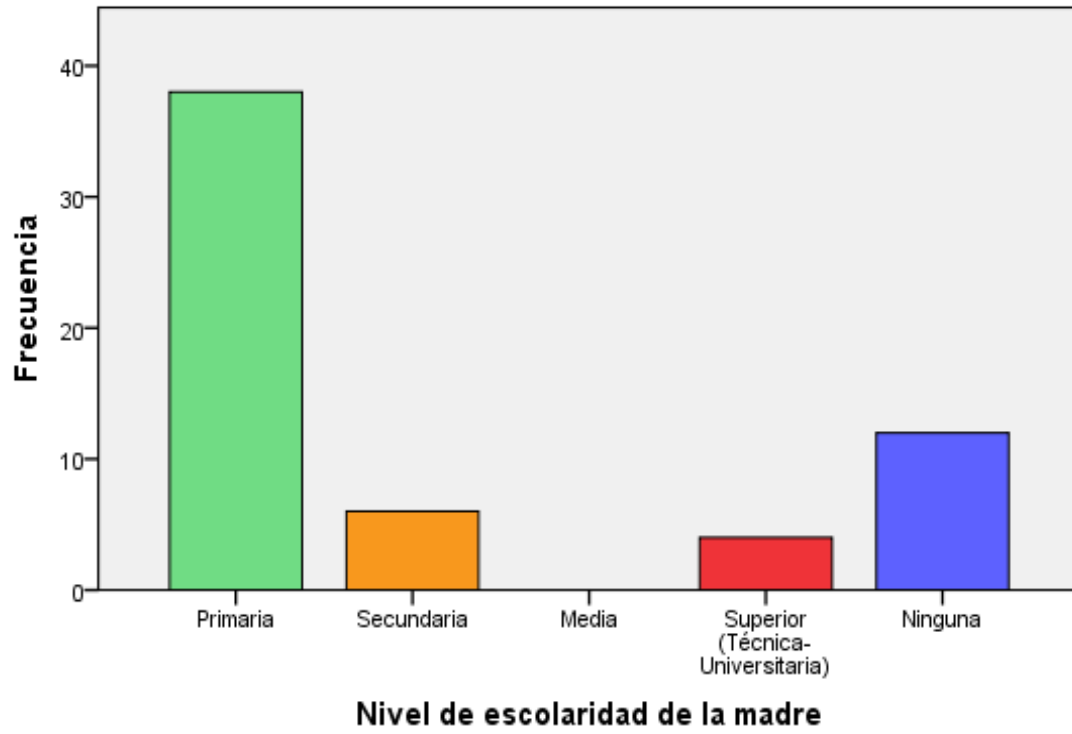
ANÁLISIS:

El 63.3% de las madres de las adolescentes embarazadas solo estudiaron primaria; el 10% estudio secundaria; un 6.7% curso estudios técnicos o universitarios y el 20% no tienen ningún grado de escolaridad.

INTERPRETACIÓN:

Las adolescentes repiten el patrón de escolaridad de sus progenitores, ya que viven en las mismas condiciones socioeconómicas en que vivieron sus padres.

GRÁFICO 15: Nivel de escolaridad de la madre de la adolescente.



Fuente: Tabla 15

TABLA 16: Nivel de escolaridad del padre de su hijo.

Nivel de escolaridad del padre de su hijo	UNIDAD DE SALUD				
	PERQUÍN	SAN ISIDRO	SAN LUIS	TOTAL	
	Fr.	Fr.	Fr.	F	%
Primaria	9	7	6	22	36.67
Secundaria	6	1	7	14	23.33
Media	3	2	9	14	23.33
Superior	2	3	2	7	11.67
Ninguna	0	0	1	1	1.67
No sé	0	2	0	2	3.33
Total	20	15	25	60	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

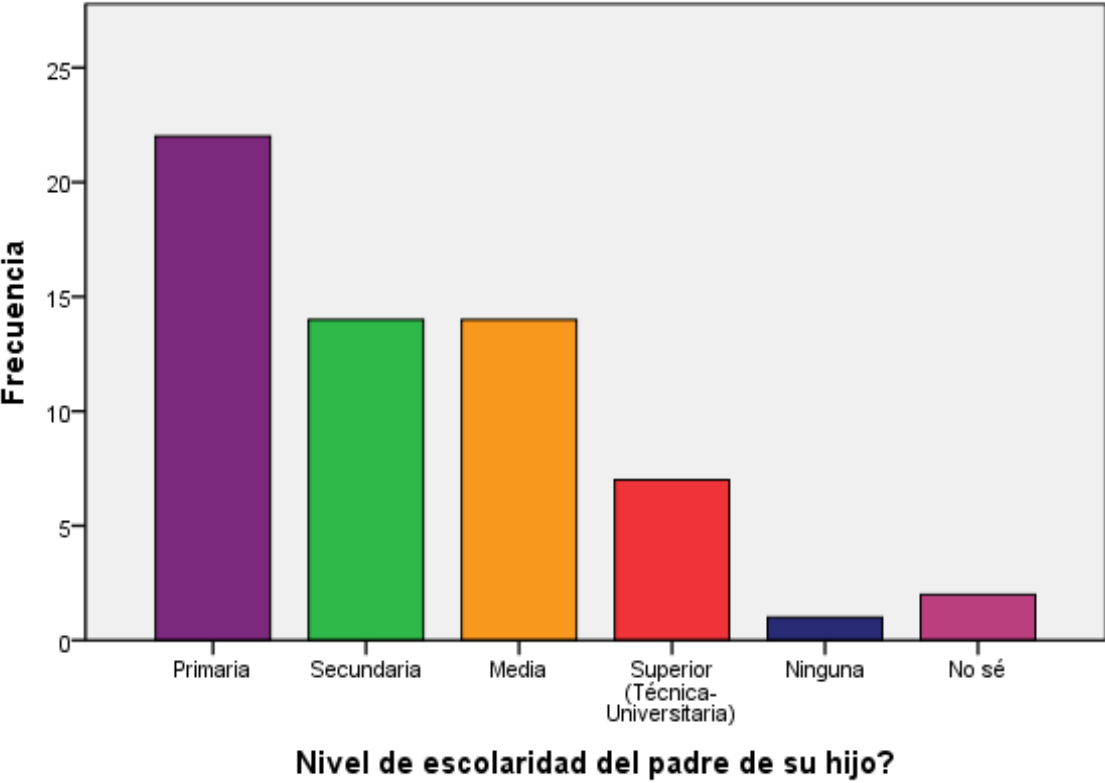
ANÁLISIS:

El 36.7% de las parejas de las adolescentes cursaron algún grado del nivel de primaria; el 23.3% cursaron secundaria, similar porcentaje de hombres que han alcanzado el bachillerato, el 11.2% tienen algún grado de educación académica superior, ya sea técnico o universitario. El 1.7% no recibieron educación formal y el 3.3% las adolescentes embarazadas no conocen el grado escolar alcanzado por su pareja.

INTERPRETACIÓN:

Las parejas de las adolescentes embarazadas tienen estudios cursados ligeramente superiores a ellas. Esto puede deberse a que en la mayoría de los casos, ellos son mayores que sus parejas, y a que el embarazo de sus parejas no interfiere en sus estudios.

GRÁFICA 16: Nivel de escolaridad del padre de su hijo.



Fuente: Tabla 16

TABLA 17: Número de cuartos que posee la vivienda.

¿Cuántos cuartos tiene la vivienda?	Frecuencia
1	10
2	30
3	17
4	2
5	1

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

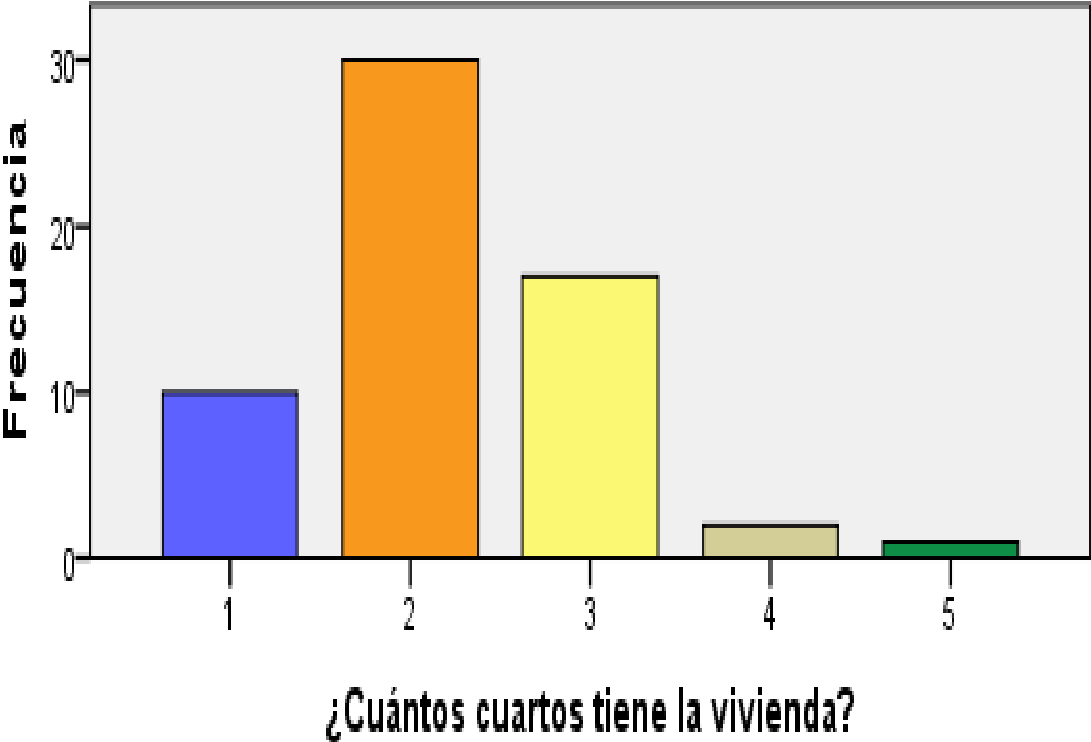
ANÁLISIS:

La mayoría de adolescentes viven en casas de 2 habitaciones, independiente del número de personas que viven con ellas.

INTERPRETACIÓN:

Por lo general las adolescentes viven en grupos familiares de más de 4 personas, por lo que puede presumirse, que la mayoría de adolescentes viven en hacinamiento.

GRÁFICA 17: Número de cuartos que posee la vivienda.



Fuente: Tabla 17

TABLA 18: ¿A qué edad tuvo su madre su primer hijo?

¿A qué edad tuvo su madre el primer hijo?	¿Era madre soltera?					
	Si		No		Total	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
13	0	,0	1	2,9	1	1,66
15	5	19,2	5	14,7	10	16,7
16	6	23,1	3	8,8	9	15,0
17	2	7,7	6	17,6	8	13,3
18	3	11,5	9	26,5	12	20,0
19	2	7,7	2	5,9	4	6,7
20	4	15,4	2	5,9	6	10,0
21	1	3,8	0	0	1	1,7
22	0	,0	1	2,9	1	1,7
23	2	7,7	1	2,9	3	5,0
24	1	3,8	1	2,9	2	3,3
26	0	,0	2	5,9	2	3,3
28	0	,0	1	2,9	1	1,7
Total	26	100,0	34	100,0	60	100,0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

ANÁLISIS:

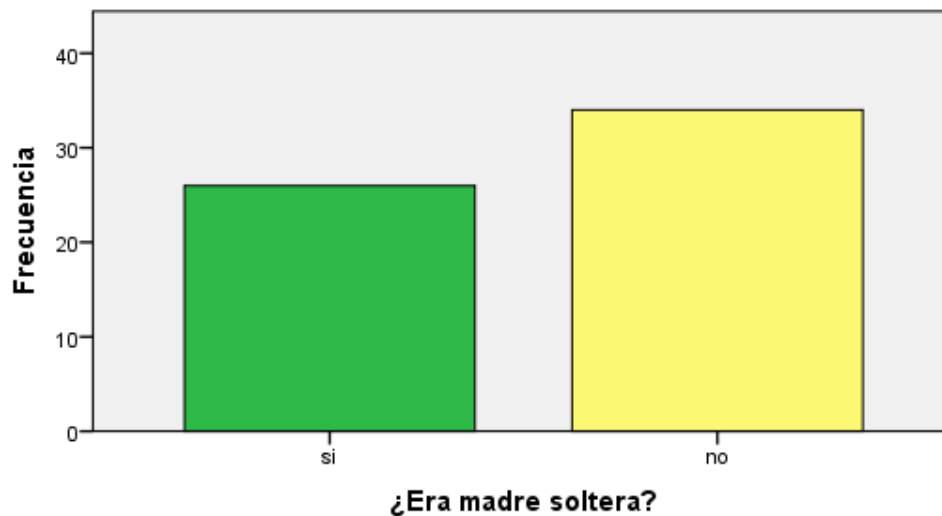
La mayoría de las madres de las adolescentes que conforman el estudio, tuvieron su primer hijo más frecuentemente a la edad de 18 años, en un 20%. El 16.7% lo tuvieron a los 15 años; el 15% a los 16 años. El 1% lo tuvo a la edad de 13 años. Es decir el

73.33% de las madres de las adolescentes tuvieron su primer hijo entre los 10 y los 19 años. El 43.33% eran madres solteras.

INTERPRETACIÓN:

Las madres de las adolescentes participantes también tuvieron embarazos precoces, y una buena parte de ellas eran también madres solteras. Lo que puede interpretarse de la siguiente manera: que las adolescentes siguen un patrón reproductivo similar al de sus madres y que no se ha logrado superar el entorno socioeconómico en que vivieron sus madres.

GRÁFICO 18: ¿Era madre soltera?



Fuente: Tabla 18

TABLA 19: ¿Hermanas o primas embarazadas durante la adolescencia?

¿Tiene hermanas o primas que estén o hayan estado embarazadas durante la adolescencia?	Frecuencia	Porcentaje
Si	36	60%
No	24	40%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

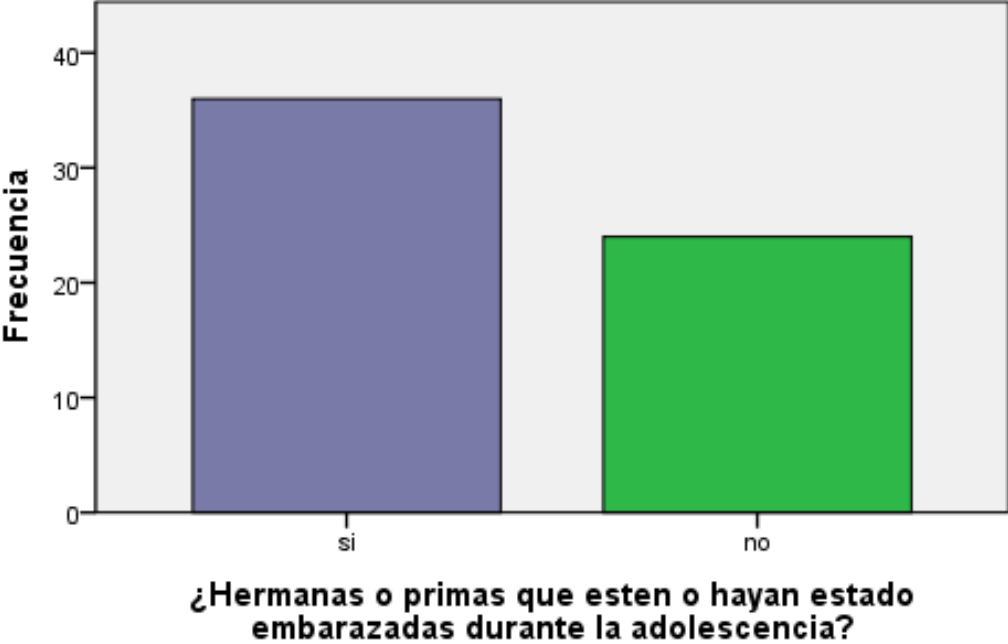
ANÁLISIS:

El 60% de adolescentes del estudio tiene o ha tenido una hermana o familiar que estén o hayan estado embarazadas durante la adolescencia; y el 40% refiere que no.

INTERPRETACIÓN:

Del total de las adolescentes, la mayoría tiene o ha tenido algún miembro de su familia, ya sea hermana o prima que ha pasado por una situación similar, es decir, también ha estado embarazada durante la adolescencia.

GRÁFICA 19: ¿Hermanas o primas embarazadas durante la adolescencia?



Fuente: Tabla 19

TABLA 20: ¿Cómo es su relación con la familia respecto al embarazo?

¿Cómo es la relación con su familia ahora que está embarazada?	¿Cómo era la relación con la familia antes de embarazarse?							
	Muy buena		Buena		Regular		Mala	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Muy buena	27	77,1	1	5,9	0	,0	0	,0
Buena	3	8,6	7	41,2	3	50,0	0	,0
Regular	4	11,4	9	52,9	2	33,3	0	,0
Mala	1	2,9	0	,0	1	16,7	2	100
Total	35	100,0	17	100,0	6	100,0	2	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

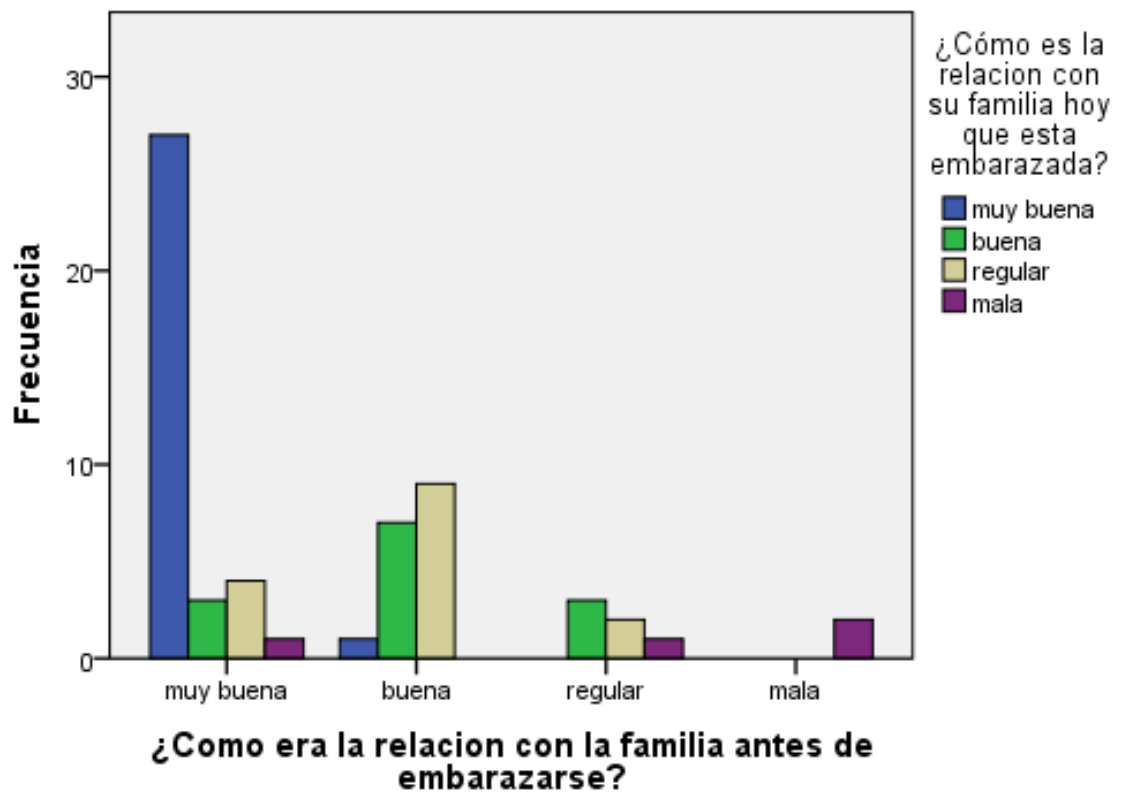
ANÁLISIS:

El 77.1% de las adolescentes que tenían muy buena relación con su familia antes de salir embarazada, la siguen teniendo ahora que está embarazada; el 8.6% ahora tiene una buena relación. El 11.4% tienen una relación regular; y el 2,9% ahora tiene una mala relación con su familia. El 5.9% de quienes tenían una buena relación ahora tienen una muy buena relación, el 41.2% siguen manteniendo una buena relación, el 52.9% ahora tienen una relación regular con su familia. El 50% de adolescentes que tenían una relación regular, hoy tienen una buena relación, el 33.3% mantienen una relación regular, y el 16.7% ahora tienen una mala relación. El 100% de las que tenían una mala relación, la siguen teniendo.

