

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



**INFORME FINAL DE INVESTIGACION:**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL AUMENTO DEL EMBARAZO  
ADOLESCENTE EN USUARIAS INSCRITAS EN EL PROGRAMA DE ATENCION  
MATERNA EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR  
CONCEPCION BATRES, OZATLÁN Y LAS MARIAS, CHINAMECA AÑO 2019.**

**PRESENTADO POR:**

**BERTHA BEATRIZ LÓPEZ PAIZ**

**XIOMARA STEFANY ESCOBAR CHÁVEZ**

**JAIME JOSÉ CRUZ CARRILLO**

**PARA OPTAR AL GRADO ACADEMICO DE:**

**DOCTOR EN MEDICINA**

**DOCENTE ASESOR:**

**DR. ERIK ANTONIO RODRIGUEZ TURCIOS**

**13 DE NOVIEMBRE DE 2019**

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

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**AUTORIDADES**

**MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO**

**RECTOR**

**DOCTOR RAÚL ERNESTO AZCUNAGA LÓPEZ**

**VICERRECTOR ACADEMICO**

**INGENIERO JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA**

**VICERRECTOR ADMINISTRATIVO**

**INGENIERO FRANCISCO ALARCÓN**

**SECRETARIO GENERAL**

**LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARIN**

**FISCAL GENERAL**

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL**

**AUTORIDADES**

**LICENCIADO CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ**

**DECANO**

**LICENCIADO OSCAR VILLALOBOS**

**VICEDECANO**

**LICENCIADO ISRAEL LÓPEZ MIRANDA**

**SECRETARIO INTERINO**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**AUTORIDADES**

**MAESTRA ROXANA MARGARITA CANALES ROBLES**

**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO**

**COORDINADORA GENERAL DEL PROCESO DE GRADUACIÓN DE  
DOCTORADO EN MEDICINA**

**ASESORES**

**DOCTOR ERICK ANTONIO RODRIGUEZ TURCIOS**

**DOCENTE ASESOR**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO**

**ASESORA METODOLOGICA**

**TRIBUNAL CALIFICADOR**

**DOCTOR RENÉ ATILIO VELÁSQUEZ GIRÓN**  
**PRESIDENTE**

**DOCTORA XENIA AIMEÉ GARCÍA MARTINEZ**  
**SECRETARIA**

**DOCTOR ERIC ANTONIO RODRIGUEZ TURCIOS**  
**VOCAL**

## AGRADECIMIENTOS

Dedico este logro obtenido a varias personas importantes en mi vida:

A Dios mi padre perfecto quien me ama y lo demuestra a cada instante, su gracia y favor han estado conmigo todos los días de mi vida.

Por supuesto también le agradezco a mi amada familia, mi madrecita Bertha Paiz de López, mi padre Julio Antonio López Ramírez, gracias por siempre creer en mí e inspirarme a alcanzar mis metas, gracias por enseñarme a levantarme si caigo y estar ahí en cada momento, su amor, amistad, sacrificio y el apoyo incondicional que me han dado todos estos años no tiene precio, simplemente: gracias, no lo habría logrado sin ustedes, mi fuerte, siempre estaré orgullosa de ser su hija, honor a quien honor merece, los amo, respeto y admiro, jamás podré pagarles tanto, pero haré mi mejor esfuerzo ya que ustedes han sido mi principal motivación. Mi hermana y mejor amiga Gabriela Elizabeth López Paiz, gracias por inspirarme a creer en mí y tu apoyo en cada circunstancia, en serio eres un ángel y la mejor hermana que Dios me pudo dar, siempre te amare.

A mi amado novio Jaime José Cruz Carrillo gracias por tu comprensión, apoyo y todo el amor demostrado, te admiro, eres una persona increíble.

Soy bendecida por tener una sustentadora familia: mis abuelos paternos Q.D.D.G, mi abuelita materna, tíos, primos, personas sabias y talentosas, a todos ellos gracias porque de una manera u otra siempre estuvieron conmigo, con sus consejos, oraciones y todo su apoyo; tienen un lugar especial en mi corazón.

Gracias a esos docentes que aman su profesión y aman compartir sus conocimientos y te inspiran a ser como ellos.

Bertha Beatriz López Paiz.

Agradezco primeramente a Dios, quien como guía estuvo presente en el caminar de mi vida, bendiciéndome y dándome fuerzas para continuar con mis metas trazadas sin desfallecer, a mi madre que con su apoyo incondicional, amor y confianza permitió que culminara mi carrera profesional, a mis abuelos y hermanos quienes siempre creyeron en mí y por supuesto a mi hijo, quien llegó en el mejor momento y con esa sonrisa me hace infinitamente feliz y me motiva para seguir adelante.

Xiomara Stefany Escobar Chavez.

Agradezco profundamente a Dios por esta bendición, por ser siempre mi pilar y mi fortaleza en los momentos más difíciles, por cada una de sus bendiciones y por su tiempo perfecto. A la Virgen Santísima por siempre acompañar mis pasos y brindarme su auxilio.

A mi familia por ser mi mayor bendición: mi hermosa madre Silvia Del Carmen Carrillo de Cruz, a mi padre José Jaime Cruz Pereira y mi hermana Silvia Reneé Cruz Carrillo, por siempre creer en mí, por cada una de sus oraciones, por su sacrificio junto al mío, por cada palabra de ánimo y consuelo, por sus desvelos por mí. Porque este logro es nuestro, no solo mío; y porque Dios nos ha acompañado en cada paso de este camino.

A mi amada novia Bertha Beatriz López Paiz, por su apoyo y amor incondicional. Gracias por hacer mis días más felices e impulsarme a ser mejor persona. Te amo.

A mis amigos de la infancia, porque a pesar del tiempo han sabido darme palabras de aliento, una palmada o un consejo para seguir adelante y han sabido darme su comprensión. A mis compañeros y amigos de la universidad y el hospital, por haber compartido los momentos bonitos y difíciles de esta etapa que culmina, por apoyarnos y salir adelante como equipo. Agradezco a los docentes que se tomaron el tiempo y la fineza de enseñar, aconsejar y animarme a cada momento.

Jaime José Cruz Carrillo.

## **TABLA DE CONTENIDO.**

RESUMEN .....	1
INTRODUCCION .....	2
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
2. MARCO TEÓRICO. ....	7
3. SISTEMA DE HIPOTESIS.....	27
4. DISEÑO METODOLOGICO .....	32
5. RESULTADOS. ....	35
6. DISCUSION DE RESULTADOS. ....	62
7. CONCLUSIONES .....	64
8. RECOMENDACIONES .....	65
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	66
10. ANEXOS .....	67

## **LISTADO DE TABLAS.**

TABLA N.1: Edad de la embarazada adolescente.....	36
TABLA N.2: Lugar de procedencia de la adolescente embarazada.....	37
TABLA N.3: Nivel de escolaridad de la embarazada adolescente.....	38
TABLA N.4: Ocupación actual de la embarazada adolescente.....	39
TABLA N.5: Estado civil actual de la embarazada adolescente.....	40
TABLA N.6: Edad de la pareja de la adolescente embarazada.....	41
TABLA N.7: Soporte económico familiar de la adolescente embarazada.....	42
TABLA N.8: Vivienda en la cual habita la adolescente embarazada.....	43
TABLA N.9: Número de personas que habitan con la adolescente embarazada.....	44
TABLA N.10: Dificultad en el acceso a la UCSF.....	45
TABLA N.11: Edad de menarquia de la adolescente embarazada.....	46
TABLA N.12: Edad de inicio de relaciones sexuales de la adolescente.....	47

TABLA N.13: Motivo de inicio de relaciones sexuales.....	48
TABLA N.14: ¿Es este su primer embarazo?.....	49
TABLA N.15: ¿Su embarazo actual ha sido planificado?.....	50
TABLA N.16: Edad de la embarazada adolescente durante la primera gestación.....	51
TABLA N.17: Antecedente familiar de embarazo adolescente.....	52
TABLA N.18: Familiar con antecedente de embarazo adolescente.....	53
TABLA N.19: Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva.....	54
TABLA N.20: Fuente de información sobre salud sexual y reproductiva.....	55
TABLA N.21: Métodos de planificación conocidos por la adolescente.....	56
TABLA N.22: Fuente de información sobre métodos de planificación familiar.....	57
TABLA N.23: Uso de métodos de planificación previo a embarazo.....	58
TABLA N.24: ¿A cuántos controles prenatales ha asistido?.....	59
TABLA N.25: ¿La adolescente embarazada recibe apoyo de su familia o pareja?.....	60
TABLA N.26: Violencia intrafamiliar en el hogar.....	61

## **LISTADO DE GRAFICOS.**

GRAFICO N.1: Edad de la embarazada adolescente.....	36
GRAFICO N.2: Lugar de procedencia de la adolescente embarazada.....	37
GRAFICO N.3: Nivel de escolaridad de la embarazada adolescente.....	38
GRAFICO N.4: Ocupación actual de la embarazada adolescente.....	39
GRAFICO N.5: Estado civil actual de la embarazada adolescente.....	40
GRAFICO N.6: Edad de la pareja de la adolescente embarazada.....	41
GRAFICO N.7: Soporte económico familiar de la adolescente embarazada.....	42
GRAFICO N.8: Vivienda en la cual habita la adolescente embarazada.....	43
GRAFICO N.9: Número de personas que habitan con la adolescente embarazada.....	44
GRAFICO N.10: Dificultad en el acceso a la UCSF.....	45
GRAFICO N.11: Edad de menarquia de la adolescente embarazada.....	46

GRAFICO N.12: Edad de inicio de relaciones sexuales de la adolescente.....	47
GRAFICO N.13: Motivo de inicio de relaciones sexuales.....	48
GRAFICO N.14: ¿Es este su primer embarazo?.....	49
GRAFICO N.15: ¿Su embarazo actual ha sido planificado?.....	50
GRAFICO N.16: Edad de la embarazada adolescente durante la primera gestación....	51
GRAFICO N.17: Antecedente familiar de embarazo adolescente.....	52
GRAFICO N.18: Familiar con antecedente de embarazo adolescente.....	53
GRAFICO N.19: Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva.....	54
GRAFICO N.20: Fuente de información sobre salud sexual y reproductiva.....	55
GRAFICO N.21: Métodos de planificación conocidos por la adolescente.....	56
GRAFICO N.22: Fuente de información sobre métodos de planificación familiar.....	57
GRAFICO N.23: Uso de métodos de planificación previo a embarazo.....	58
GRAFICO N.24: ¿A cuántos controles prenatales ha asistido?.....	59
GRAFICO N.25: ¿La adolescente embarazada recibe apoyo de su familia o pareja?...	60
GRAFICO N.26: Violencia intrafamiliar en el hogar.....	61

## **RESUMEN.**

El embarazo adolescente en la población salvadoreña ha experimentado un aumento en el número de casos en los últimos años, siendo los principales detonantes que inducen una mayor tendencia de estos embarazos los factores sociales, culturales y conductuales, y que se van transmitiendo a través de varias generaciones; esto aunado a que aún existen muchos desafíos en los sistemas de salud primarios orientados a la prevención directa de embarazos adolescentes. **El Objetivo** de esta investigación es determinar los factores que influyen en el aumento del embarazo adolescente en pacientes inscritas en el programa de atención materno. **Metodología:** La investigación incluye a pacientes adolescentes embarazadas inscritas en el programa de atención materno de las UCSF Las Marías, Ozatlán y Concepción Batres. Es un estudio de tipo descriptivo con un enfoque cuali-cuantitativo, en el que existe asociación entre los fenómenos estudiados, lo cual permite realizar un análisis de los fenómenos que favorecen el embarazo adolescente. En dicho estudio se utiliza la técnica de encuesta para recolectar datos, tras ser aprobada por las pacientes mediante consentimiento informado. **Resultados:** Permitió identificar y documentar los principales factores que influyen en el aumento del embarazo adolescente en la población de estudio, y así tomar acciones preventivas más eficaces en el primer nivel de salud y disminuir la incidencia de este tipo de embarazo y los riesgos que esto implica. **Impacto esperado:** El presente estudio pretende ser además un insumo valioso a considerar en la elaboración concreta de más estrategias a implementar por parte del personal de salud, que necesitan realizar una mayor participación y fomentar más prácticas saludables en la salud sexual y reproductiva de la población de los adolescentes, además de garantizar el acceso a los servicios de salud a esta población, para reducir las tendencias de los embarazos en este grupo etario.

**Palabras claves:** Patrones socio-culturales de reproducción, embarazo adolescente, prevención de riesgos, salud sexual y reproductiva, primer nivel de atención en salud.

## **INTRODUCCION.**

El embarazo adolescente es un problema de principal importancia para países en vías de desarrollo, con un mayor número de casos cada año y que por lo tanto representa un problema y un reto para la salud pública.

Uno de los principales cambios que ocurren durante la adolescencia y en lo que se requiere mayor atención destaca el aumento del deseo sexual y las sensaciones que lo acompañan. Las relaciones sexuales a temprana edad y comportamiento sexual de riesgo en los adolescentes, han conducido a un aumento en el embarazo de ellas. Las adolescentes que se embarazan precozmente presentan una serie de consecuencias negativas, las cuales pueden ser educacionales, económicas, familiares, sociales y psicológicas.

La región latinoamericana ocupa el segundo lugar en incidencia de casos de embarazo y parto en la población adolescente, esto a pesar de acciones tomadas por diferentes instituciones nacionales e internacionales para la reducción de casos.

El Salvador no es la excepción del problema, debido a que según estudios del Ministerio de Salud (MINSAL), la incidencia de embarazos adolescentes es la segunda más alta en Latinoamérica; y según cifras de un estudio realizado por el Banco Mundial en El Salvador, se estima: que un 43.8% de los embarazos adolescentes son deseados, mientras que un 53.2% no lo son.

Durante el año 2013, según datos del Ministerio de Salud tres de cada diez atenciones prenatales correspondieron a pacientes menores de 19 años, por lo cual se cataloga el problema como una epidemia que requiere de intervenciones efectivas de manera intersectorial; de tal manera que es evidente el creciente número de casos a nivel nacional, debido a múltiples factores sociales, familiares, poca o nula información sobre métodos de planificación familiar. Este problema conlleva a realizar muchas interrogantes y a la necesidad de realizar un estudio sobre el aumento en la frecuencia de estos embarazos a temprana edad.

En la presente investigación se estudió un tema de gran relevancia tanto para países en vías de desarrollo como para países desarrollados; a través de esta investigación se conoció la incidencia de embarazo adolescente en los municipios de Concepción Batres, Ozatlán y Chinameca. Y a pesar de que la población que acude a la consulta externa a la UCSF Concepción Batres, UCSF Ozatlán y UCSF “Las Marías” en Chinameca, presentan características demográficas y epidemiológicas diferentes, se observa una alta incidencia de embarazo adolescente y a su vez se identifican sus principales factores de riesgo y causas por las cuales ocurre este fenómeno en dichas comunidades.

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

### **1.1 Situación problemática.**

Es desconcertante la incidencia de mujeres adolescentes embarazadas principalmente en nuestra población lo cual trae repercusiones tanto en el ámbito económico como en el ámbito social.

Los embarazos en adolescentes son una problemática que tiene sus raíces más profundas en causas estructurales como la pobreza, la exclusión social, la discriminación, los patrones patriarcales arraigados en la sociedad que condicionan a la mujer desde sus etapas más tempranas de vida a un rol meramente reproductivo, también se puede mencionar el desconocimiento de métodos de planificación o el uso inadecuado de estos, la inestabilidad familiar, escasa orientación sexual, el inicio de relaciones sexuales a edad temprana, analfabetismo, entre otros.

Hoy en día este problema se da con mayor frecuencia y es difícil para las familias involucradas principalmente aquellas con bajo nivel socioeconómico.

La adolescente embarazada puede sentirse una carga para su familia; probablemente no esté en condiciones para mantenerla a ella y a su bebé, las opciones sociales para esta adolescente incluyen tener un hijo fuera del matrimonio, dar al bebé en adopción o contraer matrimonio con el padre, lo que ocasiona algunas situaciones adversas, se sabe que el parto antes de los 18 años conlleva peligros para la salud, tanto para la madre como para el hijo, el riesgo de mortalidad materna es mayor entre las adolescentes. Aunque los factores económicos, sociales, nutricionales y atención prenatal pueden influir en cierto grado; también están presentes los problemas de tipo psicológico como ansiedad, malestar físico, cambios propios del embarazo como el aumento de peso, la inflamación, estrés y manchas en la piel, cosas con las que la adolescente no contaba.

En El Salvador el Ministerio de salud reportó que para el año 2015 un total de 13,146 niñas salvadoreñas de 10 a 17 años se inscribieron en control prenatal, de las cuales el 11% (1 de cada 9) tenía 14 años o menos, datos que resultan alarmantes por una parte por el alto riesgo que significa para la vida de las niñas de dichas edades que han sido embarazadas y por otra porque La legislación Salvadoreña establece que toda relación sexual con un adolescente

menor de 14 años constituye delito, es decir que estamos ante la presencia de una problemática que demanda urgente atención y alta prioridad en la agencia nacional.

## **1.2 Enunciado del problema.**

Cuáles son los factores que influyen en el aumento del embarazo adolescente en pacientes inscritas en el programa de atención materno, en las UCSF Las Marías Chinameca, Ozatlán y Concepción Batres Usulután en el año 2019.

## **1.3 Justificación de la investigación.**

La realización del trabajo de investigación referente al embarazo en adolescentes, se debe a que representa un riesgo al que están expuestas en la actualidad todas las mujeres en sus primeras etapas de desarrollo.

La presente investigación está dirigida a obtener conocimientos, describir, analizar y argumentar, cuáles son los principales factores que inciden en el aumento de embarazos en las adolescentes entre los 10 a 19 años de edad; de igual manera no podemos generalizar, que en todas las poblaciones de diversas zonas se presenten las mismas causas en el aumento en el número de embarazos en adolescentes, ya que diversos factores condicionan a su causalidad. Por lo que tomamos de muestra a la población de adolescentes embarazadas que acuden a la consulta en las UCSF Las Marías de Chinameca, Concepción Batres de Usulután y Ozatlán de Usulután.

Si bien es cierto que mucho se ha hablado sobre el tema del embarazo en la adolescencia, se han hecho innumerables encuestas, estudios e investigaciones y se han dado tanto causas como consecuencias de orden multifactorial, que han generado intervenciones sobre los adolescentes en el campo de la educación en Salud Sexual y Reproductiva, poco han resultado efectivas en la contención de este fenómeno. Ante esta perspectiva y los resultados propuestos no evidentes de las políticas de Salud Sexual y Reproductiva en esta población, nace la necesidad de observar más desde la subjetividad el problema de estudio, que en este caso también se enmarca en el segundo y posterior embarazo en la adolescencia.

Es por ello la preocupación de su alta incidencia y prevalencia en nuestro medio, el cual se ha vuelto un problema de salud pública, por lo cual nos lleva a profundizar en los factores que influyen a nuestra población adolescente a desarrollar un embarazo que en la mayoría de los casos no es deseado, ni planificado.

El embarazo adolescente no es un problema de reciente aparición dentro de la sociedad salvadoreña, existe desde hace mucho tiempo atrás, pero este ha presentado una tendencia al aumento de casos de manera drástica en los últimos años, por lo que consideramos un tema de mucha importancia ya que no sólo afecta al adolescente de manera individual por no estar preparada de manera física y psicológicamente; cabe mencionar el daño emocional que conlleva.

Este proyecto se realiza con el objetivo de identificar las causas que originan la alta incidencia de un embarazo en las adolescentes.

Razón por la cual nos interesamos en investigar sobre los principales factores que inciden en el embarazo en las adolescentes, es importante destacar que el embarazo en adolescentes afecta a su vez a la familia salvadoreña al tener un incremento en la crisis familiar, incremento en la pobreza y deserción escolar ya que la mayoría de adolescentes embarazadas abandonan sus estudios. Así también el embarazo adolescente es una causa de aborto, ya sea provocado por el miedo, por presión de la sociedad al ser juzgadas, o abortos espontáneos al no tener el desarrollo suficiente para culminación de un embarazo. Es también una causa de sobrecarga estatal, y mayor población sin métodos de planificación familiar, entre otras situaciones, por lo que el embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más necesitados y desabastecidos de servicios de salud pública, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

Creemos que la atención integral en salud de los adolescentes es un elemento de suma importancia para el desarrollo del país y el futuro inmediato de la sociedad.

El tema seleccionado representa un verdadero reto al obtener información de adolescentes embarazadas, debido a que representan un grupo de personas dentro de la sociedad que sufren un cambio drástico en su estilo de vida, por lo cual la investigación adquiere un carácter de importancia actual dentro de la sociedad y cultura salvadoreña.

El grado de vulnerabilidad de una adolescente, depende de varios factores, sumada a la susceptibilidad o fortaleza, inducida por los cambios bio-psico-sociales propios de esta etapa, más los efectos positivos y negativos de los microambientes en los cuales se desenvuelven las adolescentes, la cultura y el contexto socioeconómico y político del país donde viven; todo lo cual genera una combinación de factores de riesgo y protectores dentro de la dinámica del

proceso salud enfermedad. La existencia actual de tal problemática y su incidencia negativa en los adolescentes de estas UCSF fundamenta la importancia, necesidad y utilidad del tema en cuestión. De modo que la investigación es conveniente porque pretende contribuir a la detección de su causalidad.

#### **1.4 Objetivos de la investigación.**

##### **1.4.1 Objetivo general:**

- I. Determinar los factores que influyen en el aumento del embarazo adolescente en pacientes inscritas en el programa de atención materno, en las UCSF Las Marías Chinameca, Ozatlán y Concepción Batres Usulután en el año 2019.

##### **1.4.2 Objetivos específicos:**

- Identificar las edades prevalentes de embarazo en adolescentes.
- Conocer los aspectos psicológicos y conductuales que influyen en las adolescentes embarazadas.
- Establecer el grado de eficacia de la prevención del embarazo en adolescentes por parte del primer nivel de atención en salud.

