

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**



**TRABAJO DE GRADO
FACTORES ASOCIADOS CON EL AUMENTO DE EMBARAZOS EN
ADOLESCENTES EN UNIDAD DE SALUD DE ACAJUTLA, DE ENERO A JULIO
DE 2020**

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

**PRESENTADO POR
JUAN MIGUEL MENJIVAR LUNA
KEVIN GIOVANNI VARGAS FLORES**

**DOCENTE ASESOR
DOCTOR JUAN HÉCTOR JUBIS ESTRADA**

**JUNIO, 2023
SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA**

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES



M.Sc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
RECTOR

DR. RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ
VICERRECTOR ACADÉMICO

ING. JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

ING. FRANCISCO ANTONIO ALARCÓN SANDOVAL
SECRETARIO GENERAL

LICDO. LUIS ANTONIO MEJÍA LIPE
DEFENSOR DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LICDO. RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN
FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

AUTORIDADES



M.Ed. ROBERTO CARLOS SIGÜENZA CAMPOS

DECANO

M.Ed. RINA CLARIBEL BOLAÑOS DE ZOMETA

VICEDECANA

LICDO. JAIME ERNESTO SERMEÑO DE LA PEÑA

SECRETARIO

DR. JOSÉ MANUEL ESCOBAR CASTANEDA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AGRADECIMIENTOS

Principalmente a Dios todopoderoso por darme la fuerza y la capacidad para afrontar cada situación adversa y salir siempre adelante para alcanzar este objetivo trazado de muy pequeño.

A mis padres, Juan José Torres y María Evelia Luna, hermanos y familia en general por el apoyo incondicional que me han mostrado a lo largo de este trayecto. Por el sacrificio realizado para que saliera adelante. Amigos y conocidos que fueron parte esencial por el apoyo recibido, no solo en lo económico sino, en lo moral emocional, por sus palabras de aliento y oraciones.

A nuestro Asesor Juan H. Jubis MD. Msc, quien fue el tutor de este proyecto de tesis.

Al personal de UCSFI Acajutla; director, personal de enfermería, médicos, personal de farmacia, archivo y psicología. Por brindar el apoyo y la ayuda necesaria para realizar el instrumento de recolección de datos.

Al personal docente y administrativo de la carrera de medicina UES FMOcc, por el conocimiento de los nuevos profesionales de la salud.

JUAN MIGUEL MENJIVAR LUNA.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, le doy gracias a Dios, por darme fortaleza, vida ante todas las circunstancias que he vivido, lo que ha durado mi proceso de formación académica; además por la sabiduría y entendimiento que me ha otorgado para poder culminar mi estudio académico.

Agradezco a mis padres Giovanni Vargas y Maira Flores, por siempre apoyarme en este largo proceso de formación, porque a pesar de las dificultades que se me presentaran me han iluminado para no caer y no desistir en mi sueño. A mis hermanos que de una forma especial siempre me han apoyado y a toda mi familia que igualmente apoyaron. También agradezco a mi prometida. Paula Jeampierre, por ser ese pilar y apoyo incondicional, el cual ha sido una persona imprescindible para no desistir y siempre luchar para lograr vencer cada obstáculo.

De igual forma agradezco a cada docente, por sus enseñanzas que me otorgaron y especialmente a nuestro asesor Juan Héctor Jubis MD. Msc, por cada uno de los conocimientos brindados como guía en la realización de la tesis.

KEVIN GIOVANNI VARGAS FLORES

INDICE

Resumen.....	x
Introducción.....	xi
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1 Descripción del problema.....	13
1.2 Formulación del problema.....	15
1.3 Justificación.....	15
1.4 Delimitación espacial temporal.....	17
1.4.1 Delimitación espacial.....	17
1.4.2 Delimitación temporal.....	17
1.5 Objetivos	18
1.5.1 Objetivo general	18
1.5.2 Objetivos específicos.....	18
CAPITULO II: MARCO TEORICO	19
2.1 Antecedentes	19
2.2 Situación actual	20
2.3 Adolescencia	21
2.4 Adolescencia temprana.....	21
2.5 Adolescencia media.....	23
2.6 Adolescencia tardía.....	24
2.7 El embarazo en la adolescencia según oms.....	25
2.8 Consecuencias para la salud.....	26
2.9 Consecuencias económicas y sociales.....	27
2.10 La respuesta de la OMS.....	28
2.11 ¿Cómo afecta el embarazo en la adolescencia al nivel de educación alcanzado?29	

2.12 ¿Cómo afecta el covid-19 al embarazo en la adolescencia en américa latina?	30
2.13 América latina y el caribe	30
2.14 Prevenir el embarazo adolescente.	33
2.15 Embarazo adolescente en números.....	33
2.16 Embarazos en niñas y adolescentes en la república de Guatemala.	35
2.17 Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en Guatemala.....	35
2.18 Costo de oportunidad educativa vinculado al embarazo en la adolescencia en Guatemala.....	36
2.19 Costo de oportunidad laboral vinculado al embarazo en la adolescencia en Guatemala.....	36
2.20 Costo de oportunidad de ingreso laboral vinculado al embarazo en la adolescencia.	37
2.21 Costo sanitario del embarazo en la adolescencia en Guatemala.....	38
2.22 ¿Cuál es el impacto social del embarazo en la adolescencia?	39
2.23 Embarazos en niñas y adolescentes en El Salvador.....	40
2.24 Embarazos de niñas y adolescentes en 2019	43
2.25 ¿Qué pasó durante el año de la pandemia por covid-19 (2,020)?	44
2.26 Embarazo en niñas y adolescentes en el salvador en el contexto de la covid-19 en 2020.	45
2.27 Necesidades de anticonceptivos durante 2020.	47
2.28 Violencia sexual hacia las niñas y las adolescentes en el contexto de pandemia.	48
CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	50
3.1 Hipótesis.....	50
3.1.1 Hipótesis de investigación	50
3.1.2 Hipótesis nulas	50

3.2 Variables	51
3.2.1 Operación de las variables	51
3.3 Tipo de estudio	55
3.4 Grupo poblacional	55
3.5 Unidad de observación.....	55
3.6 Área de estudio.	55
3.7 Grupo seleccionado	55
3.8 Criterios de selección	56
3.9 Criterios de inclusión	56
3.10 Criterios de exclusión	56
3.11 Fuente de información.....	56
3.11.1 Fuente de información primaria.....	56
3.11.2 Fuentes de información secundaria	57
3.12 Instrumento de recolección de datos.....	57
3.13 Procedimiento	57
3.14 Control de información	58
3.15 Validación de los instrumentos.....	58
3.16 Condiciones éticas	59
CAPITULO IV: PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	60
4.1 Cálculo de CHI	60
4.2 Coeficiente v de Cramer.....	60
4.3 Valor de <i>P</i>	61
4.4 Presentación de resultados	62
4.5 Factores asociados a accesibilidad de los servicios de salud y educacion sexual..	72
4.6 Análisis de revisión de expedientes	82

4.7 Comprobación de hipótesis	87
CAPITULO V: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES.....	91
5.1 Conclusiones.....	91
5.2 Recomendaciones.....	93
REFERENCIAS.....	96
ANEXOS	98

RESUMEN

El presente trabajo consiste en un estudio tipo retrospectivo descriptivo con enfoque cuantitativo y cualitativo en el que existe una asociación significativa entre los fenómenos estudiados, y que permitirá realizar un análisis de los factores asociados con el aumento de embarazos en adolescentes, en la unidad de salud de Acajutla, de enero a julio de 2,020.

Se puede sostener que, en la investigación, los principales desencadenantes que influyen significativamente en la probabilidad de embarazo en adolescentes son, en su mayoría, factores económicos, psicosociales y culturales.

A pesar de que se puede deducir que hay importantes obstáculos como deficiencias en los servicios de atención médica primaria, que no están adecuadamente enfocados en prevenir el embarazo en los adolescentes. Por lo cual, podemos afirmar que la problemática de salud relacionada con el embarazo en adolescentes en la población analizada no tiene un origen singular, sino que es multifactorial y compleja.

Este estudio tiene como objetivo proporcionar una contribución significativa para la formulación de estrategias adicionales que puedan ser implementadas por los profesionales de la salud. Es importante que estos actores aumenten su participación y fomenten prácticas saludables en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, para reducir la incidencia de embarazos en este grupo de la población.

INTRODUCCIÓN

En esta investigación se establecen los cimientos y elementos comunes del tema a través del marco teórico y referencial, expresados por profesionales que han estudiado el tema. Se expondrá la metodología empleada en la investigación, así como las causas que originan el problema, que serán estructuradas y sustentadas en la propia investigación. Finalmente, se presentarán las conclusiones a las que se llegó, con el objetivo de mostrar la realidad que refleja un problema nacional en el que se han invertido recursos para disminuir su alta incidencia, pero que aún no ha logrado los resultados esperados y requeridos para una población que necesita el apoyo de la sociedad.

Y el cual, el objetivo de esta investigación es analizar los factores asociados al aumento de embarazos en adolescentes, por ser un problema importante, relacionado con los cambios socioeconómicos y políticos que han ocurrido en el país en los últimos años. A pesar de que existen investigaciones nacionales sobre el tema, se sabe poco acerca de la magnitud del problema a nivel social. Los riesgos y consecuencias negativas del embarazo adolescente son bien conocidos, incluyendo complicaciones obstétricas, mortalidad y morbilidad materna, bajo peso del recién nacido y mortalidad e incidencia de enfermedades en niños e infantes, entre otros. Sin embargo, es importante destacar que estos riesgos biológicos no actúan de manera aislada, sino que están asociados con factores psicosociales, económicos, políticos, estructurales y de género.

También es importante destacar que el embarazo en adolescentes está asociado con riesgos significativos para la salud física y emocional tanto de las madres como de los bebés, y representa un desafío para la salud pública en El Salvador. Se necesitan esfuerzos concertados a nivel nacional para abordar este problema y garantizar el acceso a servicios de salud reproductiva y educación sexual adecuados para adolescentes.

En el año 2020, El Salvador registró un aumento del 10.6% en el número de embarazos adolescentes en comparación con el año anterior. De los 27,032 nacimientos registrados en el país, el 23% correspondió a madres adolescentes

entre 10 y 19 años, lo que representa un aumento significativo en comparación con el año anterior.

Los datos también revelan una tendencia preocupante hacia el aumento de embarazos en niñas menores de 15 años, lo que sugiere la necesidad de medidas preventivas más efectivas. Además, se observó una mayor incidencia de embarazos adolescentes en áreas rurales y de bajos recursos económicos, lo que refleja la importancia de abordar los factores socioeconómicos que contribuyen a este problema.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

Esta investigación tiene como objetivo abordar el aumento del número de embarazos en adolescentes, identificando los diversos factores que pueden desencadenar este fenómeno. Entre los factores sospechados se encuentra el bajo nivel socioeconómico de las familias, la falta de accesibilidad a los servicios de salud y educación sexual, y los aspectos psicosociales y culturales que influyen en las adolescentes. Los embarazos en adolescentes representan un riesgo para el cumplimiento de sus derechos básicos, incluyendo el derecho a la protección contra la violencia, la educación y el disfrute pleno de su adolescencia, por lo que es fundamental abordar este problema desde una perspectiva de salud pública.

Además, es importante destacar que el abuso sexual, la violación y el incesto son las principales causas del embarazo en adolescentes, y estos casos ocurren con mayor frecuencia dentro del hogar. Esta situación nos plantea un fenómeno social complejo que se relaciona con la construcción del rol de la niña y la mujer en la sociedad y en la familia. Es fundamental abordar este problema desde una perspectiva integral que involucre aspectos de prevención, atención y protección para las adolescentes en riesgo (Salvador F. d., 2020).

La OMS define la violencia como el uso intencional de la fuerza física o amenazas contra uno mismo u otras personas, con consecuencias como traumatismos, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte. Según el Informe anual de hechos de violencia, de 2015 a 2019 se registraron un total de 104,687 hechos de violencia contra las mujeres en un incremento ascendente. Los hechos de violencia reportados incluyen violencia física, feminicidios y violencia sexual. (Salvador F. d., 2020).

La violencia feminicida se refiere a la forma más extrema de violencia de género contra las mujeres, y se produce como resultado de la violación de sus derechos humanos en el ámbito público y privado. En El Salvador, durante el periodo 2015 a 2019, se registraron 1,146 casos de feminicidios. La última Encuesta de Hogares

Propósitos Múltiples de El Salvador (EHPM) indica que la accesibilidad de la población a los servicios de salud es limitada, con solo el 42.6% consultando en unidades de salud del MINSAL, el 11.4% en hospitales del MINSAL, el 7.9% en unidades del ISSS y el 4.8% en hospitales del ISSS. (Salvador M. d., 2021).