INTERPRETACIÓN:

El embarazo no modificó significativamente la relación que las adolescentes tenían con sus familias. En algunos casos la relación mejoró. Y solo en unos cuantos casos relación empeoró. Lo que se traduce en que la condición de “embarazada” no lleva implícito el rechazo de la familia.

GRÁFICO 20: ¿Cómo es su relación con la familia respecto al embarazo?



Fuente: Tabla 20

TABLA 21: ¿Ha sido víctima de violencia intrafamiliar?

¿Ha sido víctima de violencia en su familia?	Frecuencia	%
Si	10	16.7
No	50	83.3

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

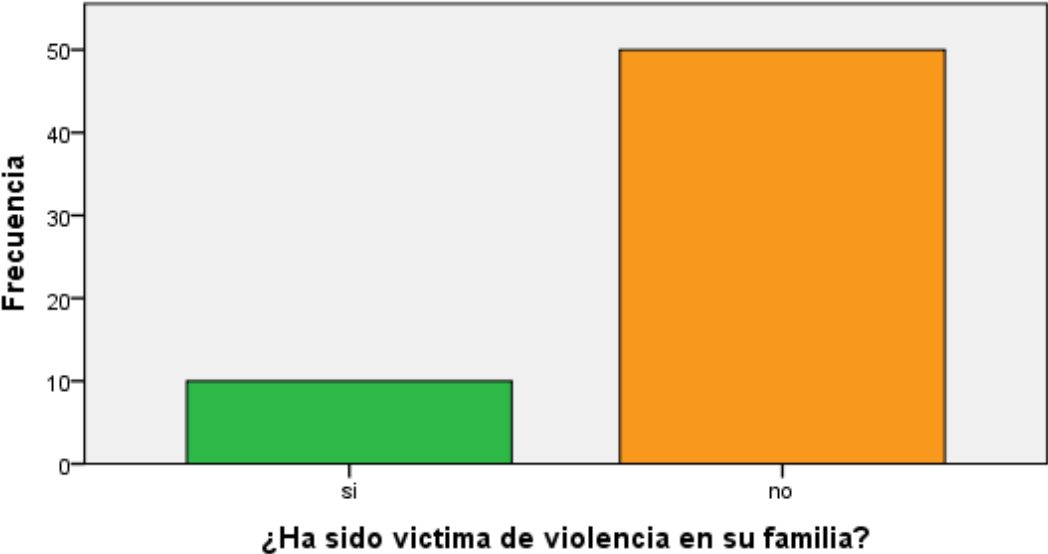
ANÁLISIS:

El 16.7% de las adolescentes manifestó haber sufrido algún tipo de violencia en su familia. El 83.3% refiere no haberse sentido agredida de ninguna manera

INTERPRETACIÓN:

Un grupo importante de adolescentes refiere haber sido víctima de algún tipo de violencia en el seno de su familia. Dado que el embarazo en la adolescente es el detonante muchas veces para que surja violencia contra la mujer, en este caso la adolescente. No obstante, la mayoría de ellas niegan haber sido víctimas de violencia intrafamiliar.

GRÁFICO 21: ¿Ha sido víctima de violencia intrafamiliar?



Fuente: Tabla 21

TABLA 22: Tipo de violencia que ha sufrido.

¿Que tipo de violencia ha sufrido?	Frecuencia	%
Golpes	1	10.0
Gritos	5	50.0
Insultos	4	40.0
Otros	0	0.0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

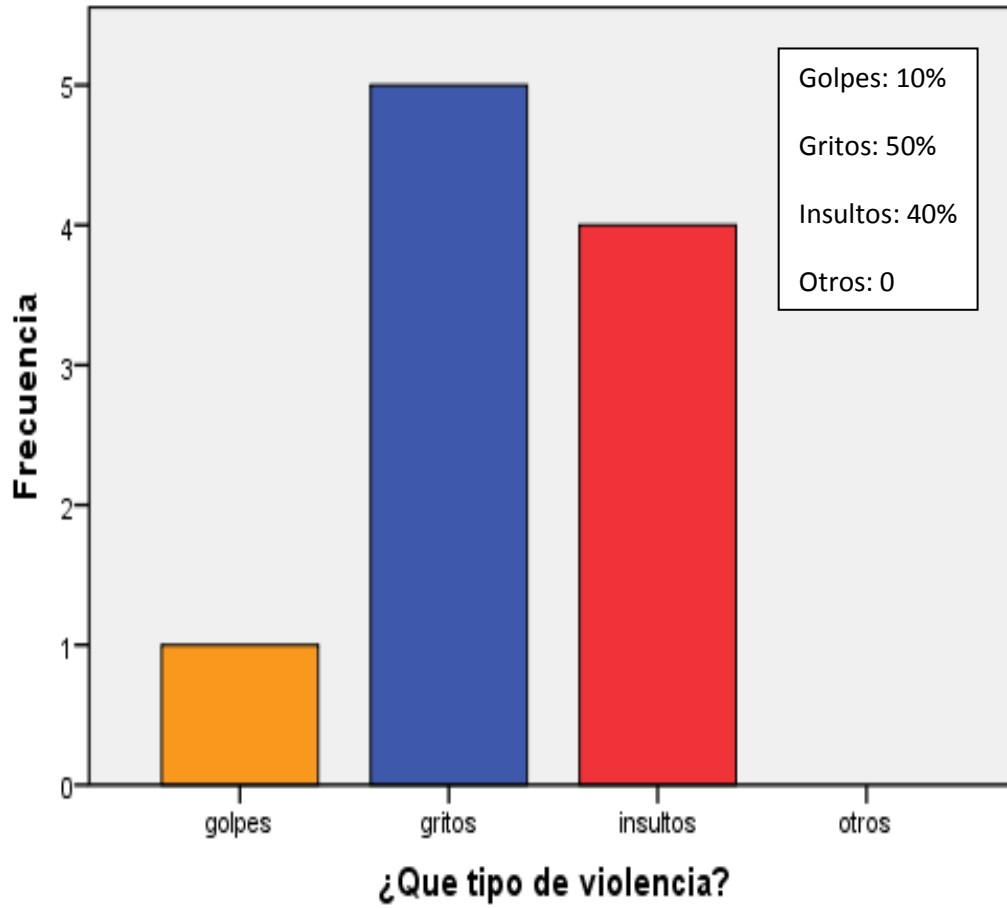
ANÁLISIS

Los gritos en un 50% son el la forma de violencia más frecuente. Seguido por los insultos en el 40% y solo el 10% admitió haber sido golpeada.

INTERPRETACIÓN

De las 10 adolescentes que manifestaron ser victimas de violencia. La mayoría de ellas se vieron expuestas a maltrato psicológico y solo una de ellas sufrió agresiones físicas.

GRÁFICO 22: Tipo de violencia que ha sufrido.



Fuente: Tabla 22

TABLA 23: Cuenta con apoyo de sus padres.

¿La apoyan sus padres?	Frecuencia	%
si	50	83.3
no	10	16.7
Total	60	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

ANÁLISIS:

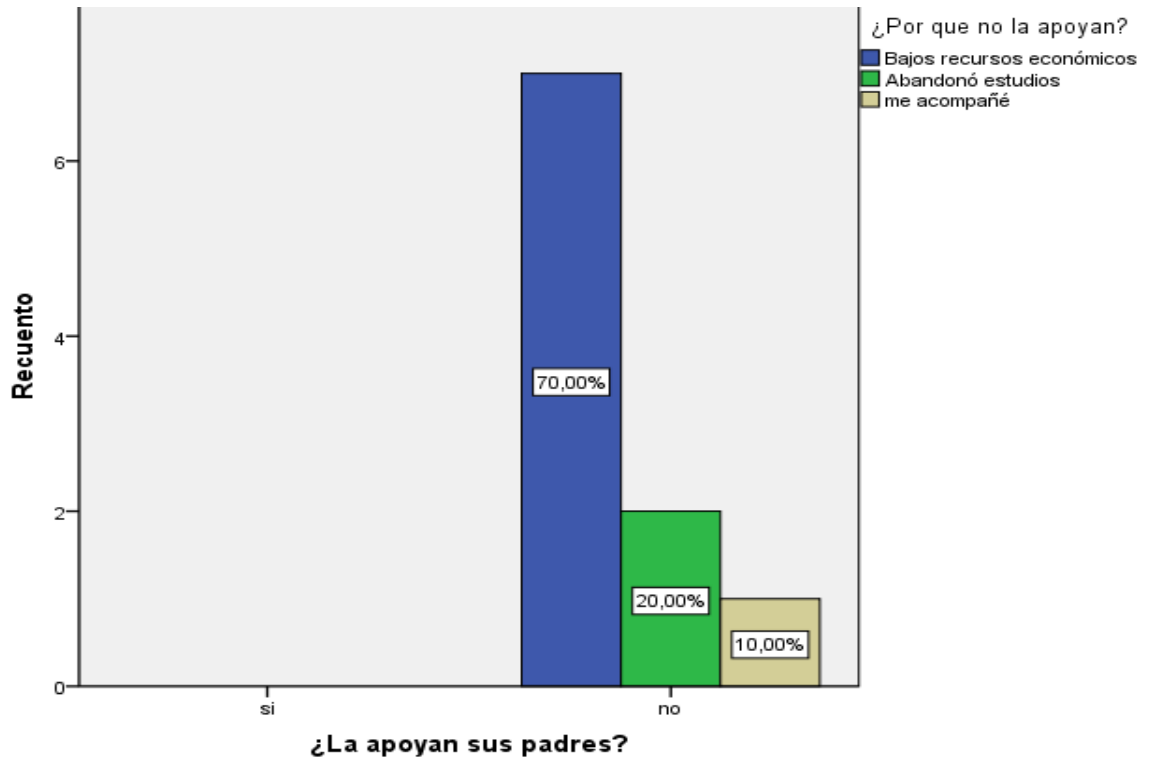
El 83.3% de las adolescentes refiere tener el apoyo de sus padres. Entiéndase este como: ayuda económica y sentimental por parte de sus progenitores. El 16.7% manifiesta no tener ningún tipo de ayuda de sus padres.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de adolescentes cuentan con el apoyo por parte de sus padres. Sólo un pequeño grupo refiere no recibir ayuda por parte de sus padres. Puede deberse a que este grupo ahora depende económicamente de sus parejas.

El siguiente gráfico hace referencia a las principales razones por las cuales no cuentan con apoyo de los padres

GRÁFICO 23: Cuenta con apoyo de sus padres.



Fuente: Tabla 23

TABLA 24: ¿A qué se dedica?

¿A qué se dedica?	¿Trabaja actualmente?			
	Si		No	
	Fr.	%	Fr.	%
	0	,0	52	100,0
Comercio informal	2	25,0	0	,0
Cosmetóloga	1	12,5	0	,0
Empleada doméstica	4	50,0	0	,0
Ordenanza	1	12,5	0	,0
Total	8	100,0	52	100,0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

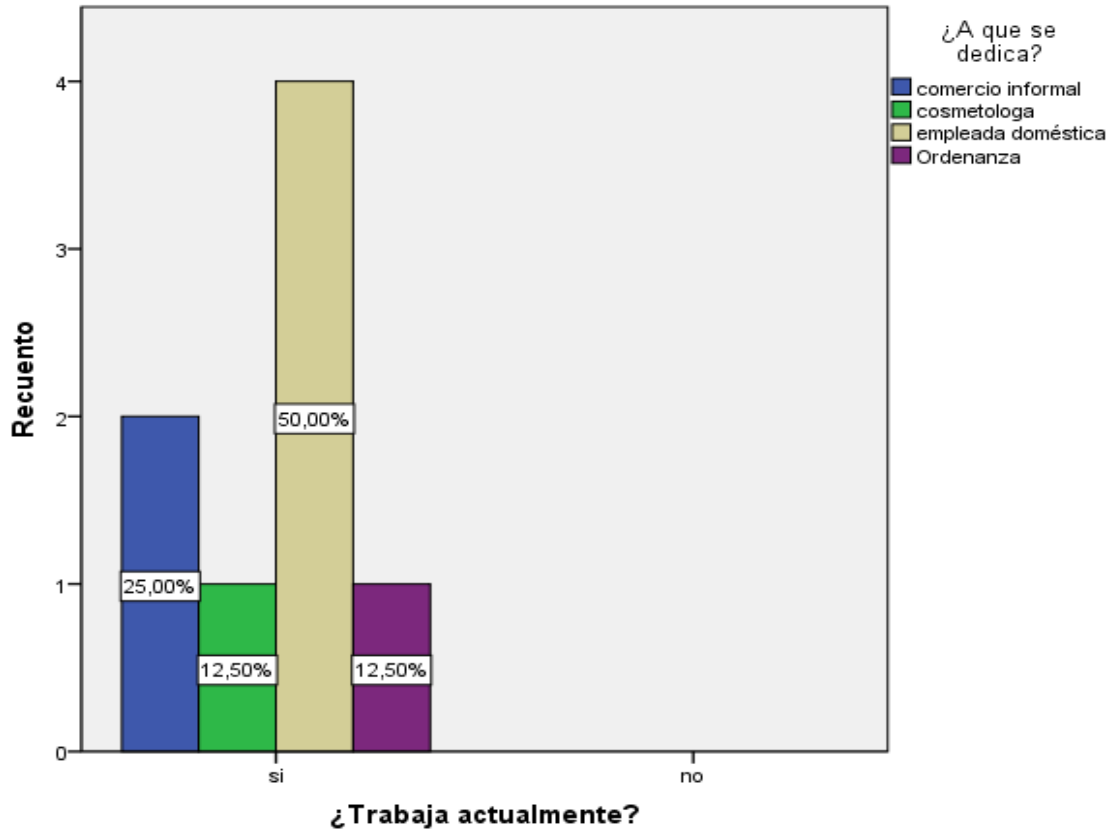
ANÁLISIS:

Del total de adolescentes embarazadas del estudio, el 13.3% se encuentra realizando algún tipo de actividad remunerada; y el 86.7% restante no trabaja.

INTERPRETACIÓN:

De las adolescentes embarazadas, la actividad mas común que realizan es como empleada domestica (50%); comercio informal (25%); y en un 25% restante como cosmetóloga y ordenanza. Se refiere solo a actividades remuneradas.

GRÁFICA 24: ¿A qué se dedica?



Fuente: Tabla 24

TABLA 25: Fuente de ingresos económicos.

Fuente de ingresos económicos	Unidad de Salud					
	PERQUIN		SAN ISIDRO		SAN LUIS, M.	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Padres	9	45,0	3	20,0	20	80,0
Pareja	10	50,0	11	73,3	3	12,0
(Tíos, primos, suegros)	1	5,0	1	6,7	2	8,0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

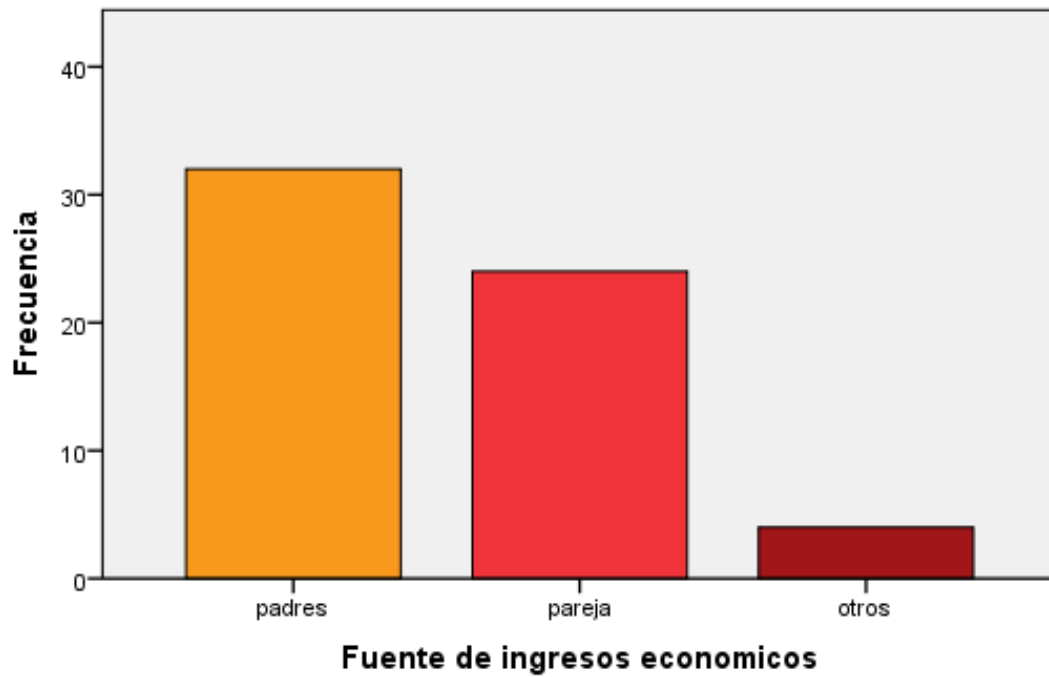
ANÁLISIS:

El 53.3% de las adolescentes embarazadas tienen como fuente de ingresos económicos a sus padres; para el 40% es la pareja; y al 6.7% restante recibe ayuda económica de otros (tíos, primos, suegros).

INTERPRETACIÓN:

Para más de la mitad de las adolescentes, los padres representan la principal fuente de ingresos económicos, seguido por su pareja y una pequeña parte por otros. Lo que se destaca a la familia como principal fuente de apoyo, ya que como adolescentes tanto la embarazada como su pareja no se encuentran en condiciones de encontrar un trabajo que represente un ingreso económico suficiente.

GRÁFICO 25: Fuente de ingresos económicos.



Fuente: Tabla 25

TABLA 26: ¿Recibe remesas?

¿Recibe remesas?	Frecuencia	%
Si	9	15
No	51	85
Total	60	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

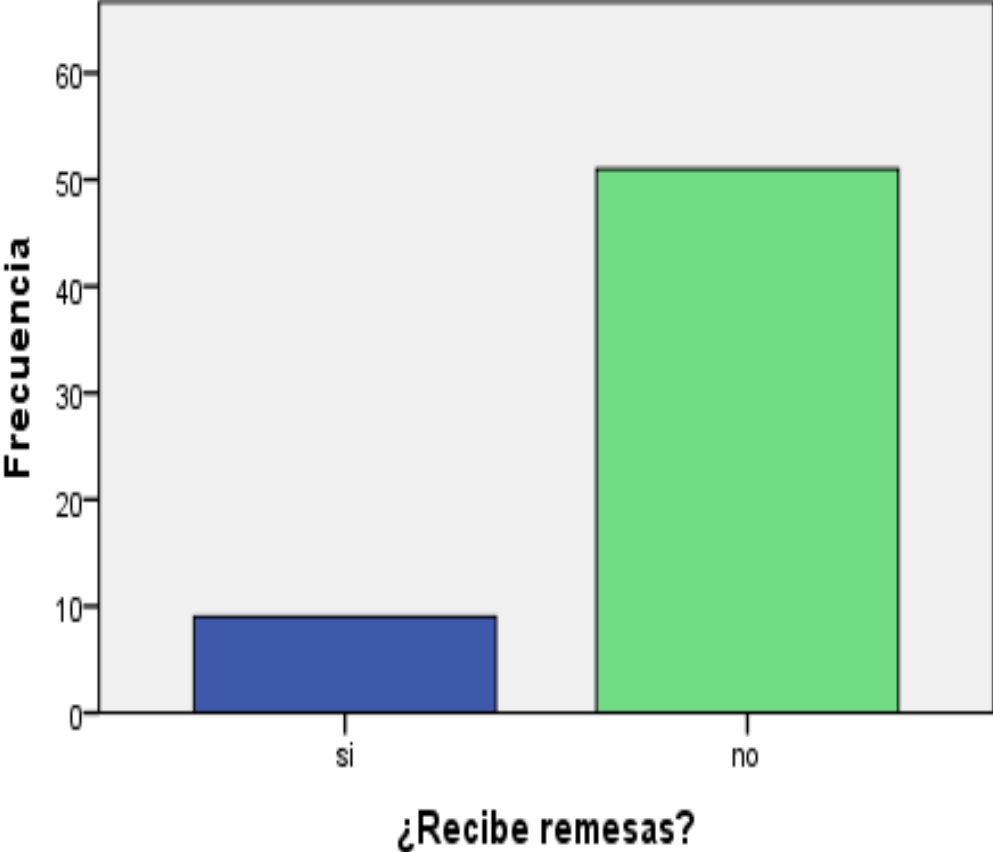
ANÁLISIS:

El 15% de las adolescentes del estudio recibe remesas del extranjero, contra un 85% que no recibe.