## **2. MARCO TEÓRICO.**

### **2.1 La adolescencia.**

“La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.”(1)

“La adolescencia es la etapa de la vida que comienza al terminar la infancia y finaliza cuando el organismo alcanza su total desarrollo, cuando empieza la edad adulta, en otras palabras el periodo cuando el niño se convierte en adulto.”(1)

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

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

Las modificaciones en el aparato genital están ocurriendo cada vez a edades menores, por lo que la posibilidad de que la mujer se embarace más tempranamente, ha aumentado. En la mayoría de los países latinoamericanos, la mitad de las niñas ya ha tenido su primera menstruación a los 13 años. No tenemos información tan precisa acerca de la primera

eyaculación del varón, pero en términos generales los cambios de la pubertad en los varones ocurren más temprano que en tiempos pasados.

La adolescencia es un periodo de transición en el desarrollo entre la niñez y la vida adulta, comienza alrededor de 12-13 años con la pubertad, que es un largo y complejo proceso en el que se producen importantes cambios biológicos como el comienzo de la menstruación en las niñas, que se llama menarquía. La presencia de esperma en los varones, que lleva a la eyaculación de semen con espermatozoides capaces de fecundar, esto ocurre en las primeras ocasiones, en forma involuntaria y durante la noche. La maduración de estos órganos reproductivos y el desarrollo de características sexuales secundarias producen el alcance de la maduración sexual.

El desarrollo de esta maduración atraviesa posibles etapas de la sexualidad de la adolescencia, que describen características muy generales de este proceso relacionados con aspectos psicológicos y sociales, estas etapas son:

## **2.2 Adolescencia temprana.**

Tomada en un sentido amplio, podría considerarse como adolescencia temprana el período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación.

Los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son igualmente profundos. Una reciente investigación neurocientífica muestra que, en estos años de la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico. El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental.

El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas –que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones– se reflejan en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana. Debido a que este desarrollo

comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones. Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual. (2)

### **2.3 Adolescencia tardía.**

La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones.

La temeridad, un rasgo común de la temprana y mediana adolescencia, cuando los individuos experimentan con el “comportamiento adulto”, declina durante la adolescencia tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. Sin embargo, el fumar cigarrillos y la experimentación con drogas y alcohol frecuentemente se adquiere en esta temprana fase temeraria para prolongarse durante la adolescencia tardía e incluso en la edad adulta. Por ejemplo, se calcula que 1 de cada 5 adolescentes entre los 13 y los 15 años fuma, y aproximadamente la mitad de los que empiezan a fumar en la adolescencia lo siguen haciendo al menos durante 15 años. El otro aspecto del explosivo desarrollo del cerebro que tiene lugar durante la adolescencia es que puede resultar seria y permanentemente afectado por el uso excesivo de drogas y alcohol.

“En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos.”(2) Las muchachas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia;

esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina.

No obstante estos riesgos, la adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas. Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea.

#### **2.4. Salud sexual y reproductiva.**

La salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud"(3). Según la misma OMS, "requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia". (3)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido la salud sexual como "la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad." Ambos organismos consideran que, para que pueda lograrse y mantenerse la salud sexual, deben respetarse los derechos sexuales de todas las personas. En efecto, para lograrla, la OMS asegura que se requiere un "enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia."(4)

Es conveniente diferenciar la salud sexual, enfocada a la salud en las relaciones sexuales y la salud reproductiva enfocada a la reproducción sexual y a la procreación.

A pesar de las grandes diferencias existentes deben resaltarse las iniciativas realizadas hasta la fecha. En algunos países se han llegado a implementar servicios y programas a nivel gubernamental. No obstante, este tema aún genera conflictos por los tabúes y

Mitos existentes, tales como que brindar educación y atención en esta área generará libertinaje y no libertad; que aumentarán las relaciones coitales no protegidas y la precocidad sexual. Este fenómeno puede ocasionar que este tipo de programas pierdan continuidad y respaldo político.

En este sentido, se aprecia la necesidad de crear espacios de discusión sobre este tema, siendo esto una cuestión clave para el diseño de políticas de juventud.

Así mismo, existe consenso en resaltar el deber de respetar la sexualidad del ser humano y la libertad en sus opciones y decisiones. La salud sexual y la salud reproductiva (que involucra aspectos de carácter biológico, psicológico, sociológico y cultural), por tanto, debe basarse en tres principios: individualización (tomar en consideración las diferencias individuales); respeto a la dignidad humana (valores personales y de grupo) y libre determinación (frente a las alternativas existentes es la persona quien decide en última instancia).

Los jóvenes son sexualmente activos a una edad temprana, aunque en las mujeres adolescentes, la actividad sexual por lo general se da dentro del matrimonio (Singh y cols., 2000). Algunos países incluso muestran un incremento en la actividad sexual entre grupos de edad más joven, lo cual conlleva serias implicaciones para la salud (FNUAP, 1997).

Existen grandes lagunas de información y conocimiento entre los grupos de adolescentes, y el comportamiento se mantiene básicamente sin cambiar. Por ejemplo, a pesar de los altos niveles de conocimiento, los porcentajes de uso de anticonceptivos todavía son bajos en muchos países, a veces debido a la falta de acceso, como en el caso de los condones. Esta situación ha llevado a que se produzcan consecuencias negativas en la salud reproductiva, como los embarazos adolescentes no planificados, las ETS, el VIH y el aborto, que contribuye de forma significativa a la mortalidad materna adolescente. También hay un mayor número de casos reportados de mujeres jóvenes víctimas de violencia doméstica y abuso, con casos de incesto, coerción y violación.

Las consecuencias negativas tienen causas comunes ya que existe una relación entre la salud reproductiva y la influencia socioeconómica de los determinantes de salud. Existen disparidades importantes entre los diversos subgrupos de adolescentes. Los más pobres, los marginados, los que tienen menos nivel educativo, parecen sufrir en mayor grado las consecuencias adversas de la salud reproductiva. Por ejemplo, la Encuesta Demográfica y de Salud (EDS) de 1998 en Bolivia indica que los niveles de educación o la residencia tienen escasa influencia en la edad a la que se inician sexualmente los adolescentes (Macro Internacional, 1998a). Sin embargo, existe una relación entre educación, nivel de ingresos y conocimiento sobre métodos anticonceptivos, y ésta es mayor incluso cuando se refiere al uso de un método. Esto también es evidente en otros países.

El embarazo adolescente se define como aquella gestación que ocurre en los primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica 0 = edad de la menarquia) o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. Ha sido llamado el síndrome del fracaso, o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza. El embarazo en cualquier etapa de la vida, es un hecho de gran trascendencia; de ahí que se considera que la procreación debe realizarse de manera consciente y madura, biológica y psicológicamente, garantizando al nuevo ser un medio adecuado para su desarrollo biopsicosocial.

El embarazo en una pareja de jóvenes, en general es un evento inesperado, 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 embarazo."(5)

"Muchas mujeres llegan al embarazo como una manera de llenar sus múltiples carencias. La ser requerida sexualmente, las hace sentirse valoradas. Entregan ese cariño no tanto por satisfacción personal, sino por satisfacer a la persona que quieren mantener a su lado." (Molina et al., 1994, p.92).

## **2.5 Factores relacionados con el embarazo adolescente.**

Según la ONG Save the Children, cada año nacen 13 millones de niños y niñas de mujeres menores de 20 años: un 90 % (11,7 millones) en los países en vías de desarrollo y un 10 % en los países desarrollados (1,3 millones).

Ambas realidades son duras pese a las diferencias propias de cada contexto, pero en el África subsahariana, en Nigeria y el Congo, entre otros países del continente, hay un 40 % de posibilidades de un embarazo adolescente. En Nigeria, por ejemplo, el 53 % de las embarazadas ya estaban casadas antes de los 18 años; algo muy similar ocurre en el subcontinente indio, donde el matrimonio temprano en zonas rurales es la principal causa. Por el contrario, el Asia oriental no sufre el mismo problema: Corea del Sur, Singapur o Japón tienen tasas de 1 a 3 embarazos por cada 1.000 mujeres. Las causas varían entre África, Asia, Latinoamérica y Europa, y tienen una relación directa con el contexto y la tradición de cada región.

Dos de las principales causas del embarazo en la adolescencia están directamente relacionadas con el nivel de vida y la pobreza de los habitantes de un país, son: 1. Relaciones sexuales sin

el uso de métodos anticonceptivos, o un uso erróneo o equivocado de los mismos y 2.El matrimonio adolescente y el rol tradicional que algunas sociedades todavía asignan a las mujeres.

Estas dos realidades explican por qué Nigeria, si bien ha ido reduciendo en los últimos veinte años los embarazos de madres adolescentes, todavía mantiene una triste frecuencia de 200 madres adolescentes por cada 1.000 mujeres; sin embargo, son países latinoamericanos los que siguen al país subsahariano: Nicaragua, República Dominicana, Guatemala, Honduras o Venezuela mantienen altas cifras que superan el 10 % de mujeres embarazadas en la adolescencia. Incluso en países como Argentina (55), EE. UU. (33), Canadá (14) o España (11) las cifras son demasiado elevadas pese a las políticas educativas concretas que han permitido reducir el número de embarazos adolescentes en todos estos contextos.

En los países desarrollados, la media de edad a partir de la que se empiezan a tener relaciones sexuales es una de las causas principales, si bien ha sido complicado comprender esto en sociedad y aplicar políticas educativas que enseñen una sexualidad responsable.

Hoy, la educación sexual trabaja en los siguientes escenarios para evitar embarazos adolescentes:

1. Advierte de los peligros del consumo de drogas y de bebidas alcohólicas en sí mismo y de sus consecuencias: desinhibición, falta de reflexividad, impulsividad, etcétera.
2. Presión social e idealización del embarazo en la adolescencia como formas de lograr aceptación en sus círculos cercanos (amigos y compañeros de clase, principalmente).
3. Falta de información y difícil acceso a una buena educación sexual, así como desatención o rechazo de los padres para hablar de estos temas de una forma abierta y natural.

Aunque estas son las principales causas, en los países desarrollados también está comprobado que hay algunos indicadores que pueden aumentar el riesgo: un desarrollo sexual temprano, carencias en el núcleo familiar o padres y madres adolescentes, o abusos sexuales y violaciones.

Una vez entendemos cuáles son las principales causas, es importante hacer hincapié en las consecuencias y riesgos que supone un embarazo adolescente. La frase que resume gran

parte del problema la redactó la Organización Mundial de la Salud: “la adolescencia es el periodo de vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica”.

En el caso de los embarazos precoces, esta realidad se hace añicos, pero eso no es lo peor: cuanto más joven es la madre, más peligrosa es esta situación: malnutrición, partos prematuros, niños con trastornos en el desarrollo y malformaciones y un 50 % de probabilidades más de morir en las primeras semanas de vida; en la madre: todas las complicaciones médicas del feto en desarrollo también le afectan a nivel físico, pero, además, en muchos casos suponen: Falta de atención médica por desconocimiento del embarazo, Riesgo de preeclampsia y eclampsia, alta mortalidad de la madre, complicaciones debido a los abortos clandestinos, embarazo unido a enfermedades de transmisión sexual.

Además, a nivel psicológico y social es habitual encontrarnos con: abandono de los estudios, el trauma de un aborto provocado o espontáneo. En países desarrollados, el nuevo núcleo familiar resultará, a menudo, inestable (padres adolescentes o relaciones de corta duración), mientras que, en países en vías de desarrollo, representará un mayor número de hijos. Problemas psicológicos: miedo a ser rechazada, ansiedad, estrés y problemas familiares, rechazo del bebé o aparición de trastornos emocionales graves.

Muchos de estos obstáculos están hallando respuesta en una necesaria educación en la igualdad de género y en políticas que ayudan a empoderar a las mujeres y sus derechos en la sociedad, buscando el mejor modo de conseguir un cambio en la tradición, el rol social o una mejor situación socioeconómica: la pobreza tiene la misma relación directa en el embarazo adolescente en Bangladesh, Nigeria o en el 30 % de la población británica de ingresos bajos salvando las distancias, puesto que una persona en situación de pobreza o exclusión en Reino Unido no sufre las mismas carencias que una persona en situación de pobreza en la India.

Debido a que la incidencia del embarazo adolescente es considerada una problemática multifactorial, a continuación se enlistan factores que favorecen el embarazo precoz o están asociados a este:

### **Factores Individuales.**

Dificultad para planear proyectos a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima y poca confianza, sentimientos de desesperanza, falta de actitud preventiva, menarquía precoz,

conducta de riesgo, abuso de alcohol y drogas, abandono escolar, dificultad para mejorar sus condiciones de vida, insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento, antecedentes familiares, familias conflictivas o en crisis, madres que han estado embarazadas en su adolescencia.

### **Factores Biológicos.**

La edad de menarquia es un factor determinante de la capacidad reproductiva, la que está ligada a la proporción de ciclos ovulatorios que alcanzan cerca del 50%, 2 años después de la primera menstruación. Con la pubertad se produce un notable aumento de la actividad hormonal lo cual trae la aparición de impulsos sexuales.

Entre los fenómenos que constituyen la aceleración secular del crecimiento está el adelanto de la edad de menarquia. En el último siglo, la menarquia se ha adelantado entre 2 y 3 meses por década, descendiendo desde más o menos los 15 años de edad a alrededor de los 12 (últimos 150 años). Así, los adolescentes son fértiles a una edad menor, sumada al resultado de investigaciones que reportan que el uso de los métodos de planificación en los adolescentes de Latinoamérica sigue siendo bajo, exponiéndose al riesgo de embarazarse a edades tempranas. El periodo entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales.

### **Factores Psico-Conductuales.**

Los factores psicosociales que acompañan a la modernización y su influencia en los roles personales y familiares son también contribuyentes, al existir grandes contradicciones: por una parte las características biológicas permiten la reproducción más temprana, por otra, la sociedad retarda la edad en que se considera adulto con todos los derechos y deberes (hay sociedades en las que se ha intercalado una década entre la menarquia/espermarquia y la independencia económica y laboral). Este conjunto de elementos hace que aumente el período de exposición al riesgo de embarazo fuera del marco, socioculturalmente aceptado, del matrimonio estableciéndose, además, expectativas poco realistas sobre el comportamiento sexual de los adolescentes.

Los adolescentes de 15 a 16 años son más maduros cognitivamente, pero aún están en la intensa búsqueda de la identidad y lucha por pasar de la dependencia infantil a la independencia adulta, lo cual los compromete para apreciar realísticamente la consecuencia a largo plazo del acto sexual. Algunas eligen la maternidad como medio para consolidar una

leve sensación de autonomía sin darse cuenta que esto las llevara irónicamente a encontrar menos libertad e independencia que antes.

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

### **Conducta Sexual.**

Hay escasa información respecto a la sexualidad de los adolescentes latinoamericanos, aunque algunos estudios estiman que el 50% de los adolescentes menores de 17 años es sexualmente activo. En 8 países participantes de las encuestas de demografía y salud se encontró que entre 53 y 71% de las mujeres habían tenido relaciones antes de los 20 años. En Chile distintos estudios indican que el 40% de los adolescentes escolares han tenido relaciones sexuales (47% de los hombres, 32% de las mujeres), siendo más alto en el nivel socioeconómico bajo (63%), seguido del medio (49%), y menor en el alto (17%).

La observación clínica indica que la relación sexual precoz es extendida en comunidades campesinas, algunas zonas suburbanas y en las clases sociales bajas de las grandes ciudades. El aumento de la población juvenil sexualmente activa no se ha acompañado de un incremento proporcional de contracepción.

La edad media en que se contrae matrimonio es un indicador de las opciones al alcance de las mujeres: cuando pueden elegir, muchas mujeres retrasan el matrimonio para estudiar y/o buscar empleo. Esta orientación al cumplimiento de metas es un factor que favorece un inicio más tardío de la actividad sexual.

### **Disfunción Familiar.**

Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una actividad sexual prematura, y un embarazo puede ser visto como la posibilidad de huir de un hogar patológico donde a veces la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto.

Como factores de riesgo asociados a la familia se han descrito también la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres.

### **Factores psicológicos y culturales.**

Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación precoz de la actividad sexual. En la adolescencia el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas “eso no les va a pasar”. La necesidad de probar su fecundidad, estando afligidas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia.

En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa o nula, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo. El “machismo” y la necesidad del varón de probarse, así como la existencia de carencias afectivas y necesidades no satisfechas son factores del comportamiento que también contribuyen al fenómeno.

### **Factores Sociales.**

Las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y acceso a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo.

Los medios de comunicación, a través de los mensajes comercializados y estereotipados, han contribuido a la reducción de las barreras culturales que, en el pasado, limitaban la actividad sexual. La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente.

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

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

revestida por embarazos a repetición, la maternidad y el trabajo doméstico agotador. Es típico su baja escolaridad, falta de ingreso, falta de empleo, salud inadecuada y falta de acceso a la salud.

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

El machismo influye el patrón de conducta sexual y el uso de métodos anticonceptivos (especialmente entre los adolescentes). La imagen de una mujer pasiva, silenciosa, dependiente, es el resultado de una generación de privación y restricciones impuestas para mantener el dominio masculino en la vida diaria. Freíd Said, dice que esto se expresa en la negación del derecho de la mujer a la realización sexual, independiente de la reproducción. Esto refleja un sistema de valores que iguala maternidad con reproducción.

Determinantes sociales:

1. Inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas.
2. Permanecer más tiempo solas(os).
3. Pocas oportunidades de esparcimiento y educación.
4. Poca información y a veces deformada sobre educación sexual y anticoncepción.
5. Abundancia de programas que incitan a las relaciones sexuales.
6. Tendencia a la reproducción del modelo materno (hijos a temprana edad).
7. Falta de acceso a los servicios de planificación familiar.

### **Factores educativos.**

La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes. La precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, más bien la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones.

La educación se ha descrito como el medicamento contra el fatalismo. Las mujeres analfabetas de los sectores rurales no entienden de la fisiología de la reproducción o como

controlarla, en consecuencia aceptan el embarazo como una voluntad divina, una mujer sin educación está menos informada e indispuesta a buscar cuidados para su salud y atención médica. Se describe como factor de riesgo la baja escolaridad, las zonas de pobreza con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad familiar disfuncionales, falta de recursos a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo.

## **2.6 Anticoncepción y embarazo adolescente.**

La mitad de los embarazos de adolescentes ocurren durante los seis meses siguientes al inicio de la actividad sexual, y el 20% en el curso del primer mes. De estos adolescentes, no más de un 30% usó algún método anticonceptivo en ese período, aduciendo que estaban convencidos que “eso no iba a pasarles”, lo no planificado del momento del coito, ignorancia de los métodos de anticoncepción, temor a ser criticados si usaban un método anticonceptivo, o a que los padres supieran que tenían actividad sexual.

El uso de anticonceptivos en adolescentes es inferior que el de las mujeres de toda edad, aún en las casadas, con tasas de 9% en Guatemala, 30% en Colombia y hasta 50% en Brasil. Las cifras son más bajas en áreas rurales. Los métodos más utilizados son el coito interrumpido, y el método de calendario, (no siempre bien utilizados) seguido de la píldora.

La literatura señala que durante el año siguiente al parto, el 30% de las adolescentes quedan nuevamente embarazadas, y entre el 25 y 50% durante el segundo año. Como factores de riesgo para la recidiva se han identificado: primer embarazo antes de los 16 años, pareja mayor de 20 años, deserción escolar, estar en un nivel escolar menor al que le correspondería, haber requerido asistencia social en el primer embarazo, haber tenido complicaciones durante el primer embarazo, y haber salido del hospital sin conocer métodos de planificación familiar.

El embarazo en la adolescencia muy pocas veces es casual y menos aun conscientemente buscado. Obedece en general a una serie de causas, entre algunas: psicológicas, socioculturales y familiares. Psicológicas: durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia, el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas eso no les va a pasar, pues eso solamente les ocurre a otras. La necesidad de probar su fecundidad, estando influenciadas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia.

Dentro de las causas psicológicas se mencionan:

1. Tener un hijo para reconstruir la ternura materna o para construir la que no han tenido.
2. Para conseguir un marido que las acompañe y las ayude a sobrevivir económicamente.
3. Para castigar a los padres por su incompreensión.
4. Para irse de un hogar disfuncional, huir de un ambiente difícil.
5. Agradar al novio.

## **2.7 Atención primaria en Salud.**

La declaración de Alma Ata, definió que “la Atención Primaria en Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”.

“Para que la Atención primaria en salud sea, lo más rápidamente posible, accesible a todos los miembros de la comunidad, es indispensable que la comunidad y los individuos contribuyan con máximo esfuerzo a su propio desarrollo sanitario. Para que esto sea así la comunidad ha de participar plenamente en la planificación, la organización y la administración de la Atención Primaria en Salud.”(6)

La APS forma “parte al mismo tiempo del sistema nacional de salud y del conjunto del desarrollo económico y social, sin el cual estaría condenada al fracaso, se habrá de coordinar en el plano nacional, con los demás niveles del sistema de salud, así como con los demás sectores que contribuyan a la estrategia para el desarrollo total del país.”(7)

La APS debe estar dirigida hacia la resolución de las necesidades y problemas de salud concretos de una comunidad, que deben ser abordados con actividades coordinadas de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación, potenciando la auto responsabilidad y la participación comunitaria.

## **2.8 Promoción de la Salud.**

La carta de Ottawa define a la promoción de salud como “la herramienta que permite en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.” La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.

## **2.9 Participación individual y colectiva en salud.**

“El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.” (6)

La Declaración de Alma Ata hace énfasis en la importancia de una fuerte participación y autodeterminación de la comunidad; las principales razones para la participación son que la buena salud resulta de un proceso del que las propias personas necesitan formar parte. Tanto para los individuos, familias o comunidades como para las naciones, la participación directa en las decisiones que influyen en su bienestar es parte de lo que significa estar sano. Salud y autodeterminación están entrelazadas de manera inseparable. La otra razón es pragmática.