En el año 2021, el 24.6% de la población total del país contaba con algún seguro médico, según datos de la última Encuesta de hogares Propósitos Múltiples de El Salvador (EHPM). Este porcentaje es mayor en el área urbana (31.9%) que en el área rural (12.8%), lo que indica una brecha importante en términos de acceso a servicios de salud según el lugar de residencia. Además, se observa que la población masculina con seguro médico supera a la población femenina en 3 puntos porcentuales. (Salvador M. d., 2021).

Según la Encuesta de Hogares Propósitos Múltiples de El Salvador (EHPM), el impacto de un embarazo se ve fuertemente condicionado por la situación económica. La tasa de participación laboral en el área rural es del 58.6%, mientras que en el área urbana es del 63.5%. Sin embargo, la tasa de participación laboral varía significativamente por género, siendo del 79.8% en hombres y del 46.9% en mujeres. Esta brecha de género indica que las mujeres tienen una mayor carga laboral en otros espacios como el hogar o en empleos precarios.

Además, la tasa de participación laboral varía según grupos etarios. Los jóvenes entre 16 y 24 años tienen una tasa de participación laboral del 51.6%, mientras que en el grupo de 25 a 59 años es del 73.8%, y en las personas mayores de 60 años es del 35.2%. Estos datos indican que los jóvenes y las personas mayores de 60 años son los grupos con menor tasa de participación laboral. En general, la situación económica de los hogares en El Salvador es precaria, ya que el promedio de ingreso mensual es de \$602.72. Además, la diferencia de ingresos por área es significativa, siendo el promedio en el área urbana de \$704.85 y en el área rural de \$434.86, lo que indica que los hogares del área rural están en una situación económica más precaria que el promedio nacional. Por otro lado, la tasa de pobreza en el país es del 24.6%, de los cuales el 7.8% se encuentra en pobreza extrema y el 16.8% en pobreza relativa. (Salvador M. d., 2021).

La maternidad durante la adolescencia representa un desafío significativo tanto para la madre como para el recién nacido. Además de las implicaciones biológicas de un embarazo a temprana edad, las adolescentes también enfrentan consecuencias psicológicas y económicas. El impacto emocional puede ser significativo, ya que las adolescentes pueden enfrentar la desaprobación social y la discriminación, así como la ansiedad, el estrés y la depresión. En términos económicos, las adolescentes embarazadas pueden tener dificultades para continuar sus estudios, encontrar empleo y satisfacer las necesidades básicas de su bebé. Por lo tanto, es importante implementar medidas preventivas para reducir las tasas de embarazo en adolescentes y ofrecer un apoyo integral a las adolescentes embarazadas y madres jóvenes para garantizar que tengan las mejores oportunidades para su futuro y el de sus hijos.

1.2 Formulación del problema

Es por esta razón que se plantea el problema de la siguiente manera.

¿Cuáles son los factores asociados con el aumento de embarazos en adolescentes en la unidad de salud de Acajutla, de enero a julio de 2,020?

1.3 Justificación

Los embarazos en adolescentes representan un problema complejo que involucra factores socioculturales, políticos y de salud. Desde una perspectiva sociocultural, los embarazos en adolescentes pueden estar relacionados con la falta de acceso a la educación sexual y reproductiva, la presión social para tener relaciones sexuales y la baja autoestima. Estos factores pueden llevar a las adolescentes a tener relaciones sexuales sin protección y, en consecuencia, a quedar embarazadas.

Desde un punto de vista político, la falta de políticas y programas adecuados de educación sexual y reproductiva pueden contribuir al aumento de embarazos en adolescentes. Además, la falta de acceso a servicios de salud adecuados, incluyendo servicios de planificación familiar y anticoncepción, puede aumentar el riesgo de embarazo en adolescentes.

Por otro lado, los embarazos en adolescentes también tienen implicaciones significativas para la salud. Los embarazos en la adolescencia tienen un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto, así como para la salud del recién nacido. Además, los embarazos en la adolescencia pueden tener un impacto emocional y psicológico significativo en las adolescentes y sus familias.

En el contexto de la Unidad de Salud de Acajutla, es importante investigar los factores que están contribuyendo al aumento de embarazos en adolescentes. La falta de acceso a la educación sexual y reproductiva y los servicios de salud, combinados con situaciones económicas precarias, pueden ser factores que contribuyen al problema. La investigación en esta área es fundamental para informar las políticas y programas que aborden el problema de los embarazos en adolescentes en la Unidad de Salud de Acajutla y en todo El Salvador.

Los embarazos en adolescentes son un problema multifactorial que involucra elementos socioculturales, políticos y de salud. En el caso de la Unidad de Salud de Acajutla, se ha identificado un aumento en el número de embarazos en adolescentes en el año 2020, lo que ha motivado la realización de una investigación sobre los factores asociados a este problema.

Es importante destacar que, a nivel nacional, El Salvador ha enfrentado un aumento en el número de embarazos en niñas y adolescentes en los últimos años. Según el documento "Llegar a cero embarazos en niñas y adolescentes -Mapa El Salvador 2020", entre 2015 y 2020 se registraron 105,930 embarazos en niñas y adolescentes en el país. De ellos, 5,104 fueron en niñas de 10 a 14 años.

En el departamento de Sonsonate, donde se encuentra la Unidad de Salud de Acajutla, se han registrado 42 embarazos en niñas de 10 a 14 años y 717 embarazos en adolescentes de 15 a 19 años, según datos del Sistema de Morbimortalidad en Línea (SIMMOW) del MINSAL.

El objetivo del trabajo de investigación sobre el aumento de embarazos en adolescentes en la Unidad de Salud de Acajutla es analizar los diferentes factores que influyen en este fenómeno. Para ello, se busca determinar las causas que llevan

a las adolescentes a concebir en esta etapa de la vida, considerando aspectos socioculturales, políticos y de salud.

En este sentido, se pretende evaluar cómo el impacto socioeconómico influye en la susceptibilidad de las adolescentes a la violencia psicológica y física, así como en la normalización de ciertos comportamientos socioculturales que favorecen el aumento de los embarazos en adolescentes. Asimismo, se busca determinar cuáles son las barreras que enfrentan las adolescentes para acceder a información y servicios de salud sexual y reproductiva, y cómo estas barreras contribuyen a aumentar la vulnerabilidad de las adolescentes frente a embarazos no deseados.

En resumen, el trabajo de investigación busca realizar un análisis profundo y riguroso de los diferentes factores que influyen en el aumento de los embarazos en adolescentes en la Unidad de Salud de Acajutla, con el objetivo de diseñar estrategias efectivas que permitan prevenir y reducir este problema en la zona.

1.4 Delimitación espacial temporal

1.4.1 Delimitación espacial

La investigación sobre el análisis de los factores asociados con el aumento de embarazos en adolescentes se realizará sobre la población que consulta en la Unidad de Salud de Acajutla, cuyos habitantes pertenecen al departamento de Sonsonate, municipio de Acajutla, Acajutla.

1.4.2 Delimitación temporal

Para efectos de estudio la investigación sobre los factores principales que inciden en el aumento de embarazos en las adolescentes de 10 a 19 años se desarrollara en el periodo comprendido desde enero hasta julio del 2,020.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

- ✓ Conocer los factores asociados con el aumento de embarazos en adolescentes en la unidad de salud de Acajutla, de enero a julio de 2,020.

1.5.2 Objetivos específicos

- ✓ Analizar el impacto económico en el aumento del número de embarazos en adolescentes.
- ✓ Identificar los factores psicosociales y culturales que influyen en el aumento del número de embarazos en adolescentes.
- ✓ Conocer la accesibilidad a los servicios de salud y educación sexual por parte de las adolescentes.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

La tasa de fecundidad a nivel mundial hasta el año 2016 en adolescentes de 15 a 19 años ha disminuido en países en desarrollo en un 10%, y equivale a 46.2 nacimientos por cada 1,000 mujeres entre 15 y 19 años, mientras que para América Latina el valor es de 66.5 nacimientos (Naciones Unidas, 2015). Para El Salvador, la fecundidad entre las adolescentes es de 74 nacimientos por cada 1,000 mujeres entre los 15 y 19 años.

La tasa de fecundidad es el índice que refleja la cantidad de nacimientos con vida que se registra en un año por cada 1,000 mujeres, en este caso de 15 y 19 años, pero en los datos publicados por el Ministerio de Salud (MINSAL) que se comparten a continuación, se registran embarazos en niñas de 10 a 14 años.

Si bien los datos evidencian una leve disminución al comparar el primer semestre de 2020 con el mismo período de 2019, las cifras evidencian el largo camino por recorrer para superar esta realidad.

En las niñas de 10 a 14 años, se identificaron 258 en el semestre 1 de 2020, en el periodo enero –junio de 2019, se registran 284 en el mismo grupo de edad, lo cual se traduce a una variación de 26 casos o 9.15% menos.

Con respecto a las adolescentes de 15 a 19 años, las estadísticas registran 6,581 embarazos en 2020 y 7,964 en el mismo periodo de 2019, con una disminución de 1,388 embarazos o 17.42%.

Las cifras incluyen niñas y adolescentes procedentes de Guatemala, Honduras y Nicaragua, que se inscribieron en el sistema de salud salvadoreño. El departamento con mayor número de embarazos en el primer semestre 2020, es San Salvador con un registro de 942, seguido de Sonsonate con 759 y el departamento de menor registro es San Vicente, con 224 embarazos.

Entre los municipios con menor número de embarazos a nivel departamental están: Santa Rosa Guachipilin (3), Santa Ana; Antiguo Cuscatlán (1), La Libertad; Santa Cruz Analquito (1), Cuscatlán; Cinquera (3) Cabañas; Guadalupe y Tepetitán (3) San Vicente; California (3); Usulután, Comacarán (1), San Miguel; El Rosario (1), Morazán; San José (1), La Unión.

Embarazos de niñas y adolescentes en 2019: De enero a diciembre de 2019, el Ministerio de Salud indica que el 24.52% de inscripciones por embarazos corresponden a niñas y adolescentes de 10 a 19 años, quienes totalizan 15,270 de las inscripciones por embarazo, de una cifra global de 62,499 mujeres de diferentes edades.

Tomando en cuenta, únicamente, los datos numéricos de embarazos en niñas y adolescentes y no las tasas de población, los tres departamentos que reportan mayores porcentajes en 2019 fueron: San Salvador con 17%; La Libertad, con el 12%, le sigue Sonsonate con 11%.

Al contrario, los que registran menores cifras de embarazos son Chalatenango y San Vicente con 3%; seguido de Cuscatlán, Cabañas y Morazán con 4% a nivel nacional, es de considerar que estos son departamentos con menores índices de población.

2.2 Situación actual

Según un informe del Ministerio de Salud de El Salvador, la tasa de nacimientos en adolescentes entre 15 y 19 años fue de 64.8 por cada 1,000 en 2017, disminuyendo a 54.6 en 2020.

Y a pesar de la disminución en la tasa de embarazo adolescente en los últimos años, la tasa de fecundidad en adolescentes sigue siendo alta en comparación con otros países de la región, y gran parte de los embarazos adolescentes en El Salvador son no deseados e inesperados, lo que indica la necesidad de una atención y prevención integral. Por lo cual las adolescentes de zonas rurales y de bajos ingresos enfrentan

mayores desafíos para acceder a servicios de salud y educación sexual, por lo cual aumenta su vulnerabilidad a embarazos no deseados y abuso sexual.

2.3 Adolescencia

La adolescencia tiene mala prensa. Socialmente esta etapa suele verse como un período complicado. Muchas veces nos vinculamos con los adolescentes desde el miedo, ubicándolos en el lugar de “problemáticos”, sin darnos cuenta de que hemos rodeado esta etapa de prejuicios (UNICEF, 2020).

La adolescencia es una etapa necesaria e importante para hacernos adultos. Pero esencialmente es una etapa con valor y riqueza en sí misma, que brinda infinitas posibilidades para el aprendizaje y el desarrollo de fortalezas. Es una etapa desafiante, de muchos cambios e interrogantes para los adolescentes, pero también para sus padres y adultos cercanos.

¿De qué edad a qué edad va la adolescencia? La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como el período de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años. Independientemente de la dificultad para establecer un rango exacto de edad es importante el valor adaptativo, funcional y decisivo que tiene esta etapa.