INTERPRETACIÓN:

Las adolescentes procedentes de estos municipios, en su gran mayoría, no dependen del envío de remesas.

GRÁFICO 26: ¿Recibe remesas?



Fuente: Tabla 26

TABLA 27: Ingreso mensual aproximado

Ingreso mensual aproximado	Frecuencia	%
Menor de \$100	45	75
De \$100 a \$200	13	21.7
Mayor a \$200	2	3.3
Total	60	100.0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

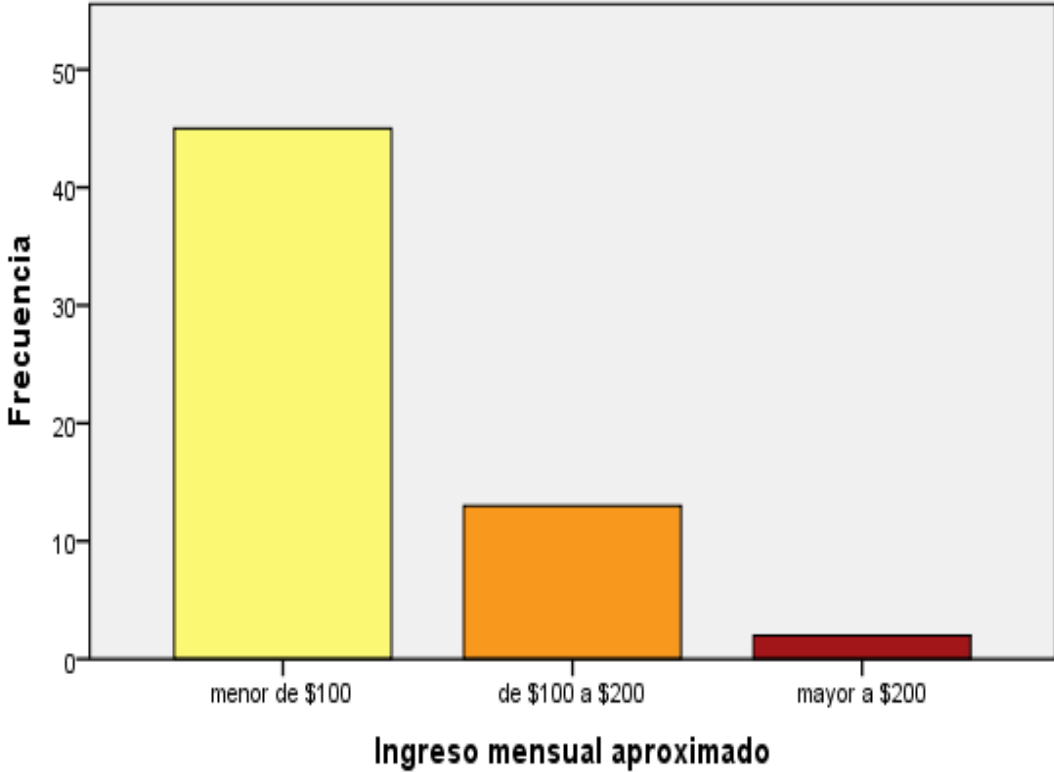
ANÁLISIS:

El 75% de las adolescentes embarazadas percibe un ingreso mensual menor de 100 dólares; el 21.7% recibe entre 100 a 200 dólares, y sólo el 3.3% percibe más de 200 dólares al mes.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de adolescentes en el estudio cuenta con escasos ingresos económicos, los cuales no son suficientes para cubrir las necesidades básicas de ella y su futuro hijo.

GRAFICO 27: Ingreso mensual aproximado.



Fuente: Tabla 27

TABLA 28: Material del que está hecha la vivienda.

Material del que está hecha la vivienda	La vivienda en que reside es							
	Propia		Alquilada		Prestada		Total	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Adobe	10	22,7	2	40,0	4	36,4	16	26,7
Bloques	32	72,7	3	60,0	5	45,5	40	66,7
Bahareque	1	2,3	0	,0	2	18,2	3	5,0
Otros	1	2,3	0	,0	0	,0	1	1,7
Total	44	100,0	5	100,0	11	100,0	60	100,0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

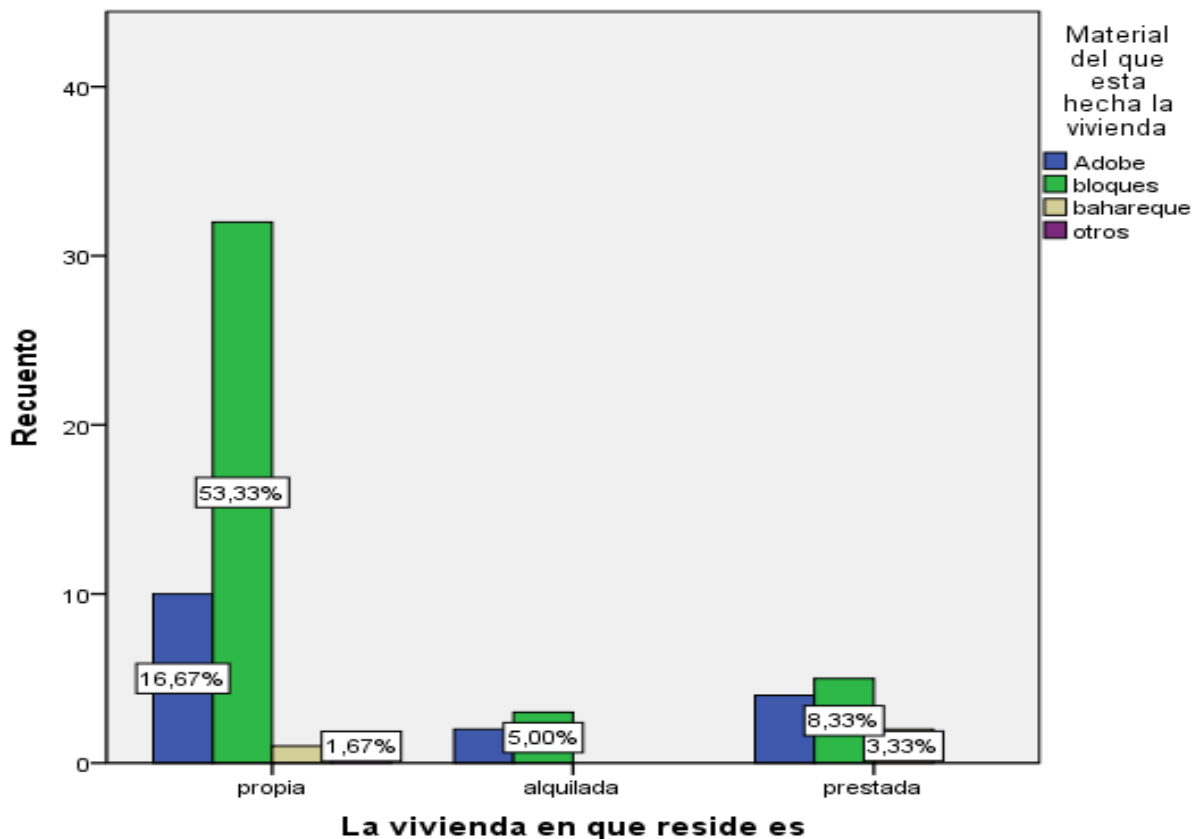
ANÁLISIS:

El 26,7% de las adolescentes viven en casa de adobe; el 66.7% es hecha de bloques, el 5.0% esta hecha de bahareque y el 1.7% restante está construida de otros materiales. El 73.3% de las adolescentes vive en casa de su propiedad; el 8.3% viven en casa alquilada y el 18.3% restante viven en una casa en calidad de prestada.

INTERPRETACIÓN:

Las condiciones de vida, respecto a la vivienda y como indicador socioeconómico de la mayoría de las adolescentes, muestra que es una vivienda adecuada y para la mayoría es de su propiedad o de sus familia; solo un pequeño porcentaje viven en condiciones precarias por estar constituida de bahareque o materiales que ofrecen menos protección o por vivir en condición de vivienda prestada o alquilada, lo cual puede acarrear mayores gastos y disminuir las posibilidades.

GRAFICO 28: Material del que está hecha la vivienda.



Fuente: Tabla 28

TABLA 29: ¿Cuántas personas viven en la casa?

¿Cuántas personas viven en la casa?	¿Cuántos cuartos tiene la vivienda?					
	1	2	3	4	5	Total
	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
2	0	2	1	1	0	4
3	0	1	2	0	0	3
4	1	6	1	1	0	9
5	3	4	2	0	0	9
6	5	7	3	0	0	15
7	0	4	5	0	0	9
8	1	4	0	0	0	5
9	0	2	1	0	0	3
10	0	0	1	0	0	1
11	0	0	1	0	0	1
15	0	0	0	0	1	1
Total	10	30	17	2	1	60

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

ANÁLISIS:

Además de la adolescente del estudio, la mayoría convive con entre 4, 5, 6 y hasta 7 miembros mas en la misma vivienda, constituida en su mayoría de 2 a 3 cuartos.

INTERPRETACIÓN:

Las adolescentes en su mayoría viven en condiciones de hacinamiento constituyendo esta condición en un factor adverso en la calidad de vida de ellas y su familia.

TABLA 30: Servicios básicos.

Servicios básicos	Si		No		Total	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
¿Posee energía eléctrica?	52	86,7%	8	13,3%	60	100
¿Posee agua intradomiciliar?	37	61,7%	23	38,3%	60	100
¿Posee letrina?	48	80%	12	20%	60	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

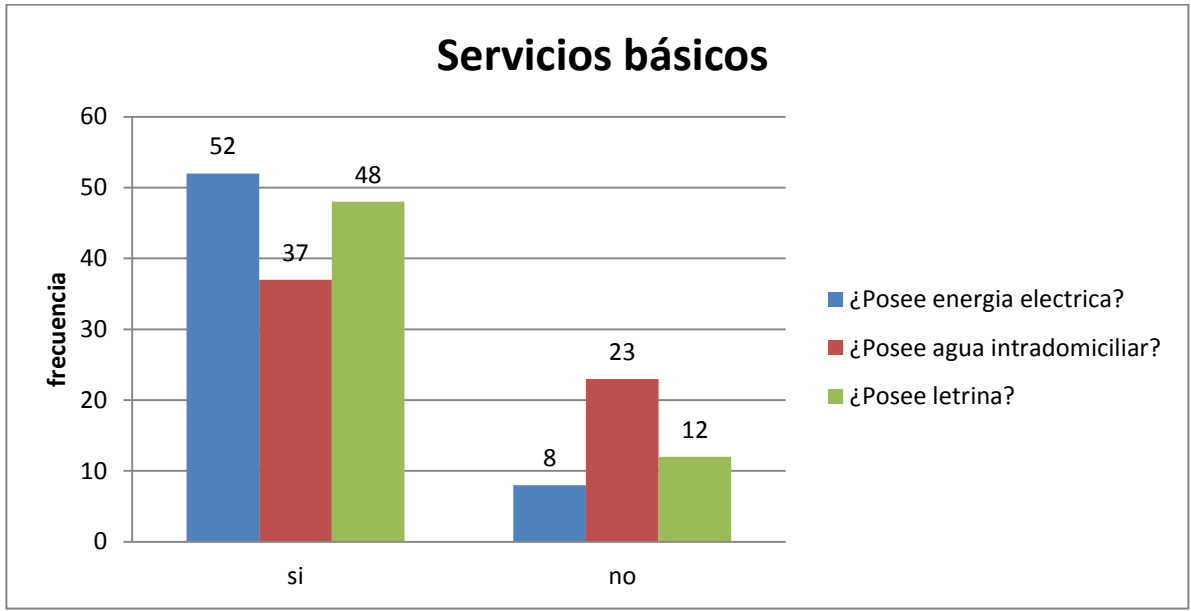
ANÁLISIS:

Del acceso a los servicios básicos, el 86.7% cuenta con energía eléctrica en sus viviendas; el 61.7% con servicio de agua intradomiciliar y el 80% tiene letrinas.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de las adolescentes en el estudio cuenta con los servicios básicos en su vivienda, los cuales son indicadores de las condiciones de vida saludable de las entrevistadas.

GRÁFICO 29: Servicios básicos.



Fuente: Tabla 30

TABLA 31: Religión.

¿Que religión profesa?	Frecuencia	%
Católica	41	68.3
Evangélica	16	26.7
Otra	0	0.0
Ninguna	3	5.0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

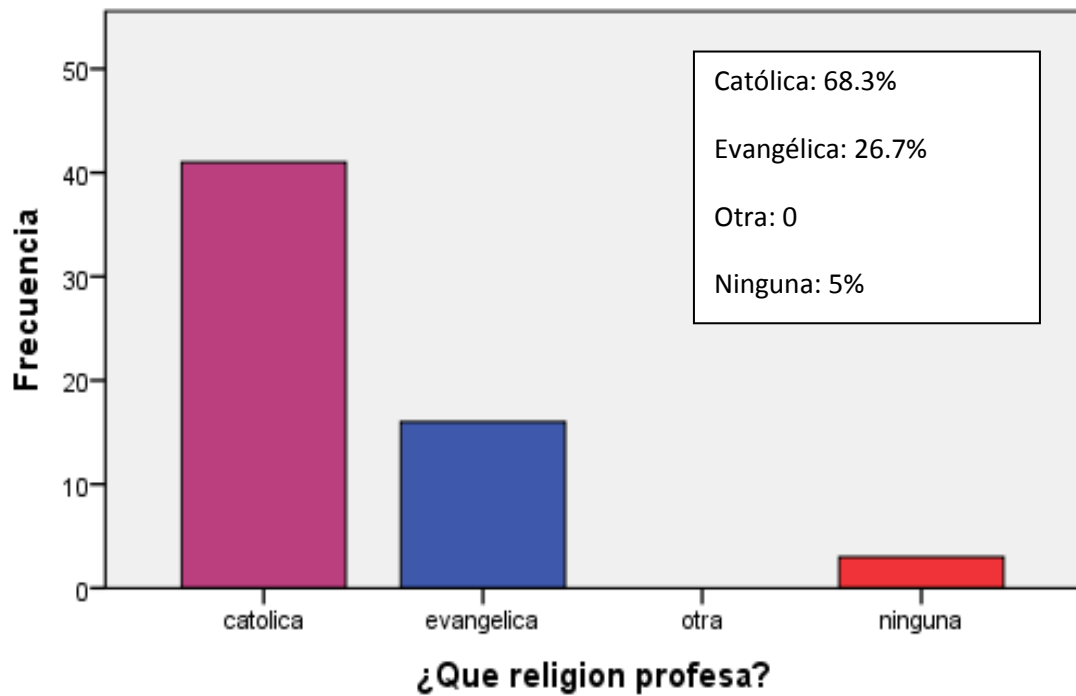
ANÁLISIS

El 95% de las adolescentes participantes profesan una religión. La mayoría de ellas refieren ser católicas 68.3%; el 26% evangélica y un 5% que refiere no profesar ninguna religión.

INTERPRETACIÓN:

A pesar de que la mayoría de adolescentes profesa una religión, ésta no influye como factor cultural en prevenir embarazos en adolescentes. Ya que también hay influencias mas fuertes para los jóvenes como lo son los medios de comunicación, fuertes en estímulos sexuales que incitan a ésta práctica.

GRAFICO 30: Religión.



Fuente: Tabla 31

TABLA 32: Planes de salir embarazada.

¿Planeaba embarazarse?	Frecuencia	%
Si	20	33.3
No	40	66.7
Total	60	100.0

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

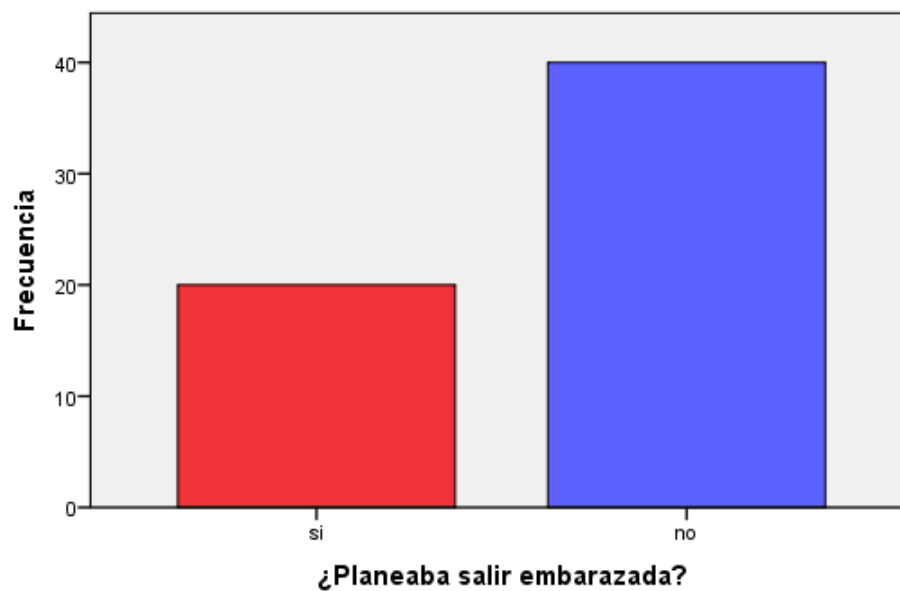
ANÁLISIS:

El 66.7% de las embarazadas no tenía entre sus planes inmediatos salir embarazada; sin embargo, el 33.3% de la población lo estaba planeando.

INTERPRETACION:

Es decir, que sólo un tercio de la población por alguna razón sí estaba planeando quedar embarazada; contra los dos tercios restantes que no estaba en sus planes un embarazo, ya que sus prioridades a esta edad seguramente eran otras pero no tenía plena conciencia de las consecuencias que puede traer una práctica sexual irresponsable o sin las medidas de protección necesarias par evitar un embarazo, ni sus repercusiones de ser adolescente embarazada.

GRAFICO 31: Planes de salir embarazada.



Fuente: Tabla 32

TABLA 33: ¿Qué planes tenía antes de salir embarazada?

¿Cuáles eran sus planes de vida antes de embarazarse?	¿Cuáles son sus planes ahora?			
	Seguir estudiando	Trabajar/ aprender oficio	Cuidar al hijo/familia	Total
	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
Terminar educación básica	5	6	9	20
Estudiar educación media	2	1	5	8
Estudiar carrera técnico/universitaria	1	3	6	10
Trabajar	0	2	4	6
Emigrar	0	2	0	2
Embarazarse ó formar una familia	1	0	8	9
Ayudar a sus padres	0	2	1	3
No tenía planes	0	0	2	2
Total	9	16	35	60

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

ANÁLISIS:

De las 20 adolescentes que planeaban al menos terminar su educación básica, sólo 5 hoy planean seguir estudiando; 6 tendrán que trabajar o aprender un oficio y el resto (9) se dedicarán exclusivamente a cuidar de su hijo o familia. Asimismo habían 8 que querían terminar sus estudios hasta el nivel de bachillerato, de las cuales solo 2 piensan seguir estudiando. Las que planeaban alcanzar una carrera técnica o universitaria que

eran 10, ahora sólo 1 de ellas planea seguir estudiando en algún momento después de su embarazo; 3 que se dedicarán a trabajar y 6 que únicamente cuidaran de su hijo o familia. Hay un grupo de 6 adolescentes que su único plan era trabajar, por lo tanto 2 seguirán estudiando y el resto (4) cuidarán a su hijo o familia. Emigrar, presumiblemente a los Estados Unidos era el plan de 2 adolescentes, las cuales se dedicarán a trabajar en el país. Llama la atención las 9 adolescentes que tenían planes de embarazarse; solo 3 que mencionan querer ayudar a sus padres y 2 adolescentes las cuales no tenían ningún plan y ahora solo piensan en cuidar de su hijo.