Nunca podrá haber suficientes médicos, enfermero/as o incluso trabajadores de la salud formados profesionalmente para cubrir las necesidades sanitarias de todos. Por lo tanto, para que las mejoras en la salud sean sostenibles, la propia comunidad necesita implicarse en el mantenimiento de su salud. Y por último, la salud está determinada en gran parte por los niveles de equidad y justicia social. Para afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud, los trabajadores sanitarios y los ministerios de salud deben asumir su responsabilidad con el pueblo, estableciendo garantías sociales para asegurar que sean cubiertas las necesidades básicas de todas las personas.

## **2.10 Embarazo adolescente en El Salvador.**

En El Salvador, datos del Ministerio de Salud, relacionan la zona de procedencia, la pobreza y la escolaridad como elementos claves en el embarazo en niñas y adolescentes. Por áreas geográficas, el Ministerio de Salud realizó un análisis en los municipios con base a los siguientes grupos de edad: en el grupo de 9 a 12 años, 54 municipios tienen un nivel de afectación alta y moderada de embarazo en niñez y adolescencia; para el grupo de 13 a 15 años el número de municipios se incrementa a 222, mientras que para el grupo de 16 a 18 años es de 226. De estos municipios, se identifican 20 con incidencia alta en los tres grupos de edad referidos.

En cuanto a la escolaridad, la incidencia del embarazo en adolescentes aumenta en la medida en que se reduce la instrucción formal llegando hasta el analfabetismo, lo que evidencia mayor carga de embarazo en los sectores con más desventaja social, entre los cuales se ubican 1,683 casos más por cada 100 000 adolescentes, en comparación con los que tienen al menos 10 años de escolaridad.

La probabilidad de ocurrencia de embarazo es mayor en un 60% si la mujer pertenece al grupo con menor instrucción formal, si lo comparamos con el de mayor acceso a educación. Estas inequidades no existirían si toda la población tuviera al menos 10 años de instrucción formal, tal como el 20% más aventajado de la población. (8)

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

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

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

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

Una de cada 2 mujeres de 15 a 24 años tiene experiencia sexual. 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 años y 54.5 por ciento en el grupo de 20 a 24 años de edad. La proporción cuya primera relación sexual fue pre marital asciende rápidamente del 11.3 por ciento entre las mujeres de 15 años de edad actual a un 43 por ciento entre las de 19 años y sigue ascendiendo hasta alcanzar un 62 por ciento en el grupo con 24 años de edad.

El sistema de morbilidad en línea del Ministerio de Salud, para el año 2009, existen 155,146 usuarias activas de métodos temporales de P.F. el 22.4% de ellas son adolescentes. Esta proporción se ha mantenido en los últimos 5 años.

La tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos en adolescentes (TPA: usuarias de métodos anticonceptivos 10 a 19 años/MEF de 10 a 19 años) asciende del 2% en los departamentos de Sonsonate, San Miguel y la Unión hasta el 22% en el departamento de La Paz.

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 años y 58.5% entre mujeres mayores de 20 años.

## **2.11 Marco Jurídico.**

Tomado del Diario Oficial, Tomo N°139, numero 149. San Salvador, 15 de agosto de 2012.

Acuerdo N°1181: Política de Salud Sexual y reproductiva, paginas 39-52:

### **CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR**

Art. 3.- Todas las personas son iguales ante la Ley. Para el goce de los derechos que este principio implica, no podrán establecerse restricciones que se basen en diferencias de nacionalidad, raza, sexo o religión.

Art. 65.- La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

LEY DE IGUALDAD, EQUIDAD Y ERRADICACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES, Abril 2011

Art. 26.- Igualdad y no Discriminación en la Atención a la Salud Integral y a la Salud Sexual y Reproductiva.

El Estado adoptará la transversalización del principio constitucional de la igualdad y la no discriminación entre mujeres y hombres como objetivo fundamental a lograr en todas las actividades vinculadas a las responsabilidades públicas en salud.

El Estado, en atención a las obligaciones que le confiere la Constitución, postula como derechos fundamentales en materia de salud integral, salud sexual y salud reproductiva: El derecho a recibir información calificada sobre las materias vinculadas a estos derechos; el derecho a recibir servicios de prevención de riesgos en esta materia; y, el derecho a la atención integral.

El Ministerio de Salud garantizará la protección de los derechos a la salud integral, a la salud sexual y reproductiva, y la igualdad y equidad en el acceso y atención en los servicios correspondientes.

En el diseño, ejecución y evaluación de las políticas y planes de salud, se aplicarán los siguientes lineamientos generales:

a) Acceso de mujeres y hombres, sin discriminación alguna y en todas las etapas de su vida, a información educativa, a servicios gratuitos y de buena calidad, para la atención de la salud integral.

b) Acceso universal de niñas, niños, adolescentes, adultas y adultos, a información y educación científica y actualizada, adecuada al ciclo vital, oportuna, veraz, suficiente y completa sobre el ejercicio responsable de la sexualidad, auto cuidado y prevención de riesgos en salud sexual y salud reproductiva, así como acceso a los servicios públicos de información, atención preventiva y curativa correspondientes.

c) Proveer información científica, educación, normas de higiene, prevención, detección y atención a riesgos en salud sexual y salud reproductiva, con especial consideración a las

infecciones de transmisión sexual y el Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH- Sida).

d) Garantizar servicios de salud de calidad durante la etapa de fertilización, implantación, embarazo, parto y puerperio a todas las mujeres, sin discriminación de ningún tipo, incluyendo la garantía de atención a usuarios/as que acudan a los establecimientos de salud en busca de atención oportuna, por problemas y situaciones que pongan en riesgo la continuidad del embarazo.

e) Desarrollar actividades sistemáticas calificadas y sostenidas para formar personas con las capacidades y habilidades que exige la oferta de estos servicios.

LEY DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (LEPINA),  
Marzo 2010

Artículo 32.- Salud sexual y reproductiva. Todas las niñas, niños y adolescentes, de acuerdo con su desarrollo físico, psicológico y emocional, tienen el derecho a recibir información y educación en salud sexual y reproductiva, de forma prioritaria por su madre y padre.

Asimismo, se destacan los contenidos de los siguientes artículos:

Artículo 22.- Gratuidad del servicio de atención médica.

Artículo 23.- Obligación de atención médica de emergencia para la niña, adolescente o mujer embarazada.

Artículo 26.- Responsabilidades de la familia frente al derecho a la salud.

Artículo 28.- Derecho a la lactancia materna.

Artículo 29.- Promoción de la salud de la niñez y adolescencia.

Artículo 30.- Salud primaria y familiar.

Artículo 31.- Salud mental.

LEY ESPECIAL INTEGRAL PARA UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA LAS  
MUJERES, Noviembre 2010

Artículo 2.- Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

El derecho de las mujeres a una vida libre de violencia comprende, ser libres de toda forma de discriminación, ser valoradas y educadas libres de patrones estereotipados de comportamiento, prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación.

Así mismo, se refiere al goce, ejercicio y protección de los derechos humanos y las libertades consagradas en la Constitución y en los instrumentos Nacionales e Internacionales sobre la materia vigente, incluida entre otros el derecho a:

- 1) Que se respete su vida y su integridad física, psíquica y moral.
- 2) Que se respete la dignidad inherente a su persona y se le brinde protección a su familia.
- 3) La libertad y a la seguridad personal.
- 4) No ser sometida a tortura o tratos humillantes.
- 5) La igualdad de protección ante la ley y de la ley.
- 6) Un recurso sencillo y rápido ante los tribunales competentes que la amparen frente a hechos que violen sus derechos.

#### Artículo 23.- Responsabilidades del Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud será el responsable de:

- a) Garantizar las medidas específicas en el ámbito de los servicios de salud pública, para la prevención, detección temprana, atención e intervención en los casos de violencia contra las mujeres.
- b) Incorporar las medidas necesarias para el seguimiento y evaluación del impacto en la salud de las mujeres afectadas por la violencia, dando especial atención a la salud mental y emocional.

### **3. SISTEMA DE HIPOTESIS.**

#### **3.1 Hipótesis de trabajo.**

Hi: Los factores socioculturales determinan el aumento de embarazos en adolescentes.

#### **3.2 Hipótesis nula.**

Ho: Los factores socioculturales no determinan el aumento de embarazos en adolescentes.

#### **3.4 Unidades de análisis.**

Embarazadas adolescentes inscritas en el programa de atención materna de las UCSF Concepción Batres, Ozatlán y Las Marías.

#### **3.5 Variables.**

A. Variables independientes:

1. Factores socioculturales.
2. Factores ginecológicos y obstétricos.
3. Salud sexual y reproductiva.

B. Variables dependientes:

1. Aumento de embarazo en adolescente.

### 3.6 Operacionalización de variables.

Variable Independiente	Definición	Dimensiones	Indicador
Factores Socio – Culturales	Se utiliza el término sociocultural para hacer referencia a cualquier proceso o fenómeno relacionado con los aspectos sociales y culturales de una comunidad o sociedad es decir; Son todas aquellas condiciones conductas, valores y costumbres fundamentadas por la familia, escuela, sociedad y religión, En este caso que influyen de manera directa o indirecta al aumento de embarazo en adolescentes.	Familia	Familia integrada
		Familia desintegrada	
		Escolaridad	Ninguna
			Básica
			Intermedia
			Bachillerato
			Universitaria
		Ocupación	Empleado
			Desempleado
		Religión	Católica
			Evangélica
			Otra
			Soltera
		Estado civil	Acompañada
	Casada		
	Divorciada		
	Viuda		

### 3.6 Operacionalización de variables.

Variable Independiente	Definición	Dimensiones	Indicador
Factores Socio – Culturales	Se utiliza el término sociocultural para hacer referencia a cualquier proceso o fenómeno relacionado con los aspectos sociales y culturales de una comunidad o sociedad es decir; Son todas aquellas condiciones conductas, valores y costumbres fundamentadas por la familia, escuela, sociedad y religión, En este caso que influyen de manera directa o indirecta al aumento de embarazo en adolescentes.	Soporte económico	Abuelos
		Padres	
		Pareja	
		Ninguno	
		Edad	Adolescencia temprana 10-14 años
		Adolescencia tardía 15-19 años	
		Accesibilidad a los servicios de Salud	Transporte
		Ubicación de Unidad de Salud	
		Inclusión En programas de Salud.	

### 3.6 Operacionalización de variables.

Variable Independiente	Definición	Dimensiones	Indicador
Antecedentes Ginecológicos y Obstétricos	Se refiere al conjunto de datos relacionados con menarquia, sexualidad o gestación previa de la Mujer.	Adolescente	<p>Edad de Menarquia.</p> <p>Edad de inicio de relaciones Sexuales.</p> <p>Gestación.</p>

### 3.6 Operacionalización de variables.

Variable Independiente	Definición	Dimensiones	Indicador
Salud Sexual y reproductiva.	.Una buena salud sexual y reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia.	Biológica.	Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva
		Psicológica.	Conocimiento sobre planificación familiar.
		Social.	Apoyo por familia o pareja
			Violencia intrafamiliar.

## **4. DISEÑO METODOLOGICO.**

### **4.1 Tipo de investigación.**

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y los registros de la información:

La investigación presente se realizó con un enfoque cualitativo-cuantitativo. Cuantitativo debido a que se obtuvieron datos de tablas, frecuencias y porcentajes; y a su vez que fue cualitativa porque permitió identificar el conocimiento que tienen las embarazadas adolescentes sobre la planificación familiar y la salud sexual y reproductiva.

Según el análisis y alcance de los resultados del estudio:

Se realizó una investigación de tipo descriptiva, debido a que se observa una situación que ocurre en un momento específico en cada una de las unidades comunitarias de salud familiar del estudio y se describe el comportamiento de las adolescentes embarazadas.

Según el periodo y secuencia de la investigación:

Se realizó un estudio de corte transversal, en vista de que los datos de cada adolescente embarazada representan un solo momento en el tiempo y se pudieron investigar las variables involucradas.

### **4.2 Universo y muestra.**

#### **Universo.**

El universo de la investigación está constituido por 84 pacientes del sexo femenino, específicamente pacientes embarazadas que están inscritas en el programa materno infantil de las UCSF Las Marías Chinameca, Ozatlan Usulután y Concepción Batres Usulután y consultan durante el periodo del año 2019.

#### **Muestra.**

La muestra se constituye de 60 pacientes embarazadas adolescentes que consultaron por inscripción materna o control subsecuente del programa de atención materna de las UCSF Las Marías Chinameca, Ozatlán Usulután y Concepción Batres Usulután y consultan durante el periodo del año 2019.

El grupo de participantes en el estudio se seleccionó con base a:

#### **4.3 Criterios de inclusión.**

- ✓ Mujeres adolescentes embarazadas por clínica o datos de laboratorio.
- ✓ Adolescentes inscritas en el programa materno de las unidades de salud en estudio.
- ✓ Adolescentes embarazadas que pertenecen a la población asignada a cada unidad de salud en estudio.
- ✓ Adolescentes embarazadas con disposición a participar en el estudio.

#### **4.4 Criterios de Exclusión.**

- ✓ Adolescente embarazada con discapacidad de lenguaje o auditiva.
- ✓ Adolescente embarazada con discapacidad mental.
- ✓ Embarazadas migrantes o extranjeras a las cuales no se puede dar seguimiento por parte de las unidades comunitarias de salud familiar involucradas en el estudio.

#### **4.5 Técnica de recolección de datos.**

Técnica documental bibliográfica: Obtención de información a través de libros, artículos, tesis, normativas y diccionarios.

Técnica de trabajo de campo: La técnica de recolección de datos utilizada en la presente investigación es la encuesta, la cual permitió obtener la información requerida de las adolescentes embarazadas del estudio.

#### **4.6 Instrumentos.**

Cuestionario. Conformado por 26 preguntas (Anexo 1). Dentro del cual se incluyen 3 partes: La primera consta de las características sociodemográficas de la embarazada adolescente, la segunda parte toma en cuenta los antecedentes ginecológicos y obstétricos de las mujeres encuestadas, y la última parte recoge información sobre salud sexual y reproductiva

#### **4.7 Plan de análisis.**

Una vez recolectada la información, se procedió a la codificación de los datos, dicha información fue procesada en el programa IBM SPSS versión 25, creando una base de datos para el posterior análisis de la información. Los datos fueron presentados en tablas de distribución de frecuencias y porcentajes, a su vez representados mediante gráficos.

Para las unidades de análisis se tomaron en cuenta los criterios de inclusión y exclusión y se conformó por un total de 60 adolescentes embarazadas entre 15 a 19 años de edad inscritas en el programa de atención materna de las UCSF en estudio, que residían en la zona de influencia de dichas UCSF y que estuvieron dispuestas a participar en la investigación.

#### **4.8 Riesgos y Beneficios.**

##### **Riesgos de la investigación.**

No hay riesgos relacionados directamente a la participación en esta investigación.

##### **Beneficios de la investigación.**

Identificar los principales factores que predisponen a las adolescentes de la población a un embarazo a temprana edad, además la presente investigación permitirá hacer relaciones de causa efecto entre los diferentes factores relacionados con el aumento de casos de dicho problema. Realizar recolección de información y relacionar directamente con la falta de educación oportuna y adecuada en cuanto a salud sexual y reproductiva lo cual permite identificar factores importantes en la prevención del Embarazo durante la Adolescencia.

#### **4.9 Consideraciones éticas.**

Se tomó en cuenta la autonomía y capacidad de la adolescente de su autodeterminación, también se le informo durante la entrevista que la participación de la población será voluntaria y anónima respetando su dignidad y confidencialidad, logrando entonces los máximos beneficios y reducir al mínimo cualquier daño a su integridad moral. Previamente se les explicó en qué consiste el estudio para que sean entrevistadas bajo su previo consentimiento.

## **5. RESULTADOS.**

### **5.1. Tabulación, análisis e interpretación de los resultados obtenidos de la cedula de encuesta.**

El presente trabajo, realizado en las UCSF. Concepción Batres, Ozatlán y Las Marías, se realizó mediante una encuesta que cuenta con 26 preguntas, dentro de la cual hay 3 apartados: Características sociodemográficas de la adolescente embarazada, antecedentes ginecológico – obstétricos y conocimientos sobre salud sexual y reproductiva de la adolescente embarazada.

### **5.2. Características sociodemográficas de la adolescente embarazada.**

Este apartado contiene datos generales de la adolescente embarazada, como: Edad, lugar de procedencia, nivel de escolaridad, ocupación actual, estado civil, edad de la pareja, soporte económico familiar, tipo de vivienda y dificultad en el acceso de servicios de salud.

### **5.3. Antecedentes ginecológicos – obstétricos.**

En esta sección se encuentran los siguientes datos: edad de menarquia, edad de inicio de relaciones sexuales, motivo de inicio de relaciones sexuales, uso de métodos de planificación familiar y antecedente familiar de embarazo adolescente.

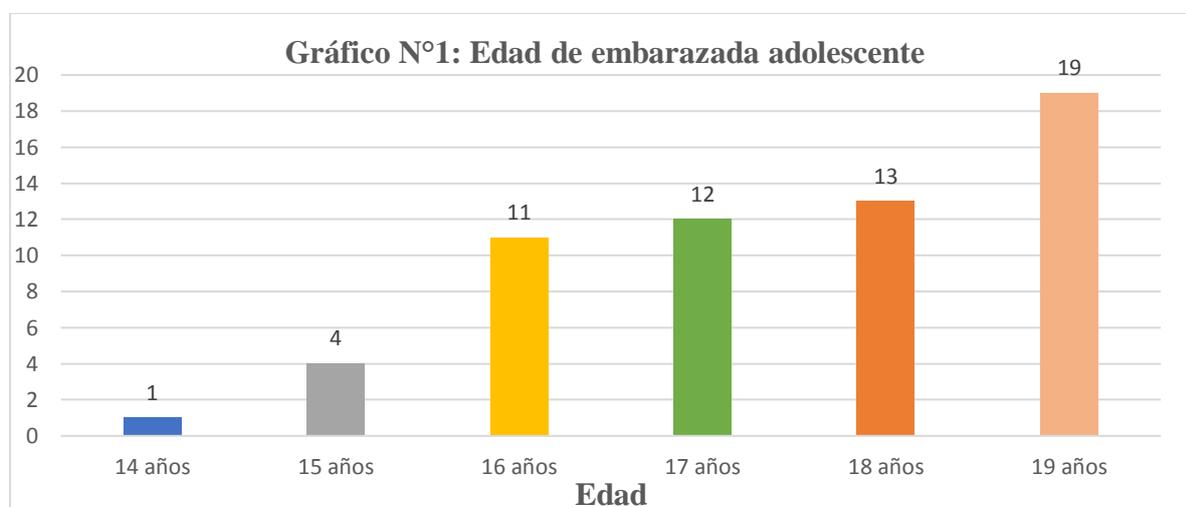
### **5.4. Salud sexual y reproductiva.**

En este grupo de preguntas se incluyen: conocimiento de salud sexual y reproductiva, fuente de información sobre salud sexual y reproductiva, métodos de planificación conocidos, fuente de información sobre planificación familiar, número de controles prenatales, apoyo por parte de la pareja.

**5.5. Tabulación, análisis e interpretación de los resultados obtenidos de la guía de encuesta realizada a las adolescentes embarazadas del estudio.**

<b>Tabla N°1: Edad de embarazada adolescente</b>					
	Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	14 años	1	1.7	1.7	1.7
	15 años	4	6.7	6.7	8.3
	16 años	11	18.3	18.3	26.7
	17 años	12	20.0	20.0	46.7
	18 años	13	21.7	21.7	68.3
	19 años	19	31.7	31.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta.



Fuente: Tabla N.1

**Análisis:** Se encontró en edad de embarazada adolescente, una paciente de 14 años lo que dio un porcentaje de 1.7 %, 4 pacientes de 15 años de edad lo que dio un porcentaje de 6.7%, 11 pacientes de 16 años de edad lo que dio de porcentaje 18.3%, 12 pacientes de 17 años de edad, que representa un porcentaje de 20.0% ,13 pacientes de 18 años de edad con un porcentaje de 21.7% y finalmente 19 pacientes de 19 años de edad, para un porcentaje de 31.7%.

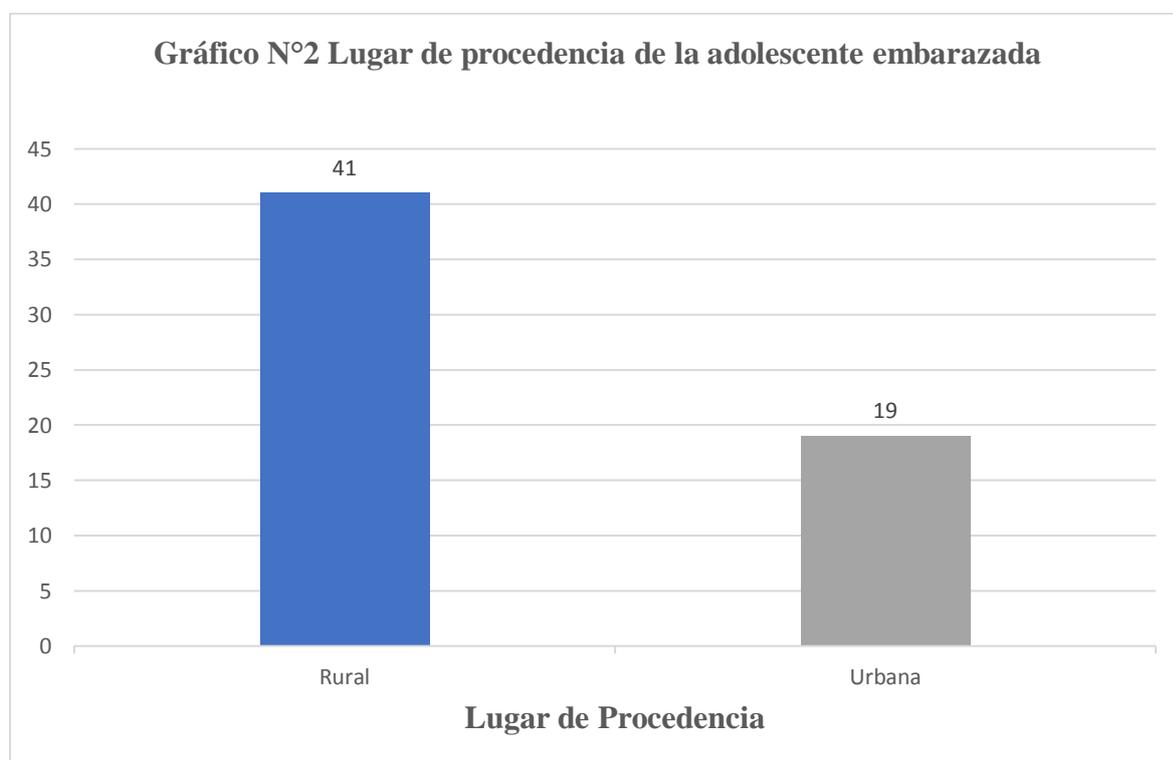
**Interpretación:** El porcentaje mayoritario de embarazadas se encontraban en adolescencia tardía (15-19 años), esto responde a que las adolescentes creen que por estar cerca de la mayoría de edad son personas capaces de ejercer su derecho a la sexualidad de manera responsable, dando como resultado mayor incidencia de embarazo en estas edades.