La adolescencia es el período de transición entre la niñez y la adultez. Incluye algunos cambios grandes, tanto en el cuerpo como en la forma en la que un joven se relaciona con el mundo. La cantidad de cambios físicos, sexuales, cognitivos, sociales y emocionales que ocurren en esta época pueden causar expectativas y ansiedad tanto a los niños como a sus familias. Entender qué se puede esperar en las distintas etapas puede promover un desarrollo saludable durante toda la adolescencia y a principios de la adultez (healthychildren.org, 2019).

2.4 Adolescencia temprana

Entre los 10 y 13 años. Las hormonas sexuales comienzan a estar presentes y por esto se dan cambios físicos: “pegan el estirón”, cambian la voz, aparece vello púbico

y en axilas, olor corporal, aumento de sudoración y con esto surge el enemigo de los adolescentes: el acné. Comienzan a buscar cada vez más a los amigos (UNICEF, 2020).

Durante esta etapa, los niños suelen comenzar a crecer más rápido. También empiezan a notar otros cambios corporales, entre los que se incluyen el crecimiento de vello en las axilas y en la zona genital, el desarrollo de los senos en las mujeres y el aumento del tamaño de los testículos en los varones. Por lo general empieza uno o dos años antes en las niñas que, en los varones, y puede ser normal que algunos cambios comiencen tan pronto como a los 8 años para las niñas y a los 9 años para los varones. Muchas niñas tienen su primera menstruación alrededor de los 12 años, en promedio de 2 a 3 años después del comienzo del desarrollo de los senos (healthychildren.org, 2019).

Estos cambios corporales pueden generar curiosidad y ansiedad en algunos, en especial si no saben qué esperar o qué es normal. Algunos niños, además, se cuestionan su identidad de género en esta etapa y el inicio de la pubertad puede ser un momento difícil para los niños transgénero (healthychildren.org, 2019) .

Los adolescentes más jóvenes tienen ideas concretas y extremistas. Las cosas están bien o mal, fantásticas o terribles, sin muchos matices. En esta etapa es normal que los jóvenes enfoquen su pensamiento en ellos mismos (lo que llamamos "egocentrismo"). Como parte de esto, los preadolescentes y adolescentes más jóvenes suelen sentirse cohibidos por su apariencia y sienten como si sus padres los juzgaran permanentemente (healthychildren.org, 2019).

Los preadolescentes sienten una mayor necesidad de privacidad. Es posible que comiencen a explorar formas de ser independientes de su familia. En este proceso, es probable que prueben los límites y reaccionen con intensidad si los padres o tutores reafirman los límites (healthychildren.org, 2019).

2.5 Adolescencia media

Entre los 14 y 16 años. Comienzan a evidenciarse cambios a nivel psicológico y en la construcción de su identidad, cómo se ven y cómo quieren que los vean. La independencia de sus padres es casi obligatoria y es la etapa en la que pueden caer fácilmente en situaciones de riesgo (UNICEF, 2020).

Los cambios físicos que comenzaron en la pubertad continúan durante la adolescencia media. La mayoría de los varones comienzan su "crecimiento repentino" y continúan los cambios relacionados con la pubertad. Es posible, por ejemplo, que se les quiebre la voz a medida que se les va agravando. A algunos le sale acné. Es probable que los cambios físicos estén casi completos en las mujeres y la mayoría de las niñas ya tenga menstruaciones regulares (healthychildren.org, 2019).

A esta edad, a muchos adolescentes les surge el interés en las relaciones románticas y sexuales. Probablemente se cuestionen su identidad sexual y la exploren, lo que podría resultar estresante si no tienen el apoyo de sus padres, de la familia o de la comunidad. Otra forma típica de explorar el sexo y la sexualidad de los adolescentes de todos los géneros es la autoestimulación, también llamada masturbación (healthychildren.org, 2019).

Muchos jóvenes en su adolescencia media discuten más con sus padres porque luchan por tener más independencia. Es muy probable que pasen menos tiempo con la familia y más tiempo con los amigos. Les preocupa mucho su aspecto y la presión de los padres (compañeros) puede alcanzar el máximo punto en esta etapa (healthychildren.org, 2019).

El cerebro sigue cambiando y madurando en esta etapa, pero aún hay muchas diferencias entre la forma de pensar de un joven en su adolescencia media y de un adulto. Gran parte de esto se debe a que los lóbulos frontales son la última área del cerebro en madurar; el desarrollo no está completo hasta que la persona tiene veintitantos años. Los lóbulos frontales desempeñan un papel importante en la coordinación de las tomas de decisiones complejas, el control de los impulsos y la

capacidad de tener en cuenta varias opciones y consecuencias. Los jóvenes en la adolescencia media tienen más capacidad de pensar en forma abstracta y tener en cuenta el "panorama general", pero aún carecen de la capacidad de aplicarlo en el momento. Por ejemplo, en determinadas situaciones, los jóvenes en la adolescencia media se encuentran pensando cosas como:

- *"Me está yendo bastante bien en matemática y tengo muchas ganas de ver esta película... no importa si no estudio una noche".*
- *"¿Realmente tengo que usar condón durante las relaciones sexuales si mi novia toma la píldora?".*
- *"La marihuana es legal ahora, así que no puede ser tan mala".*

Si bien es posible que sigan la lógica de evitar riesgos fuera de estas situaciones, las emociones fuertes a menudo siguen rigiendo sus decisiones cuando entran en juego los impulsos.

2.6 Adolescencia tardía

Desde los 17 y puede extenderse hasta los 21 años. Comienzan a sentirse más cómodos con su cuerpo, buscando la aceptación para definir así su identidad. Se preocupan cada vez más por su futuro y sus decisiones están en concordancia con ello. Los grupos ya no son lo más importante y comienzan a elegir relaciones individuales o grupos más pequeños (UNICEF, 2020).

Los jóvenes en la adolescencia tardía por lo general ya completaron el desarrollo físico y alcanzaron la altura definitiva que tendrán como adultos. Para esta edad suelen tener más control de sus impulsos, pueden sopesar los riesgos y recompensas mejor, y con más precisión. En comparación con los jóvenes en la adolescencia media, los jóvenes en la adolescencia tardía podrían encontrarse pensando (healthychildren.org, 2019):

- *"Por más que me encanten las películas de Paul Rudd, tengo que estudiar para mi examen final".*

- *"Debería usar un condón... aunque mi novia use un método anticonceptivo, no previene el embarazo en un 100 %".*
- *"Aunque la marihuana sea legal, me preocupa el modo en que podría afectar mi estado de ánimo y mi desempeño en la escuela o el trabajo".*

Los adolescentes que se convierten en adultos jóvenes tienen ahora un sentido más firme de su propia individualidad y pueden identificar sus propios valores. Se centran más en el futuro y basan sus decisiones en sus ilusiones e ideales. Las amistades y las relaciones románticas se tornan más estables. Se separan más de su familia, tanto física como emocionalmente. No obstante, muchos restablecen una relación "adulta" con sus padres, considerándolos personas de su mismo nivel a quienes pedir consejos y con quienes hablar de temas serios, en vez de una figura de autoridad (healthychildren.org, 2019).

2.7 El embarazo en la adolescencia según OMS

Unos 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años, y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2022).

Las complicaciones durante el embarazo y el parto; son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo. Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años.

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

En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 adolescentes. Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000

muchachas, siendo las más altas las del África Subsahariana. El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza.

Algunas adolescentes planean y desean su embarazo, pero en muchos casos no es así. Los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales. En algunos países, los embarazos fuera del matrimonio no son raros. En cambio, algunas muchachas pueden recibir presión social para contraer matrimonio y, una vez casadas, para tener hijos. En países de ingresos medianos y bajos más del 30% de las muchachas contraen matrimonio antes de los 18 años, y cerca del 14% antes de los 15 años.

Algunas muchachas no saben cómo evitar el embarazo, pues en muchos países no hay educación sexual. Es posible que se sientan demasiado cohibidas o avergonzadas para solicitar servicios de anticoncepción; puede que los anticonceptivos sean demasiado caros o que no sea fácil conseguirlos o incluso que sean ilegales. Aun cuando sea fácil conseguir anticonceptivos, las adolescentes activas sexualmente son menos propensas a usarlos que las mujeres adultas. Puede que las muchachas no puedan negarse a mantener relaciones sexuales no deseadas o a oponerse a las relaciones sexuales forzadas, que suelen ser sin protección.

2.8 Consecuencias para la salud

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo. Sin embargo, desde el año 2000 se han registrado descensos considerables en el número de muertes en todas las regiones, sobre todo en Asia Sudoriental, donde las tasas de mortalidad se redujeron de 21 a 9 por 100 000 adolescentes. Cada año se practican unos 3 millones de abortos peligrosos entre muchachas de 15 a 19 años, lo que contribuye a la mortalidad materna y a problemas de salud prolongados (OMS, 2022).

La procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos. En los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal

o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo.

2.9 Consecuencias económicas y sociales

El embarazo en la adolescencia puede también tener repercusiones sociales y económicas negativas para las adolescentes, sus familias y sus comunidades. Muchas adolescentes que se quedan embarazadas se ven obligadas a dejar la escuela. Una adolescente con escasa o ninguna educación tiene menos aptitudes y oportunidades para encontrar un trabajo. Esto puede también tener un costo económico para el país, puesto que se pierden los ingresos anuales que una mujer joven hubiera ganado a lo largo de su vida de no haber tenido un embarazo precoz (OMS, 2022).

El 81% del costo de oportunidad del embarazo en la adolescencia recae sobre las mujeres que fueron madres. Ese porcentaje es aún mayor en Colombia (97%) y en Paraguay (92%), resultando proporcionalmente mayor en los países con mayor carga fiscal. Para los Estados, el costo es aún mayor en aquellos países donde la respuesta del sistema de salud público es mayor, como Argentina y Ecuador, donde el costo de oportunidad del embarazo adolescente representa 32% del costo total (UNFPA, 2020).

El embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana son fenómenos que no solo alteran las trayectorias de vida de miles de niñas y adolescentes de la región, sino que también inciden en el rumbo de las economías nacionales, comprometiendo su potencial de crecimiento y desarrollo. En este sentido, resulta fundamental que los países generen y profundicen en políticas públicas que logren reducir la cantidad de embarazos no intencionales en la adolescencia. Frente a este desafío, el proyecto que implementa la metodología Milena busca aportar evidencias que contribuyan a garantizar los Derechos Humanos de todas las niñas y adolescentes de la región, así como al bienestar de la sociedad en su conjunto (UNFPA, 2020).

El embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana son fenómenos que impactan fuertemente en la trayectoria de vida de miles de mujeres en América Latina. Sus efectos son múltiples y se extienden tanto al nivel de la educación, como del mercado laboral, de la salud e incluso a las economías nacionales. El presente informe da cuenta de dichos efectos en seis países de la región: Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay. Se entiende que la comparación entre ellos arroja información valiosa para comprender el embarazo en la adolescencia y prevenirlo, cobrando especial relevancia su estudio en el contexto de emergencia sanitaria generado por el Covid-19 (UNFPA, 2020).

El embarazo en la adolescencia no solo puede resultar perjudicial para el desenlace vital de niñas y adolescentes y sus familias, sino que genera costos a nivel agregado que podrían ser evitados. Este informe parte de estimar su costo de oportunidad, es decir, de calcular los gastos que se generan por cada niña o adolescente que atraviesa la maternidad temprana. Según las estimaciones realizadas para América Latina, el costo de oportunidad promedio del embarazo en la adolescencia es el 0,35% de su PIB¹, el equivalente a 1,242 millones por país y por año. Si se desagrega esta cifra entre los países considerados en este estudio, los porcentajes oscilan entre 0,22% para el caso de Argentina y 0,58% para el caso de Colombia.

Las siguientes cifras correspondientes para cada país: Colombia como 0,58% del PIB (en millones de US\$ corriente 1794), Paraguay como 0,35% del PIB (en millones de US\$ corriente 137), México como 0,34% del PIB (en millones de US\$ corriente 4,165), Guatemala como 0,33% del PIB (en millones de US\$ corriente 251), Ecuador como 0,26% del PIB (en millones de US\$ corriente 273) y Argentina como 0,22% del PIB (en millones de US\$ corriente 835).