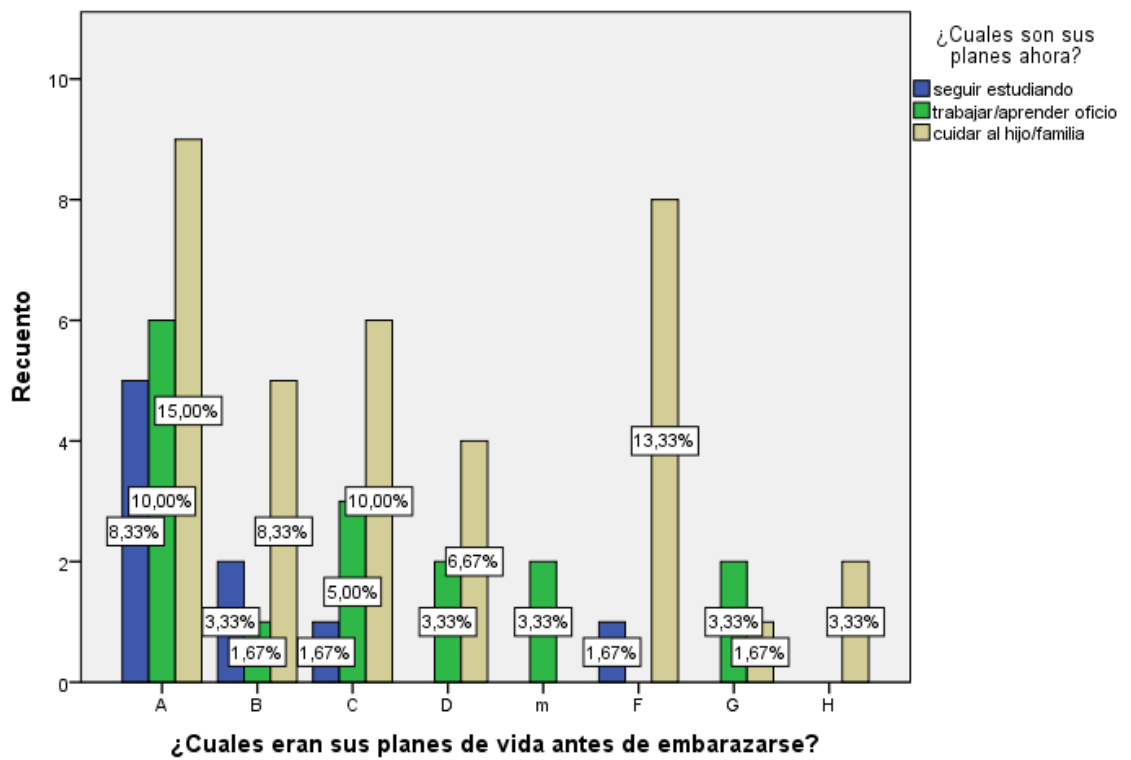
INTERPRETACIÓN:

La prioridad para la mayoría de las adolescentes del estudio es evidentemente continuar sus estudios, tanto hasta el bachillerato por lo menos como un buen grupo que apunta a estudios superiores, lo que refleja que están conscientes que el estudio lleva a una superación personal y familiar. Posiblemente sea de nuevo el factor económico el que lleve a otro grupo de adolescentes a pensar únicamente en trabajar e incluso emigrar al extranjero para trabajar y ayudar a sus familiares con el envío de remesas, igualmente aquéllas que sólo quieren ayudar a sus padres seguramente con la economía del hogar.

Es notable el fenómeno de las que tenían el plan de embarazarse, deseaban salir embarazadas, ¿por qué a tan temprana edad? Es posible que ni ellas lo sepan, ya que han manifestado en otras preguntas que a ésta edad no se esta preparado en ningún aspecto. Y las que no tenían ningún plan específico; seguramente no gozan del apoyo de sus

padres o pareja o carecen de afecto y motivación personal y solo piensan en trabajar porque sí y cuidar de su hijo.

GRÁFICO 32: ¿Qué planes tenían antes de salir embarazada?



- A. Terminar educación básica
- B. Estudiar/terminar educación media
- C. Estudiar/terminar carrera universitaria o técnico
- D. Trabajar
- E. Emigrar
- F. Embarazarse/ formar una familia
- G. Ayudar a sus padres
- H. No tenía planes.

Fuente: Tabla 33

TABLA 34: ¿Ha recibido información sobre salud sexual y reproductiva?

¿Ha recibido información sobre salud sexual y reproductiva?	Unidad de Salud			
	PERQUIN	SAN ISIDRO	SAN LUIS, M.	Total
	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
Si	18	15	23	56
No	2	0	2	4

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

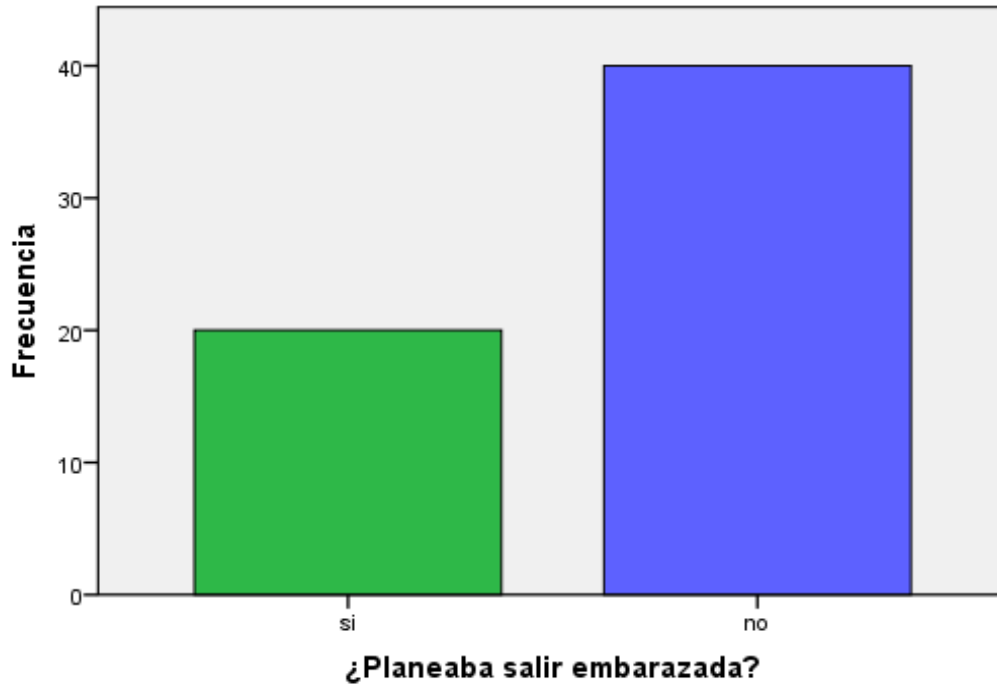
ANÁLISIS:

El 93.3% de la población del estudio, manifiesta haber recibido alguna información acerca de temas relacionados con salud sexual y reproductiva y solo el 6.7% de las adolescentes no obtuvieron ninguna información relacionada.

INTERPRETACIÓN:

La cobertura de los programas de salud sexual y reproductiva, incluyendo la prevención de embarazo en la adolescencia llega o comprende a casi toda la población, incluyendo los y las adolescentes.

GRÁFICO 33: ¿Ha recibido información sobre salud sexual y reproductiva?



Fuente: Tabla 34

TABLA 35: ¿De qué temas le hablaron?

¿De qué le hablaron?	Unidad de Salud			
	PERQUIN	SAN ISIDRO	SAN LUIS, M.	Total
	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
Relaciones sexuales	7	9	9	25
Planificación familiar	13	8	19	40
ITS	11	8	13	32
Total	18	14	24	56

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

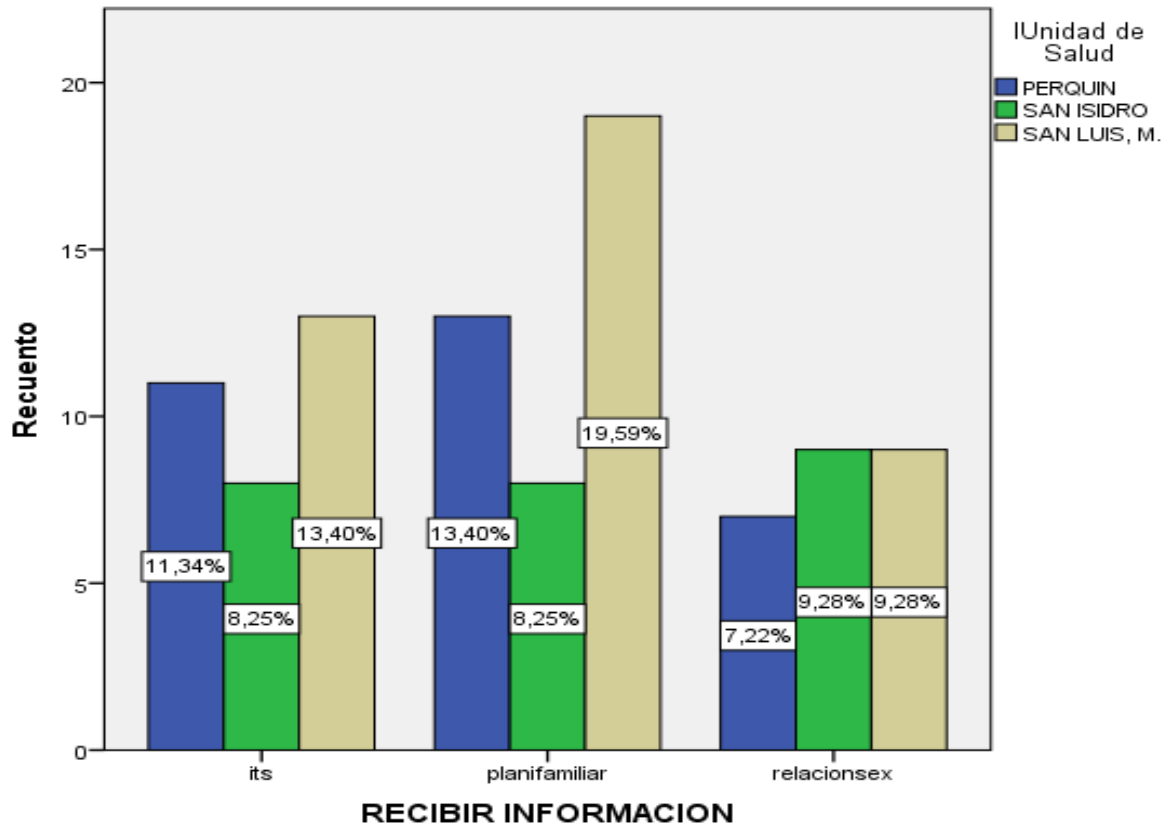
ANÁLISIS:

De los principales temas acerca de salud sexual y reproductiva que las adolescentes recuerdan haber recibido información son: infecciones de transmisión sexual y de prevención, métodos de planificación familiar y práctica responsable de las relaciones sexuales.

INTERPRETACIÓN:

La información obtenida acerca de temas de salud sexual y reproductiva por parte de las adolescentes está claramente orientada a prevenir el embarazo en la adolescencia y otras complicaciones como las infecciones de transmisión sexual. Por lo cual no se puede deducir que las adolescentes salieron embarazadas por no estar suficientemente embarazadas. A pesar de esto, desestimaron la información y salieron embarazadas, lo cual refuerza la teoría de la conducta sexual irresponsable en la adolescencia.

GRÁFICO 34: ¿De qué le hablaron?



Fuente: Tabla 35

TABLA 36: ¿Quién le brindo la información?

¿Quién le brindo la información?	Unidad de Salud			
	PERQUIN	SAN ISIDRO	SAN LUIS, M.	Total
	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
Padre	1	0	0	1
Madre	2	1	2	5
Personal de unidad de salud	13	12	20	45
Profesor	2	2	2	6
Nadie	1	0	1	2
Total	19	15	25	59

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

ANÁLISIS:

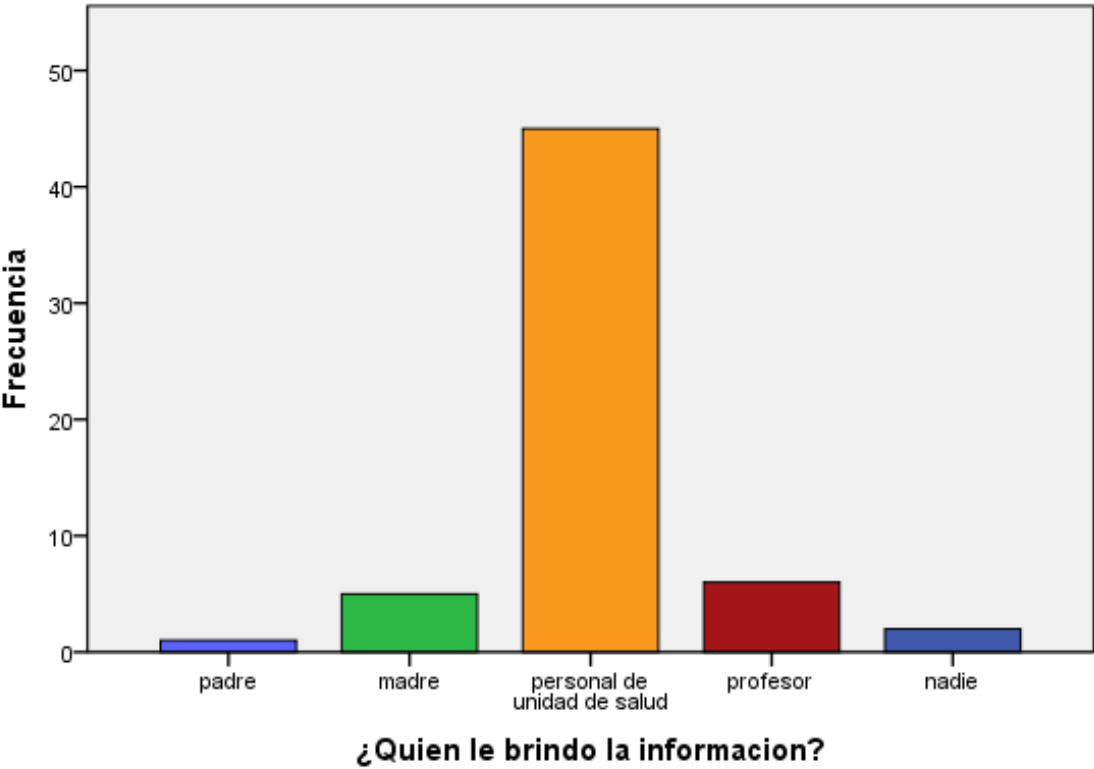
De las personas o figuras principales encargadas de darles información acerca de temas de salud sexual y reproductiva es el personal de unidades de salud los que mas sobresalen con un 76.3%; seguido del profesor con un 10.2%; la madre con un 8.5%. Destaca la figura del padre con un 1.7% de participación. Y solo el 3.4% al que ninguno de estos ha sido el que le ha hablado.

INTERPRETACIÓN:

Es importante que otras entidades se involucren mas en la educación sexual de los adolescentes ya que es el personal de unidades de salud quien tiene la participación mas

activa con una clara ventaja sobre otras figuras también muy importante como lo son los profesores y en el hogar.

GRÁFICO 35: ¿Quién le brindó la información?



Fuente: Tabla 36

TABLA 37: Métodos de planificación familiar conocidos por la adolescente.

¿Qué método de PF conoce?	Total	
Inyectables	41	73,2%
Píldora	18	32,1%
Preservativos/condones	37	66,1%
¿Conoce otro método de planificación	2	3,6%
Total	56	100,0%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

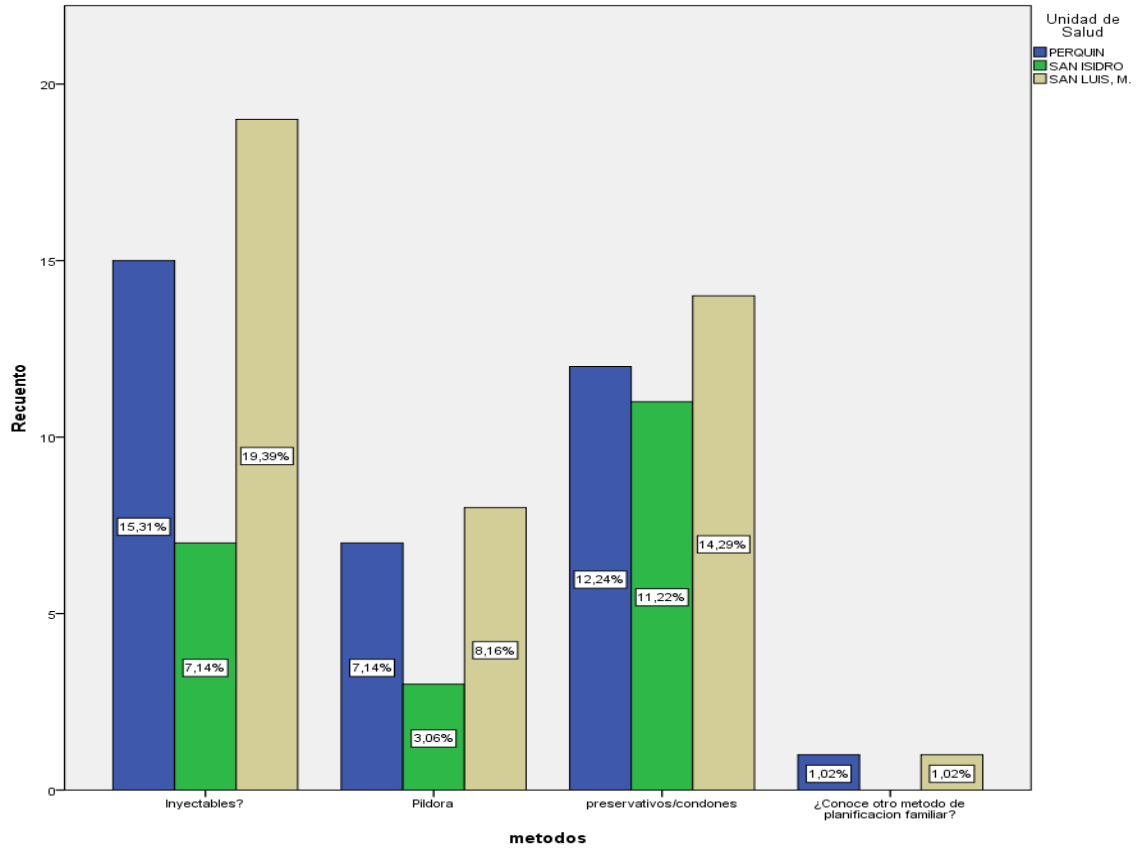
ANÁLISIS:

El 73.2% de las adolescentes en el estudio conocen o han escuchado acerca de las inyecciones como método de planificación familiar; el 32.1% sabe de las píldoras para no salir embarazadas y el 66.1% conoce cómo funciona el condón como método de planificación familiar. Pero solo el 3.6% sabe como funciona otro(s) métodos de planificación familiar, entre ellos el de ritmo o los implantes dérmicos.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de las adolescentes conoce o ha usado alguna vez algún método de planificación familiar, siendo los mas comunes entre ellas los inyectables o el uso del condón por parte del varón. Sin embargo, no siempre los usan o ignoran ciertos aspectos relacionados a estos.