Tabla N.2: Lugar de procedencia de la adolescente embarazada.					
Lugar de procedencia		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Rural	41	68.3	68.3	68.3
	Urbana	19	31.7	31.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** Se encontró que el lugar de procedencia de adolescentes embarazadas en el área rural tenía una frecuencia de 41 dando un porcentaje de 68.3% mientras que en el área urbana la frecuencia fue de 19 embarazadas adolescentes con un porcentaje de 31.7%.

**Interpretación:** Se encontró mayor población de embarazadas adolescentes en área rural en comparación con el área urbana, lo cual guarda relación con el menor acceso a educación sexual y reproductiva y menos probabilidades de superación personal debido a tabúes o dificultades económicas.



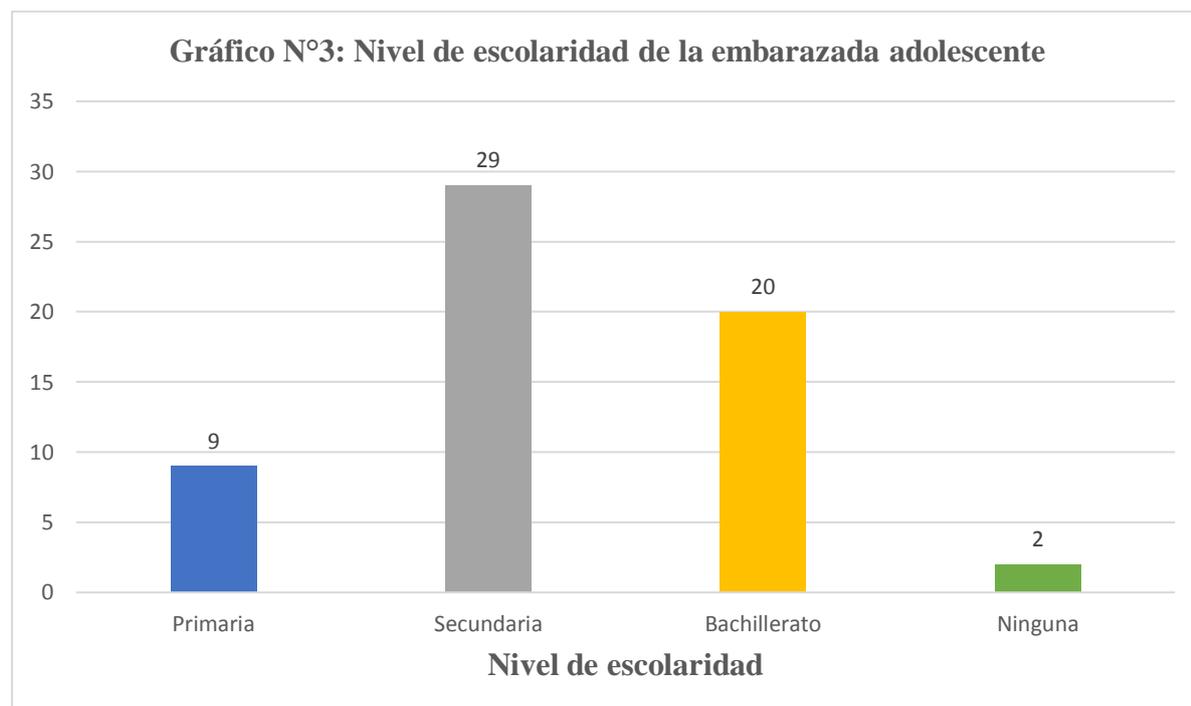
Fuente: Tabla N.2

Nivel de escolaridad		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Primaria	9	15.0	15.0	15.0
	Secundaria	29	48.3	48.3	63.3
	Bachillerato	20	33.3	33.3	96.7
	Ninguna	2	3.3	3.3	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** Según los resultados de la guía de entrevista, el nivel de escolaridad que posee la adolescente embarazada es: primaria con una frecuencia de 9 dando un porcentaje de 15%, secundaria con una frecuencia de 29 dando un porcentaje de 48.3%, bachillerato con una frecuencia de 20 y un porcentaje de 33.3%, Ningún nivel de escolaridad en embarazadas adolescentes dio una frecuencia de 2 con un porcentaje de 3.3%.

**Interpretación:** Se puede apreciar el bajo nivel de escolaridad que posee la embarazada adolescente, esto por deserción escolar por motivos de embarazo, razones económicas y falta de apoyo familiar; de igual manera un pequeño porcentaje de la población de adolescentes embarazadas no posee ningún nivel de escolaridad, lo cual dificulta de gran manera el acceso a educación sexual de este grupo poblacional.



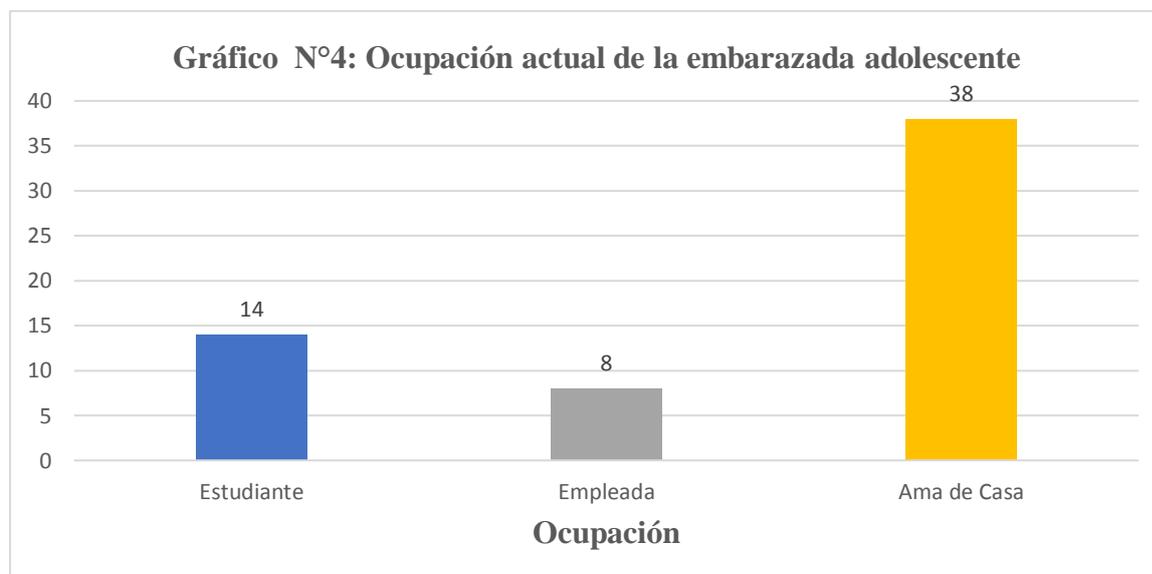
Fuente: Tabla N.3

Ocupación actual		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Estudiante	14	23.3	23.3	23.3
	Empleada	8	13.3	13.3	36.7
	Ama de casa	38	63.3	63.3	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** Ocupación actual de embarazada adolescente: 14 pacientes manifestaron ser estudiantes, esto representa un porcentaje de 23.3%; 8 pacientes manifestaron ser empleadas, con un porcentaje de 13.3% y por ultimo 38 pacientes manifestaron ser amas de casa, con un porcentaje de 63.3 %.

**Interpretación:** Se puede apreciar que las adolescentes en vista de su embarazo se ven en la necesidad de interrumpir con su formación académica, lo que genera mayor deserción escolar, convirtiendo a las adolescentes en amas de casa, que en muchas ocasiones no cuentan con el apoyo económico de sus padres o parejas para seguir sus estudios. Una minoría, a pesar de estas carencias opta por buscar empleo para poder subsistir, no obstante nuestra realidad nacional es que en la mayoría de empresas o patronos informales no contratan mujeres embarazadas por todos las dificultades que esto conlleva, debido a que los derechos laborales de las embarazadas se ven como desventaja ante los patronos; todo esto genera que el porcentaje de embarazadas adolescentes que trabajan lo hagan sin un contrato de trabajo, es decir, de manera informal y por un salario menor al salario mínimo y sin las prestaciones de ley.



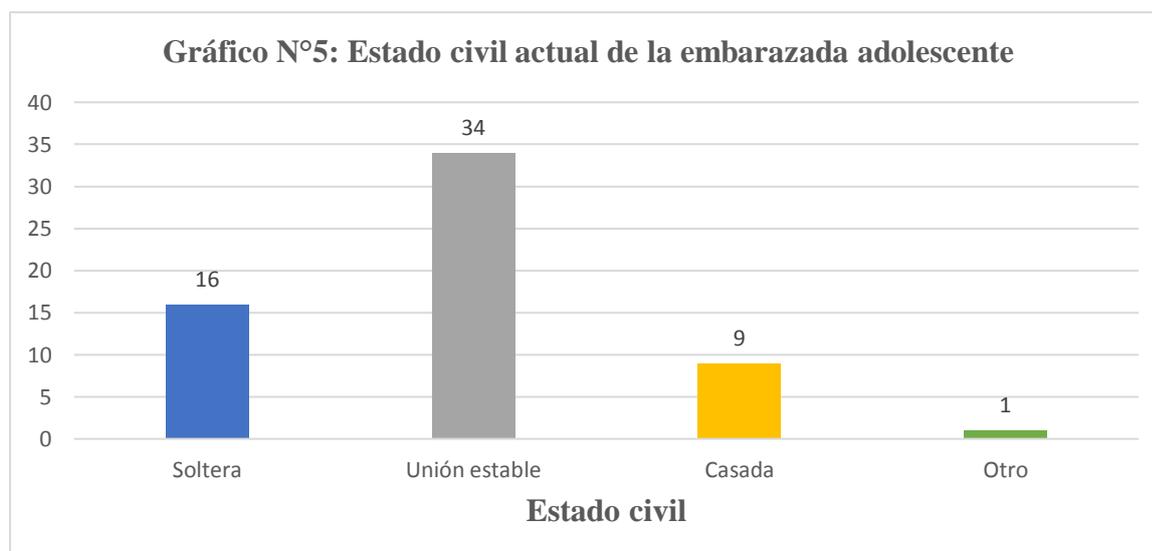
Fuente: Tabla N.4

Tabla N°5: Estado civil actual de la embarazada adolescente					
Estado civil actual		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Soltera	16	26.7	26.7	26.7
	Unión estable	34	56.7	56.7	83.3
	Casada	9	15.0	15.0	98.3
	Otro	1	1.7	1.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** De acuerdo con los resultados obtenidos de la guía de entrevista, el estado civil de embarazada adolescente: 16 embarazadas manifestaron ser solteras con un porcentaje de 26.7%, 34 pacientes manifestaron estar en unión libre, lo que da un porcentaje de 56.7%, 9 pacientes manifestaron estar casadas, con un porcentaje de 15%, una paciente manifestó otro, lo cual implica no vivir con su pareja pero visitarla eventualmente, dio un porcentaje de 1.7%.

**Interpretación:** 34 pacientes manifestaron tener una unión estable, resultando ser más de la mitad de embarazadas adolescentes, esta situación es generada en primer lugar porque nuestra legislación no permite el matrimonio de menores de edad; 16 pacientes manifestaron ser solteras, lo que afecta psicológica y emocionalmente a las mismas pues deberán afrontar solas las cargas y gastos del hogar al no tener el apoyo de su pareja; 9 pacientes han contraído matrimonio civil, esto debido a que se trata de adolescentes de 19 años, las cuales pueden contraer matrimonio según nuestra legislación vigente, en lo que respecta a la paciente restante se puede concluir que en su proyecto de vida no tiene contemplado establecer una familia formal o una relación estable, por el contrario prefiere tener encuentros esporádicos.



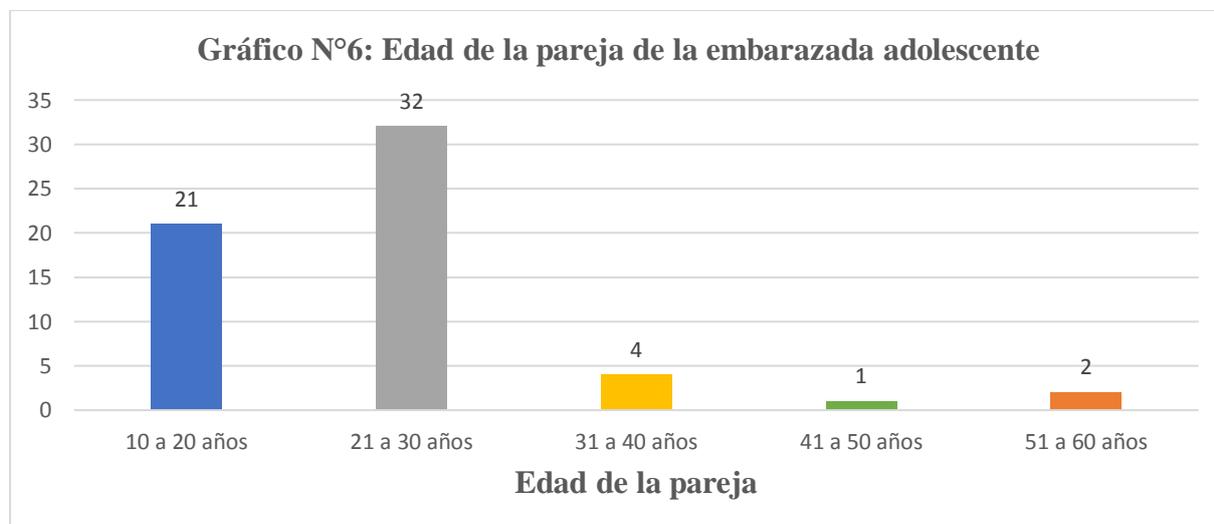
Fuente: Tabla N.5

	Edad de la pareja	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	De 10 a 20 años	21	35.0	35.0	35.0
	De 21 a 30 años	32	53.3	53.3	88.3
	De 31 a 40 años	4	6.7	6.7	95.0
	De 41 a 50 años	1	1.7	1.7	96.7
	De 51 a 60 años	2	3.3	3.3	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** Edad de la pareja de la embarazada adolescente: 21 pacientes embarazadas adolescentes manifestó que su pareja tenía entre 10 a 20 años, dando un porcentaje de 35%; 31 pacientes manifestaron que la edad de su pareja oscilaba entre 21 a 30 años, dando un porcentaje de 53.3%; 4 pacientes manifestaron que la edad de su pareja se encuentra entre los 31 y 40 años, dando un porcentaje de 6.7%; 1 paciente manifestó que la edad de su pareja oscilaba entre 41 a 50 años, dando un porcentaje de 1.7% y 2 pacientes manifestaron que la edad de su pareja oscilaba entre 51 a 60 años, dando un porcentaje de 3.3 %.

**Interpretación:** Se evidencia una marcada discordancia de edades entre la pareja, puesto que los hombres son mayores de edad y las mujeres evidentemente adolescentes; al indagar al respecto, algunas de estas pacientes no tuvieron una figura paterna dentro de sus hogares, puesto que sus madres también fueron madres adolescentes y en su mayoría solteras, por lo que puede concluirse que en su pareja tienen una imagen distorsionada de su padre ausente; incluso una minoría tiene parejas de la tercera edad, estas manifestaron pasar por dificultades económicas en determinados momentos y en este caso las adolescentes ven a su pareja como una fuente de ingreso económico.



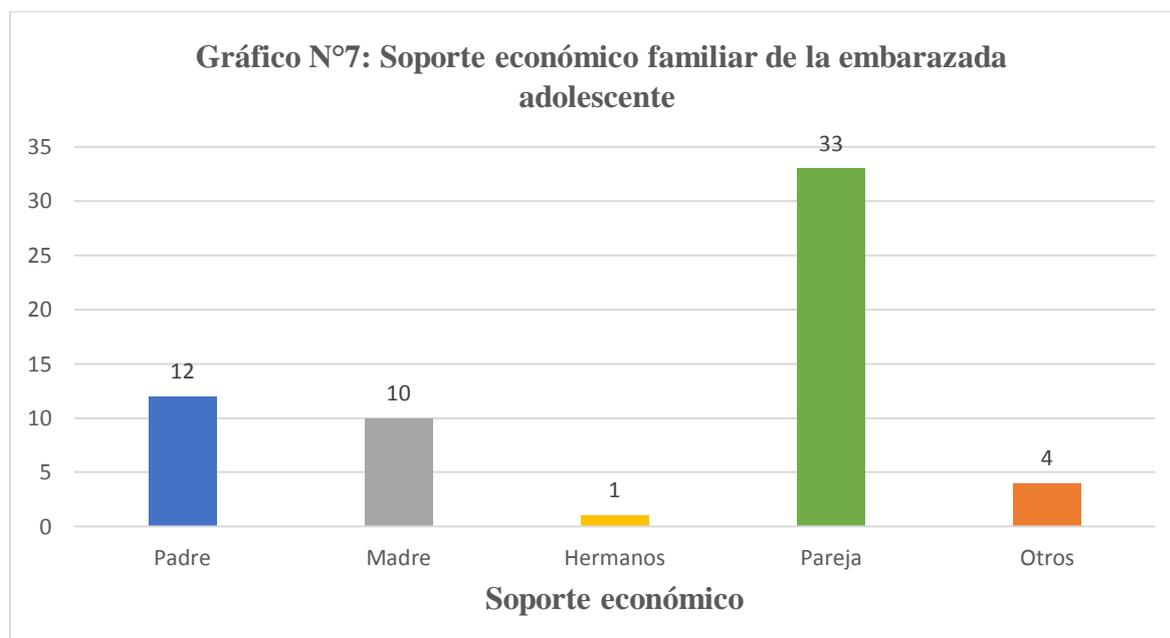
Fuente: Tabla N.6

Soporte económico		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Padre	12	20.0	20.0	20.0
	Madre	10	16.7	16.7	36.7
	Hermanos	1	1.7	1.7	38.3
	Pareja	33	55.0	55.0	93.3
	Otros	4	6.7	6.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** De acuerdo a los datos obtenidos de la guía de entrevista, 12 pacientes manifestaron que el soporte económico era su padre, dando un porcentaje de 20 %; 10 pacientes manifestaron que el soporte económico lo aportaba su madre, generando un porcentaje de 16.7 %; 1 paciente manifestó que el soporte económico lo aportaba su hermano, generando un porcentaje de 1.7%; 33 pacientes manifestaron que el soporte económico lo aportaba su pareja, generando un porcentaje de 55%; 4 pacientes manifestaron que el soporte económico lo aportaban “otros”, llamándole a estos: tíos, primos o abuelos generando un porcentaje de 6.7 % .

**Interpretación:** Si bien el 55% de las embarazadas adolescentes manifestó que el soporte económico lo aportaba su pareja, el restante de las embarazadas adolescentes continúa a expensas de la economía familiar generando un desbalance en la situación económica familiar.



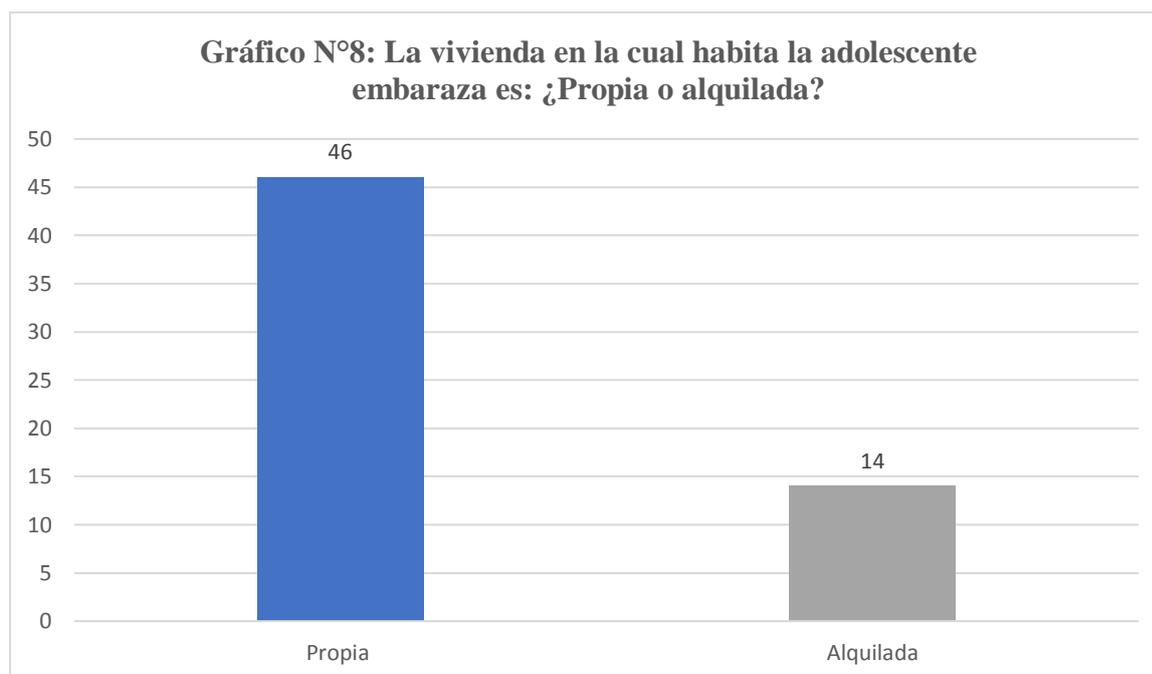
Fuente: Tabla N.7

Tabla N°8: La vivienda en la cual habita la adolescente embarazada es: ¿Propia o alquilada?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Propia	46	76.7	76.7	76.7
	Alquilada	14	23.3	23.3	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** Vivienda en la cual habita la embarazada adolescente frente a la interrogante si es propia o alquilada: 46 pacientes manifestaron tener casa propia, generando un porcentaje de 76.7% y 14 pacientes manifestaron alquilar vivienda, lo cual evidencia un porcentaje de 23.3 %.