2.10 La respuesta de la OMS

En 2011 la OMS publicó junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) unas directrices sobre la prevención de los embarazos precoces y la reducción de los resultados negativos para la reproducción. Las directrices contienen

recomendaciones sobre las medidas que los países podrían adoptar, con seis objetivos principales (OMS, 2022):

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

Además, la OMS participa en diversas iniciativas junto con organismos y programas conexos, como la iniciativa, en la que también participan ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres y el Banco Mundial. La iniciativa tiene por objeto acelerar el progreso hacia la consecución del Objetivo 4 de Desarrollo del Milenio (reducir la mortalidad infantil) y el Objetivo 5 (mejorar la salud materna) para 2015. Trata de abordar las causas profundas de la mortalidad y morbilidad maternas, neonatales e infantiles, entre ellas la desigualdad de género, el matrimonio prematuro y el acceso limitado a la educación para las niñas. Además, se alinea estrechamente con los planes de salud nacionales y proporciona apoyo financiero y técnico a los gobiernos (OMS, 2022).

2.11 ¿Cómo afecta el embarazo en la adolescencia al nivel de educación alcanzado?

Las mujeres que fueron madres en la adolescencia tuvieron tres veces menos oportunidades de obtener un título universitario que las que decidieron postergar su maternidad a la vida adulta. En promedio, mientras el 18.6% de las mujeres que fueron madres en la primera década de edad adulta alcanzaron algún nivel de educación terciaria, solo el 6.4% de quienes fueron madres en la adolescencia, alcanzaron este nivel. La diferencia entre los dos grupos representa una brecha

educativa del 12%. Por otro lado, la proporción de mujeres que como máximo nivel educativo consiguieron completar la secundaria resultó similar para ambos grupos, siendo apenas un 3% superior. Por último, una mayor proporción de quienes fueron madres en la adolescencia alcanzó como mayor nivel educativo la primaria completa: el 52.4% (Unidas, 2020).

2.12 ¿Cómo afecta el covid-19 al embarazo en la adolescencia en América latina?

Los efectos de la pandemia de Covid-19 en América Latina sobre el embarazo en la adolescencia se pueden cuantificar en alrededor de medio millón de embarazos adicionales, ocasionando costos económicos de 606,9 millones de dólares.

En este estudio se consideraron tres escenarios alternativos que buscan evaluar dicho impacto. En primer lugar, se presenta un escenario conservador, donde no se considera que el Covid-19 genere un impacto diferencial en el acceso de las adolescentes a los anticonceptivos, sino que asume que impacta de igual forma que en las mujeres adultas.

En segundo lugar, se presenta un escenario moderado, en el cual se asume que el impacto del Covid-19 sobre el acceso a los anticonceptivos modernos resultará un 20% más fuerte para las adolescentes que para las mujeres adultas.

En tercer lugar, se presenta un escenario extremo, donde se consideró que el confinamiento incrementaría los embarazos en la adolescencia a causa de abusos sexuales hacia niñas y adolescentes expuestas a un mayor riesgo dentro del hogar y a privaciones en el acceso a métodos anticonceptivos. Como resultado en este último escenario, la tasa de natalidad aumentaría un 5% (Unidas, 2020).

2.13 América latina y el caribe

Un nuevo reporte de la OPS, UNFPA y UNICEF destaca recomendaciones para reducir el embarazo en adolescentes. En la región, el 15% de los embarazos ocurren

en menores de 20 años. Ya que América Latina y el Caribe tiene la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo.

Ciudad de Panamá, 28 de febrero de 2018 (OPS/OMS) - América Latina y el Caribe continúan siendo las subregiones con la segunda tasa más alta en el mundo de embarazos adolescentes, señala un informe publicado hoy por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

El reporte plantea una serie de recomendaciones para reducir el embarazo adolescente, que van desde apoyar programas multisectoriales de prevención dirigidos a los grupos en situación de mayor vulnerabilidad, hasta un mayor acceso a métodos anticonceptivos y educación sexual, entre otros.

La tasa mundial de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos por cada 1.000 niñas, mientras que las tasas de embarazo adolescente en América Latina y el Caribe continúan siendo las segundas más altas en el mundo, estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1,000 niñas de entre 15 y 19 años, y son sólo superadas por las de África subsahariana, indica el informe "Aceleración del progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe".

Aunque en los últimos 30 años en América Latina y el Caribe la fecundidad total -es decir, el número de hijos por mujer- ha disminuido, las tasas de fecundidad en las adolescentes se han reducido ligeramente, señala el informe. Además, es la única región del mundo con una tendencia ascendente de embarazos en adolescentes menores de 15 años, según reporta UNFPA. Se estima que cada año, en la región, un 15% de todos los embarazos ocurre en adolescentes menores de 20 años y 2 millones de niños nacen de madres con edades entre los 15 y los 19 años.

"Las tasas de fertilidad en adolescentes siguen siendo altas. Afectan principalmente a las poblaciones que viven en condiciones de vulnerabilidad y muestran las desigualdades entre y dentro de los países. El embarazo en la adolescencia puede tener un profundo efecto en la salud de las niñas durante su curso de vida", dijo

Carissa F. Etienne, Directora de la OPS. "No sólo obstaculiza su desarrollo psicosocial, sino que se asocia con resultados deficientes en la salud y con un mayor riesgo de muerte materna. Además, sus hijos están en mayor riesgo de tener una salud más débil y caer en la pobreza", indicó.

La mortalidad materna es una de las principales causas de muerte en las adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años en la región de las Américas. A modo de ejemplo, en 2014, fallecieron cerca de 1900 adolescentes y jóvenes como resultado de problemas de salud durante el embarazo, el parto y el posparto. A nivel global, el riesgo de muerte materna se duplica en madres más jóvenes de 15 años en países de ingreso bajo y mediano. Las muertes perinatales son un 50% más alta entre recién nacidos de madres menores de 20 años comparado con los recién nacidos de madres de 20 a 29 años, indica el informe.

"La falta de información y el acceso restringido a una educación sexual integral y a servicios de salud sexual y reproductiva adecuados tienen una relación directa con el embarazo adolescente. Muchos de esos embarazos no son una elección deliberada, sino la causa, por ejemplo, de una relación de abuso", dijo Esteban Caballero, director regional de UNFPA para América Latina y el Caribe. "Reducir el embarazo adolescente implica asegurar el acceso a métodos anticonceptivos efectivos".

El informe señala que en algunos países las niñas adolescentes sin educación o con sólo educación primaria tienen cuatro veces más posibilidad de quedar embarazadas que adolescentes con educación secundaria o terciaria. De la misma manera, la probabilidad de empezar a concebir hijos es entre tres y cuatro veces mayor en las adolescentes de hogares en el quintil inferior en comparación con las que viven en los quintiles más altos en el mismo país. Las niñas indígenas, en particular en áreas rurales, también tienen una mayor probabilidad de tener un embarazo a temprana edad.

Muchas niñas y adolescentes tienen que abandonar la escuela debido a un embarazo, lo que tiene un impacto a largo plazo en las oportunidades de completar su educación e incorporarse en el mercado laboral, así como participar en la vida

pública y política", indicó Marita Perceval, directora regional de UNICEF. "Como resultado, las madres adolescentes están expuestas a situaciones de mayor vulnerabilidad y a reproducir patrones de pobreza y exclusión social".

2.14 Prevenir el embarazo adolescente.

El informe plantea una serie de recomendaciones para reducir el embarazo adolescente, que involucran desde acciones para generar leyes y normas, hasta trabajos de educación a nivel individual, familiar y comunitario:

- Promover medidas y normas que prohíban el matrimonio infantil y las uniones tempranas antes de los 18 años;
- Apoyar programas de prevención de embarazo basados en la evidencia que involucren a varios sectores y que apunten a trabajar con los grupos más vulnerables;
- Aumentar el uso de anticonceptivos;
- Prevenir las relaciones sexuales bajo coacción;
- Reducir significativamente la interrupción de embarazos en condiciones peligrosas;
- Aumentar el uso de la atención calificada antes, durante y después del parto;
- Incluir a las jóvenes en el diseño e implementación de los programas de prevención de embarazo adolescente;
- Crear y mantener un entorno favorable para la igualdad entre sexos y la salud y los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes.

2.15 Embarazo adolescente en números

La mayoría de los países con las tasas estimadas más elevadas de fecundidad en adolescentes en América Latina y el Caribe están en América Central, encabezados por Guatemala, Nicaragua y Panamá. En el Caribe, son República Dominicana y Guyana con las tasas estimadas de fecundidad en adolescentes más elevadas. En América del Sur, Bolivia y Venezuela tienen las tasas más altas.

Las tasas de fecundidad en adolescentes en América Latina y el Caribe van de 15.8 cada 1000 mujeres a 100,6 cada 100 mujeres para el período 2010-2015.

La tasa total de fecundidad en América Latina y el Caribe ha disminuido de 3.95 nacimientos por mujer en el período 1980-1985 a 2,15 nacimientos por mujer en 2010-2015.

Si bien la tasa de fecundidad específica por edad (número de nacimientos por 1000 mujeres) descendió de manera significativa en la mayor parte de los grupos etarios en mujeres adultas (mayores de 18 años) hasta la mitad o menos que en 1980-1985, la tasa de fecundidad en las adolescentes disminuyó de manera más lenta (de 88,2 a 66,5).

Las tasas de fecundidad en adolescentes en Estados Unidos y Canadá se sitúan por debajo del promedio mundial y han descendido en forma sostenida durante el último decenio.

En Estados Unidos, se registró una disminución récord de la fecundidad en adolescentes en todos los grupos étnicos, con un descenso del 8% entre 2014 y 2015, hasta un mínimo histórico de 22,3 nacimientos por 1000 adolescentes de 15 a 19 años.

En el mundo, cada año quedan embarazadas aproximadamente 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años, y 2 millones de adolescentes menores de 15 años.

De los 252 millones de adolescentes entre 15 y 19 años que vive en las distintas regiones en desarrollo del mundo, se estima que unos 38 millones están sexualmente activas y no desean tener hijos en los siguientes dos años.

Cerca de 15 millones de estas adolescentes usan algún método anticonceptivo moderno; los 23 millones restantes necesitan acceso y no lo tienen, por lo que están en riesgo de tener un embarazo involuntario.

Cubrir la necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos en las adolescentes de 15 a 19 años permitiría evitar cada año 2,1 millones de nacimientos no planificados; 3,2 millones de abortos y 5 600 muertes maternas.

2.16 Embarazos en niñas y adolescentes en la república de Guatemala.

El embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana son un problema social y sanitario en Guatemala y la región, con altos riesgos para la salud, educación y trayectorias laborales de las niñas y adolescentes involucradas. A pesar de que Guatemala se encuentra en un período de bono demográfico, donde la población en edad laboral supera a la cantidad de dependientes económicos, la alta Tasa Específica de Fecundidad Adolescente puede comprometer las oportunidades económicas. El embarazo temprano también interrumpe las trayectorias educativas de las niñas y adolescentes, aunque hay una mejora en los resultados educativos de las mujeres, con un promedio de alfabetización del 78.3% y del 94.7% en el grupo de 10 a 19 años. Sin embargo, aún existen brechas de género en la asistencia escolar, lo que destaca la necesidad de fortalecer el desarrollo de las mujeres jóvenes y aprovechar los beneficios del bono demográfico (Guatemala, 2020)

2.17 Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en Guatemala.

El embarazo en la adolescencia es resultado de múltiples factores que afectan las trayectorias vitales de las niñas y adolescentes, como la escasa educación sexual, los matrimonios precoces y las violaciones. Además, este embarazo tiene consecuencias perjudiciales para la educación, el futuro empleo y la salud tanto mental como física de la adolescente y su hijo/a. También aumenta la probabilidad de desempleo e inactividad laboral en las mujeres que lo atraviesan, lo que las ubica principalmente en el rol de cuidadoras en hogares de forma involuntaria y con escaso o nulo acceso a la seguridad social. En Guatemala, el 19% de los nacimientos en 2017 fueron de madres de entre 10 y 19 años, y el 88.7% de adolescentes madres de 10 a 19 años eran solteras. Además, el porcentaje de mujeres y hombres de 25-49 años que tuvo su primera relación sexual antes de cumplir la edad de 18 años fue del 43% y 59%, respectivamente, y las adolescentes entre 15 y 19 años que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años fue del 8%. Esto es preocupante, ya

que las mujeres entre los 10 a 19 años son uno de los segmentos poblacionales de mayor riesgo biológico y vulnerabilidad social (Guatemala, 2020).

2.18 Costo de oportunidad educativa vinculado al embarazo en la adolescencia en Guatemala.

En este estudio se analiza el impacto del embarazo en la adolescencia sobre la educación y el ingreso de las mujeres. Se estimó el Costo Oportunidad (CO) de tener un hijo durante la adolescencia (10 a 19 años) y se comparó con los CO asociados a un embarazo durante las primeras décadas de vida adulta (20 a 29 años).