GRÁFICA 36: Métodos de planificación familiar conocidos por la adolescente.



Fuente: Tabla 37

TABLA 38: ¿Ha usado algún método de planificación familiar?

¿Ha usado algún método de planificación familiar?		Frecuencia	Porcentaje
¿Cuál fue el método de PF que uso?	Ritmo	1	4,0%
	Inyectable	13	52,0%
	Píldora	0	,0%
	Preservativo	10	40,0%
	Otro	1	4,0%
¿Si la respuesta es No, por que no uso?	No me gusta/no quería	7	20,0%
	Planeaba embarazarse	7	20,0%
	Creí que no era fértil	4	11,4%
	Efectos adversos	3	8,6%
	Nunca me he embarazado	2	5,7%
	No tenia relaciones sexuales frecuentemente	3	8,6%
	Temor/vergüenza	6	17,1%
	No conseguí	3	8,6%
	Total	35	100,0%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

ANÁLISIS:

El 52% de las adolescentes embarazadas ha usado o usó alguna vez las inyecciones como método para prevenir el embarazo; seguido del preservativo o condón masculino

en un 40% y sólo el 4% ha usado el método de ritmo o coito interrumpido para prevenir el embarazo u otro no especificado.

De las que no usaron ningún método las principales razones fueron porque no le gustaba/no quería alguno de los dos y porque ésta planeaba embarazarse en un 20% respectivamente; otro 11.4% porque creyeron que no era fértil al momento del acto sexual desprotegido, un 8.6% porque le temen a los efectos adversos; un 5.7% porque anteriormente confiaba en que no salía embarazada; el 8.6% porque no mantenía una actividad sexual regular o frecuente y porque no tuvieron acceso a ningún método en el momento del acto sexual; y el 17.1% porque sentían temor o vergüenza al querer comprar o acceder a uno de éstos.

INTERPRETACIÓN:

Es notable el conocimiento que tienen tanto las adolescentes embarazadas como su pareja acerca del uso, modo de acción y efectos adversos que tienen los principales métodos de planificación familiar y claramente se evidencia que el acceso a alguno de estos es fácil ya sea mas comúnmente en unidades de salud y farmacias. Así como los/las que no usaron ningún método con el fin de quedar embarazada. Otro factor cultural preponderante es el no gustar o no querer usar un método y el temor o vergüenza, ya que debe ser poco a poco erradicado del pensamiento de los adolescentes a fin de evitar más embarazos no deseados en adolescentes.

TABLA 39: ¿Por qué cree que dañan los métodos de planificación familiar?

¿Porque cree que dañan los métodos de planificación familiar?	Unidad de Salud							
	PERQUIN		SAN ISIDRO		SAN LUIS, M.		Total	
Dañan la sangre	4	13,3%	0	,0%	0	,0%	4	13,3%
Dañan la salud	2	6,7%	7	23,3%	3	10,0%	12	40,0%
Producen cáncer	1	3,3%	0	,0%	0	,0%	1	3,3%
Engordan	2	6,7%	0	,0%	0	,0%	2	6,7%
Producen várices	1	3,3%	0	,0%	1	3,3%	2	6,7%
Causan enfermedades en los hijos	0	,0%	1	3,3%	0	,0%	1	3,3%
Causan infertilidad	0	,0%	0	,0%	6	20,0%	6	20,0%
Tienen químicos/compuestos desconocidos	1	3,3%	1	3,3%	0	,0%	2	6,7%
TOTAL	11	36,7%	9	30,0%	10	33,3%	30	100,0%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

ANÁLISIS:

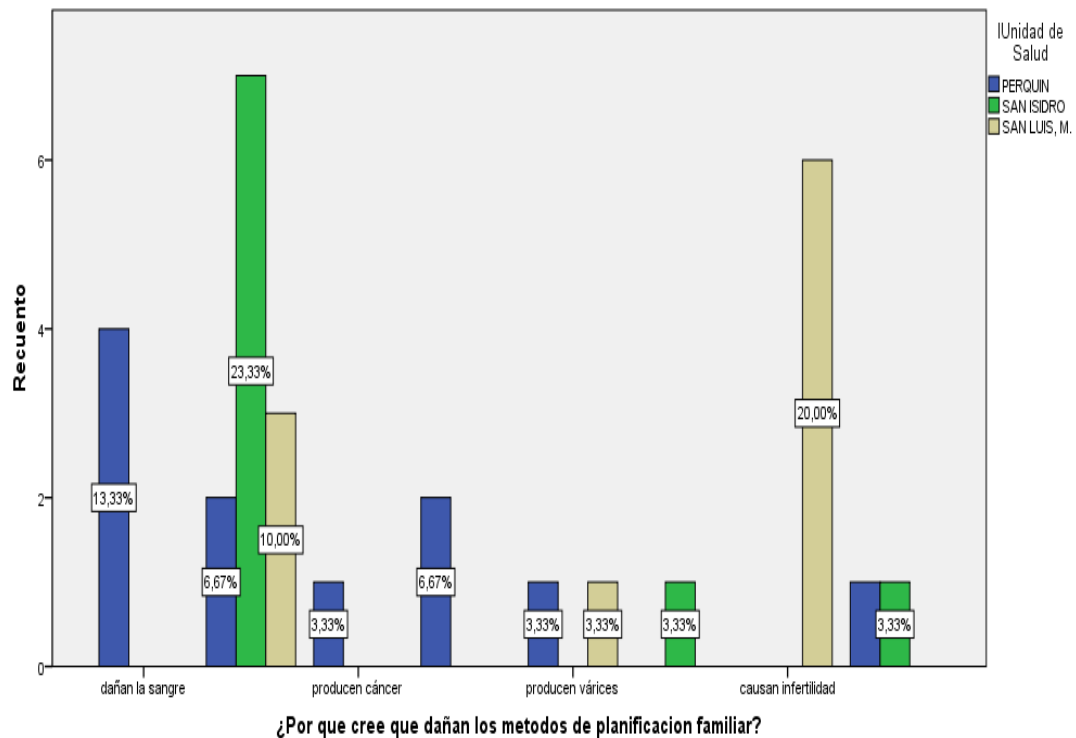
El mayor porcentaje de adolescentes embarazadas cree que el principal daño que causan los métodos de planificación familiar es que dañan la salud en general con un 40%; seguido de un 20% que creen que causan infertilidad a la larga con tanto uso; el 13.3% cree que dañan la sangre; otros efectos importantes para las adolescentes es que

engordan y producen várices con un 6.7% para ambos; luego, un 3.3% cree que causan enfermedades en los hijos y que producen cáncer respectivamente.

INTERPRETACIÓN:

En general, las adolescentes tienen una idea de algunos de los principales efectos adversos que los métodos de planificación familiar puedan causar, pero también están fuertemente influenciadas por mitos o falsas creencias acerca de éstos. Y se muestran preocupadas de que en algún momento tienen que decidir entre si usarlos y soportar los efectos que estos causen o salir embarazadas nuevamente.

GRAFICO 37: ¿Por qué cree que dañan los métodos de planificación familiar?



Fuente: Tabla 39

TABLA 40: ¿Por qué su pareja no usó anticonceptivos?

¿Por qué no uso su pareja anticonceptivos?	¿Su pareja uso algún método de planificación familiar?					
	Si		No		Total	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
No le gusta/no quería	0	.0	18	50.0	18	50.0
Planeábamos un embarazo	0	.0	6	16.7	6	16.7
No tenía/no andaba	0	.0	7	19.4	7	19.4
No se siente igual	0	.0	2	5.6	2	5.6
Temor a efectos adversos	0	.0	2	5.6	2	5.6
No sé	0	.0	1	2.8	1	2.8

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

ANÁLISIS:

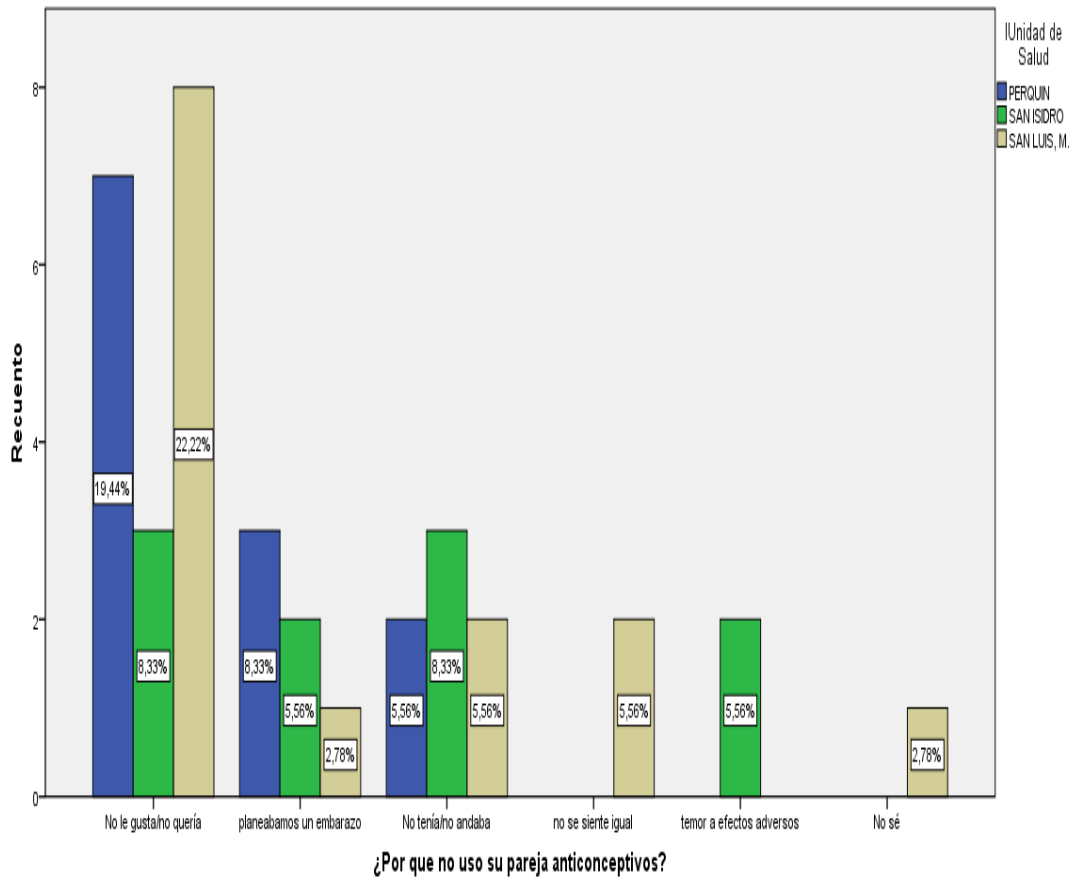
El 50% de las parejas de las adolescentes no uso ningún método de planificación familiar y la razón principal fue que no le gustaba/no quería; el 19.4% porque no tenía o no andaba; el 16.7% porque planeaban el embarazo; y el 5.6% porque creen que no se siente igual o temen algún efecto adverso y el 2.8% manifestaron simplemente no saber por qué.

INTERPRETACIÓN:

Es evidente que factores como el machismo en las parejas de las adolescentes están presentes a la hora de proteger a ésta de un embarazo, ya que dan como principal razón

el hecho que no les gusta usar condón u otro método o porque creen que no se siente igual. Sin embargo, sí tienen información y acceso a estos para prevenir embarazos.

GRÁFICO 38: ¿Por qué su pareja no usó anticonceptivos?



Fuente: Tabla 40

TABLA 41: Edad de la pareja de la adolescente.

Edad de su pareja	Unidad de Salud							
	PERQUIN		SAN ISIDRO		SAN LUIS, M.		Total	
Menor de 20	7	11,7%	4	6,7%	8	13,3%	19	31,7%
21 a 25	8	13,3%	6	10,0%	13	21,7%	27	45,0%
26 a 30	4	6,7%	3	5,0%	4	6,7%	11	18,3%
Mayor 31	1	1,7%	2	3,3%	0	,0%	3	5,0%
Total	20	33,3%	15	25,0%	25	41,7%	60	100,0%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

ANÁLISIS

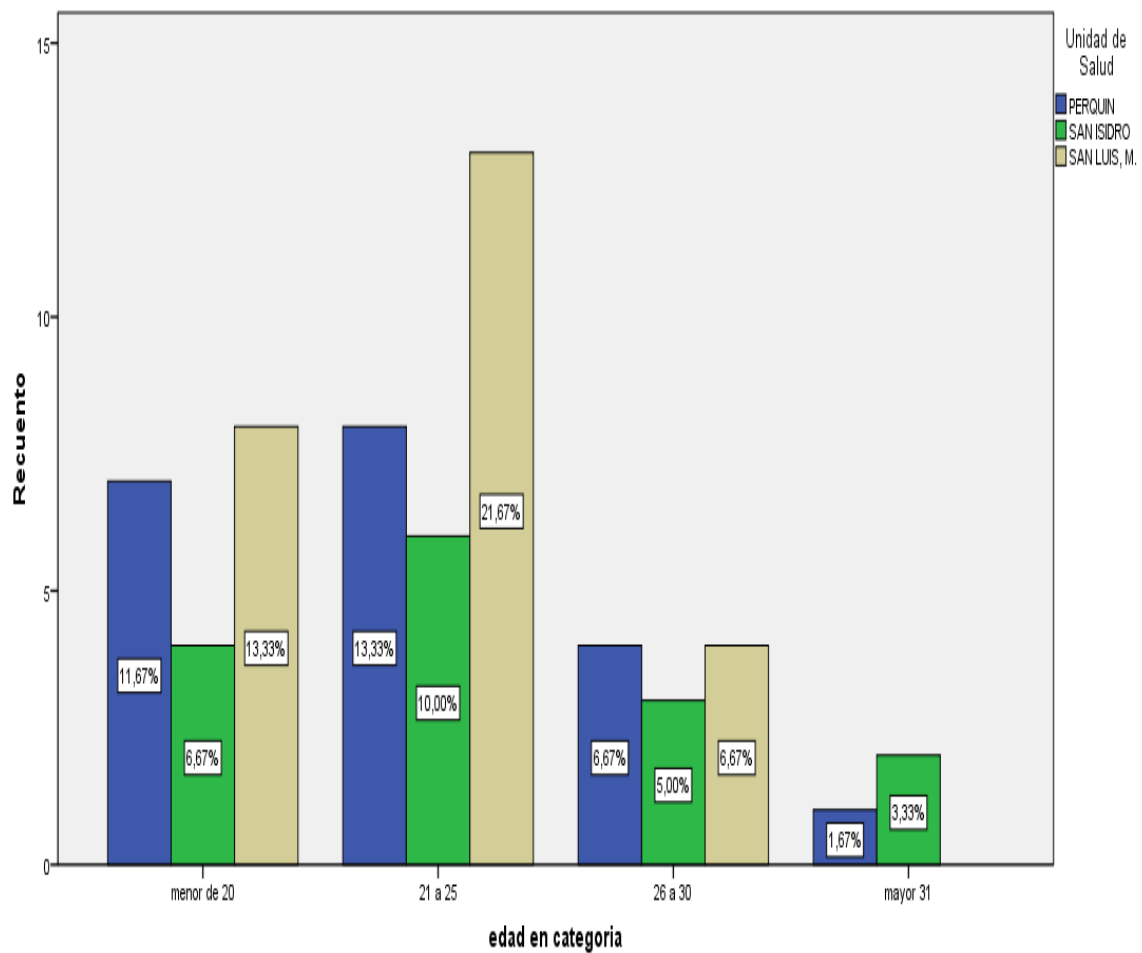
El 31.7 % son menores de 20 años, y el 45.0% tiene entre 21 a 25. el 18.3% entre 26 a 30 y el 5.0% son mayores de 31 años

INTERPRETACIÓN

El hecho que el 31.7% de las parejas de las adolescentes en el estudio también sean adolescentes constituye un factor que contribuye al fenómeno de embarazo en adolescentes, ya que no tienen la madurez suficiente para afrontar tanto la práctica de relaciones sexuales como el compromiso que conlleva un hijo a esta edad. También, el otro porcentaje mayor (45%) con hombres en edades entre 21 a 25 años de edad no constituye una garantía de que ofrezcan o puedan ofrecer las condiciones adecuadas para iniciar una familia, ya que éstos también tienen aspiraciones o planes para la vida y

oportunidades muy similares a las mujeres. En cambio, los adultos que son pareja sí saben a lo que se están enfrentando, pero el porcentaje es significativamente menor.

GRAFICO 39: Edad de la pareja de la adolescente.



Fuente: Tabla 41

TABLA 42: Ocupación del padre de su hijo.

Ocupación del padre de su hijo	Unidad de Salud							
	PERQUIN		SAN ISIDRO		SAN LUIS, M.		Total	
Agricultor/jornalero	9	15%	7	11,7%	6	10%	22	36,7%
motorista/cobrador de buses	3	5%	1	1,7%	2	3,3%	6	10%
Policía/vigilante	1	1,7%	3	5%	1	1,7%	5	8,3%
Médico	1	1,7%	0	,0%	0	,0%	1	1,7%
Ingeniero	1	1,7%	1	1,7%	1	1,7%	3	5%
Albañil	1	1,7%	0	,0%	4	6,7%	5	8,3%
Comerciante	1	1,7%	0	,0%	0	,0%	1	1,7%
Estudiante	0	,0%	2	3,3%	6	10%	8	13,3%
Mecánico	2	3,3%	0	,0%	2	3,3%	4	6,7%
Promotor de salud	1	1,7%	0	,0%	0	,0%	1	1,7%
Otros	0	,0%	0	,0%	2	3,3%	2	3,3%
No trabaja	0	,0%	0	,0%	1	1,7%	1	1,7%
No sabe	0	,0%	1	1,7%	0	,0%	1	1,7%
Total	20	33,3%	15	25%	25	41,7%	60	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

ANÁLISIS:

Las ocupaciones de los hombres que son pareja de las embarazadas, son predominantemente de oficios empíricos; es decir, la mayoría no son profesionales y la

mayoría se dedican a la agricultura o jornaleros; motorista de bus/cobrador, albañil; o al igual que ellas están estudiando.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de estos hombres tienen los mismos planes de vida o proyecciones a futuro con las adolescentes; muchos deciden acompañarse a temprana edad y su nivel educativo rara vez sobrepasa el bachillerato al igual que las mujeres. También el factor económico y geográfico influye, ya que la mayoría al terminar su bachillerato o educación básica no pueden desplazarse hasta una ciudad que tenga la opción de estudio que ellos desean ni sus padres tampoco pueden costearlos.

TABLA 43: ¿Sabe cuántas parejas sexuales ha tenido el padre de su hijo antes que usted?