**Interpretación:** el 76.7% de las embarazadas adolescentes manifestó tener casa propia, esta respuesta es en base a que la mayoría de las embarazadas adolescentes continua viviendo con sus padres o con los padres de la pareja. El 23.3% restante de las embarazadas manifestó alquilar vivienda por su propia cuenta, lo cual deja en evidencia de esta investigación, que ninguna adolescente embarazada es propietaria de una vivienda, pues a lo que ellas llaman “casa propia” en realidad es propiedad de sus padres, padres de su pareja o algún familiar, es decir, las adolescentes embarazadas no son titulares de su propia vivienda ni se encuentran en trámite para serlo.



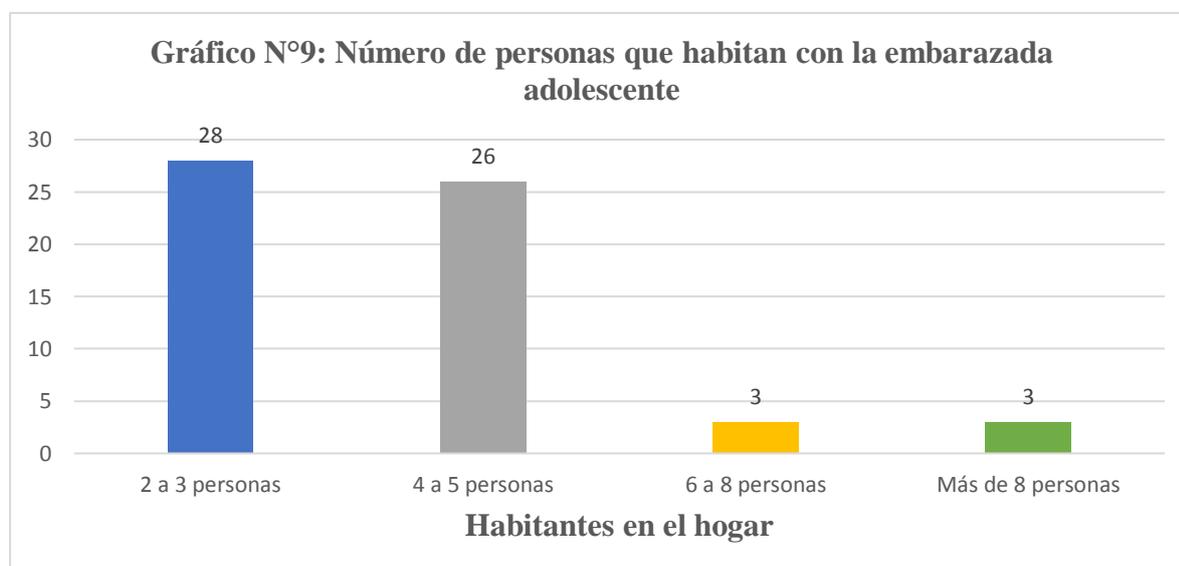
Fuente: Tabla N.8

Tabla N°9: Número de personas que habitan con la embarazada adolescente					
Número de personas que habitan la vivienda		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	De 2 a 3 personas	28	46.7	46.7	46.7
	De 4 a 5 personas	26	43.3	43.3	90.0
	De 6 a 8 personas	3	5.0	5.0	95.0
	Más de 8 personas	3	5.0	5.0	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** Número de personas que habitan con la embarazada adolescente: 28 pacientes manifestaron que habitaban con 2 a 3 personas en la vivienda, generando un porcentaje de 46.7%; 26 pacientes manifestaron que habitaban con 4 a 5 personas en la vivienda, generando un porcentaje de 43.3 %; 3 pacientes manifestaron que habitaban con 6 a 8 personas en la vivienda, lo cual muestra un porcentaje de 5%; 3 pacientes manifestaron que habitaban con más de 8 personas en la vivienda, evidenciando un porcentaje de 5%.

**Interpretación:** En este caso, el porcentaje mayor de las adolescentes embarazadas habitan con una cantidad numerosa de personas en la vivienda, dentro del su entorno familiar, o la familia de su pareja y por ende, se encuentran en una situación con carencias económicas, las cuales no permiten que dichas adolescentes tengan acceso a la educación y salud, por lo tanto están privadas de recibir educación sexual y reproductiva, lo cual predispone a mayor número de embarazos adolescentes.



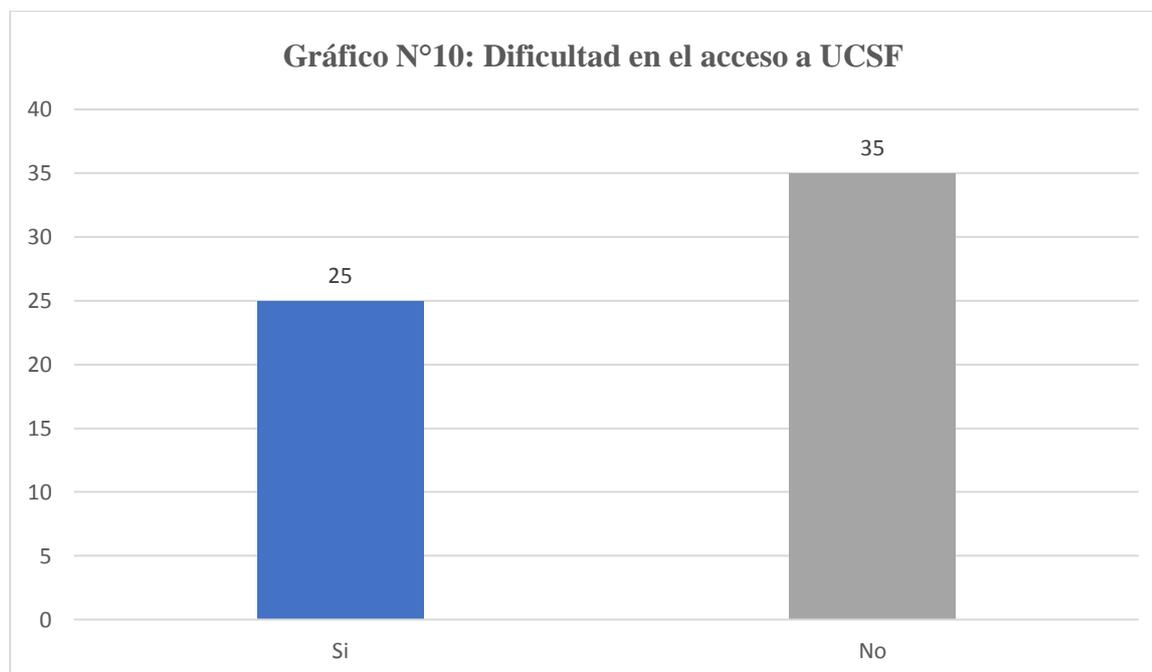
Fuente: Tabla N.9

Tabla N°10: Dificultad en el acceso a UCSF					
Dificultad en el acceso a UCSF.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Si	25	41.7	41.7	41.7
	No	35	58.3	58.3	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** 25 pacientes manifestaron tener dificultad de acceso a UCSF dando un porcentaje de 41.7% y 35 pacientes manifestó no tener dificultad de acceso a UCSF dando un porcentaje de 58.3 %.

**Interpretación:** Se observan ambas opiniones en las pacientes del presente estudio. Si bien es cierto el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas manifiesta que no tiene dificultad al acceso y control en las diferentes UCSF, la población del área rural si encuentra dicha dificultad y esto es debido a que la población del área rural de cada una de las UCSF se enfrentan a mayores dificultades para movilizarse: falta de transporte público en regiones más rurales, transportes particulares con altas tarifas de cobro e imposibilidad para dejar bajo cuidado a los demás miembros de la familia; en contraposición con el área urbana, donde generalmente la distancia hasta los servicios de salud es menor y existe mayor facilidad de transporte.



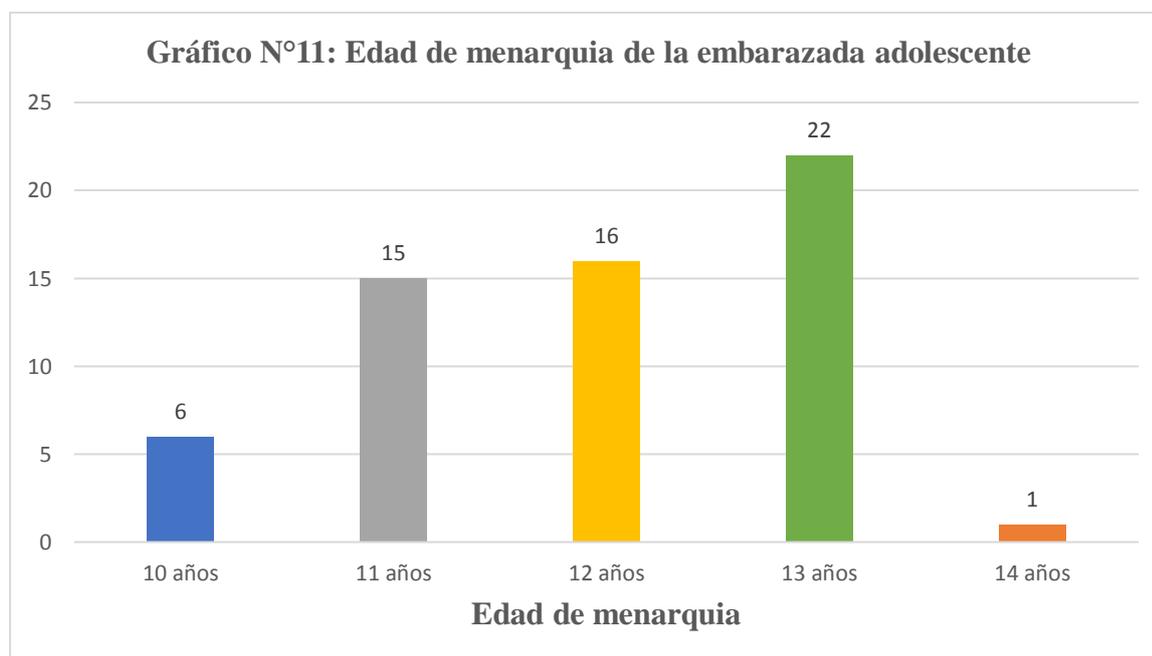
Fuente: Tabla N.10

<b>Tabla N°11: Edad de menarquia de la embarazada adolescente</b>					
Edad de menarquia		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	10 años	6	10.0	10.0	10.0
	11 años	15	25.0	25.0	35.0
	12 años	16	26.7	26.7	61.7
	13 años	22	36.7	36.7	98.3
	14 años	1	1.7	1.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** Edad de menarquia de la embarazada adolescente: 6 pacientes manifestaron edad de menarquia a los 10 años, lo que dio como porcentaje 10%; 15 pacientes manifestaron edad de menarquia de 11 años, lo que representa el 25%; 16 pacientes manifestaron edad de menarquia de 12 años, implicando un porcentaje de 26.7%; 22 pacientes manifestaron edad de menarquia de 13 años, lo que refleja el 36.7%; finalmente 1 paciente manifestó edad de menarquia de 14 años lo que dio como porcentaje 1.7%.

**Interpretación:** La mayoría de las adolescentes presentaron una menarquia a una edad considerada adecuada en relación a su desarrollo físico psicológico y sexual.



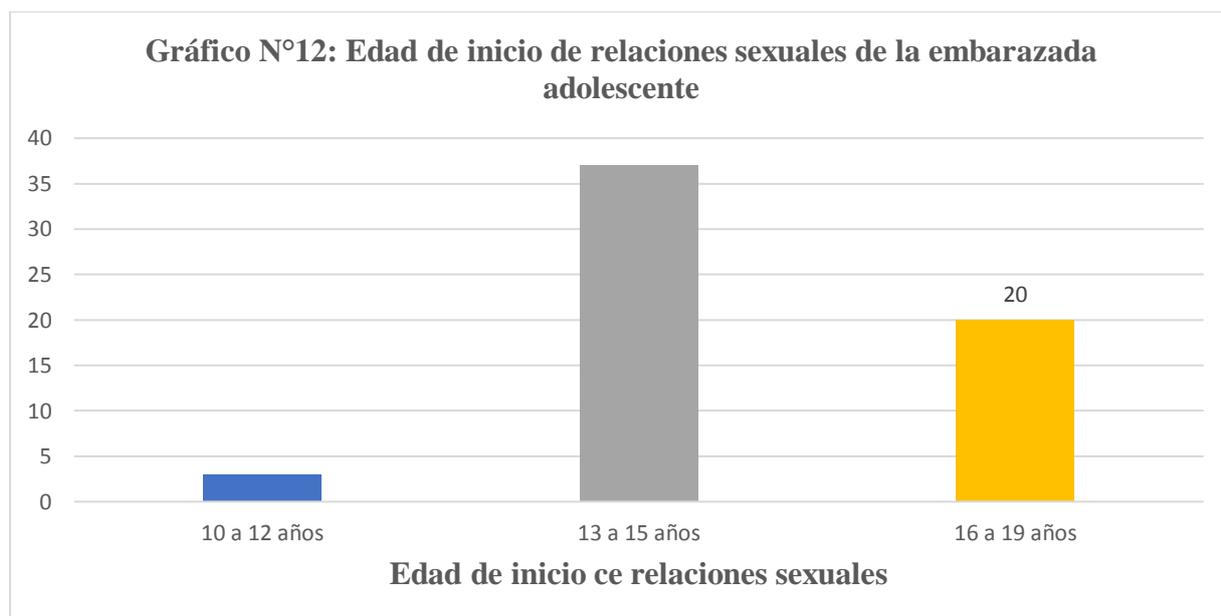
Fuente: Tabla N.11

Tabla N°12: Edad de inicio de relaciones sexuales de la embarazada adolescente				
Edad de inicio de relaciones sexuales.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
De 10 a 12 años	3	5.0	5.0	5.0
De 13 a 15 años	37	61.7	61.7	66.7
De 16 a 19 años	20	33.3	33.3	100.0
Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** Según los resultados obtenidos a través de la guía de entrevista: 3 pacientes manifestaron edad de inicio de relaciones sexuales de 10 a 12 años, dando un porcentaje de 5%; 37 pacientes manifestaron edad de inicio de relaciones sexuales de 13 a 15 años, implicando un porcentaje de 61.7 %; 20 pacientes manifestaron edad de inicio de relaciones sexuales de 16 a 19 años dando un porcentaje de 33.3 %.

**Interpretación:** En este caso particular, las adolescentes consideran que su menarquia es un indicador de que pueden iniciar vida sexual activa por considerarse aptas para la misma; no obstante, hay casos en los cuales el inicio de relaciones sexuales se da como resultado de insistencia por parte de una pareja mayor de edad, a su vez por la temprana edad en la cual en las regiones rurales las adolescentes viven con sus parejas y ceden a esas peticiones. Así mismo se deben considerar casos de violación, los cuales en la mayoría de casos pasan desapercibidos por los demás miembros de la familia y el personal de salud.



Fuente: Tabla N.12

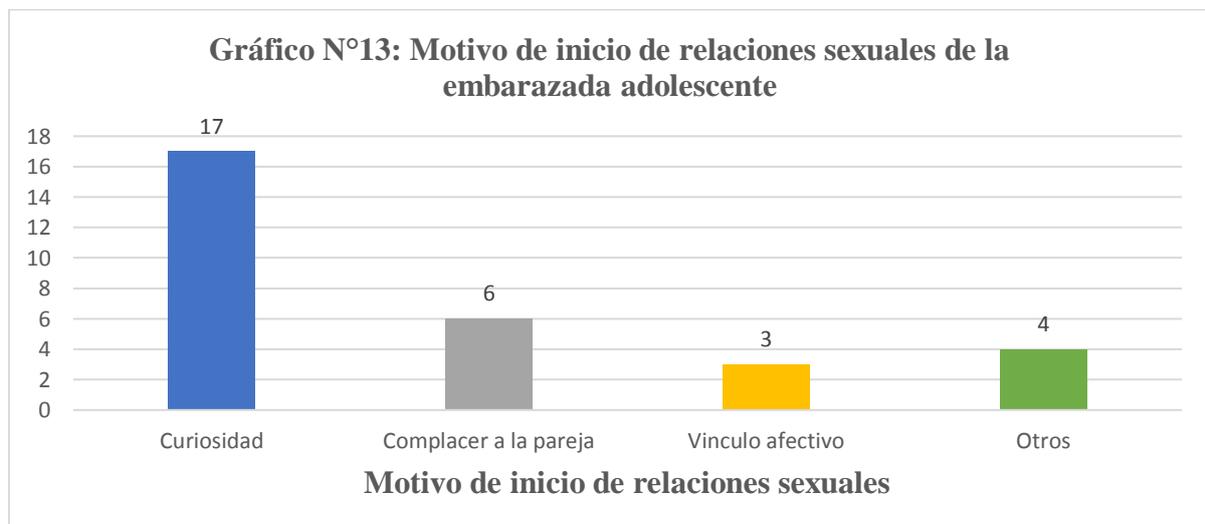
**Tabla N°13: Motivo de inicio de relaciones sexuales de la embarazada adolescente**

Motivo de inicio de relaciones sexuales.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Curiosidad	17	28.3	28.3	28.3
Complacer a la pareja	6	10.0	10.0	38.3
Vínculo afectivo	33	55.0	55.0	93.3
Otros	4	6.7	6.7	100.0
Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** Motivo de inicio de relaciones sexuales de la embarazada adolescente: 17 pacientes manifestaron que su motivo fue curiosidad, dando un porcentaje de 28.3%; 6 pacientes manifestaron que su motivo fue complacer a su pareja, dando un porcentaje de 10%; 33 pacientes manifestaron que el motivo fue por un vínculo afectivo a su pareja, lo cual muestra un porcentaje de 55%; 4 pacientes manifestaron que su motivo fue “otros” esto incluye abusos o violaciones y refleja un porcentaje de 6.7%.

**Interpretación:** La mayoría de las adolescentes inician relaciones sexuales por un vínculo afectivo hacia su pareja, puesto que se trata de sus primeras relaciones sexuales y en la búsqueda de ser aceptadas y amadas optan por acceder a iniciar relaciones sexuales; otro porcentaje inicia relaciones sexuales como un medio de complacer a su pareja o simplemente curiosidad; existe también un porcentaje pequeño, pero no menos importante, de adolescente que iniciaron relaciones sexuales porque fueron forzadas a hacerlo (violaciones).



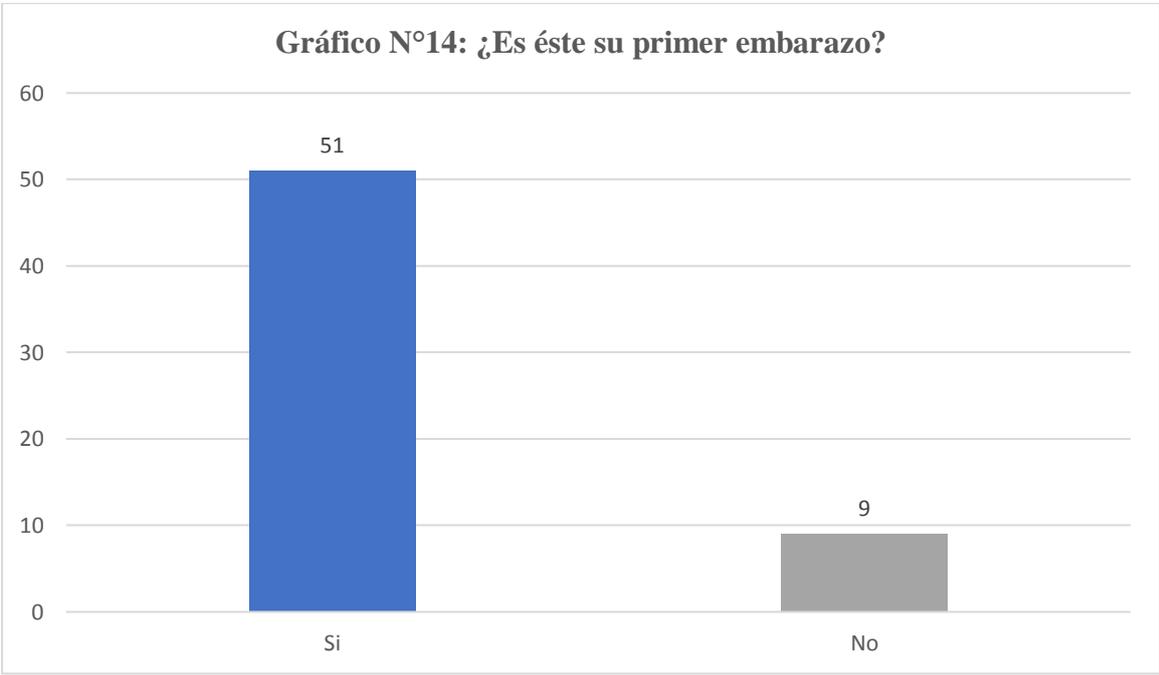
Fuente: Tabla N.13

Tabla N°14: ¿Es éste su primer embarazo?					
Primer embarazo		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Si	51	85.0	85.0	85.0
	No	9	15.0	15.0	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** Al preguntar a las adolescentes embarazadas si el actual embarazo era el primero: 51 de ellas respondieron que sí, esto equivale al 85% del total de embarazadas encuestadas y solamente 9 del total de adolescentes embarazadas encuestas respondieron que no, siendo el 15%.