Se encontró que las mujeres que tuvieron hijos en la adolescencia alcanzaron un nivel educativo significativamente inferior al de las que postergaron la maternidad a la vida adulta. El 63.6% de las mujeres que fueron madres entre los 10 y 19 años solo tienen educación primaria, el 34.3% tiene educación secundaria y media y tan solo el 2.1% cuenta con estudios universitarios y más.

En contraste, de las mujeres que fueron madres entre los 20 y 29 años, el 41.2% alcanzó la educación primaria, el 49.8% la educación secundaria y el 9.0% alcanzó la educación universitaria, un porcentaje significativamente mayor que el de las mujeres que fueron madres en la adolescencia.

Además, el nivel de ingreso de las mujeres depende de su nivel educativo, y se encontró que el ingreso de las mujeres con educación primaria es solo el 68.5% de los ingresos de las mujeres con educación secundaria y un 27.0% de lo que reciben las mujeres con educación universitaria completa. Las mujeres con formación a nivel de posgrado tienen un ingreso siete veces mayor que las que tienen educación primaria (Guatemala, 2020).

2.19 Costo de oportunidad laboral vinculado al embarazo en la adolescencia en Guatemala.

El artículo analiza el impacto del embarazo y la maternidad temprana en la educación y la participación laboral de las mujeres en Guatemala. Se encuentra que las mujeres

que fueron madres en la adolescencia tienen niveles educativos significativamente más bajos que las que fueron madres en edad adulta, con solo el 2.1% de las primeras con educación universitaria o superior, en comparación con el 9.0% de las segundas. Esto afecta los ingresos de las mujeres, con las que tienen educación universitaria completada ganando 7 veces más que las que solo tienen educación primaria.

Además, las mujeres que fueron madres en la adolescencia tienen una tasa de inactividad laboral del 76.2%, un 13.4% más alta que las que fueron madres en edad adulta. También tienen una tasa ligeramente más alta de desempleo que las mujeres que fueron madres en edad adulta, con una tasa de desempleo del 1.6% en comparación con el 1.4%. En general, el artículo sugiere que el embarazo y la maternidad temprana tienen un impacto significativo en la educación y la participación laboral de las mujeres en Guatemala (Guatemala, 2020).

2.20 Costo de oportunidad de ingreso laboral vinculado al embarazo en la adolescencia.

La maternidad temprana tiene un impacto negativo en los ingresos laborales de las mujeres. Las mujeres que tienen hijos siendo adolescentes ganan un 29.2% menos que aquellas que fueron madres en edad adulta. El ingreso laboral anual promedio para las mujeres adultas es de Q 29,215 (USD 3,776.0), mientras que para las mujeres que tuvieron hijos en la adolescencia es de Q 22,608 (USD 2,922.1).

La brecha salarial entre la maternidad temprana y la maternidad adulta en Guatemala representa una pérdida anual de ingresos de 152 millones de dólares. Este cálculo se realiza comparando los ingresos a lo largo de la vida de las mujeres que tuvieron hijos en la adolescencia, con los ingresos que hubieran obtenido si su formación no hubiera sido interrumpida por la maternidad temprana. Esto demuestra un alto costo de oportunidad en términos de ingresos laborales (Guatemala, 2020).

2.21 Costo sanitario del embarazo en la adolescencia en Guatemala

En Guatemala, el embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana tienen efectos sobre los servicios de salud que presta el Estado. Cada año se pierden 1,225 años de vida potencial y 924 de vida productiva por muertes relacionadas con el embarazo y el parto en adolescentes. La razón de mortalidad materna de adolescentes de entre 15 a 19 años fue de 103.4 por cada 100,000 nacidos vivos en el año 2015. Considerando que la esperanza de vida al nacer de los guatemaltecos es de 73.7 años, y para las mujeres es de 76.8 años, estas 22 muertes representan un potencial de 1,225 años de vida perdidos, el equivalente a una vida productiva potencial de 924 años (Guatemala, 2020).

El embarazo adolescente es un problema de salud pública en muchos países de América Latina, incluyendo El Salvador y Guatemala. A nivel mundial, se estima que cada año ocurren cerca de 16 millones de embarazos en adolescentes, con la mayoría de ellos ocurriendo en países en desarrollo.

Por lo tanto, los factores asociados con el aumento del embarazo adolescente incluyen la falta de educación sexual y reproductiva, el acceso limitado a servicios de salud reproductiva, la pobreza y la desigualdad de género. En muchos casos, el embarazo adolescente también está relacionado con la violencia sexual y de género.

En el caso de El Salvador, se estima que el 28% de las mujeres entre 15 y 19 años han estado embarazadas alguna vez, y que el 25% de los nacimientos ocurren en mujeres menores de 20 años. Según datos del Ministerio de Salud, se registraron 25,577 nacimientos en adolescentes en 2020. Entre los factores asociados con el aumento del embarazo adolescente en El Salvador se incluyen la falta de educación sexual y reproductiva, la limitada disponibilidad de servicios de planificación familiar, la violencia sexual y de género, y la pobreza.

Por su parte, en Guatemala, se estima que el 20% de las mujeres entre 15 y 19 años han estado embarazadas alguna vez, y que el 17% de los nacimientos ocurren en mujeres menores de 20 años. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, se registraron 22,906 nacimientos en adolescentes en 2020. Los factores asociados con

el aumento del embarazo adolescente en Guatemala incluyen la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, la limitada educación sexual y reproductiva, la desigualdad de género, la pobreza y la discriminación.

2.22 ¿Cuál es el impacto social del embarazo en la adolescencia?

El análisis hizo evidente que el embarazo en la adolescencia acentúa las inequidades sociales en el país, aumentando las brechas entre quienes fueron adolescentes madres y quienes lo fueron en la edad adulta en ámbitos como la educación, el empleo, los ingresos laborales y la salud.

Quienes han sido madres en la adolescencia con hijos alcanzan menores niveles de educación. Mientras una mujer que fue madre en edad adulta tiene un 9.04% de probabilidad de alcanzar el nivel universitario (al menos un año o grado universitario) una mujer que fue madre en la adolescencia tiene un 2.1% de probabilidad de hacerlo. A su vez, mientras una mujer que fue madre en edad adulta tiene un 0.84% de probabilidad de alcanzar el nivel de educación de posgrado, una mujer que fue madre en la adolescencia tiene apenas un 0.17% de probabilidad de hacerlo.

Quienes han sido madres en la adolescencia detentan mayor probabilidad de estar económicamente inactivas. Mientras que 67.2 de cada 100 mujeres que fueron madres en edad adulta son inactivas, unas 76.2 de cada 100 mujeres que fueron madres en la adolescencia son inactivas. Quienes han sido madres en la adolescencia no solo perciben ingresos en promedio un 22.6% inferiores a los de que quienes lo fueron en la edad adulta, sino que también esos ingresos no le permiten superar condiciones de pobreza. Como se ha mencionado, en 2018 el ingreso promedio anual registrado por quienes han sido madres en la adolescencia fue de Q 22,608, mientras que el costo de la canasta básica alimentaria (CBA) anual representó Q39,037, según lo registrado por el Instituto Nacional de Estadística.

2.23 Embarazos en niñas y adolescentes en El Salvador

La tasa de fecundidad a nivel mundial hasta el año 2016 en adolescentes de 15 a 19 años ha disminuido en países en desarrollo en un 10%, y equivale a 46.2 nacimientos por cada 1,000 mujeres entre 15 y 19 años, mientras que para América Latina el valor es de 66.5 nacimientos (Naciones Unidas, 2015). Para El Salvador, la fecundidad entre las adolescentes es de 74 nacimientos por cada 1,000 mujeres entre los 15 y 19 años.

La tasa de fecundidad es el índice que refleja la cantidad de nacimientos con vida que se registra en un año por cada 1,000 mujeres, en este caso de 15 y 19 años, pero en los datos publicados por el Ministerio de Salud (MINSAL) que se comparten a continuación, se registran embarazos en niñas de 10 a 14 años.

Considerando la base de datos de atenciones preventivas del Sistema de Morbimortalidad en Línea (SIMMOW) del Ministerio de Salud, en el año 2017, se registraron 68,423 mujeres embarazadas, de las cuales 19,190 eran niñas y adolescentes entre 10 a 19 años de edad, que representa el 28 % del total de embarazos reduciendo en 2 puntos el porcentaje del año 2015 equivalente al 30 % (24,944 del total de 82,371 mujeres embarazadas).

En 2017, del total de embarazos, 781 eran niñas de 10 a 14 años y dentro de este grupo se registraron 46 menores de 12 años. Entre 2015 y 2017 se ha registrado una reducción de 656 embarazos en el grupo de 10 a 14 años y de 5,098 embarazos en el grupo de 15 a 19 años, es decir, 5,754 adolescentes embarazadas menos.

Si bien los datos evidencian una leve disminución al comparar el primer semestre de 2020 con el mismo período de 2019, las cifras evidencian el largo camino por recorrer para superar esta realidad.

En las niñas de 10 a 14 años, se identificaron 258 en el semestre 1 de 2020, en el periodo enero –junio de 2019, se registran 284 en el mismo grupo de edad, lo cual se traduce a una variación de 26 casos o 9.15% menos.

Con respecto a las adolescentes de 15 a 19 años, las estadísticas registran 6,581 embarazos en 2020 y 7,964 en el mismo periodo de 2019, con una disminución de 1,388 embarazos o 17.42%. Las cifras incluyen niñas y adolescentes procedentes de Guatemala, Honduras y Nicaragua, que se inscribieron en el sistema de salud salvadoreño.

El departamento con mayor número de embarazos en el primer semestre 2020, es San Salvador con un registro de 942, seguido de Sonsonate con 759 y el departamento de menor registro es San Vicente, con 224 embarazos. San Emigdio, Azacualpa, Potonico, San Isidro Labrador y San Luis del Carmen con cero embarazos de niñas y adolescentes a junio 2020.

Entre los municipios con menor número de embarazos a nivel departamental están: Santa Rosa Guachipilin (3), Santa Ana; Antiguo Cuscatlán (1), La Libertad; Santa Cruz Analquito (1), Cuscatlán; Cinquera (3) Cabañas; Guadalupe y Tepetitán (3) San Vicente; California (3); Usulután, Comacarán (1), San Miguel; El Rosario (1), Morazán; San José (1), La Unión.

Analizando la relación entre el número de embarazos registrados con la cantidad de población proyectada, encontramos que la tasa nacional en 2015 alcanzaba el 37.51 por cada mil adolescentes de 10 a 19 años y para 2017, bajó a 31.53. Por grupos de edad, la mayor reducción se registra en los grupos de 15 a 17 y de 18 a 19 años.

Es importante señalar que, según las estimaciones de la DIGESTYC, la población total en el grupo de edad de 10 a 19 años muestra una disminución -atribuible al comportamiento demográfico esperado- del 8.47 % (56,385) entre 2015 y 2017, siendo un factor para considerar en la reducción del número de embarazos registrada en este estudio. No obstante, será importante desarrollar otro tipo de análisis que determine a profundidad las causas de esa disminución.

Considerando la magnitud del problema, la reducción no será nunca suficiente hasta erradicar el embarazo en niñas y adolescentes, sobre todo por su estrecha relación con la violencia sexual. Sin embargo, si consideramos la importancia de enfrentar esta problemática, cualquier disminución, por pequeña que sea, es un reto para

indagar las causas, comprender mejor la determinación social del problema y adecuar las estrategias que ya estén en marcha o definir nuevas acciones que abonen a la erradicación del embarazo en niñas y adolescentes. Por lo tanto, significa abrir otros caminos para garantizar una vida libre de violencia y el ejercicio pleno de los derechos de las niñas y las adolescentes.

Diversos estudios sobre la fecundidad en adolescentes señalan como determinantes principales para el aumento o la disminución de los embarazos:

- a) EL inicio de la menarquía
- b) La exposición a la actividad sexual
- c) El uso de anticoncepción
- d) El aborto.

La tendencia en América Latina indica que la edad para el inicio de la menarquía y la primera relación sexual se están adelantando en la mayor parte de los países de la región, lo que aumenta el riesgo de fecundidad adolescente. Una vez ocurrida la iniciación sexual aumentan las oportunidades y la frecuencia de las relaciones casuales, y consecuentemente hay un aumento de las probabilidades de maternidad adolescente.

Es necesario tomar en cuenta que el inicio de las relaciones sexuales en la mayoría de los casos está asociado a relaciones asimétricas de poder y otros tipos de agresiones sexuales, por lo tanto, no siempre es por consenso entre la pareja.