¿Sabe cuántas parejas sexuales ha tenido el padre de su hijo antes que usted?	Unidad de Salud							
	PERQUIN		SAN ISIDRO		SAN LUIS, M.		Total	
Si	10	16,7%	11	18,3%	9	15%	30	50%
No	10	16,7%	4	6,7%	16	26,7%	30	50%
Total	20	33,3%	15	25%	25	41,7%	60	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

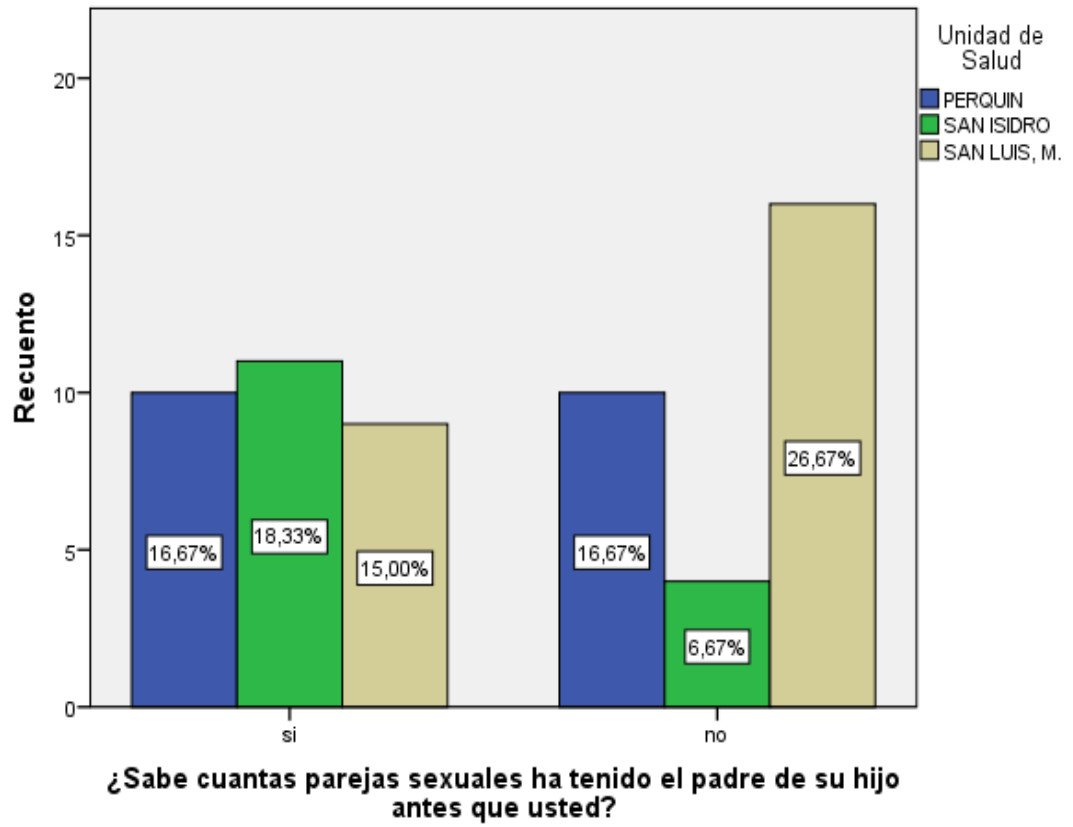
ANÁLISIS:

El 50% de las adolescentes sabe cuántas parejas sexuales ha tenido anteriormente el padre de su hijo y el otro 50% lo ignora o no tiene una idea.

INTERPRETACIÓN:

El conocer bien a la pareja y sus antecedentes de compañeras sexuales es un dato importante para la mitad de las adolescentes y debe de serlo cuando se está pensando en que ese hombre puede convertirse de un momento a otro en el padre de su hijo/a si llegara a salir embarazada. En cambio para la mitad restante puede ser también importante pero no saben ni indagan acerca de eso.

GRÁFICO 40: ¿Sabe cuántas parejas sexuales ha tenido el padre de su hijo antes que usted?



Fuente: Tabla 43

TABLA 44: ¿Cree que entre más hijos tenga un hombre es más hombre?

¿Cree que entre mas hijos tenga un hombre es mas hombre?	Frecuencia	%
Si	5	8.3
No	55	91.7
Total	60	100

Cree que entre más hijo tenga un hombre es mejor, por qué?	Unidad de Salud							
	PERQUIN		SAN ISIDRO		SAN LUIS, M.		Total	
Machismo	3	5%	2	3,3%	2	3,3%	7	11,7%
No los puede mantener económicamente	5	8,3%	2	3,3%	14	23,3%	21	35%
Es irresponsable	3	5%	1	1,7%	7	11,7%	11	18,3%
El número de hijos no determina su hombría	6	10%	8	13,3%	2	3,3%	16	26,7%
Es fuerte/es joven	3	5%	2	3,3%	0	0%	5	8,3%
TOTAL	20	33,3%	15	25%	25	41,7%	60	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

ANÁLISIS

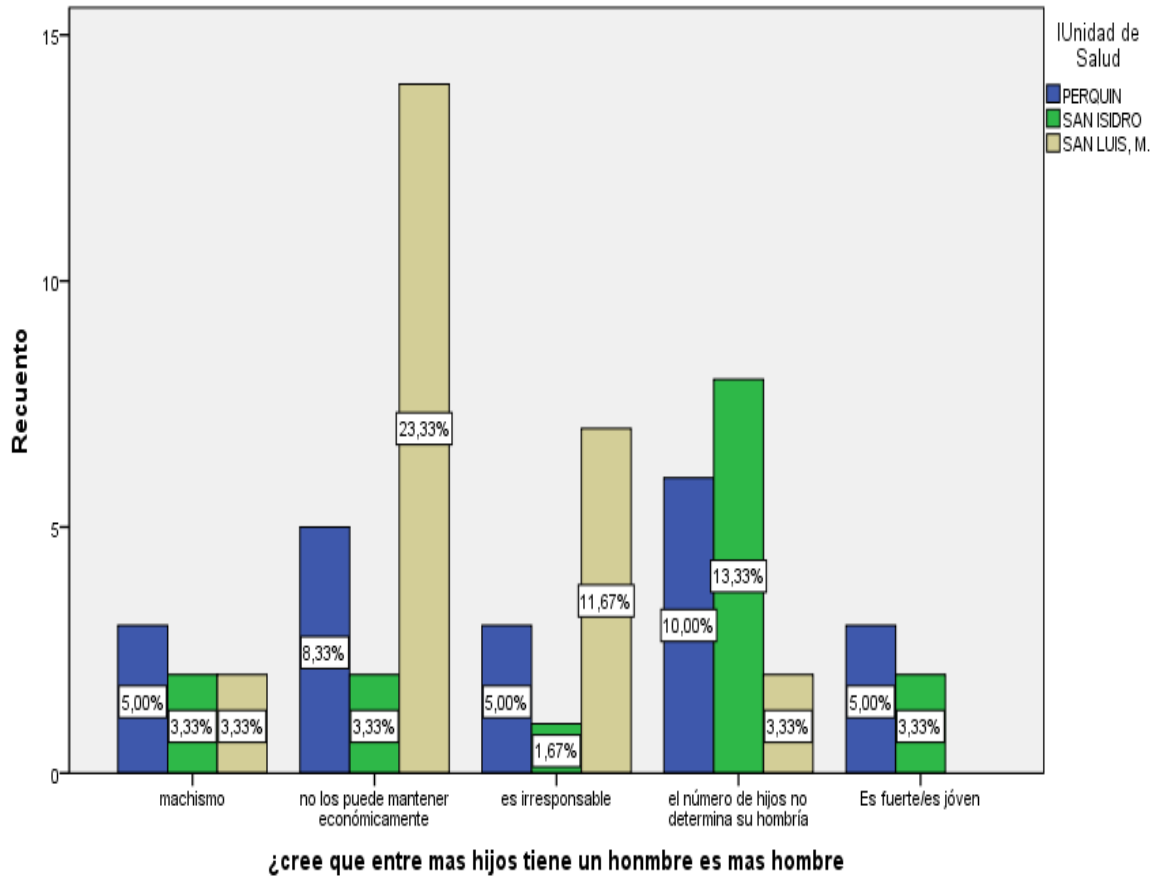
El 8.3% de las adolescentes embarazadas cree que un hombre sí es mas hombre entre mas hijos tenga; en cambio, el 91.7% no lo cree así. Y las principales razones enumeradas en la tabla de arriba incluyen al machismo (11.7%); el hecho de no

poderlos mantener 35%; como económicamente irresponsable un 18.3%; y que el número de hijos no determina su hombría en un 26.7%. un 8.3% dice que es porque son fuertes y jóvenes y sí lo hace mas hombre.

INTERPRETACIÓN

La mayoría de adolescentes no considera que la hombría este determinada en el numero de hijos que se procrean. Y diferencian como una actitud machista al hombre que asi lo considera. Otras coinciden al pensar que es una actitud económicamente irresponsable ya que no cuentan con los recursos para mantenerlos. Lo anterior viene a reflejar un consenso en el modo de pensar en que no hay relación entre el número de hijos engendrados por un hombre y la hombría de éste.

GRÁFICO 41: ¿Cree que cuánto más hijos tenga un hombre es más hombre?



Fuente: Tabla 44

TABLA 45: ¿Cree que tener hijos a temprana edad es mejor?

¿Cree que tener hijos a temprana edad es mejor, ¿Por qué No?	¿Cree que tener hijos a temprana edad es mejor?					
	Si		No		Total	
Es un riesgo	2	3,3%	23	38%	25	41,7%
Mucha responsabilidad	0	,0%	15	25%	15	25%
Se disfrutan más	5	8,3%	0	,0%	5	8,3%
Reducen la oportunidades de superación	0	0%	7	11,7%	7	11,7%
Es mejor estar joven	8	13,3%	0	,0%	8	13,3%
Total	15	25,0%	45	75%	60	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

ANÁLISIS:

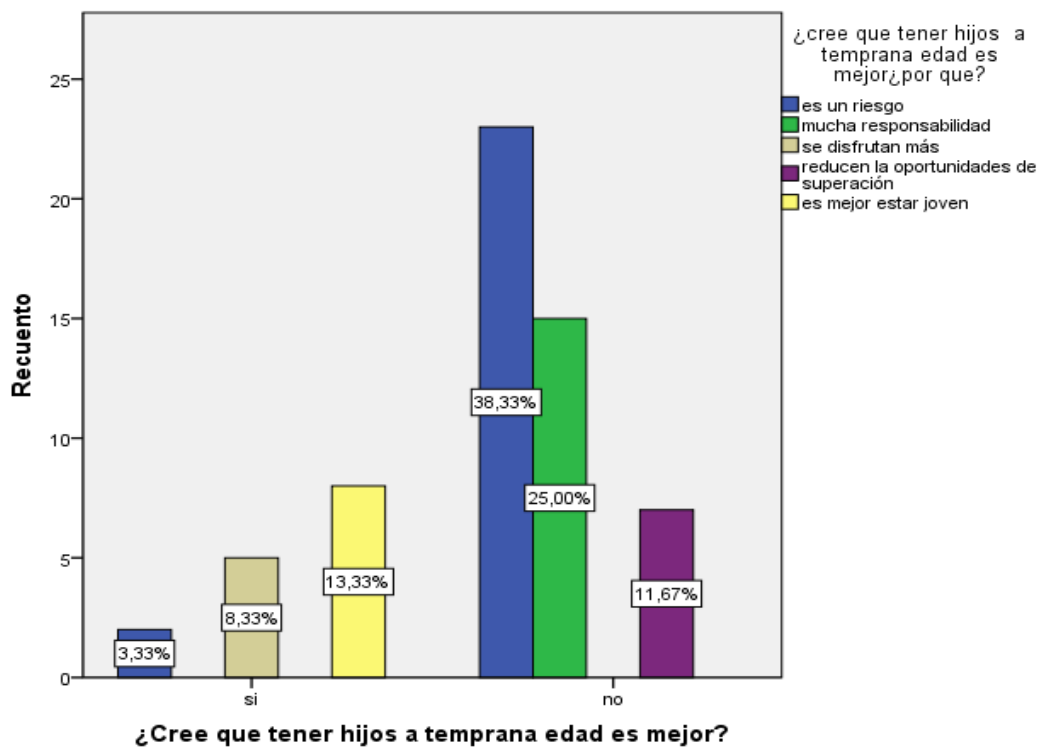
El 25% de las adolescentes cree que sí es mejor tener hijos a temprana edad. En cambio, el 75% restante no lo cree así. Las principales razones para las que piensan que no es bueno tener hijos a temprana edad es porque es un riesgo con un 38.3%; otro 25% dijo que porque representa mucha responsabilidad, porque se reducen las oportunidades de superación con un 11.7% . Sin embargo las que dijeron que si, manifiestan que es mejor porque se disfrutan mas con un 8.3% y porque es mejor estar joven 13.3%.

INTERPRETACIÓN:

Presumiblemente las que manifestaron que sí es mejor tener los hijos a temprana edad y sus razones son las mismas adolescentes que anteriormente manifestaron que planeaban embarazarse, que no usaron métodos anticonceptivos y que querían formar una familia; sin embargo, no quiere decir que estén preparadas o que estén en lo correcto.

En cambio, las que no piensan que es mejor tener los hijos a temprana edad y manifiestan las razones por las que ellas lo creen se evidencia que tienen un grado mayor de conciencia y responsabilidad respecto a iniciar la maternidad a una edad mayor.

GRÁFICO 42: ¿Cree que tener hijos a temprana edad es mejor?



Fuente: Tabla 45

TABLA 46: ¿Cree que una mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexual?, ¿Por qué cree que una mujer no puede quedar embarazada en su primera relación sexual?

¿Cree que una mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexual?	Frecuencia	%
Si	47	78.3
No	13	21.7
Total	60	100%

¿Por qué cree que no puede quedar embarazada en su primera relación sexual?	Frecuencia	%
Si se protege o no termina adentro	15	25.0
Es virgen	4	6.7
El cuerpo no está preparado	5	8.3
Ya es fértil o menstrúa	36	60.0
Total	60	100.00

Fuente: Cuestionario dirigido a las adolescentes

ANÁLISIS:

Un 78.3% de las adolescentes está consciente que se necesita tan sólo una relación sexual coital, independientemente sea la primera vez, para poder quedar embarazada; el 21.7% restante cree que no es así y en cambio, se necesita tener relaciones 2 o más veces; o que no puede ser a la primera vez.

Por otra parte, las adolescentes suponen que con usar el coito interrumpido (no terminar adentro) no pueden quedar embarazadas (25%); un 6.7% piensa que por ser virgen, al tener su primera relación sexual no se corre el riesgo de quedar embarazada; otras piensa que aunque tenga relaciones sexuales, el cuerpo no está apto para una fecundación y posteriormente un embarazo.

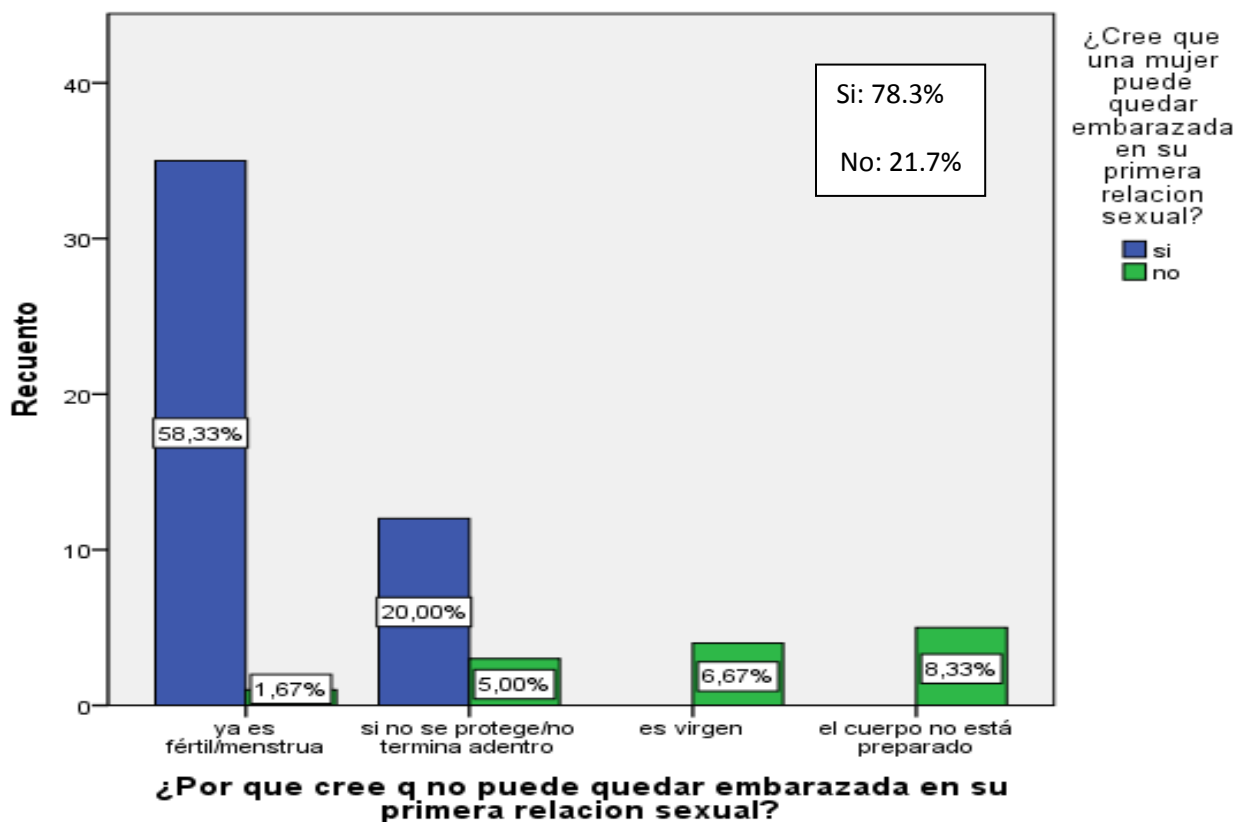
Sin embargo, la mayoría (60%) manifestó que si ya se es fértil o presenta sus menstruaciones puede prevenir un embarazo al sostener relaciones sexuales en determinado período, haciendo referencia al método del ritmo presumiblemente.

INTERPRETACIÓN:

Las adolescentes están conscientes que desde el momento en que se inicia la práctica de relaciones sexuales -sea esta su primera vez- se corre el riesgo salir embarazadas, independientemente sea una, dos o más las veces que se practiquen.

Hay un grupo mayoritario que respondió que si ya es fértil o menstrúa no puede quedar embarazada, lo cual puede entenderse que al sostener relaciones sexuales en determinado momento de su ciclo menstrual el riesgo de salir embarazada disminuye; lo que se traduce en el nivel de conocimiento que poseen en temas de salud sexual y reproductiva.

GRÁFICO 43: ¿Cree que una mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexual?



Fuente: Tabla 46

TABLA 47: ¿Cuántas relaciones cree que debe tener una mujer para poder quedar embarazada?

¿Cuántas relaciones cree que debe tener una mujer para poder quedar embarazada?	Unidad de Salud							
	PERQUIN		SAN ISIDRO		SAN LUIS, M.		Total	
Una	15	25,0%	12	20,0%	18	30,0%	45	75,0%
Mas de una	3	5,0%	3	5,0%	7	11,7%	13	21,7%
No sé	1	1,7%	0	,0%	0	,0%	1	1,7%
Total	20	33,3%	15	25,0%	25	41,7%	60	100,0%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

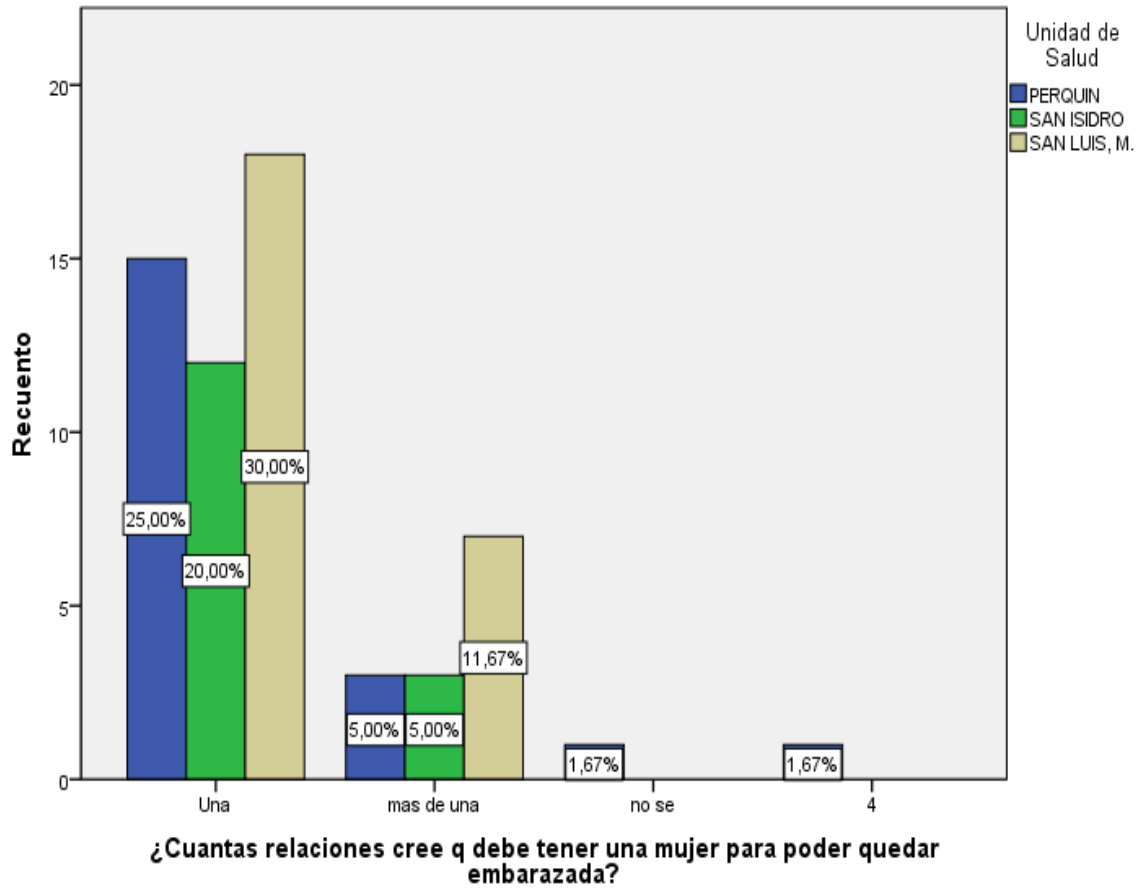
ANÁLISIS:

El 75% de las adolescentes cree que es necesario tan solo una relación sexual para poder quedar embarazada; el 2 1.7% cree que es a mas de una relación sexual que puede quedar embarazada una mujer y el 1.7% no sabe cuántas relaciones son necesarias para quedar embarazada.