**Interpretación:** La mayoría de las adolescentes embarazadas encuestadas respondieron que su embarazo actual es el primero, con lo que se representa un porcentaje alto del total de embarazadas adolescentes, un porcentaje menor nos dice que se encuentra en su segundo embarazo, lo que nos confirma que un embarazo a una edad temprana es un factor que predispone a las adolescentes a tener embarazos posteriores en periodos intergenésicos cortos.



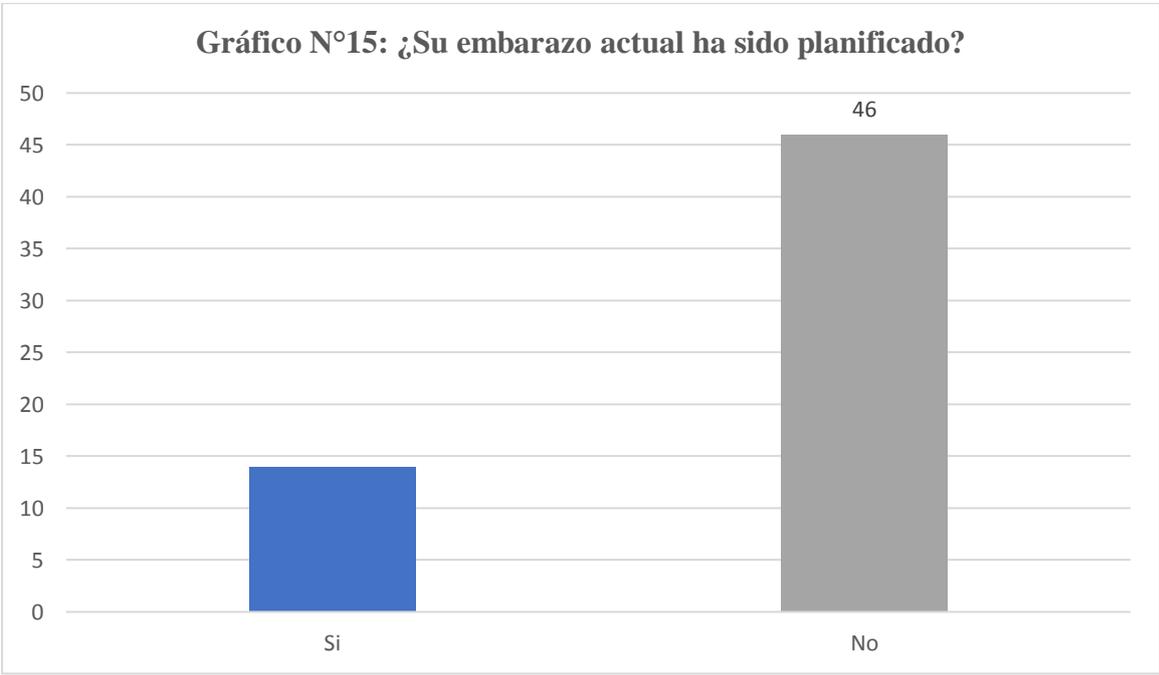
Fuente: Tabla N.14

Tabla N°15: ¿Su embarazo actual ha sido planificado?					
Su embarazo actual ha sido planificado.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Si	14	23.3	23.3	23.3
	No	46	76.7	76.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** En la pregunta si su embarazo actual ha sido planificado: 14 adolescentes embarazadas respondieron que sí, equivalente al 23.3% de las encuestadas, el 76.7% respondió que no fue un embarazo planificado, que son 46 adolescentes.

**Interpretación:** Los datos obtenidos nos indican que la mayoría de las adolescentes embarazadas encuestadas; el 76.7% no esperaban quedar embarazadas y se puede suponer que se encontraban utilizando algún método de planificación familiar de forma incorrecta o intermitente, lo cual refleja el poco o nulo acceso a educación sexual por parte de este grupo poblacional; un porcentaje del 23.3% del total de encuestadas responde que si fue un embarazo deseado por lo tanto no utilizaban ningún método anticonceptivo.



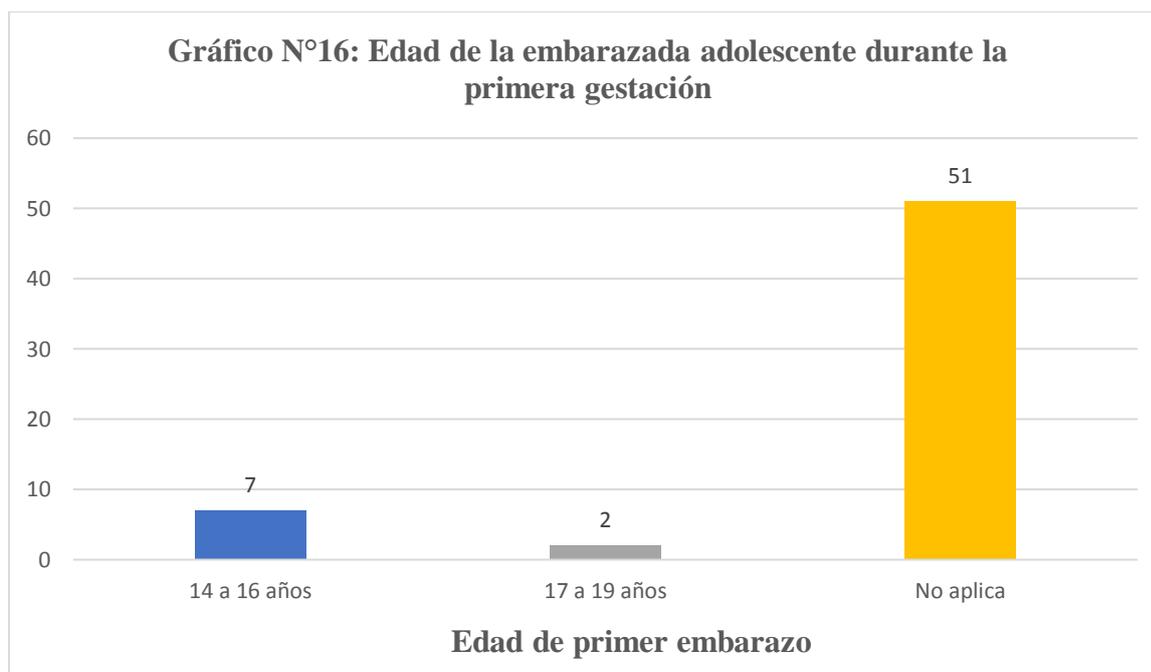
Fuente: Tabla N.15

Tabla N°16: Edad de la embarazada adolescente durante la primera gestación					
Edad durante la primera gestación		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	De 14 a 16 años	7	11.7	11.7	11.7
	De 17 a 19 años	2	3.3	3.3	15.0
	No aplica	51	85.0	85.0	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** del 100% de las adolescentes embarazadas encuestadas; el 85% que equivale a 51 adolescentes manifestó que si era su primer embarazo; del 15%, que son 9 adolescentes encuestadas, respondieron que no era su primer embarazo. La respuesta de este 15% fue que quedaron embarazadas entre sus 14-16 años de edad; el 11.7% que son 7 encuestadas y el 3.3% que son 2 adolescentes respondieron que entre sus 17- 19 años fue su primer embarazo.

**Interpretación:** Podemos observar que del 15% (9 encuestadas) que respondió que no era su primer embarazo, 7 adolescentes respondieron que su primer embarazo fue cuando se encontraban entre 14 y 16 años de edad y 2 de ellas respondieron que fue entre los 17 y 19 años; por lo que podemos decir que estas adolescentes no hacen uso correcto o incluso no utilizan métodos de planificación familiar después de tener embarazos a tan temprana edad, lo cual predispone a la repetición de un embarazo durante la adolescencia y a las posibles complicaciones que un periodo intergenésico corto acarrea.



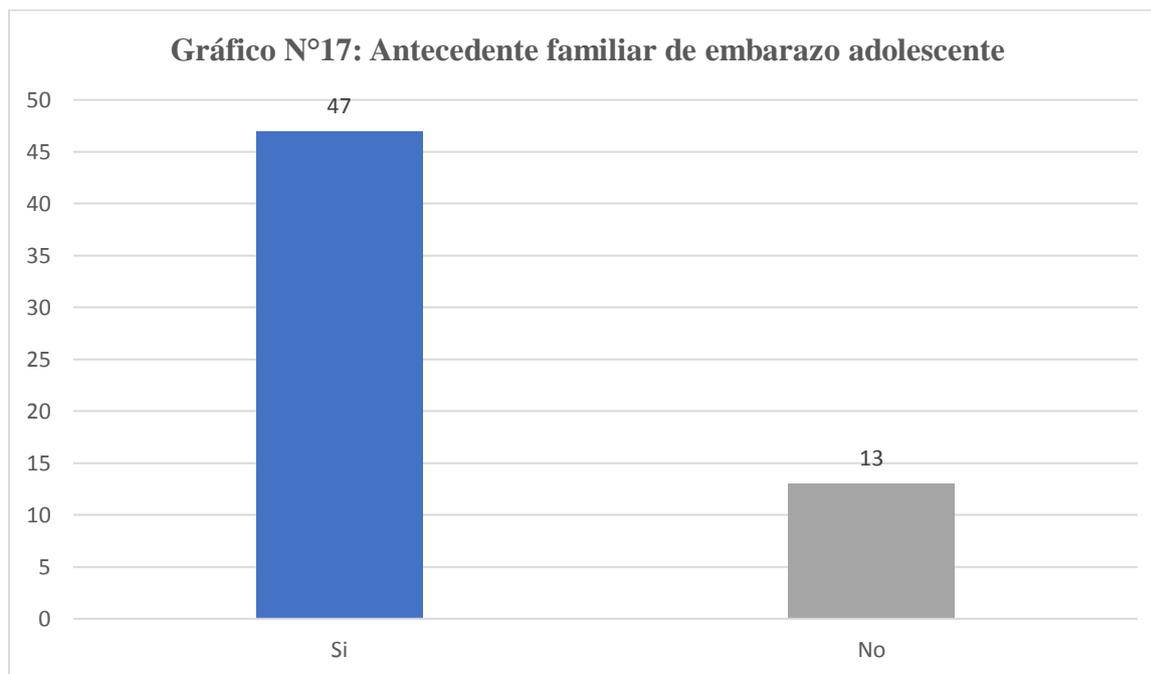
Fuente: Tabla N.16

Tabla N°17: Antecedente familiar de embarazo adolescente					
Antecedente familiar		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Si	47	78.3	78.3	78.3
	No	13	21.7	21.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** La mayoría de las embarazadas adolescentes encuestadas equivalente a 47 de ellas, que representan el 78.3% dicen que si tienen antecedente de familiar con embarazo durante su adolescencia; y la minoría, que son 13 adolescentes y que representan el 21.7% de las embarazadas encuestadas, dicen no tener ningún antecedente de familiar de embarazo en la adolescencia.

**Interpretación:** La información recolectada nos indica que la mayor parte de las embarazadas encuestadas tienen algún miembro de su familia que durante la adolescencia tuvo uno o más embarazos, por lo que se puede decir que para su entorno familiar es algo normal el inicio de relaciones sexuales a temprana edad o el acompañarse de alguien para irse de la casa y poder iniciar un hogar, lo cual genera un patrón familiar de embarazo adolescente con todos los riesgos e implicaciones que esto ocasiona. La menor parte de las embarazadas encuestadas afirman que no tienen familiar con este antecedente, por lo que se puede decir que éstas tienen otro factor que influyó en su embarazo a temprana edad.



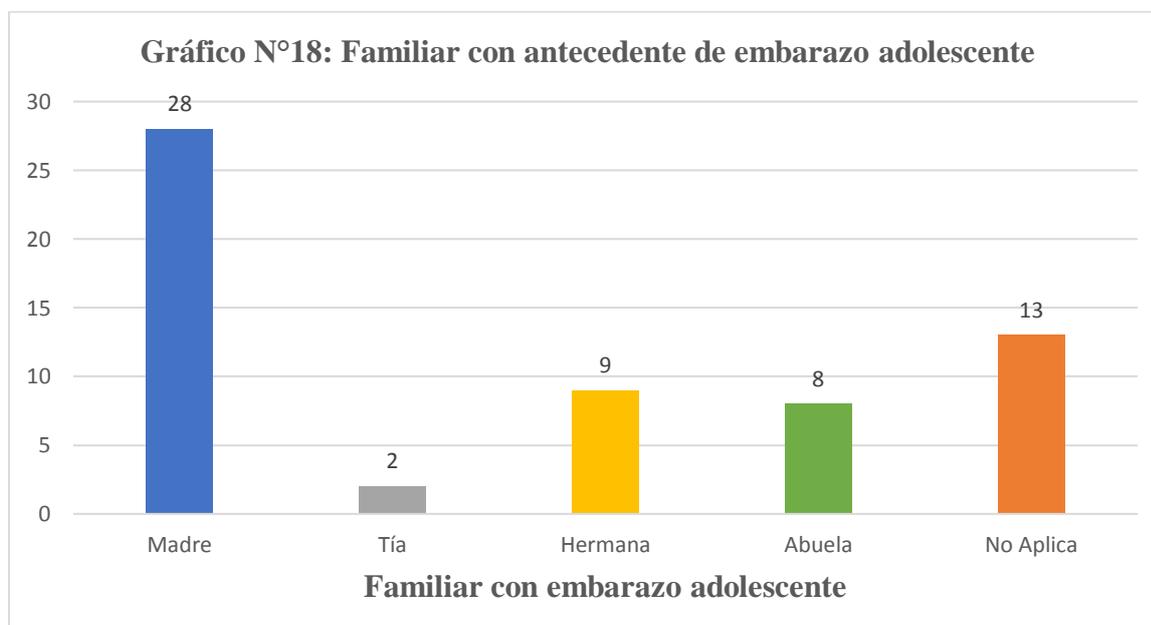
Fuente: Tabla N.17

Familiar con antecedente de embarazo adolescente		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Madre	28	46.7	46.7	46.7
	Tía	2	3.3	3.3	50.0
	Hermana	9	15.0	15.0	65.0
	Abuela	8	13.3	13.3	78.3
	No aplica	13	21.7	21.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** En la interrogante si tenían antecedentes familiares con embarazo adolescente, del total de las encuestadas 47 respondió que sí, lo cual representa el 78.3% del total; y de estas adolescentes con antecedentes familiares, las madres representan la mayoría con un 46.7% que equivale a 28 encuestadas; seguido por hermana que son de 9 embarazadas encuestadas lo que equivale a un 15%; luego la abuela se observa poca diferencia del anterior con 8 encuestadas que representan un 13.3% y en último lugar 2 encuestadas que afirman tener una tía con este antecedente lo que da un porcentaje de 3.3%.

**Interpretación:** con esta información podemos observar que el antecedente familiar de embarazo adolescente del 78.3%, es un factor influyente, que da la pauta a las adolescentes a iniciar relaciones sexuales y tener embarazos a temprana edad, lo cual representa algo normal o de costumbre dentro de la familia; principalmente cuando es la madre quien ha sido madre adolescente y en quien éstas adolescentes ven a un modelo a seguir, así es como dicho antecedente repercute en la siguiente generación.



Fuente: Tabla N.18

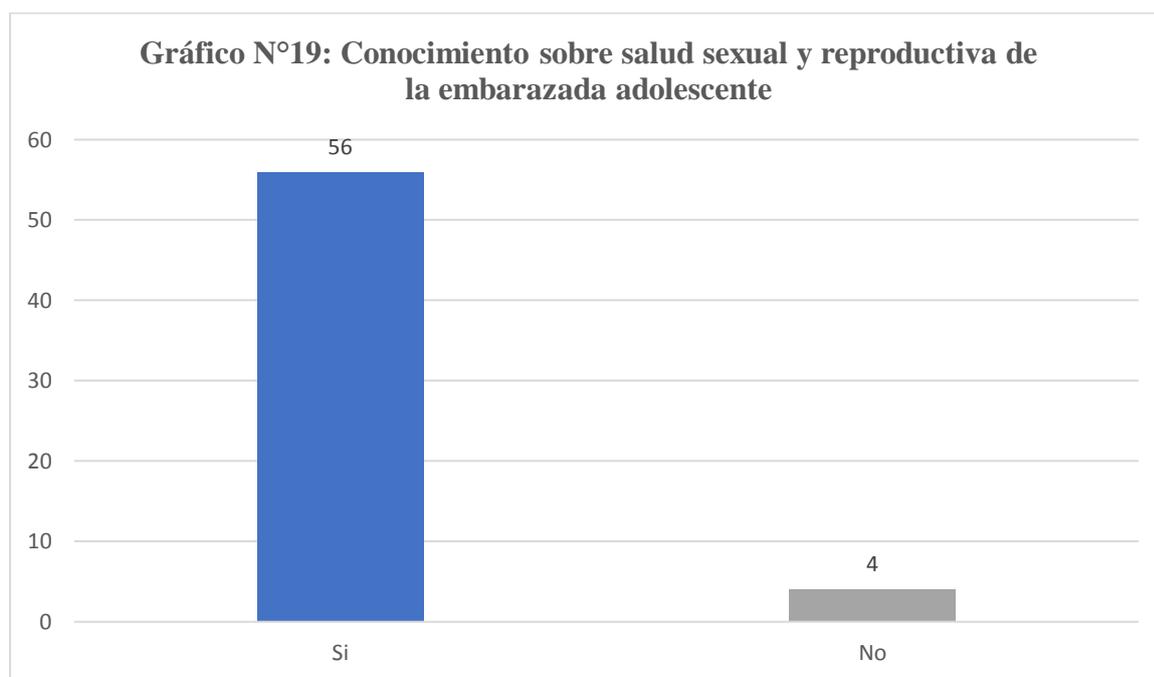
**Tabla N°19: Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva de la embarazada adolescente.**

Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Si	56	93.3	93.3	93.3
	No	4	6.7	6.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** En la interrogante sobre conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, la mayoría de embarazadas encuestadas, que representa el 93.3% siendo el equivalente a 56 encuestadas afirma tener conocimiento sobre este tema, las 4 encuestas restantes con un equivalente a 6.7% dijo no conocer sobre este tema.

**Interpretación:** La mayoría de las adolescentes embarazadas encuestadas afirma conocer del tema de salud sexual y reproductiva, lo cual nos indica que la población si tienen los medios necesarios para conocer sobre este tema tan importante, lo cual incluye el conocimiento de métodos de planificación familiar; y que una pequeña parte dice no conocer nada sobre el tema, por lo que se debería mejorar el acceso a dicha información como parte de las inscripciones del adolescente, consejerías y charlas educativas en donde se den a conocer practicas saludables sobre salud sexual, uso de métodos de planificación familiar y así mejorar la situación de las adolescentes dentro de la comunidad en la que viven.



Fuente: Tabla N.19

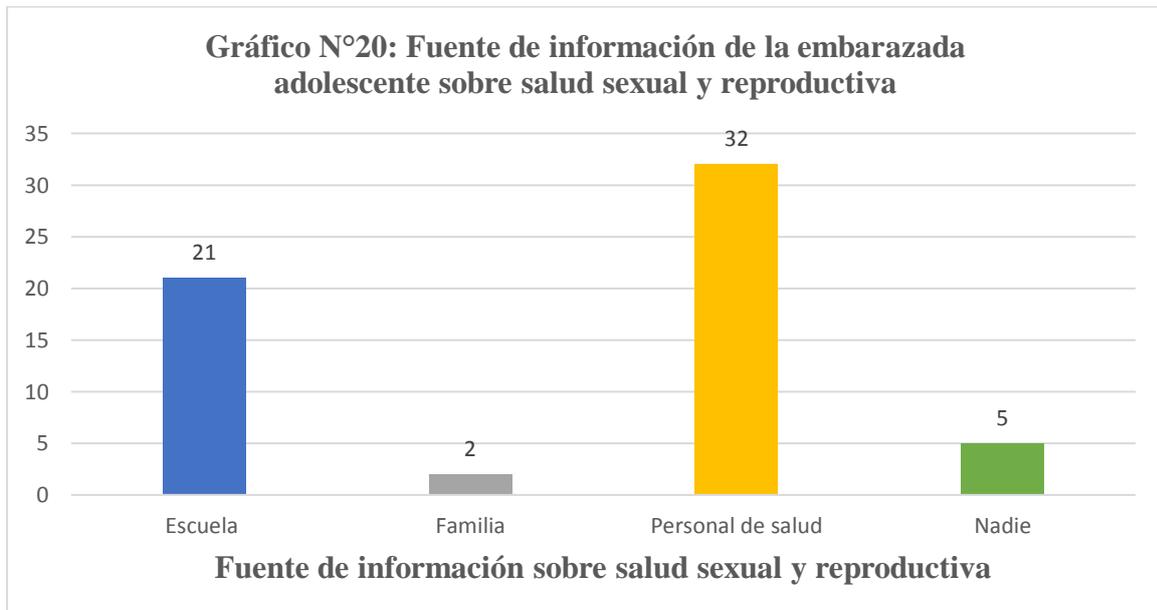
**Tabla N°20: Fuente de información de la embarazada adolescente sobre salud sexual y reproductiva**

Fuente de información sobre salud sexual y reproductiva		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Escuela	21	35.0	35.0	35.0
	Familia	2	3.3	3.3	38.3
	Personal de salud	32	53.3	53.3	91.7
	Nadie	5	8.3	8.3	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** La fuente de información para la adolescente embarazada ha sido en mayor parte del personal de salud con un total de 32 encuestadas que es un 53.3% del total; seguido por la escuela en donde representa un 35% con un equivalente a 21 embarazadas; con una significativa diferencia de 8.3% que dicen no tener a nadie que les haya informado lo que equivale a 5 encuestadas y por último tenemos a la familia en la cual solo 2 embarazadas dicen que fue de ellos de quien reciben información y que equivale al 3.3%.