En cuanto al uso de anticonceptivos, los modelos vigentes de variables intermedias y su efecto sobre la fecundidad usan la prevalencia actual como indicador. Aunque se considera que este indicador tiene una debilidad básica en el caso de las adolescentes: supone que todas las usuarias actuales están protegidas ante el riesgo de maternidad, pero esto no aplica para aquellas que ya fueron madres. Por esto, el indicador de protección que parece más idóneo es el uso de anticoncepción en la primera relación sexual, ya que sería un indicio inferido de un comportamiento preventivo.

Finalmente, la evidencia sobre el aborto como determinante para el aumento o la disminución de los embarazos en la región es escasa y fragmentaria, en buena medida por su penalización en la mayor parte de los países de América Latina. A pesar de su importancia, la escasez de información limita a incluir este determinante dentro del análisis regional.

En el caso de El Salvador, debido a que la información disponible para analizar cada determinante es insuficiente a la fecha, es importante profundizar en la investigación de las determinantes como fuentes causales de la disminución o el aumento registrado en el periodo analizado.

A partir del año 2016, el MINSAL ha establecido la aplicación de los “Lineamientos técnicos para la provisión de servicios de anticoncepción”, ofertando servicios a toda la población en edad fértil, mediante métodos temporales y permanentes, siendo éstos: anticonceptivos orales, inyectables: mensuales y trimestrales, métodos de larga duración reversibles: dispositivo intrauterino e implantes, métodos de barrera: condón masculino y femenino, métodos definitivos: esterilización quirúrgica femenina y vasectomía. Los lineamientos tienen un apartado con información y recomendaciones científicas para poblaciones especiales, incluyendo adolescentes.

En la Memoria de Labores 2017-2018 de MINSAL se informa que “el 38 % de las mujeres inscritas en planificación familiar son niñas y adolescentes de 10 a 19 años. Más del 80% de las adolescentes usuarias activas han optado por métodos anticonceptivos inyectables”. Se confirma que la tendencia del uso de anticonceptivos en general considerando todos los rangos de edad se ha mantenido en 2017 y que el uso de anticonceptivos por las niñas y adolescentes de 10 a 19 años de edad no está aumentando.

2.24 Embarazos de niñas y adolescentes en 2019

De enero a diciembre de 2019, el Ministerio de Salud indica que el 24.52% de inscripciones por embarazos corresponden a niñas y adolescentes de 10 a 19 años, quienes totalizan 15,270 de las inscripciones por embarazo, de una cifra global de 62,499 mujeres de diferentes edades.

Tomando en cuenta, únicamente, los datos numéricos de embarazos en niñas y adolescentes y no las tasas de población, los tres departamentos que reportan mayores porcentajes en 2019 fueron: San Salvador con 17%; La Libertad, con el 12%, le sigue Sonsonate con 11%.

Al contrario, los que registran menores cifras de embarazos son Chalatenango y San Vicente con 3%; seguido de Cuscatlán, Cabañas y Morazán con 4% a nivel nacional, es de considerar que estos son departamentos con menores índices de población.

2.25 ¿Qué pasó durante el año de la pandemia por covid-19 (2,020)?

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud anunció que la nueva enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19) se había convertido en una pandemia y, sólo una semana después, había sido reportada en 157 países y había producido más de 200,000 casos confirmados y más de 8,000 muertes.

La respuesta de emergencia de los países al brote de la COVID-19 significó que los recursos para los servicios de salud sexual y reproductiva fueran desviados con el propósito de hacer frente al brote, lo que se traduciría a nivel mundial en un aumento de la mortalidad materna y neonatal, un incremento en las necesidades insatisfechas de planificación familiar, un aumento de las complicaciones obstétricas e infecciones de transmisión sexual.

Según las previsiones del UNFPA, después de un año de pandemia, se estima que 12 millones de mujeres alrededor del mundo han sufrido interrupciones de los servicios anticonceptivos, lo que ha dado lugar a 1.4 millones de embarazos no planificados.

Para la población adolescente, las medidas de prevención adoptadas por los países afectaron en diferentes esferas de su desarrollo; como, por ejemplo, la educación formal, que se vio impactada por el cierre de escuelas y las limitaciones de conectividad y equipos informáticos que permitieran la continuidad de los procesos educativos en entornos de confinamiento (Embarazos, 2020).

El acceso a métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo, o a servicios de salud materna en los casos de adolescentes embarazadas son otras áreas que fueron afectadas por la pandemia.

A continuación, se desarrolla una revisión de los datos disponibles en El Salvador para contar con una aproximación del impacto de la pandemia por COVID-19 en el acceso a la salud sexual y reproductiva, y la ocurrencia de violencia sexual durante 2020 comparándolo con lo ocurrido un año previo a la pandemia (Embarazos, 2020).

Estos instrumentos dieron paso a la implementación de medidas de prevención de contagios por COVID-19 hacia toda la población, incluyendo un periodo de confinamiento que duró alrededor de cuatro meses, la focalización de recursos de salud pública para la atención de casos por COVID-19 y acciones de soporte a las familias impactadas por las medidas de restricción de movilidad que afectaron la actividad económica del país.

Durante 2020, el MINSAL registró un total de 12,982 inscripciones prenatales en niñas y adolescentes entre los 10 y los 19 años, de las cuales 503 pertenecieron a niñas de 14 años o menos.

2.26 Embarazo en niñas y adolescentes en el salvador en el contexto de la covid-19 en 2020.

En El Salvador, el 23 de enero de 2020 el MINSAL decretó estado de emergencia sanitaria en todo el territorio nacional, y el 15 de marzo de ese mismo año, la Asamblea Legislativa aprobó la Ley de restricción temporal de derechos constitucionales para atender la pandemia COVID-19. Luego, el 11 de junio, la Asamblea Legislativa aprobó la Ley especial de emergencia por la pandemia covid-19 para atención integral de la vida, la salud y la apertura económica. Aunado a las restricciones de movilidad que se establecieron, fueron emitidos lineamientos que suspendían las atenciones preventivas durante el mayor periodo de ocurrencia de casos de COVID-19.

Estos instrumentos dieron paso a la implementación de medidas de prevención de contagios por COVID-19 hacia toda la población, incluyendo un periodo de confinamiento que duró alrededor de cuatro meses, la focalización de recursos de salud pública para la atención de casos por COVID-19 y acciones de soporte a las familias impactadas por las medidas de restricción de movilidad que afectaron la actividad económica del país.

Durante 2020, el MINSAL registró un total de 12,982 inscripciones prenatales en niñas y adolescentes entre los 10 y los 19 años, de las cuales 503 pertenecieron a niñas de 14 años o menos. Comparando con las cifras mensuales registradas en el 2019 de inscripciones prenatales en el MINSAL, se observa una clara disminución de estas durante el periodo de marzo a agosto en el que se establecieron las medidas con mayores restricciones de movilidad para prevenir contagios por COVID-19.

Sin embargo, cuando se revisa el comportamiento de las cifras mensuales en diferentes subgrupos de edades entre los 10 y los 19 años, puede observarse que las inscripciones prenatales en las niñas menores de 14 años de edad disminuyeron en mayor intensidad que las adolescentes de 15 a 19 años durante el periodo de confinamiento; pero a partir de junio, se puede ver un incremento en las inscripciones prenatales de niñas de 10 a 14 años, lo que hace suponer que sus familias prefirieron no acudir a los establecimientos de salud o tuvieron limitaciones para hacerlo durante el periodo de confinamiento, procediendo a la inscripción una vez levantadas las medidas de restricción por la pandemia del COVID-19. Esto permite suponer que estas niñas fueron víctimas de abuso sexual durante el confinamiento en sus hogares, lo que terminó en un embarazo.

En 2020, el UNFPA levantó un sondeo de opinión del impacto de la COVID-19 en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva por parte de las usuarias en edad fértil, en el cual fueron consultadas mujeres entre los 15 y los 49 años en el periodo del 18 de marzo al 18 de agosto. De las adolescentes que participaron en este sondeo, 45.83 % afirmaron que no asistieron a controles prenatales durante el periodo de confinamiento, y que las razones se debieron a que tenían miedo de ir al hospital o unidad de salud y contagiarse con COVID-19 (45 %), que el área de aten-

ción prenatal del hospital o unidad de salud estaba cerrado (27 %) o que no tenían dinero para pagar un medio de transporte (18 %), lo que explica de alguna manera el comportamiento observado mensualmente en las inscripciones prenatales.

Estas tendencias son reafirmadas cuando se revisan las inscripciones prenatales tempranas (antes de las 12 semanas de embarazo) y tardías (después de las 12 semanas de embarazo) durante 2020. La tendencia esperada es que las inscripciones prenatales tempranas sean mayores que las tardías; sin embargo, puede percibirse cómo durante el periodo de confinamiento disminuyen las realizadas antes de las 12 semanas y se incrementan las posteriores a 12 semanas con la entrada de la reapertura de la actividad a partir del mes de junio, lo que hace suponer que, por las razones antes mencionadas, las adolescentes acudieron tarde a inscribirse en su control prenatal.

De las adolescentes embarazadas que participaron en el sondeo de opinión del impacto de la COVID-19 en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, 37.5 % afirmó que tuvieron la necesidad de acudir a la emergencia de algún establecimiento de salud debido a un problema relacionado con el embarazo durante el periodo de confinamiento. Respecto a la atención de partos, este servicio fue brindado de forma regular durante 2020 si se compara con el año anterior. De acuerdo con el sondeo, 9 de cada 10 adolescentes consultadas acudieron a un establecimiento de salud de la red nacional a ser atendidas, mientras que 1 de cada 10 fueron atendidas en un hospital privado o en su domicilio. En la misma línea, 1 de cada 3 adolescentes aseguraron haber tenido alguna complicación que ponía en riesgo su salud o la de su bebé (Embarazos, 2020).

2.27 Necesidades de anticonceptivos durante 2020.

El sondeo de opinión sobre el impacto de la COVID-19 en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva consultó a las mujeres acerca de la necesidad de métodos anticonceptivos. Del grupo de adolescentes que vertieron su opinión, 76.4 % afirmó que necesitaron utilizar algún método anticonceptivo durante 2020.

De estas adolescentes, 52.94 % expresó que interrumpió el uso del método anticonceptivo; 1 de cada 3 porque tuvo miedo de asistir a un establecimiento de salud por la posibilidad de contagio a la COVID-19 y 1 de cada 5 debido a que se quedaron sin recursos para comprar anticonceptivos o porque pensaron que las unidades comunitarias de salud familiar (UCSF) permanecieron cerradas.

Al consultar el registro del MINSAL de usuarias activas de métodos anticonceptivos menores de 19 años, efectivamente es visible que durante el periodo del confinamiento las adolescentes acudieron en una considerable menor cantidad a los servicios de dicho ministerio y se evidencia una disminución en la demanda de atenciones del programa de planificación familiar. Cuando en el sondeo de opinión sobre el impacto del COVID-19 en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva se consultó a las adolescentes sobre si esperaban un embarazo en ese momento, 72 % de ellas respondió que hubieran preferido esperar hasta más tiempo y que no esperaban quedar embarazadas (Embarazos, 2020).

2.28 Violencia sexual hacia las niñas y las adolescentes en el contexto de pandemia.

Según el IML (Instituto de Medicina Legal), el primer semestre de 2020 se llevaron a cabo 676 peritajes por violencia sexual, 4 % menos respecto al mismo periodo en 2019. De acuerdo con las cifras esa institución, el año 2020 inició con un incremento en la demanda de estos peritajes de más del 50 % en enero y febrero en comparación con 2019, la cual disminuyó de forma considerable en los meses de abril, mayo y junio, respectivamente. Un repunte e incremento en los peritajes se registró a partir de septiembre.

La Oficina Regional del UNFPA para Latinoamérica y el Caribe en su documento Masculinidades, igualdad de género y COVID-19 (2021) destaca el riesgo de victimización en el caso de las mujeres por violencia de género durante la pandemia, así como el riesgo de sufrir violencia en los niños y niñas, como maltrato infantil y abuso sexual. Este documento detalla que durante la pandemia las denuncias por

violencia en el hogar en las líneas de atención telefónica se incrementaron hasta en un 80 % en la región.

De acuerdo con los datos del IML, los casos de violencia sexual en los que se realizaron peritajes y en los que el agresor era un familiar tuvieron un incremento del 24 % en 2019 al 30 % en 2020. En cuanto a la persona agresora, en 94 % de los casos fue un hombre y en 5.7 % no se logró identificar (Embarazos, 2020).

CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis de investigación

Hi: Si las familias de las adolescentes tienen menores ingresos que el salario mínimo, entonces tienen riesgo de embarazo.

Hi: Si las adolescentes no tienen acceso a los servicios de salud y educación sexual, entonces tienen riesgo de embarazo.

Hi: Si las adolescentes sufren violencia intrafamiliar, y psicológica, entonces son de riesgo a embarazarse.

3.1.2 Hipótesis nulas

Ho: Si las familias de las adolescentes tienen menores ingresos que el salario mínimo, entonces no tienen riesgo de embarazo.

Ho: Si las adolescentes no tienen acceso a los servicios de salud y educación sexual, entonces no tienen riesgo de embarazo.

Ho: Si las adolescentes sufren violencia intrafamiliar, y psicológica, entonces no son de riesgo a embarazarse.

3.2 Variables

3.2.1 Operación de las variables

Variable independiente	Variable Dependente	Definición	Dimensión	Indicador
Factores Económicos	El aumento de embarazos en adolescentes.	Estos factores pueden afectar el bienestar de las adolescentes, su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva, y su acceso a anticonceptivos y otros servicios de atención médica preventiva.	Profesión u oficio	Ninguno
				Empleado
				Desempleado
				Estudiante
			Escolaridad	Ninguno
				Primaria
				Secundaria
				Bachillerato
				Universidad
			Edad	10 a 13 años
				14 a 16 años
				17 a 19 años
			Económico	Ninguno
				Padre
				Madre
				Pareja
Hermanos/as				
Tíos/as				

3.2.2 Operación de las variables

Variable independiente	Variable dependiente	Definición	Dimensión	Indicador
Factores psicosociales y culturales.	El aumento de embarazos en adolescentes	Son todos aquellos factores internos y externos que rodean la vida de las adolescentes, los cuales tienen la capacidad de influir directa e indirectamente en el embarazo precoz, tomando en cuenta sus conocimientos, actitudes y percepciones individuales fundamentadas por la familia, escuela, sociedad y	Estado Civil	soltera
				Casada
				Acompañada
				Separada
			Cantidad de hijos	Un hijo
				Dos o más hijos
				Ninguno
			Cohabitar	Ninguno
				Pareja
				Mamá
				Padre
				Ambos padres
			Numero de cohabitantes	Abuelos
				Uno a dos personas
				Tres a cuatro personas
				Cinco a seis personas
			Religión	Siete o más personas
				Ninguna
				Católica
				Evangélica
Edad de la pareja	Testigos de jehová			
	Sin pareja			
	10 – 15 años			
	16 – 20 años			
	21 – 25 años			
Parejas sexuales	25 años o más			
	Una pareja			
				Dos parejas

		religión.		o más
			Motivo de acompañarse/casarse	Embarazo
				Planificación
				Obligadas
				Escapar de casa
			Económico	

3.2.3 Operación de las variables

Variable independiente	Variable dependiente	Definición	Dimensión	Indicador
Factores asociados a accesibilidad y educación sexual	El aumento de embarazos en adolescentes.	se refieren a elementos que facilitan o dificultan el acceso a información y servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva.	Educación sexual	Padres
				Familiares
				Amigos
				Medios de comunicación
				Personal de salud
			Métodos de planificación familiar	Anticonceptivos Orales
				Inyectables
				Preservativo
				Esterilización quirúrgica
				Parche anticonceptivo
				Calendario de días fértiles
				Implante hormonal
			Controles de planificación familiar	ninguno
				Unidad de salud
				Médico privado
			Ciclo menstrual	ISSS
				Una semana antes
Durante la menstruación				
Menarquia	Una semana después			
	8 – 10 años			
	11 – 14 años			
				15 – 19 años

			Sexual activa	10 – 13 años
				14 – 16 años
17 – 19 años				
			Primer embarazo	10 – 13 años
				14 – 16 años
				17 – 19 años
			Número de embarazos	Primero
				Segundo
				Tercero o más
			Relación de su primera actividad sexual	Amigo
				Novio
				esposo
				Familiar
				Desconocido
			Motivo de inicio de actividad sexual	Te lo pidió tu pareja
				Excitación sexual
				Amor
				Dinero
				Curiosidad
				Abuso sexual
				Presión familiar

3.3 Tipo de estudio

Es un estudio tipo descriptivo retrospectivo analítico de corte transversal, cualitativo y cuantitativo en el que existe asociación significativa entre los fenómenos estudiados, y el cual permitirá realizar diferentes análisis de los factores que influyen en la incidencia de embarazo en adolescente.

3.4 Grupo poblacional

Está constituido por 265 embarazadas, de la edad entre 10-49 años, pertenecientes al área geográfica de responsabilidad de UCSF-I Acajutla en el periodo de enero a julio del 2,020.

3.5 Unidad de observación

Se tomó la muestra de 80 embarazadas adolescentes correspondientes al 100% de las inscripciones de 10-19 años de edad, se realizó un censo (100% de las embarazadas adolescentes), durante el periodo correspondiente a la investigación, con primer embarazo o embarazo previo, que son atendidas durante la inscripción y control prenatal de UCSF-I Acajutla en el período de enero a julio de 2,020.

Se implementaron criterios de selección, inclusión y exclusión para el estudio.

3.6 Área de estudio.

Zona rural del departamento de Sonsonate, municipio de Acajutla, todos los caseríos pertenecientes al área geográfica de responsabilidad de UCSF-I Acajutla en el período de enero a julio de 2,020.

3.7 Grupo seleccionado

Como estrategia de selección se realizó un muestreo no probabilístico del grupo de participantes en el estudio, que cumplan con los siguientes criterios:

- Criterios de selección.

- Criterios de inclusión.
- Criterios de exclusión.

3.8 Criterios de selección

- Población en estudio: Adolescentes de 10 a 19 años embarazadas.

3.9 Criterios de inclusión

- Adolescentes embarazadas pertenecientes al área geográfica de responsabilidad UCSF-I Acajutla en el periodo de enero a julio de 2020.
- Adolescentes embarazadas que se inscribieron de enero a julio de 2,020, en el programa de atención materna en UCSF-I Acajutla.
- Adolescentes que se embarazaron en el periodo de estudio (enero a julio de 2,020).
- Adolescentes embarazadas que aceptaron participar en el estudio.

3.10 Criterios de exclusión

- Adolescentes embarazadas que se inscribieron en el programa materno de UCSF-I Acajutla, pero que no pertenecen al área geográfica de responsabilidad.
- Adolescentes embarazadas que no se encuentren dentro del periodo de estudio.
- Adolescentes embarazadas que no deseen participar en el estudio.
- Adolescentes embarazadas mentalmente discapacitadas.
- Adolescentes embarazadas que hayan cumplido 20 años.

3.11 Fuente de información

La fuente de información será de dos tipos:

3.11.1 Fuente de información primaria

- Determinada por las adolescentes embarazadas.

3.11.2 Fuentes de información secundaria

- Revisión del libro de registro de embarazadas inscritas en el programa de atención materna.
- Revisión de expedientes clínicos de UCSF-I Acajutla.

Se diseñó un cuestionario estructurado como guía de entrevista dirigida en visitas domiciliarias, en consultas ambulatorias de inscripción y control en el embarazo, círculo de embarazadas. Además de una guía de revisión de expedientes de embarazadas que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión en el periodo de enero a julio de 2,020.

3.12 Instrumento de recolección de datos

Se realizó un cuestionario estructurado como guía de entrevista dirigido a las embarazadas adolescentes con preguntas cerradas y abiertas, en UCSF-I Acajutla. Además, se elaboró un Check List para la revisión de expedientes, todos estos instrumentos debidamente categorizados con relación a las variables de estudio.

- Factores económicos.
- Aspectos psicosociales y culturales.
- Factores asociados a accesibilidad de los servicios de salud y educación sexual.

3.13 Procedimiento

Para la presente investigación, se llevó a cabo una reunión con la dirección del establecimiento para explicar el proceso de la investigación y obtener su autorización, destacando que el objetivo es mejorar la atención en salud y desarrollar nuevas estrategias para reducir los embarazos adolescentes.

Después de obtener la autorización, se elaboraron guías para la entrevista y revisión de documentos, incluyendo el libro de atención materna y expedientes clínicos de las adolescentes en la Unidad de Salud.

Con esta información, se construyó una base de datos que incluye la fecha de inscripción en el programa materno, la edad y la dirección de las adolescentes embarazadas inscritas en el período de enero a julio de 2020, utilizando criterios de inclusión y exclusión para su selección en el estudio.

Además, se aprovechó las reuniones mensuales de un grupo de adolescentes embarazadas para identificarlas y obtener su consentimiento para participar en el estudio. Otras adolescentes se captaron durante sus controles prenatales, obteniendo su consentimiento y realizando la entrevista ese mismo día. Las adolescentes que no se captaron en el establecimiento fueron visitadas en sus respectivos domicilios.

3.14 Control de información

- Se utilizó un adecuado instrumento.
- Instrumento correlacionado con objetivos específicos.
- Selección adecuada de las personas entrevistadas, supervisión de encuestadores, control de la información y el llenado de instrumentos.

3.15 Validación de los instrumentos

La validez del instrumento se realizó mediante la definición conceptual y operacional de las variables resultando que los ítems responden a los objetivos establecidos en la investigación; para ello a cada variable se le determinaron las dimensiones y a éstas sus indicadores, hasta llegar a la formulación de los ítems para medir los mismos.

Previamente se realizó entrevistas piloto con el objetivo de validar el cuestionario, 8 entrevistas con guía de cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, ejecutadas al azar a 8 adolescentes embarazadas pertenecientes al área geografía de responsabilidad de UCSF-I Acajutla, pero que no forman parte del grupo en estudio (adolescentes embarazadas inscritas fuera del periodo en estudio), esto nos permitió realizar correcciones adecuadas para la utilización de estos instrumentos.

3.16 Condiciones éticas

Durante el proceso de investigación, se consideraron principios éticos esenciales para garantizar la integridad y el bienestar de las adolescentes participantes. En particular, se dio un enfoque especial al respeto por la autonomía y la capacidad de autodeterminación de estas jóvenes. Se entendió la importancia de garantizar que ellas tuvieran el derecho a tomar decisiones informadas acerca de su participación en la investigación.

Además, se les informó sobre el respeto a su dignidad y confidencialidad durante la entrevista. Se reconoció que la investigación podía generar cierto grado de vulnerabilidad en las adolescentes, y se trabajó para minimizar cualquier posible daño a su integridad moral. Para lograr este objetivo, se tomaron medidas específicas para mantener la privacidad de las participantes y garantizar que se sintieran cómodas y seguras durante todo el proceso.

En última instancia, el objetivo de la investigación era lograr los máximos beneficios posibles para las adolescentes involucradas, y se trabajó con ese fin en mente. Se les otorgó un consentimiento informado sobre los beneficios de la investigación, explicando claramente los objetivos y los posibles resultados del estudio. Además, se compartieron los resultados del estudio con las adolescentes después de su realización, como parte del compromiso de mantener una comunicación clara y transparente.

En resumen, la investigación se llevó a cabo con un enfoque riguroso y ético, tomando en cuenta la importancia de respetar los derechos y la dignidad de las adolescentes participantes. Se trabajó activamente para minimizar cualquier posible daño y asegurar que se mantuvieran seguras y cómodas durante todo el proceso. El compromiso con la ética y la transparencia es fundamental para la realización de investigaciones de calidad y, en este caso en particular, se logró cumplir con estos principios esenciales de manera efectiva.

CAPITULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Cálculo de CHI

La prueba de x^2 (chi cuadrado), es una prueba estadística, que nos permite saber si las frecuencias observadas (muestras) se ajustan a las esperadas (teóricas).

Ho: La frecuencia observada se ajusta a la frecuencia esperada.

Ha: la frecuencia observada no se ajusta a la frecuencia esperada.

Formula Chi cuadrado

$$x^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Dónde: x^2 : Estadístico Chi cuadrado.

O_i : Frecuencias Observadas.

E_i : Frecuencias esperadas.

Cálculo de E_i

$$E_i: \frac{n_i * n_j}{n}$$

4.2 Coeficiente v de Cramer

La V de Cramer es una correlación que se puede aplicar al coeficiente chi cuadrado, lo cual permite obtener un índice con valor máximo (que indica la mayor asociación entre variables) igual a 1 (el valor mínimo es 0, que indica que NO asociación).

$$V = \sqrt{\frac{x^2}{n(m-1)}}$$

Donde:

X^2 = chi cuadrado

n = total de la tabla de contingencia (tamaño de muestra).

m = mínimo número de filas o columnas de la tabla contingencia.