INTERPRETACIÓN:

En la práctica sexual, la mayoría de las adolescentes sabe que sólo con una relación sexual puede quedar embarazada. El resto se interpreta como una educación sexual o conocimientos de sexualidad muy escasos a pesar de ya haber iniciado la práctica sexual.

GRÁFICO 44: ¿Cuántas relaciones cree q debe tener una mujer para poder quedar embarazada?



Fuente: Tabla 47

TABLA 48: ¿Cree que si una mujer no le tiene un hijo a un hombre no le demuestra su amor?

¿Por qué?	¿Cree que si una mujer no le tiene un hijo a un hombre no le demuestra su amor?					
	Si		No		Total	
Hay otra maneras	0	0%	49	81,7%	49	81,7%
Lo quieren mas	4	6,7%	0	,0%	4	6,7%
Unen a la pareja	3	5,0%	2	3,3%	5	8,3%
Se enojan	2	3,3%	0	,0%	2	3,3%
Total	9	15,0%	51	85,0%	60	100,0%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

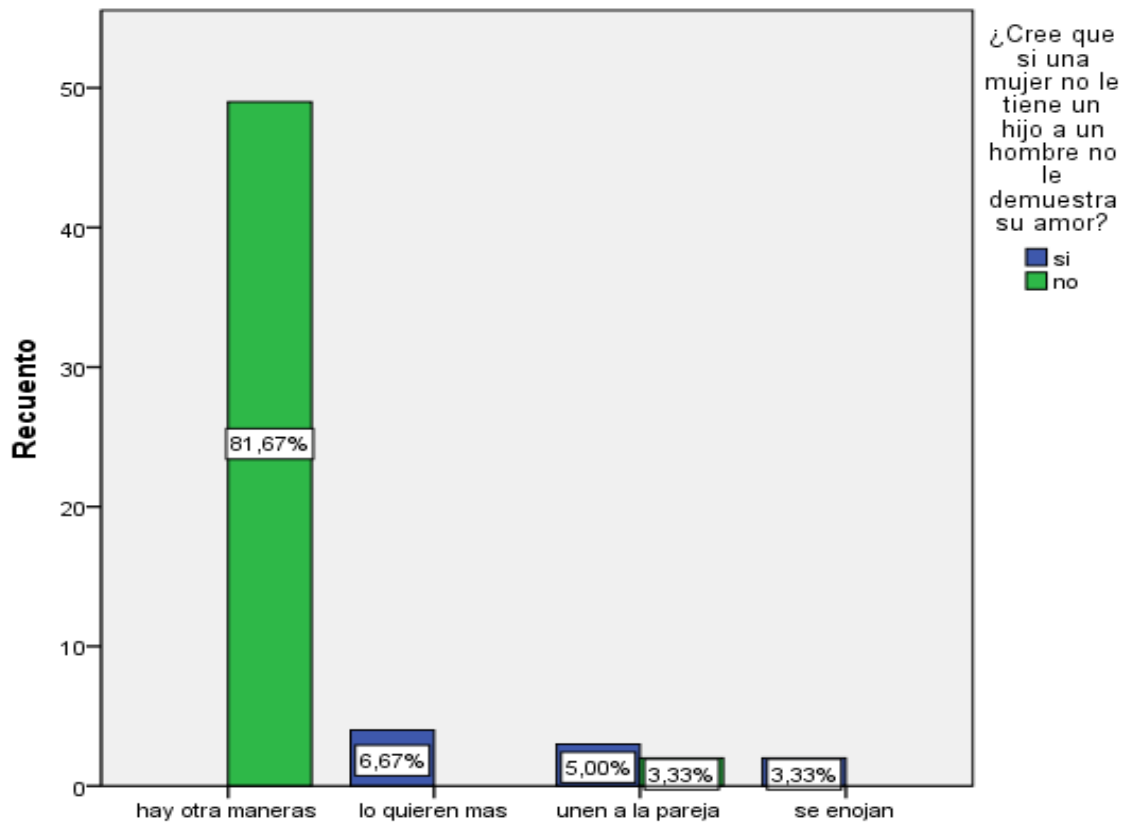
ANÁLISIS:

El 85% de las adolescentes embarazadas creen que no es necesario tenerle un hijo a un hombre para demostrarle su amor; de éstas, el 81.7% cree que es porque hay otras maneras de demostrarlo, y el 3.3% creen que eso une mas a la pareja al no tenerle un hijo, ya que puede representar un motivo de distanciamiento la atención que necesita un hijo. En cambio, el 15% restante cree que sí es necesario tenerle un hijo para demostrar amor a su pareja; ya que un hijo también puede unir mas a la pareja dijo un 5.0%, que hay que tenerle un hijo a un hombre porque o sino se enojan piensa un 3.3% y porque cree que así la quieren mas dijo un 6.7%

INTERPRETACIÓN:

Un hijo no es una manera para amarrar a un hombre ni para lograr mas amor de parte de este, ni para demostrarle que lo aman, es lo que piensan el 85%. Las que piensan que sí lo es, evidencian un cierto grado de sumisión y hasta cierto grado de baja autoestima o dependencia de la pareja.

GRAFICO 45: ¿Cree que si una mujer no le tiene un hijo a un hombre no le demuestra su amor?



Fuente: Tabla 48

6. DISCUSIÓN

En la presente tesis, se estudiaron los principales factores socioeconómicos que influyen en el embarazo en adolescentes desde los 10 a 19 años pertenecientes a los municipios de Perquín, San Luis Meanguera y San Isidro, todas del departamento de Morazán; las cuales asistieron ya sea a su inscripción materna o a sus controles maternos subsecuentes.

El presente estudio refleja que el tema de la sexualidad en las adolescentes no es tomado con la seriedad que se debería ya que el inicio de relaciones sexuales con su pareja que en su mayoría es con el novio se lleva en las primeras edades de la adolescencia; a veces sin el menor conocimiento acerca de cómo y cuando puede darse un embarazo. Y como menciona nuestra justificación, es un tema importante ya que en El Salvador se dan una de las tasas más elevadas de embarazos en América Latina dentro del grupo de 14 a 19 años, la cual es de 124 nacimientos por cada 1000 adolescentes.

Además, la mayoría de adolescentes provienen de hogares donde su madre también salió embarazada durante la adolescencia, convirtiéndose en un ciclo que se repite en las siguiente generación, y a su vez, estas adolescentes tienen otras hermanas o primas que están o ya han estado embarazadas, lo que constituye un fenómeno de alta incidencia no solo en los municipios de los que se estudiaron a algunas adolescentes sino que constituye ya un problema casi generalizado en áreas rurales o semi urbanas de muchos

municipios y un problema que debería ser tomado con mas seriedad por parte de las autoridades tanto educativas como de salud.

Debe hacerse énfasis en la prevención que inicia dentro de casa, la cual incluye posponer el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, fomentar confianza y comunicación dentro de la familia. En la escuela debe reforzarse la educación en salud sexual y reproductiva mediante seminarios o reforzando algunas materias que puedan sumar a esta causa. Las unidades de salud deben mantener e incrementar la cobertura en programas de prevención de embarazos en adolescentes, en métodos de planificación familiar, su accesibilidad y modo de uso, así como beneficios y desventajas de este.

Otros estudios realizado por la Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia destaca que los factores que están relacionados en embarazos precoces en adolescentes son el no uso de anticonceptivos, la irresponsabilidad masculina y falta de conocimiento en cuanto a sexualidad. Lo cual ocurre de manera similar en nuestras poblaciones de adolescentes.

Las aspiraciones de las adolescentes es un dato que llama mucho la atención, ya que una parte de las adolescentes sí estaba planeando salir embarazadas y el resto se veía terminando su educación media y solo una pequeña parte mencionaba la educación superior como planes a futuro. Esto refleja que en los municipios en cuestión la tendencia es a acompañarse y salir embarazada o trabajar al terminar el bachillerato como máximo y muchas llegan hasta noveno grado, ya que igual aspiración tienen los

hombres al terminar sus estudios. Importante sería transformar esta ideología que produce estancamiento a nivel personal, familiar y económico en el sector joven, lo cual no permite desarrollarse ni buscar mejores opciones para superar su calidad de vida actual, lo cual es un factor económico muy influyente ya que la mayoría pertenece a un sector con bajos ingresos económicos para una familia de 4 a 7 miembros en promedio, donde tampoco cuentan con el envío de remesas como otra fuente de ingresos económicos.

Las adolescentes que no estudian se encuentran realizando algún tipo de actividad remunerada, la cual en mayor porcentaje o frecuencia es de oficios domésticos, otro reflejo de las consecuencias de un embarazo a temprana edad sin preparación ni económica, ni psicológica ni emocional por lo cual constituye un freno o bloqueo a mejores oportunidades y contribuye a alargar el ciclo de pobreza dentro de las familias de estas adolescentes.

Los servicios básicos, como un indicador económico importante refleja que la mayoría de las adolescentes además de contar con vivienda digna construida de bloques, poseen también los servicios básicos de agua, luz eléctrica y letrina como deposición de excretas.

El riesgo de salir embarazada durante su periodo de la adolescencia, mencionado en nuestro marco teórico, se refleja al cuestionar a las adolescentes sobre si es mejor tener un bebé a temprana edad, lo que indica un conocimiento de sus consecuencias a las que sin embargo se arriesgan al ceder teniendo relaciones sexuales.

Y el machismo como factor social, reflejado en el número de hijos que hacen mas hombre aun hombre es un indicador que influye en la decisión a la hora de tener relaciones sexuales, ya que muchas piensan que al acostarse con su pareja y consecuentemente tenerle un hijo puede constituir una muestra de amor o de unión en la pareja. Lo cual también influye en las que han sido víctimas de violencia intrafamiliar, denigradas hasta por sus mismos familiares por haber salido embarazadas. La irresponsabilidad de la pareja al no usar protección (condón) por el simple hecho de que “no le gusta o no se siente igual” es una creencia y un reto a erradicar mediante la educación constante.

Concluyendo esta discusión de la presente tesis, la educación sexual en adolescentes y prevención de embarazo en las adolescentes, si bien no es una materia reprobada por parte de los que tenemos que ser guías, es un tema que se tiene que mantener en refuerzo constante y vigilando que factor o factores son los mas influyentes para que se dé el fenómeno.

7. CONCLUSIONES

Factores Socioeconómicos

- Las adolescentes del estudio pertenecen a un estrato socioeconómico bajo, no dependen de remesas de familiares en el extranjero y el nivel académico de sus padres y familias también es bajo; además, no cuentan con un trabajo bien remunerado.
- El embarazo en adolescentes es un fenómeno repetitivo, que reproduce el ciclo de pobreza de las familias.
- Muchas adolescentes al salir embarazadas tienen que dejar los estudios y dedicarse a trabajar para poder mantener a su hijo y colaborar con los gastos de la casa.
- Al provenir de padres con un nivel educativo bajo, éstos no ven la educación como un factor importante de progreso y no estimulan a las adolescentes a continuar sus estudios, ya que ven como prioridad “trabajar para comer”.
- Muchas adolescentes tienen proyectos de vida como seguir estudiando pero al salir embarazadas éstos se limitan a cuidar de su bebé y acompañarse.
- Al momento de salir embarazadas, muchas adolescentes (46.7%) se acompañan o casan, mientras que el resto continúa viviendo en la misma casa con sus padres.
- El 72.7% de las adolescentes del estudio también provienen de madres que salieron embarazadas durante su adolescencia, lo cual significa que es un

circulo vicioso con una alta tendencia a repetirse en la siguiente generación o una conducta vista como 'normal' en las familias de las adolescentes. Y un 60% tiene otras, ya sea hermanas o primas embarazadas al momento del estudio, enfatizando un fenómeno repetitivo

Factores Culturales

- Algunos factores socioculturales observados más comúnmente fueron la edad de inicio de relaciones sexuales, ya que muchas inician esta práctica a temprana edad. Además han visto el ejemplo de sus madres, tías y primas que se acompañan a temprana edad y salen embarazadas en esta misma etapa, lo que constituye para ellas como un patrón normal y lo imitan.
- En la población en estudio se observó que las edades de los 17 y 18 años son las edades a las que más frecuentemente salen embarazadas con una incidencia de 23.3% y 31.7% respectivamente. Y no se encontraron niñas de 10 a 13 años en estado de embarazo. Lo cual se asemeja a investigaciones recabadas que mencionan que en el mundo uno de cada diez alumbramientos corresponden a una madre adolescente.
- Para el 95% de las adolescentes en este estudio, este es su primer embarazo y sólo 3 adolescentes ya han estado embarazadas antes del estudio, lo cual indica un inicio de relaciones sexuales a muy temprana edad. Y un primer embarazo a las edades de 13, 15 y 16 respectivamente.

- Con respecto al estado familiar, el 53.3% de las adolescentes se encuentran solteras, siendo el estado mas común, seguido muy de cerca el grupo de adolescentes que gozan de unión libre o “acompañadas” en un 43.4%. Lo cual indica la falta de preparación emocional y económica tanto de la mujer como de su pareja al enfrentarse a una situación que requiere mucha madurez y bases para iniciar una familia y vida en pareja.
- El 93.3% de las adolescentes debutó sexualmente con el que en esos momentos era su novio; aunque algunas lo hicieron ya formalmente con su esposo (1). Asimismo, estas sucedieron en su mayoría de veces dando pleno consentimiento y sólo 2 manifestaron que fueron engañadas de alguna manera.
- Muchas adolescentes tienen parejas mayores de edad, lo que legalmente constituye un delito; hecho que en áreas rurales no tiene gran importancia y no se hace la denuncia respectiva y se ve hasta como normal pero que debería ser un hecho a tomar más en cuenta, ya que al castigar estas acciones probablemente se reducirían en gran manera los embarazos en adolescentes.
- Aún existe una barrera cultural respecto al uso de anticonceptivos por parte de los y las adolescentes, al no querer usarlos ya sea por ‘pena’ o porque ‘a él no le gustan’; lo cual constituye una conducta de riesgo muy común y favorece al embarazo en adolescentes.
- La religión no es un factor que influya en el embarazo en adolescentes ya que tanto católicas como de otras religiones tienden a salir embarazadas.

- Las adolescentes tienen poca comunicación o confianza acerca de temas de salud sexual y reproductiva con sus familias y reciben mayormente información a partir de promotores de salud y profesores.
- Las adolescentes están conscientes que un embarazo en ésta etapa acarrea muchas desventajas y frena sus aspiraciones personales, limita sus libertades al estar pendientes de su hijo o como mujeres de hogar además de la limitante económica que significa, y creen importante evitarlo en otras adolescentes en situaciones de riesgo.
- El personal de las Unidades de Salud es la principal fuente de información sobre salud sexual y reproductiva para las adolescentes y los padres en casa son los que menos les hablan acerca de estos temas, quizá por considerar la sexualidad como tabú, lo cual representa un factor cultural muy importante a cambiar.
- Las adolescentes conocen en cierta manera su cuerpo y saben que desde el momento que inician relaciones sexuales pueden quedar embarazadas si no se usan métodos para evitar esto pero que a su vez, estos son dañinos para la salud.

8. RECOMENDACIONES

MINISTERIO DE SALUD

- Mantener la promoción sobre salud sexual y reproductiva y prevención de embarazos a temprana edad.
- Realizar promoción y capacitación constante a adolescentes acerca de prolongar el inicio de relaciones sexuales y las ventajas de una sexualidad responsable.
- Mejorar e/o introducir servicios básicos de salud particularmente en áreas rurales que aún no los poseen.

UNIDADES DE SALUD

- Orientar sobre las consecuencias de un embarazo durante la adolescencia
- Reforzar los programas existentes de apoyo a grupos de adolescentes del área geográfica de influencia de cada unidad de salud.
- Incrementar la cobertura de programas preventivos de salud sexual y reproductiva y prevención de embarazos en adolescentes

A LAS FAMILIAS.

- Que retomen o refuercen su papel como base de la sociedad y ejemplo en las generaciones que les siguen a fin de estimular confianza, dialogo y aconsejar acerca de la importancia de disfrutar la adolescencia con actividades propias de la edad y no pasar por un embarazo no deseado durante esta etapa.

A LAS ADOLESCENTES.

- A saber esperar y decidir el momento de iniciar una relación sexual con conocimiento de sus riesgos y beneficios, poniendo actitud responsable para evitar consecuencias adversas que frustren sus aspiraciones personales.

A LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

- Apoyar proyectos de investigación que surjan en el futuro acerca de factores que están influyendo en el embarazo durante la adolescencia, generando así conocimiento en base a la evidencia.

A LOS MÉDICOS DE AÑO SOCIAL Y ENFERMERAS

- Que participen de una manera proactiva en la consejería de las y los adolescentes logrando así ejercer una iniciativa para la confianza y acercamiento del personal de salud hacia las pacientes.
- Informar sobre los peligros y consecuencias de los embarazos en la adolescencia

A LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA

- Que se interesen por la investigación de temas relacionados a la salud comunitaria, para generar aportes importantes al primer nivel de atención en salud.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. <http://www.un.org/esa/socdev/unyin/spanish/wpayhealth.htm#WYR2005>
2. Asociación Demográfica Salvadoreña; Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2008 (FESAL 2008). El Salvador.
3. Unidad de monitoreo y evaluación MSPAS. 2010
4. Registro diario de mujeres embarazadas de la Unidad de Salud San Luis Meanguera, Morazán.
5. Registro diario de mujeres embarazadas de la Unidad de Salud de San Isidro, Morazán.
6. Registro diario de mujeres embarazadas de la Unidad de Salud de Perquín, Morazán.
7. Asociación Demográfica Salvadoreña; Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2008 (FESAL 2008). El Salvador.
8. <http://www.unfpa.org/swp/2003/espanol/ch7/page6.htm>
9. Edgar Cuahtémoc Díaz-Franco, María Lilian Rodríguez y col. Percepción de las relaciones familiares y malestar psicológico en adolescentes embarazadas. VOL. 20 No. 4; OCTUBRE-DICIEMBRE 2006
10. Huerta Franco R, Díaz de León J, Malacara J. Knowledge and attitudes toward sexuality in adolescents and their association with the family and other factors. *Adolescence* 1996; 31: 179-91

11. Edith Alejandra Pantelides. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. 2001; 1: 13-14.
12. Factores asociados por género a relaciones sexuales en adolescentes. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 59 N° 4 2008 (238-239)
13. J. Isaac Uribe, Karla Y. Covarrubias, Patricia Andrade, Díaz-Guerrero. La cultura sexual de los adolescentes colimenses. Aspectos característicos de la cultura local. (2003:16)
14. Organización Panamericana de la Salud; Perfil de Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes y jóvenes de América Latina y El Caribe. Serie OPS/FNUAP No. 1
15. Luz Beltrán Molina. Embarazo en Adolescentes. 2006. Cap. II Pág. 2
16. <http://www.advocatesforyouth.org/publications/factsheet/3>.
17. Ortiz R, Anaya R, Sepúlveda C, Torres SJ, Camacho PA. Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga, Colombia. Un estudio transversal. MedUnab 2005;8:71-7.
18. Ortiz R, Anaya R, Sepúlveda C, Torres SJ, Camacho PA. Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga, Colombia. Un estudio transversal. MedUnab 2005;8:71-7.
19. República de Colombia, Profamilia, instituto colombiano de bienestar familiar, USAID, UNFPA. Salud sexual y Reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005

20. Edith Alejandra Pantelides. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. 2001; 1: 17.
21. Pantelides, Geldstein e Infesta Domínguez. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. 2001; V: 17
22. Huerta Franco, Díaz de León y Malacara, 1996; Quintana Sánchez y Vázquez del Aguila, 1997.
23. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. 2001; V; 3:20
24. Cueva A, Olvera G, Chumacera L. Características sociales y familiares de las adolescentes atendidas en un módulo de alto riesgo. Rev.MedInstMedMex. Seguro Social 2005; 43:267-71.
25. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. 2001; V; 3:21
26. Brewster, K.L: Neighborhood context and the transition to sexual activity among young black women. Dem. 31 (4): 603-614., 1994.
27. Mosher, W.D. y McNally, J.W.: Contraceptive use at first premarital intercourse: United States 1965-1988. Fam. Plann. Pers. 23 (3):108-116. 1991
28. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. 2001; 1: 21
29. J. Isaac Uribe, Karla Y. Covarrubias, Patricia Andrade. La cultura sexual de los adolescentes colimenses, aspectos característicos de la cultura local. Estudios sobre las culturas contemporáneas. 2008 Vol. XIV, N° 28 pp 61-95.