**Interpretación:** Se logra constatar que la mayoría de las embarazadas adolescentes encuestadas dicen que reciben información sobre el tema de salud sexual y reproductiva por parte del personal de salud, seguido por las escuelas en donde también el personal de salud es responsable de realizar charlas educativas frecuentes con la ayuda de los maestros; un porcentaje muy bajo de las embarazadas recibe información por parte de la familia o incluso no la recibe; por lo que es necesario concientizar a la población sobre la importancia de los temas de salud sexual y reproductiva.



Fuente: Tabla N.20

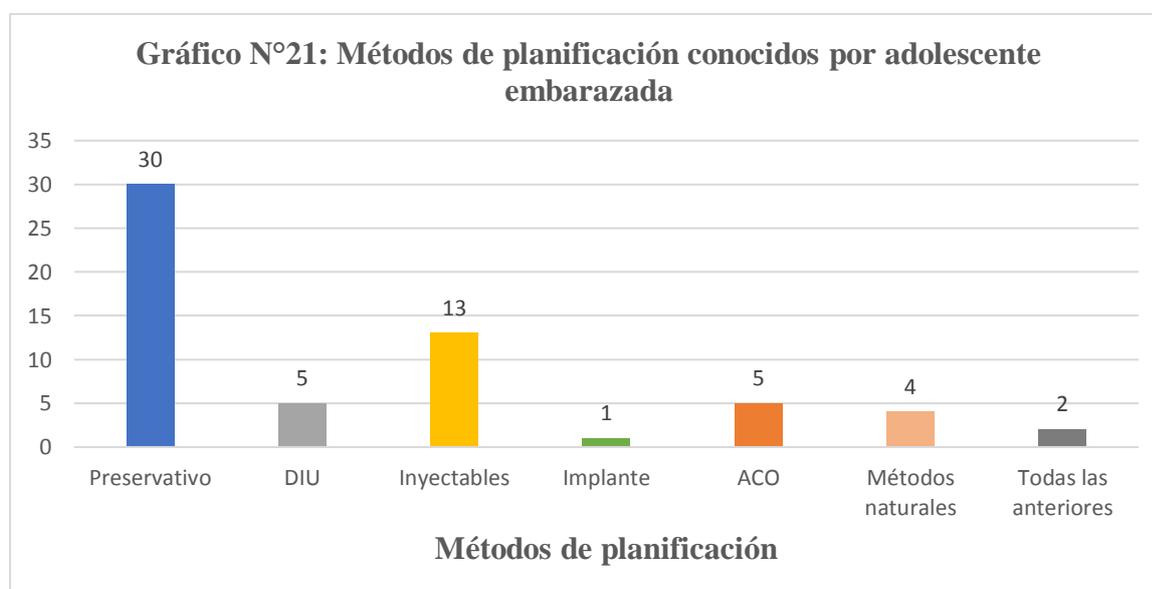
**Tabla N°21: Métodos de planificación conocidos por adolescente embarazada**

Métodos de planificación conocidos por adolescente embarazada	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Preservativo	30	50.0	50.0	50.0
DIU	5	8.3	8.3	58.3
Inyectables	13	21.7	21.7	80.0
Implante subdérmico	1	1.7	1.7	81.7
Anticonceptivos Orales	5	8.3	8.3	90.0
Métodos naturales	4	6.7	6.7	96.7
Todas las anteriores	2	3.3	3.3	100.0
Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** Respecto de los datos obtenidos de la guía de entrevista: El 50% de las embarazadas conocen el preservativo como método de planificación familiar; el 21.7% conoce los métodos inyectables, los métodos orales y el DUI son conocidos en igual proporción (8.3%); los métodos naturales los conoce el 6.7%, mientras que el implante subdérmico el 1.7%.

**Interpretación:** La mayoría de las adolescentes conocen como método de planificación familiar el preservativo, lo que nos indica la prevalencia de su uso por ser de fácil acceso y bajo costo; los inyectables les siguen en frecuencia y en un pequeño porcentaje dice conocer el DIU y los métodos naturales; solamente 2 embarazadas dicen conocer todos estos métodos de anticonceptivos lo que nos confirma que las adolescentes al tener poco conocimiento de estos no hacen uso o lo hacen incorrectamente por lo se dan los embarazos no planificados.



Fuente: Tabla N.21

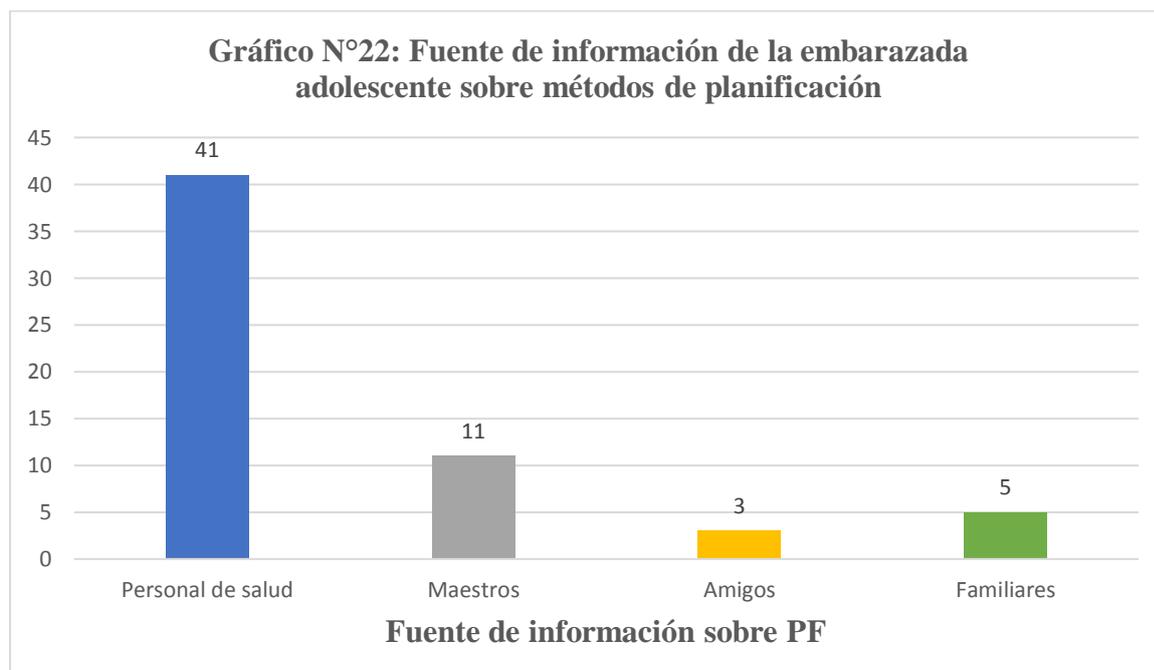
**Tabla N°22: Fuente de información de la embarazada adolescente sobre métodos de planificación**

Fuente de información sobre PF		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Personal de salud	41	68.3	68.3	68.3
	Maestros	11	18.3	18.3	86.7
	Amigos	3	5.0	5.0	91.7
	Familiares	5	8.3	8.3	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** A la interrogante sobre las fuentes de información en métodos de planificación tenemos que el personal de salud se encuentra a la cabeza con 41 embarazadas, lo que representa el 68.3%; seguido por los maestros con 11 encuestadas que hacen un 18.3%; seguido de familiares con un 8.3% que equivale a 5 embarazadas encuestadas y en último lugar los amigos como fuente de información de 3 encuestadas y representa el 5% del total de las embarazadas encuestadas.

**Interpretación:** Esto indica que el personal de salud es quien aporta más información sobre los métodos de planificación familiar y nos hace suponer que en casa las adolescentes no tienen la suficiente confianza con sus familiares para hablar sobre el tema o que los familiares no tienen el conocimiento necesario para brindar el apoyo a estas adolescentes y así poder evitar embarazos no deseados.



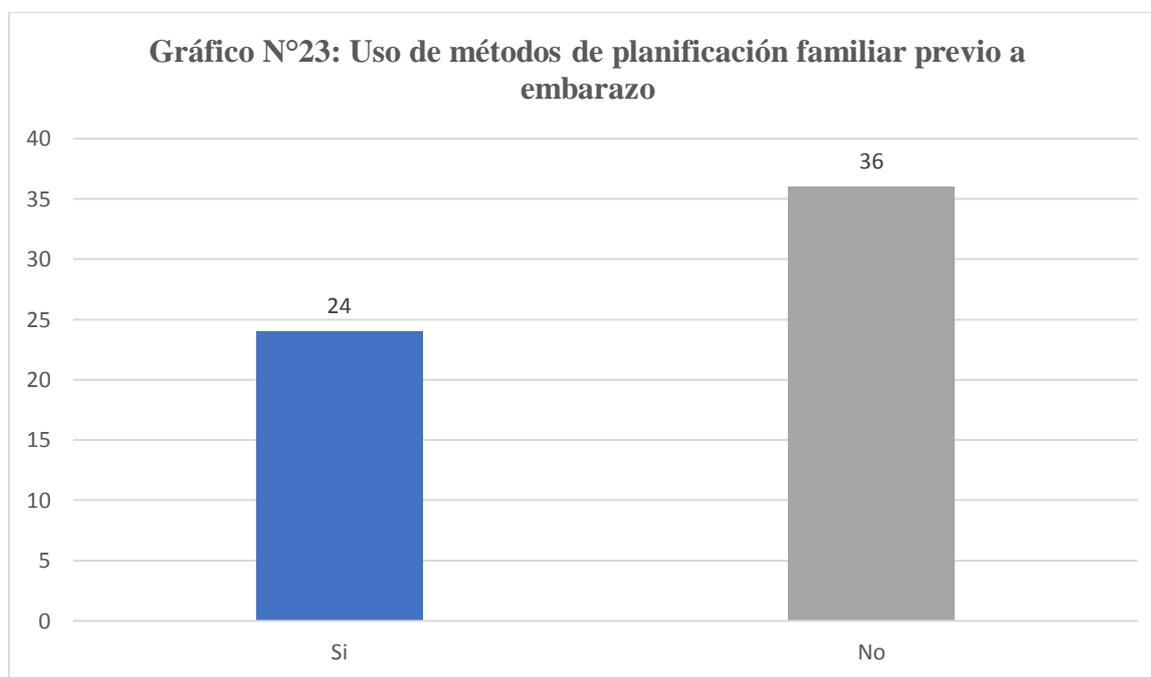
Fuente: Tabla N.22

Uso de PF previo a embarazo		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Si	24	40.0	40.0	40.0
	No	36	60.0	60.0	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** A la pregunta si habían utilizado algún método de planificación familiar previo al embarazo, las adolescentes respondieron en su mayoría que no habían usado ningún método, siendo el 60% el cual representa a 36 encuestadas; las 24 restantes y que representan el 40% respondieron que si han usado métodos de planificación.

**Interpretación:** En base a los datos recolectados podemos observar que la mayoría de las adolescentes embarazadas no habían usado ningún método de planificación previo al embarazo lo que puede indicar que durante sus primeras relaciones sexuales obtuvieron el embarazo, el resto de embarazadas dice que si utilizaba un método de planificación, por lo cual se piensa que no se utilizaba de forma correcta o que fue suspendido.



Fuente: Tabla N.23

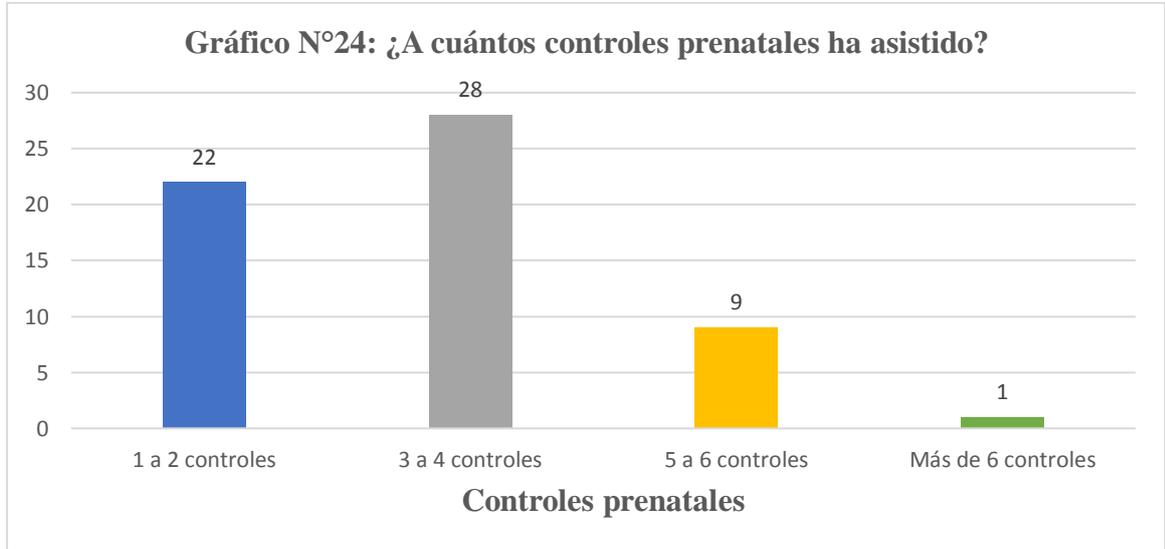
**Tabla N°24: ¿A cuántos controles prenatales ha asistido?**

Controles prenatales		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	De 1 a 2 controles	22	36.7	36.7	36.7
	De 3 a 4 controles	28	46.7	46.7	83.3
	De 5 a 6 controles	9	15.0	15.0	98.3
	Más de 6 controles	1	1.7	1.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** Del total de adolescentes embarazadas encuestadas: el 36.7% (22 pacientes) ha asistido únicamente entre 1 a 2 controles; el 46.7% (28 pacientes) ha asistido de 3 a 4 controles prenatales; 15% (9 embarazadas) ha asistido entre 5 a 6 controles prenatales y solo el 1.7% (1 paciente) ha acudido a más de 6 controles prenatales.

**Interpretación:** La cantidad de controles prenatales guarda relación con la edad gestacional que tenía la adolescente embarazada al momento del estudio. Tomando como base que cada paciente embarazada debe cumplir un mínimo de 5 controles prenatales, según la normativa nacional. Se evidencia que del total de adolescentes en el estudio, 10 de ellas (16.7%) necesitaron más controles de los normados; esto refleja el alto riesgo prenatal que un embarazo a temprana edad conlleva. Por lo tanto se debe hacer énfasis en la importancia de controles preconceptionales para determinar riesgo obstétrico, así como uso de métodos de planificación familiar.



Fuente: Tabla N.24

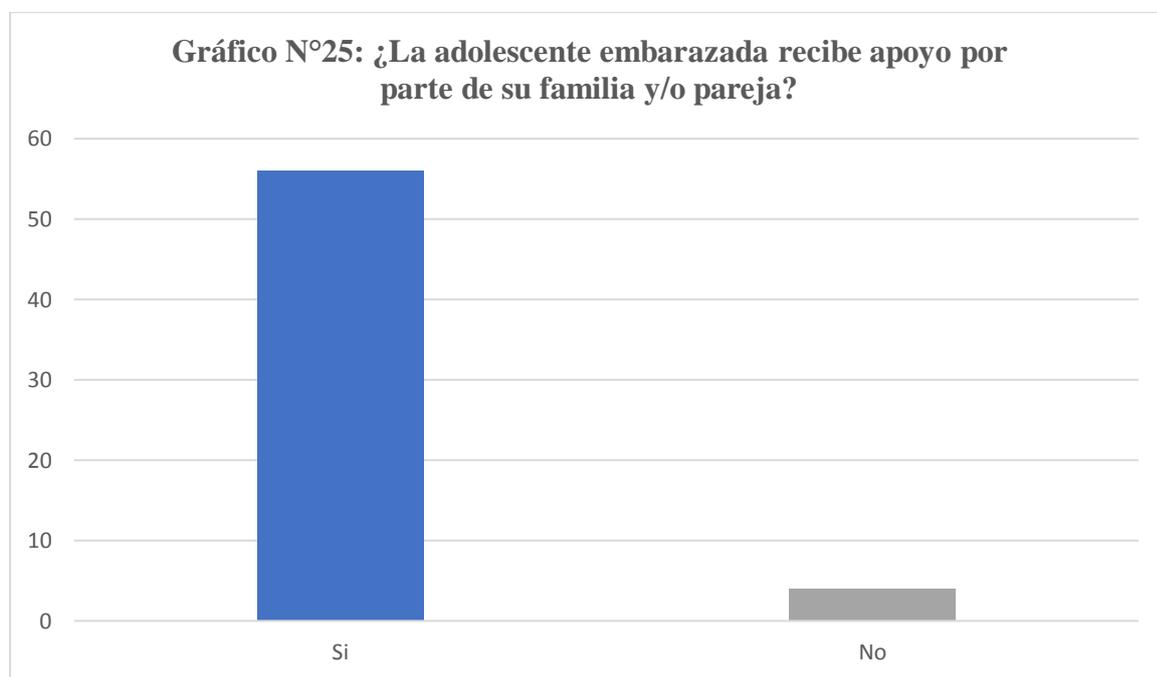
**Tabla N°25: ¿La adolescente embarazada recibe apoyo por parte de su familia y/o pareja?**

Apoyo por parte de familia y/o pareja		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Si	56	93.3	93.3	93.3
	No	4	6.7	6.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** Ante la consulta de si recibe apoyo de su familia o pareja, el 93.3% de las adolescentes, que es el equivalente a 56 encuestas dijo que si recibe apoyo de algún familiar o pareja y solamente 4 adolescentes embarazadas encuestadas que representan un 6.7% dicen no recibir apoyo.

**Interpretación:** Esto indica que la mayoría de adolescentes embarazadas de este estudio reciben apoyo de parte de su familia y/ o pareja, lo que nos confirma que la mayor parte de adolescentes con embarazo a temprana edad es debido a que buscan el apoyo por parte de su pareja ya sea económico o emocional.



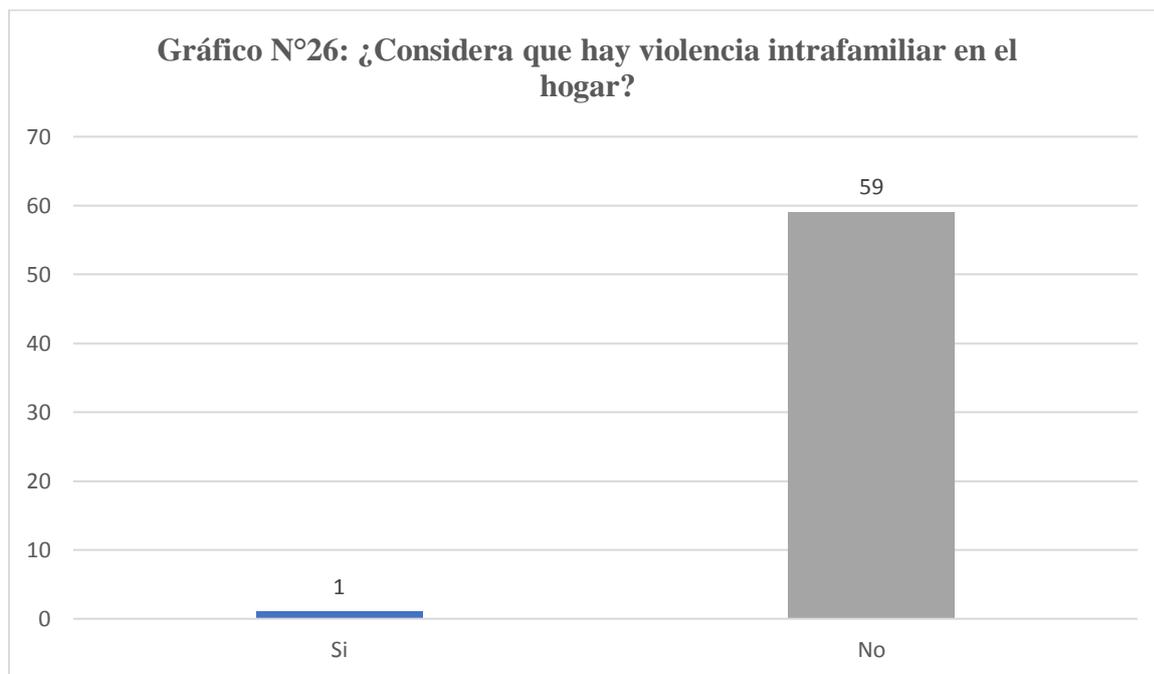
Fuente: Tabla N.25

Violencia intrafamiliar en el hogar		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Si	1	1.7	1.7	1.7
	No	59	98.3	98.3	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta.

**Análisis:** Del 100% de las encuestadas, 59 de ellas y representando un 98.3% dijo vivir en un ambiente libre de violencia intrafamiliar, mientras que 1 de las adolescentes embarazadas encuestadas representando el 1.7% dijo vivir en un ambiente con violencia intrafamiliar.