30. J. Isaac Uribe, Karla Y. Covarrubias, Patricia Andrade. La cultura sexual de los adolescentes colimenses, aspectos característicos de la cultura local. Estudios sobre las culturas contemporáneas. 2008 Vol. XIV, N° 28 pp 68.
31. Factores que inciden en el embarazo en adolescentes en El Salvador, Programa intergerencial de empoderamiento de las mujeres adolescentes, PIEMA 2004.
32. Ministerio de Economía a través de la Dirección de Estadística y Censos (DIGESTYC) "VI Censo de Población y V de Vivienda 2007.
33. Asociación Demográfica Salvadoreña; Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2008 (FESAL 2008). El Salvador.
34. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; Unidad de información, monitoreo y evaluación, Informe estadístico consolidado nacional, 2009.
35. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; Unidad de información, monitoreo y evaluación, Informe estadístico consolidado nacional, 2009.
36. UNICEF, embarazo y adolescencia en el salvador, 2005.
37. Asociación Demográfica Salvadoreña; Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2008 (FESAL 2008). El Salvador.
38. Asociación Demográfica Salvadoreña; Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2008 (FESAL 2008). El Salvador.
39. Ministerio de Economía a través de la Dirección de Estadística y Censos (DIGESTYC) "VI Censo de Población y V de Vivienda 2007.

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
UNIDAD DE PROCESO DE GRADUACIÓN

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR: _____

FECHA: _____ LUGAR DE LA ENTREVISTA _____ N° DE

BOLETA: _____

Objetivo del instrumento: recopilar la información necesaria de las adolescentes para la determinación de los factores asociados a en embarazos en adolescentes.

Indicaciones: lea cuidadosamente las preguntas, procure que sus respuestas sean objetivas y veraces. La información que proporcione es completamente anónima y confidencial

HISTORIA GINECOOBSTETRICA.

1. Edad: _____ G__P__P__A__V__

2. Estado civil: _____

3. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer menstruación? _____

4. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera relación sexual? _____

5. ¿Con quién tuvo su primer relación sexual? (si responde opción “c” ó “d” especifique quién)
- a) Novio ___ b) Amigo___ c) Familiar: _____ d) Otro: _____
6. ¿Cómo fue su primera relación sexual?:
- a) Forzada___ b) Engañada___ c) Con su consentimiento _____
7. ¿Cuántos compañeros (parejas) sexuales ha tenido: _____
8. ¿Ha estado embarazada anteriormente? a) Si___ b) No _____
- ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer embarazo? _____

FACTORES SOCIALES

9. ¿Cuál fue el último año escolar que cursó? _____
10. ¿Está estudiando actualmente? a) Si_____ b) No _____
- ¿Por qué? _____
11. Nivel de escolaridad de sus padres: a) Padre_____ b) Madre_____
12. Nivel de escolaridad del padre de su hijo: _____
13. ¿Cuántas personas viven en su casa? _____
14. ¿Quiénes forman su grupo familiar? a) Madre___ b) Padre___ c) Pareja___
- d) Hermano(s) ___ e) Otros___ Especifique: _____
15. ¿A qué edad tuvo su madre el primer hijo? _____ ¿Era madre soltera? _____
16. ¿Tiene hermanas o primas que estén o hayan estado embarazadas durante la adolescencia (entre los 10 y 19 años)? _____

17. La relación con su familia, antes de embarazarse era:
 a) Muy buena___ b) Buena___ c) Regular___ d) Mala_____
18. La relación con su familia ahora que está embarazada es:
 a) Muy buena___ b) Buena___ c) Regular_____ d) Mala_____
19. ¿Ha sido víctima de violencia en su familia? a) Si_____ b) No_____
- ¿De qué tipo? a) Golpes___ b) Gritos___ c) Insultos___ d) Otros___
- Especifique:_____
20. ¿Sus padres la apoyan? a) Si___ b) No___ ¿Por qué? _____
- _____
21. ¿Trabaja actualmente? a) Si___ b) No ___ ¿A qué se dedica? _____

FACTORES ECONOMICOS

22. Fuente de ingresos económicos: a) Padres___ b) Pareja___ c) Otros_____
- Especifique:_____
23. ¿Recibe remesas? a) Si_____ b) No_____
24. Su ingreso mensual aproximado es de:
- Menor de \$100_____
 - De \$100 a \$200_____
 - Mayor de \$200 _____
25. La vivienda en que reside es: a) Propia___ b) Alquilada___ c) Prestada_____

26. ¿De qué material está hecha la vivienda?
a) Adobe_____ b) Bloques_____ c) Bahareque_____ d) Otros_____

¿Cuántos cuartos tiene? _____

27. ¿Cuáles son los servicios básicos que posee?
a) Energía eléctrica____ b) Agua intradomiciliar _____ c) Letrina_____

FACTORES CULTURALES

28. ¿Qué religión profesa?
a) Católica___ b) Evangélica___ c) Otra___ Especifique _____

29. ¿Estaba planeando embarazarse? a) Si_____ b) No_____

30. ¿Cuáles eran sus planes de vida antes de embarazarse? _____

31. ¿Cuáles son sus planes ahora? _____

32. ¿Ha recibido información sobre salud sexual y reproductiva?
a) Si___ b) No ___ ¿De qué le hablaron? a) Relaciones sexuales ___ b) Embarazo ___
c) Métodos de planificación familiar___ d) Infecciones de transmisión sexual ___
e) Otros___ Especifique_____

33. ¿Quién le dio la información de la pregunta anterior? a) Padre___ b) Madre___
 c) Personal de Unidad de salud___ d) Profesor___ e) Otro___
 Especifique: _____
34. ¿Qué método de planificación familiar (o anticonceptivo) conoce?
 a) Ritmo___ b) inyectables___ c) Píldora___ d) Preservativos___ e) Ninguno___
 f) Otros___ ¿Cuál?_____
35. ¿Ha utilizado algún método de planificación familiar? a) Si___ ¿Cuál?_____
 b) No ___ ¿Por qué? _____
36. ¿Cree que los métodos de planificación familiar (o anticonceptivos) son dañinos para la salud? a) Si___ b) No___ ¿Por qué? _____

37. ¿Su pareja usó algún tipo de anticonceptivo (método de planificación familiar? a) Si___ b) No___ ¿Por qué?_____
38. ¿Qué edad tiene el padre de su hijo? _____
39. Ocupación del padre de su hijo: _____
40. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido el padre de su hijo, antes de usted? _____
41. ¿Cree que entre más hijos tenga un hombre es más hombre? a) Si___ b) No___
 ¿Por qué? _____

42. ¿Cree que tener hijos a temprana edad es mejor? a) Si___ b) No___ ¿Por qué?

43. ¿Cree que una mujer NO puede quedar embarazada en su primera relación sexual?

a) Si___ b) No___ ¿Por qué?_____

44. ¿Cuántas relaciones sexuales cree que debe tener para poder embarazarse? _____

¿Por qué? _____

45. ¿Cree que si una mujer no le tiene un hijo a un hombre no le demuestra su amor?

a) Si___ b) No ___ ¿Por qué? _____

ANEXO N° 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo _____ de ____ años de edad, he sido elegida para participar en la investigación llamada FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS QUE CONSULTAN EN LAS UNIDADES DE SALUD DE SAN ISIDRO, SAN LUÍS MEANGUERA Y PERQUÍN DEL DEPARTAMENTO DE MORAZÁN, EN EL PERÍODO DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 2011. Se me ha explicado en que consiste la investigación, entiendo el propósito de la misma por lo que consiento voluntariamente participar en esta investigación y a la vez permitiré que se le realice un examen físico a mi hijo/a.

Firma o huella dactilar de la madre participante:

Fecha: _____

ANEXO N°3

Total de Inscripciones Maternas de 10 a 19 años durante el período 2007-2009.

Año.	Inscripciones maternas de 10- 14 años.	Inscripciones maternas de 15- 19 años.	Total.
2007	61	951	1012
2008	71	936	1007
2009	57	894	951
Total	189	2781	2970

Fuente: Unidad de información, Monitoreo y Evaluación MSPAS. El dato de 2009 fue proporcionado por la Unidad de Estadística del SIBASI Morazán.

ANEXO N°4

Inscripciones prenatales de 10 a 19 años en El Salvador.

Años	10 a 14 años	15 a 19 años	Total
2005-06	3590	54054	57644
2007	1927	27920	29847
2008	1970	28816	30786
2009	1719	22633	24352
Total	7487	110790	118277

Fuente: Unidad de Información, Monitoreo y Evaluación del MSPAS.

ANEXO N° 5
INFORME DE EMBARAZADAS JUNIO 2010 SIBASI MORAZÁN

ESTABLECIMIENTO.	TOTAL DE EMBARAZADAS EN EL MUNICIPIO.		EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO		EMBARAZADAS DE BAJO RIESGO		EMBARAZADAS ADOLESCENTES	
	URBANO	RURAL	URBANO	RURAL	URBANO	RURAL	URBANO	RURAL
HOSPITAL SAN FCO.	10	10	1	5	9	5	0	1
U DE S JOCORO	27	40	0	12	27	28	7	9
U DE S OSICALA	10	33	1	14	9	19	3	12
U DE S DIVISADERO	15	56	4	20	11	36	3	12
U DE S CORINTO	33	109	5	46	28	63	18	11
U DE S PERQUIN	2	17	1	13	1	4	0	6
U DE S CACAOPERA	6	69	2	27	4	42	2	17
U DE S SAN LUIS	0	27	0	17	0	10	0	13
U DE S SOCIEDAD	16	77	7	37	9	40	7	23
U DE S GUATAJIAGUA	47	43	23	24	24	19	14	8
U DE S JOCOAITIQUE	5	32	1	5	4	27	4	23
U DE S TOROLA	2	32	0	23	2	9	0	16
U DE S MEANGUERA	3	20	0	5	3	15	0	6
U DE S SAN FERNANDO	3	7	3	5	0	1	0	0
U DE S JOATECA	5	33	2	10	3	23	0	8
U DE S SAN SIMON	4	7	3	16	7	23	0	0
U DE S DELICIAS.	18	28	6	14	12	14	4	5
U DE S CHILANGA	15	86	6	49	9	37	5	10
U DE S SENSEMBRA	4	14	1	10	3	4	1	7
U DE S SAN ISIDRO	9	14	4	7	5	7	3	3
U DE S SAN CARLOS	4	33	1	16	3	17	1	12
U DE S EL ROSARIO	1	5	0	2	1	3	0	2
U DE S GUALOCOCTI	17	29	12	14	5	15	7	8
U DE S YOLOAQUIN	6	24	6	18	0	6	0	3
U DE S LOLOTIQUILLO	3	30	2	11	1	19	1	2
U DE S ARAMBALA	3	22	0	1	3	21	0	8
U DE S YAMABAL	0	37	0	5	0	32	0	6
U DE S RANCHO QUEMADO.	0	7	0	3	0	4	0	2
TOTAL	258	931	90	424	174	538	80	232

ANEXO N°6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MESES	MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DIC.													
SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2												
ACTIVIDADES																																																		
1 Reuniones generales con la coordinadora del proceso de graduación	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																		
2 Inscripción del proceso				X																																														
3 Elaboración del perfil de investigación				X	X	X	X	X																																										
4 Entrega del perfil de investigación								X																																										
5 Elaboración del protocolo de investigación								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																										
6 Entrega del protocolo de investigación																									X																									
7 Ejecución de la investigación																										X	X	X	X																					
8 Tabulación, análisis e interpretación de los datos																																	X	X																
9 Redacción del informe final																																					X	X	X											
10 Entrega del informe final																																					X	X												
11 Exposición de resultados.																																															X	X	X	X

ANEXO N°7. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Rubros	Año 2011											
	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
Personal												
Br. Carlos Antonio Argueta Luna	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	\$ 0. ⁰⁰
Br. Bany Eunice Alvarenga Chica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	\$ 0. ⁰⁰
Br. Tito Vladimir Castro Romero	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	\$ 0. ⁰⁰
Equipo Y suministros informáticos												
2 Computadoras	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	\$ 0. ⁰⁰
1 Impresor	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	\$ 0. ⁰⁰
3 memorias USB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	\$ 0. ⁰⁰
1 Calculadora	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	\$ 0. ⁰⁰
Scanner	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	\$ 0. ⁰⁰
Materiales y suministros de oficina												
3 resmas de papel bond	\$ 11. ⁶⁰	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	\$ 11. ⁶⁰
25 folder tamaño carta	\$ 2. ⁷⁵	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	\$ 2. ⁷⁵
3 cartucho de tinta a color	\$ 98. ⁰⁰	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	\$ 98. ⁰⁰
3 cartucho de tinta negro	\$ 76. ⁰⁰	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	\$ 76. ⁰⁰

Materiales y suministros informáticos												
Internet ilimitado	\$ 35. ⁰⁰	\$ 35. ⁰⁰	\$ 35. ⁰⁰	\$ 35. ⁰⁰	\$ 35. ⁰⁰	\$ 35. ⁰⁰	\$ 35. ⁰⁰	\$ 35. ⁰⁰	\$ 35. ⁰⁰	\$ 35. ⁰⁰	\$ 35. ⁰⁰	\$385.⁰⁰
Otros												
Copias	\$ 6. ⁰⁰	\$ 6. ⁰⁰	\$ 6. ⁰⁰	\$ 6. ⁰⁰	\$ 6. ⁰⁰	\$ 6. ⁰⁰	\$15. ⁰⁰	\$ 25. ⁰⁰	\$ 25. ⁰⁰	-	-	\$ 101.⁰⁰
Transporte	\$ 105. ⁰⁰	\$105. ⁰⁰	\$105. ⁰⁰	\$105. ⁰⁰	\$105. ⁰⁰	\$105. ⁰⁰	\$105. ⁰⁰	\$105. ⁰⁰	\$105. ⁰⁰	\$ 105. ⁰⁰	\$ 105. ⁰⁰	\$ 1,155.⁰⁰
Consumo telefónico	\$ 20. ⁰⁰	\$ 20. ⁰⁰	\$ 20. ⁰⁰	\$ 20. ⁰⁰	\$ 20. ⁰⁰	\$ 20. ⁰⁰	\$ 20. ⁰⁰	\$ 20. ⁰⁰	\$ 20. ⁰⁰	\$ 20. ⁰⁰	\$ 20. ⁰⁰	\$ 220.⁰⁰
Energía eléctrica	\$10. ⁰⁰	\$10. ⁰⁰	\$10. ⁰⁰	\$10. ⁰⁰	\$10. ⁰⁰	\$10. ⁰⁰	\$10. ⁰⁰	\$10. ⁰⁰	\$10. ⁰⁰	\$10. ⁰⁰	\$10. ⁰⁰	\$ 110.⁰⁰
Totales	\$ 375.⁶⁰	\$176.	\$176.	\$176.	\$176.	\$176.	\$185.	\$195.	\$195.	\$ 170.	\$ 170.	\$ 2,159.³⁵
Imprevistos (10%)	\$ 37.56	\$ 17.6	\$ 17.6	\$ 17.6	\$ 17.6	\$ 17.6	\$ 18.5	\$ 19.5	\$ 19.5	\$ 17.00	\$ 17.	\$ 215.¹⁰
Totales más 10%	\$ 413.¹⁶	\$193.6	\$193.6	\$193.6	\$193.6	\$193.6	\$203.5	\$214.5	\$214.5	\$ 187.	\$ 187.	\$ 2,374.⁴⁵

FINANCIAMIENTO:

Este proyecto será financiado por la aportación económica de la siguiente manera:

Br. Carlos Antonio Argueta Luna	\$ 791. ⁵⁰
Br. Bany Eunice Alvarenga Chica	\$ 791. ⁵⁰
Br. Tito Vladimir Castro Romero	\$ 791.00

ANEXO N°8.

GLOSARIO

Adolescencia: período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

Ansiedad: es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos

Autoestima: es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter.

Cognitivo: es aquello que pertenece o que está relacionado al conocimiento.

Cultura: es un término que tiene muchos significados interrelacionados. Los conjuntos de saberes, creencias y pautas de conducta de un grupo social, incluyendo los medios

materiales (tecnologías) que usan sus miembros para comunicarse entre sí y resolver sus necesidades de todo tipo.

Eyaculación: la expulsión o emisión de semen a través del pene

Fecundidad: es la realización efectiva de la fertilidad, es decir, la abundancia de la reproducción biológica en cualquier especie biológica o incluso en la tierra misma.

Fertilidad: es la capacidad de un animal, planta o terreno de producir o sustentar una progenie numerosa. En los animales, incluido el hombre, es el resultado de la interacción de numerosos factores, tanto biológicos —la edad, el estado de salud, el funcionamiento del sistema endocrino— como culturales —las prescripciones respecto al sexo y el matrimonio, la división sexual del trabajo, el tipo y ritmo de ocupación—, que la hacen variar espectacularmente entre situaciones distintas.

Incidencia: es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.

Machismo: expresión derivada de la palabra "macho", se define en el DRAE como la "actitud de prepotencia de los varones respecto de las mujeres".[

Menarquia: es el primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual, o primera hemorragia menstrual de la mujer.

Mito: son los hechos de la mente puestos de manifiesto en la ficción de la materia

Pobreza: es una situación o forma de vida que surge como producto de la imposibilidad de acceso o carencia de los recursos para satisfacer las necesidades físicas y psíquicas básicas humanas que inciden en un desgaste del nivel y calidad de vida de las personas, tales como la alimentación, la vivienda, la educación, la asistencia sanitaria o el acceso al agua potable.

Psicosocial: se refiere a la psicología social, es decir, el área de la psicología que se encarga del estudio de las relaciones interpersonales que existen entre el ser humano y su medio (la sociedad)

Pubertad: es la primera fase de la adolescencia y de la juventud, normalmente se inicia entre los 12 y 13 años en las niñas y entre 13 y 14 años en los niños y finaliza entre los 15 y 17 años.

Salud: es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.

Sexarquia: edad a la que una persona inicia las relaciones sexuales.

Sexualidad: es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan el sexo de cada individuo.

Tabú: designa a una conducta, actividad o costumbre prohibida, moralmente inaceptable, impuesta por una sociedad, grupo humano o religión