**Interpretación:** Con respecto a la presente interrogante, la gran mayoría de las pacientes manifiesta vivir en un entorno familiar agradable y en ausencia de violencia intrafamiliar. Esto refleja aceptación por parte de su familia y pareja, lo cual ocurre en la mayoría de los casos de embarazo adolescente tomados en cuenta en el presente estudio. 1 paciente responde que si hay violencia intrafamiliar, lo cual pone de manifiesto que en algunos casos las pacientes sufren de rechazo por parte de la familia al presentar un embarazo a temprana edad, en el contexto de que probablemente ocurrió fuera del matrimonio, por lo cual sufre rechazo; y a la hora de vivir con su pareja es sometida a reglas impuestas por él, además de encontrarse ante el reto de formar una nueva familia que no fue planificada y que muchas veces es forzada a vivir con su pareja, lo cual facilita la violencia dentro de la familia.



Fuente: Tabla N.26

## **6. DISCUSION DE RESULTADOS.**

El objetivo general de esta investigación es determinar los factores que influyen en el aumento del embarazo adolescente en pacientes inscritas en el programa de atención materno en las UCSF Las Marías (Chinameca), Ozatlán y Concepción Batres (Usulután) en el año 2019.

En este documento se presenta el contexto de la conmemoración del 25° aniversario del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), en la cual se planteó, desde 1994, que el objetivo de lograr el acceso universal a servicios de salud reproductiva de calidad para todas las personas es fundamental para reducir la pobreza, la mortalidad materna e infantil, la propagación del VIH/ SIDA, la desigualdad entre los géneros y la degradación del medio ambiente.

El Plan de Acción de la CIPD, aprobado por 179 gobiernos, establece que “el embarazo a edad temprana sigue siendo un impedimento para mejorar la condición educativa, económica y social de la mujer, en todas partes del mundo. Sobre todo, en el caso de las jóvenes, el matrimonio y la maternidad a edad temprana limitan en alto grado las oportunidades de educación y empleo, y es probable que produzcan efectos negativos a largo plazo sobre la calidad de vida de ellas mismas y de sus hijos e hijas”.

Al presentar este documento el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) espera aportar al análisis nacional sobre la problemática, con las autoridades centrales y municipales, con el fin de que El Salvador continúe invirtiendo en la protección y atención de niñas y adolescentes, ya que ello se traducirá en beneficios para sus familias, sus comunidades y, de manera más importante, en las niñas y adolescentes mismas

De acuerdo al planteamiento de hipótesis y resultados de la investigación se observa que si existe correlación entre los factores socioculturales y el aumento del embarazo en pacientes adolescentes, lo cual se evidencia en el bajo nivel de escolaridad, la procedencia rural, los antecedentes familiares de embarazo durante la adolescencia, así como el conocimiento y uso de métodos de planificación familiar; todos estos factores tienen un papel importante debido a que se observa que las pacientes que reúnen estas características, son las más predispuestas a presentar un embarazo durante su adolescencia. Por lo tanto se acepta la hipótesis de trabajo y se rechaza la hipótesis nula, es decir: los factores socioculturales si determinan un aumento de casos de embarazos adolescentes.

Al analizar los resultados se puede evidenciar que el nivel de escolaridad de las adolescentes embarazadas es bajo, 2 de cada 3 embarazadas adolescentes, en cuanto a escolaridad llegó a noveno grado. Respecto a las oportunidades de desarrollo profesional, como resultado la ocupación actual del 63.3% de las pacientes en el presente estudio son amas de casa.

Además, del 100% de adolescentes embarazadas del estudio, pudimos observar que sus parejas en el 65% de los casos son mucho mayores que ellas, oscilando entre los 21 y los 60 años.

El estudio demuestra que el 76% de estos casos de embarazo no fueron planificados, significa que 3 de cada 4 adolescentes no esperaba quedar embarazada. En contraste con este dato de embarazos no planificados, el 93% de las encuestadas dijo sí tener conocimiento sobre salud sexual y reproductiva y el 100% de las encuestadas dijo conocer acerca del uso de anticonceptivos, pero el 60% de las embarazadas adolescentes nunca los ha utilizado.

Se pudo observar que en el 78.3% de los casos existe un precedente de un familiar cercano de embarazos adolescentes, ya sea de madre, hermana, abuela o tía. Por lo cual es posible indicar que se vuelve una costumbre o patrón familiar tener hijos a temprana edad.

Asimismo solamente el 1.7% de las encuestadas notificó vivía en un hogar con violencia intrafamiliar, no pudiendo entrar en detalle.

Dentro de las limitaciones que se presentaron en el estudio destaca que no se pudo encuestar la influencia de familiares masculinos que tienen historial de pareja adolescente embarazada, de igual forma no se pudo interrogar respecto al conocimiento sobre educación sexual de la pareja de las adolescentes embarazadas en estudio.

## 7. CONCLUSIONES

En base al estudio realizado podemos identificar que las edades prevalentes de embarazos adolescentes censadas en la investigación oscila entre los 17 a 19 años, lo cual representa al 73.4% de las embarazadas encuestadas.

Que dentro de los aspectos psicológicos y conductuales, el factor sociocultural que transcurre de generación a generación en ser madre a temprana edad prevalece en el 78.3% de los casos, por lo que podemos concluir que si no se rompe este patrón de conducta las hijas de estas madres adolescentes saldrán embarazadas también a temprana edad.

Respecto a la eficacia de la prevención del embarazo en adolescentes por parte del primer nivel de salud, se constató que el trabajo realizado de informar y educar en temas de salud sexual reproductiva y el uso de anticonceptivos es reconocido por las encuestadas afirmando el 100% que conocen del uso de anticonceptivos y el 93% conocer respecto a temas de salud sexual, siendo el 88.3% las escuelas y el personal de salud los que han facilitado la información.

Al consultar si su embarazo adolescente fue planificado y si habían usado algún método anticonceptivo, evidenciamos que de 46 adolescentes que contestaron que su embarazo no fue planificado, 16 usaron alguna vez métodos anticonceptivos, mientras que 30 dijeron no haber usado nunca algún método de planificación familiar, representando el 65.3% que no planearon estar embarazadas pero tampoco usaron algún método de planificación. Por lo que podemos concluir que las escuelas y el personal de salud cumplieron con la labor de informar, pero las embarazadas adolescentes no pusieron en práctica lo aprendido.

En lo concerniente a los cambios en el estilo de vida ocasionados por el embarazo en una paciente adolescente, el 63.3% de las embarazadas son en la actualidad amas de casa. De estas solamente el 1.7% reconoce que vive en un hogar con violencia intrafamiliar.

Por lo anterior expuesto, y en base a los resultados obtenidos mediante la encuesta y procesados por medio de tablas de frecuencia y gráficos, se aceptó la hipótesis de trabajo debido a que los factores socioculturales en la población adolescente si determinan el aumento de embarazo en la población de estudio.

## **8. RECOMENDACIONES**

Sobre la base del estudio de investigación se puede hacer las siguientes recomendaciones:

Incrementar de forma sustancial los recursos y refuerzos de parte del Ministerio de Salud en charlas educativas a los institutos y centro escolares, contando con el material adecuado para poder explicar correctamente y sin temor a dudas, los riesgos de las prácticas sexuales, métodos anticonceptivos, formas de minimizar el riesgo de enfermedades de transmisión sexual, los tipos de enfermedades sexuales, embarazos no deseados y las consecuencias de tener un embarazo a temprana edad, tanto para hombres como para mujeres.

Implementar un sistema que permita captar la información de la adolescente embarazada, durante su embarazo, parto y post parto, de modo que se cuente con las herramientas para poder comprender a profundidad el fenómeno, conocer el impacto y las repercusiones que su embarazo representa para las nuevas madres y sus hijos.

Desarrollar dentro de la currícula del Ministerio de Educación, la materia de Educación Sexual, capacitando y logrando que el personal docente cuente con las herramientas y capacidades para poder hacer conciencia en los estudiantes temas como: prevención de embarazos no deseados, violencia sexual, construcción del proyecto de vida, autoestima e igualdad de derechos entre mujeres y hombres.

Informar y educar de manera apropiada las formas de abuso y acoso sexual que atenta contra la niñez y la adolescencia, las formas de denuncia de violencia sexual en niñas y adolescentes, concientizar sobre determinadas conductas o acciones que se pueden ver como comunes y que constituyen un delito de índole sexual, donde realmente se logre proteger a las niñas y adolescentes como resultado de la aplicación de las leyes y sanciones. Así como informar a la población las obligaciones legales que conlleva ser padres, tanto para el padre como la madre responsable de la adolescente embarazada.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS. DESARROLLO EN LA ADOLESCENCIA. 2015;1:10. Available from: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
2. UNICEF. IMPLICACIONES DE LA ADOLESCENCIA TEMPRANA Y TARDIA. 2017;1:7. Available from: <https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/La-adolescencia-temprana-y-tardia.pdf>
3. OMS. PROMOCION DE SALUD. 1 [Internet]. 2009;1:12. Available from: <https://concepto.de/salud-segun-la-oms/>
4. OPS. Salud sexual y reproductiva al alcance de adolescentes pobres y en situación de vulnerabilidad. 2013. 34 p.
5. MINSAL. Plan para la prevencion del embarazo adolescente en El Salvador. 2015;
6. Alma-ata D DE. The Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas. 1978;8–10. Available from: [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)
7. OMS. Alma-Ata Atencion primaria de salud. Inf la Conf Int sobre Aten Primaria Salud Alma-Ata, URSS, 6-12 septiembre 1978. 1978;91.
8. MINSAL. CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL AMBARAZO ADOLESCENTE EN EL SALVADOR. 2016;(gráfico 1).

**10. ANEXOS**  
**ANEXO 1: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

Cronograma de Actividades a Desarrollar en el Proceso de Graduación Ciclo I y II Año 2019		Carrera de Doctorado en Medicina																																															
		FEB/2019				MARZ/2019				ABRIL/2019				MAY/2019				JUN/2019				JUL/2019				AGOST/2019				SEPT/2019				OCT/2019				NOV/2019				DIC/2019							
Meses	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	3	4								
	<b>Actividades</b>																																																
	1. Reuniones Generales con la coordinación del Proceso de Graduación y asesorías																																																
	2. Inscripción del proceso de graduación.																																																
	3. Aprobación del tema de investigación																																																
	4. Elaboración del Protocolo de Investigación																																																
	5. Presentación escrita del Protocolo de Investigación																																																
	6. Ejecución de la Investigación																																																
	7. Procesamiento de los datos																																																
	8. Elaboración de la discusión y prueba de																																																
	9. Elaboración de Conclusiones y recomendaciones																																																
	10. Redacción del Informe Final																																																
	11. Entrega del Informe Final																																																
	12. Exposición de Resultados y Defensa del Informe final de Investigación																																																

**ANEXO 2: PRESUPUESTO.**

<b>RUBROS</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PRECIO UNITARIO</b>	<b>PRECIO TOTAL EN USD</b>
<b>Recursos humanos</b>			
<b>Materiales y suministro de oficina</b>			
Resma de papel bond tamaño carta	2	\$4.50	\$9.00
Lápices	8	\$0.15	\$1.20
Bolígrafos de color azul	5	\$0.25	\$1.25
Bolígrafos de color negro	5	\$0.25	\$1.25
Folder tamaño carta	25	\$0.15	\$3.75
Caja de faster	1	\$2.75	\$2.75
Anillados plastificados	5	\$2.00	\$10.00
Fotocopias blanco y negro	400	\$0.04	\$16.00
<b>Materiales y suministros informáticos</b>			
Cartucho de tinta color negro	1	\$9.00	\$9.00
<b>Transporte</b>			
Combustible	20	\$3.50	\$75.00
<b>Equipo</b>			
Impresora	1	\$50	\$50
<b>TOTAL.....</b>			<b>\$179.20</b>

### ANEXO 3: HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN INVESTIGACION.

Fecha: \_\_\_\_\_ Yo: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, en base a lo expuesto en el presente documento, acepto voluntariamente participar en la investigación: **FACTORES QUE INFLUYEN EN EL AUMENTO DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN PACIENTES INSCRITAS EN EL PROGRAMA DE ATENCION MATERNO, EN LAS UCSF LAS MARIAS (CHINAMECA), OZATLAN Y CONCEPCION BATRES (USULUTAN) EN EL AÑO 2019.** Conducida por estudiantes de servicio social de Doctorado en Medicina de la Universidad de El Salvador. He sido informada de los objetivos, alcances y resultados del presente estudio y las características de mi participación. Reconozco que la información brindada en el curso de la investigación es completamente de forma anónima y confidencial, además no será utilizada fuera del contexto de la investigación.

He sido informada que puedo hacer preguntas sobre el presente proyecto en cualquier momento y puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin sufrir consecuencias por tal decisión.

Entiendo que se me entregará una copia de consentimiento informado y que puedo pedir información sobre los resultados de esta investigación cuando este estudio haya concluido.

\_\_\_\_\_

Nombre y firma de participante.

\_\_\_\_\_

Nombre de investigador responsable

## ANEXO 4: INSTRUMENTO DE INVESTIGACION.



INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN  
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL AUMENTO DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN PACIENTES INSCRITAS EN EL PROGRAMA DE ATENCION MATERNO, EN LAS UCSF LAS MARIAS CHINAMECA, OZATLAN Y CONCEPCION BATRES USULUTAN EN EL AÑO 2019.”

Objetivo del instrumento: Recopilar la información necesaria de las adolescentes embarazadas para determinar los factores que influyen en el aumento de embarazos adolescentes inscritas en el programa de atención materno de las UCSF Las Marías, UCSF Ozatlán y UCSF Concepción Batres.

### DATOS GENERALES

1. Clasificación de adolescente según grupo de edad:

Adolescencia temprana

Adolescencia tardía

2. Lugar de procedencia:

Rural

Urbana

3. ¿Sabe leer y escribir?

Sí

No

4. Nivel de escolaridad:

Primaria

Universidad

Secundaria

Ninguna

Bachillerato

5. Ocupación actual:

Estudiante

Empleada

Ama de casa

6. ¿Cuál es su estado civil?

Soltera   
Casada

Unión estable   
Otra

7. ¿Cuál es la edad de su pareja?

10 a 20 años   
31 a 40 años   
51 a 60 años

21 a 30 años   
41 a 50 años   
> 60 años

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

Padre   
Hermanos   
Otros

Madre   
Pareja

9. La vivienda en la cual habita es:

Propia

Alquilada

10. ¿Cuántas personas habitan su vivienda?

2 a 3 personas   
6 a 8 personas

4 a 5 personas   
Más de 8

11. ¿Considera que la distancia desde su hogar a la UCSF dificulta el acceso a la salud?

Sí

No

**ANTECEDENTES GINECOLOGICOS – OBSTETRICOS.**

12. Edad de inicio de periodo menstrual:

10 años   
13 años

11 años   
14 años

12 años   
15 años

13. Edad de inicio de relaciones sexuales:

10 a 12 años   
16 a 19 años

13 a 15 años

14. ¿Qué la llevó a iniciar relaciones sexuales?

Curiosidad  Complacer a la pareja   
Vínculo afectivo  Otros

15. ¿Es su primer embarazo?

Sí  No

16. ¿Su embarazo actual ha sido planificado?

Sí  No

17. En caso de embarazos previos, ¿A qué edad tuvo su primer embarazo?

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

18. ¿Existen en su familia antecedentes de embarazo adolescente?

Sí  No

Si contestó “sí”, ¿Quién de su familia estuvo embarazada durante la adolescencia?

Madre  Tía   
Hermana  Abuela

#### SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

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

Sí  No

20. ¿Quién ha sido su fuente de información sobre salud sexual y reproductiva?

Escuela  Familia   
Personal de salud

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

Preservativos	<input type="checkbox"/>	DIU	<input type="checkbox"/>	Inyectables	<input type="checkbox"/>
Implantes	<input type="checkbox"/>	ACO	<input type="checkbox"/>	Naturales	<input type="checkbox"/>

22. ¿Quién le ha hablado sobre métodos de planificación familiar?

Personal de salud	<input type="checkbox"/>	Maestros	<input type="checkbox"/>	Padres	<input type="checkbox"/>
Amigos	<input type="checkbox"/>	Familiares	<input type="checkbox"/>	Nadie	<input type="checkbox"/>

23. ¿Ha utilizado métodos de planificación familiar previamente al embarazo?

Sí  No

24. ¿A cuántos controles prenatales ha asistido?

1 a 2 controles	<input type="checkbox"/>	3 a 4 controles	<input type="checkbox"/>
5 a 6 controles	<input type="checkbox"/>	Más de 6	<input type="checkbox"/>

25. ¿Recibe apoyo por parte de su familia y/o pareja?

Sí  No

26. ¿Considera que hay violencia intrafamiliar en su hogar?

Si  No

## **ANEXO 5: GLOSARIO.**

1. **Aborto:** Interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de que el embrión o el feto estén en condiciones de vivir fuera del vientre materno.
2. **Adolescencia:** Es el período de transición psicológica y social entre la niñez y la vida adulta.
3. **Adolescencia Temprana:** Período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad.
4. **Adolescencia Tardía:** La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad.
5. **Anorexia:** Es un trastorno de la alimentación que se caracteriza por el peso corporal anormalmente bajo, el temor intenso a aumentar de peso y la percepción distorsionada del peso.
6. **Ansiedad:** Es una respuesta de anticipación involuntaria del organismo frente a estímulos que pueden ser externos o internos, tales como pensamientos, ideas, imágenes, que son percibidos por el individuo como amenazantes y/o peligrosos y se acompaña de un sentimiento desagradable o de síntomas somáticos de tensión.
7. **Anticonceptivo:** Es cualquier método o dispositivo para prevenir el embarazo.
8. **Bulimia:** es un trastorno alimenticio y psicológico caracterizado por la adopción de conductas en las cuales el individuo se aleja de las formas de alimentación saludables consumiendo comida en exceso en períodos de tiempo muy cortos, también llamados atracones, seguido de un período de arrepentimiento, el cual puede llevar al sujeto a eliminar el exceso de alimento a través de vómitos o laxantes.
9. **Coacción:** Fuerza o violencia física o psíquica que se ejerce sobre una persona para obligarla a decir o hacer algo contra su voluntad.

10. Coerción: Es una acción mediante la cual se impone un castigo o pena (legal o ilegal) con el objetivo de condicionar el comportamiento de los partidos de individuos.
11. Cosmovisión: Manera de ver e interpretar el mundo.
12. Discriminación: Trato diferente y perjudicial que se da a una persona por motivos de raza, sexo, ideas políticas, religión, etc.
13. Disfunción: Alteración o deficiencia funcional de un órgano.
14. Eclampsia: Es la aparición de convulsiones o coma durante el embarazo en una mujer después de la vigésima semana de gestación, el parto o en las primeras horas del puerperio sin tener relación con afecciones neurológicas.
15. Educación Sexual: Hace referencia al conjunto de actividades relacionadas con la enseñanza, la difusión y la divulgación acerca de la sexualidad humana en todas las edades del desarrollo, el aparato reproductor femenino y masculino, la orientación sexual, las relaciones sexuales, la planificación familiar y el uso de anticonceptivos, el sexo seguro, la reproducción, más específicamente, la reproducción humana, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, los estudios de género y otros aspectos de la sexualidad humana, con el objetivo de alcanzar un estado específico de salud sexual y reproductiva y también un estado satisfactorio de salud general, tanto física como emocional.
16. Embarazo: Es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto.
17. Embarazo Adolescente: Es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente, entre la adolescencia inicial o pubertad y el final de la adolescencia.
18. Estrés: Es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada.

19. Eyaculación: Es la expulsión de un fluido biológico, cerca o en el momento del orgasmo durante la relación sexual, la masturbación o una emisión nocturna.
20. Idealismo: Tendencia a considerar el mundo y la vida de acuerdo con unos modelos de armonía y perfección ideal que no se corresponden con la realidad.
21. Identidad Sexual: Alude a la percepción que un individuo tiene sobre sí mismo respecto a su propio cuerpo en función de la evaluación que realiza de sus características físicas o biológicas que generalmente refleja la apariencia física externa y el rol típicamente vinculado al sexo que uno desarrolla y prefiere o la sociedad intenta imponer.
22. Impulsividad: Es la predisposición a reaccionar de forma inesperada, rápida, y desmedida ante una situación externa que puede resultar amenazante, o ante un estímulo interno propio del individuo, sin tener una reflexión previa ni tomar en cuenta las consecuencias que pueden provocar sus actos.
23. Incesto: Es la práctica de relaciones sexuales entre individuos muy próximos por consanguinidad, parentesco biológico o consanguíneo.
24. Individualización: Es una diferenciación que se hace atribuyendo a la cosa en cuestión características distintivas.
25. Malformación: Es una diferencia notable en la forma del cuerpo o parte del cuerpo, u órgano del cuerpo (interno o externo) comparada con la forma promedio de la parte en cuestión.
26. Menarquía: Es la primera menstruación que tiene la mujer, que normalmente sucede entre los 10 y los 16 años.
27. Mito: Historia imaginaria que altera las verdaderas cualidades de una persona o de una cosa y les da más valor del que tienen en realidad.

28. Parto: Es la culminación del embarazo humano hasta el periodo de la salida del bebé del útero.
29. Parto Prematuro: parto ocurrido antes de 37 semanas de gestación, en oposición a la mayoría de los embarazos que duran más de 37 semanas, contadas desde el primer día de la última menstruación.
30. Pre eclampsia: Es un síndrome específico del embarazo que consiste básicamente en la aparición de hipertensión arterial después de la vigésima semana de gestación y la presencia de niveles elevados de proteína en la orina.
31. Pubertad: Período de la vida de la persona en el que se desarrollan los caracteres sexuales secundarios y se alcanza la capacidad de reproducción; constituye la primera fase de la adolescencia y el paso de la infancia a la edad adulta.
32. Reflexividad: En teoría social se refiere a una relación circular entre causa y el efecto.
33. Salud Reproductiva: Es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.
34. Violación: Es un delito sexual que consiste en el acto de penetrar sexualmente a otra persona sin su consentimiento.
35. Violencia: Uso de la fuerza para conseguir un fin, especialmente para dominar a alguien o imponer algo.