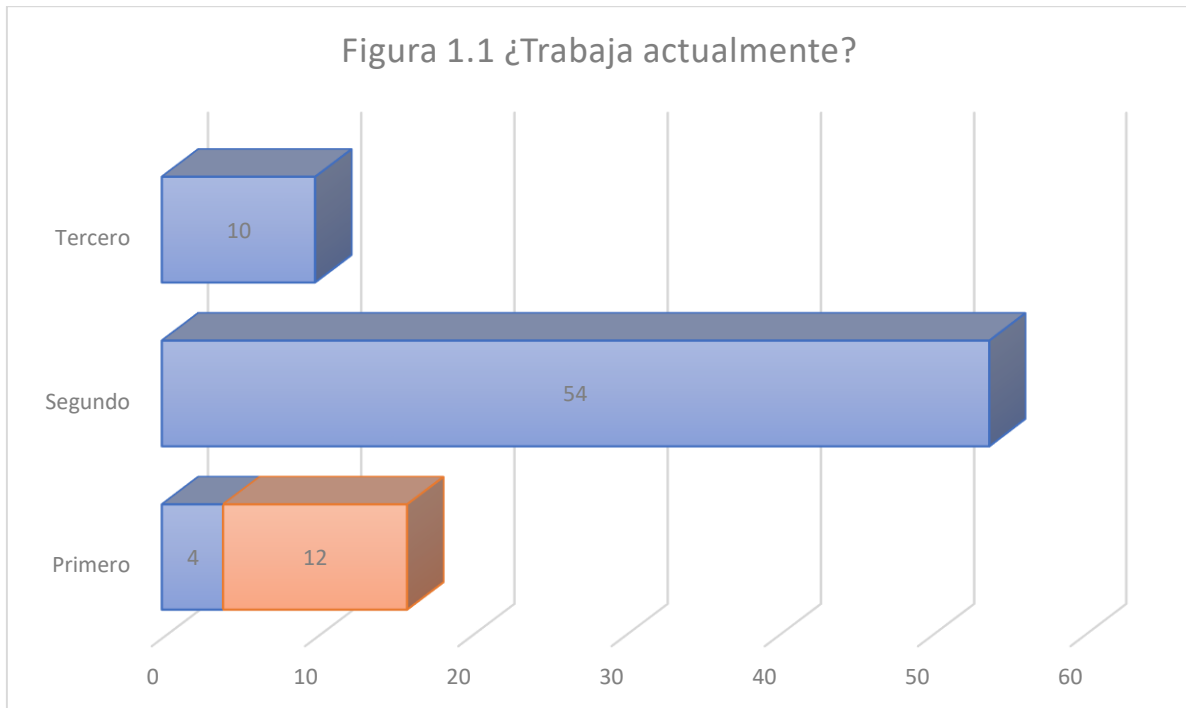
4.3 Valor de P

El valor de p es el producto de la prueba de significancia y de los métodos para comprobar la hipótesis nula. El valor de p sirve como una alternativa a los puntos de rechazo para proporcionar el nivel más bajo de significación en el que se rechazaría la hipótesis nula. Un valor p más pequeño significa que hay evidencia más fuerte para la hipótesis.

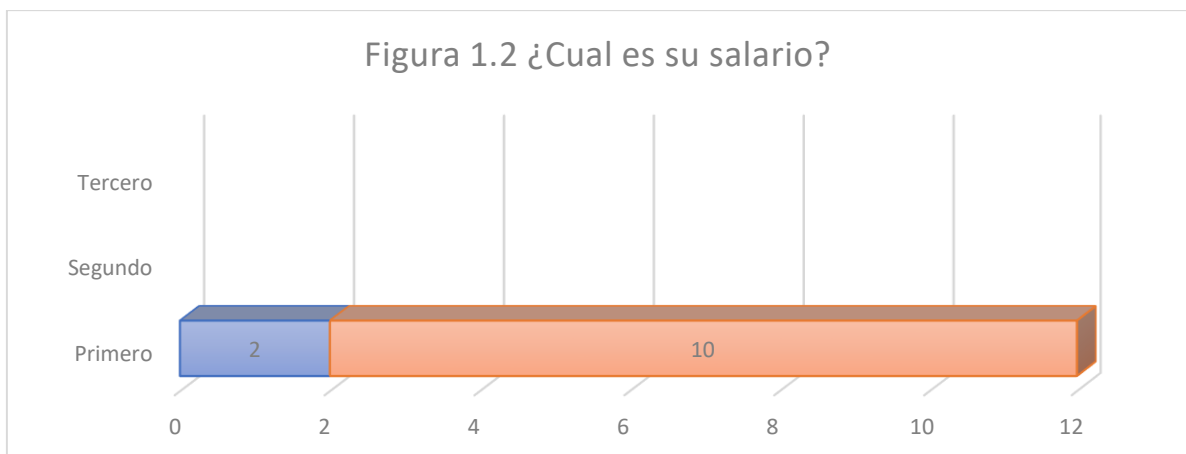
4.4 Presentación de resultados

Los principales resultados en el análisis del estudio retrospectivo descriptivo cualitativo cuantitativo.

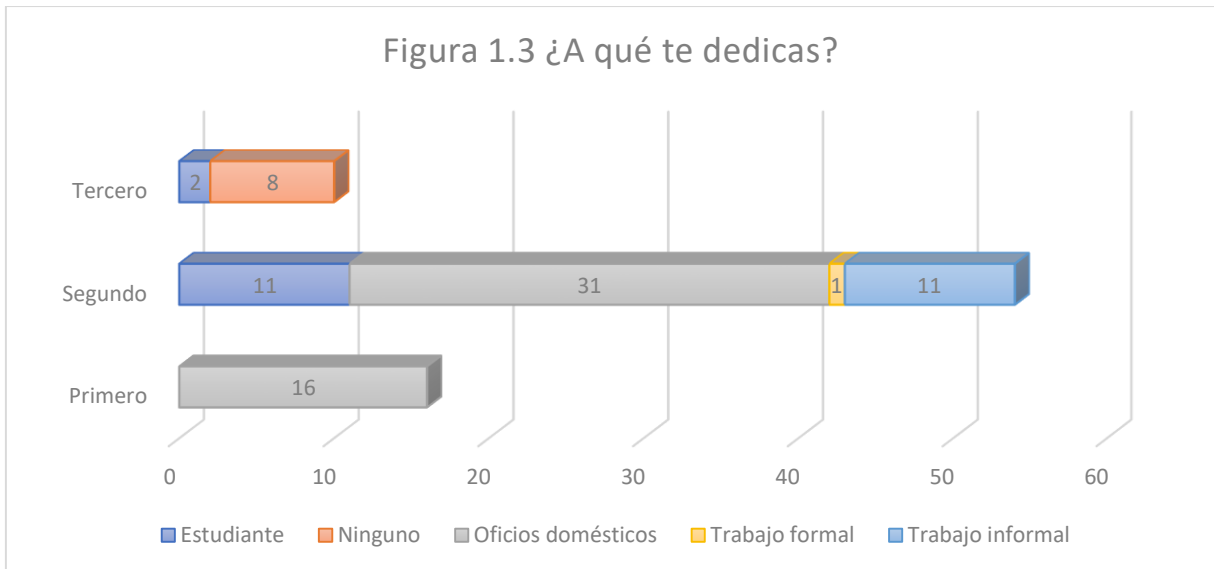
Factores económicos



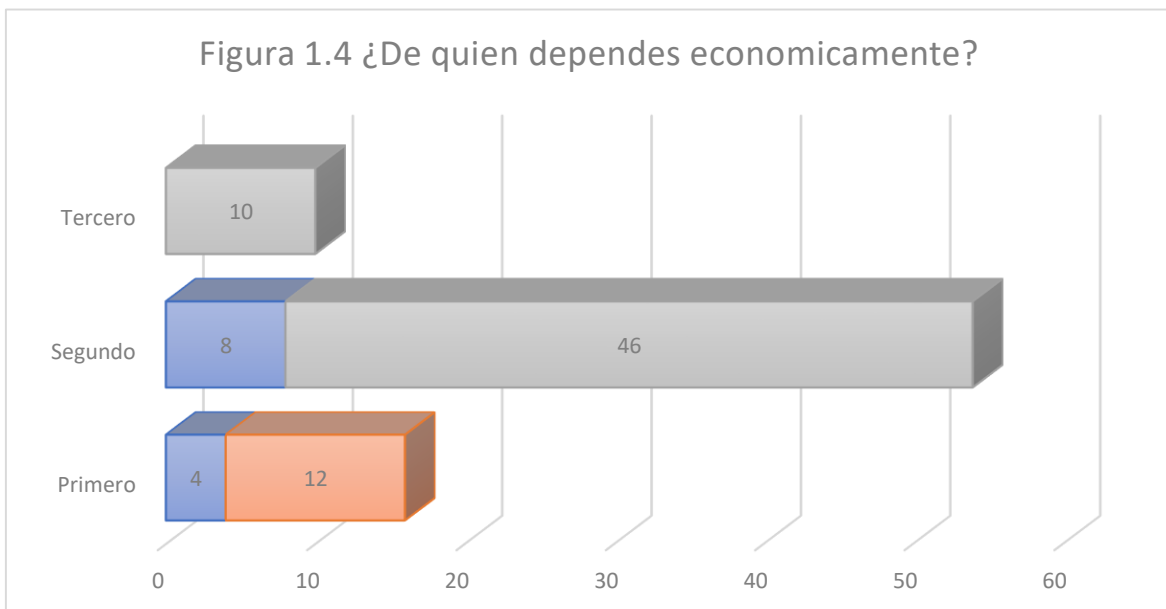
El 15 % de las entrevistadas si trabaja actualmente y el 85 % restante no trabaja.



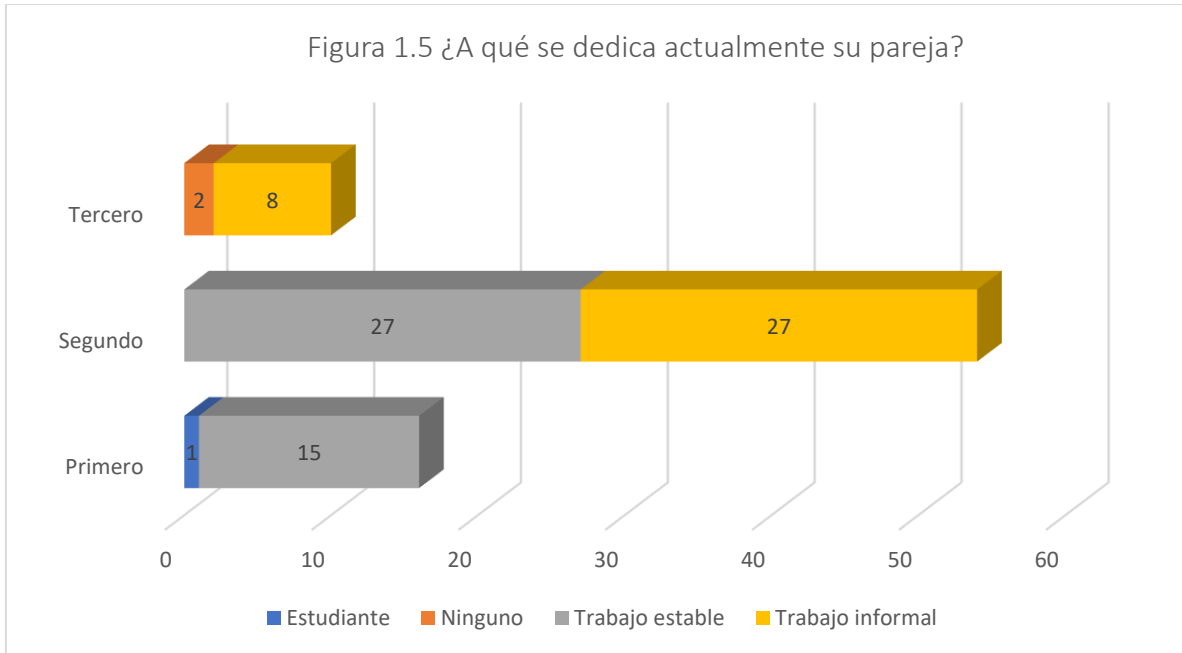
El 12.5 % de las entrevistadas que ganan entre 150 – 300 \$ y el 2.5 % restante ganan menor o igual a 150 \$.



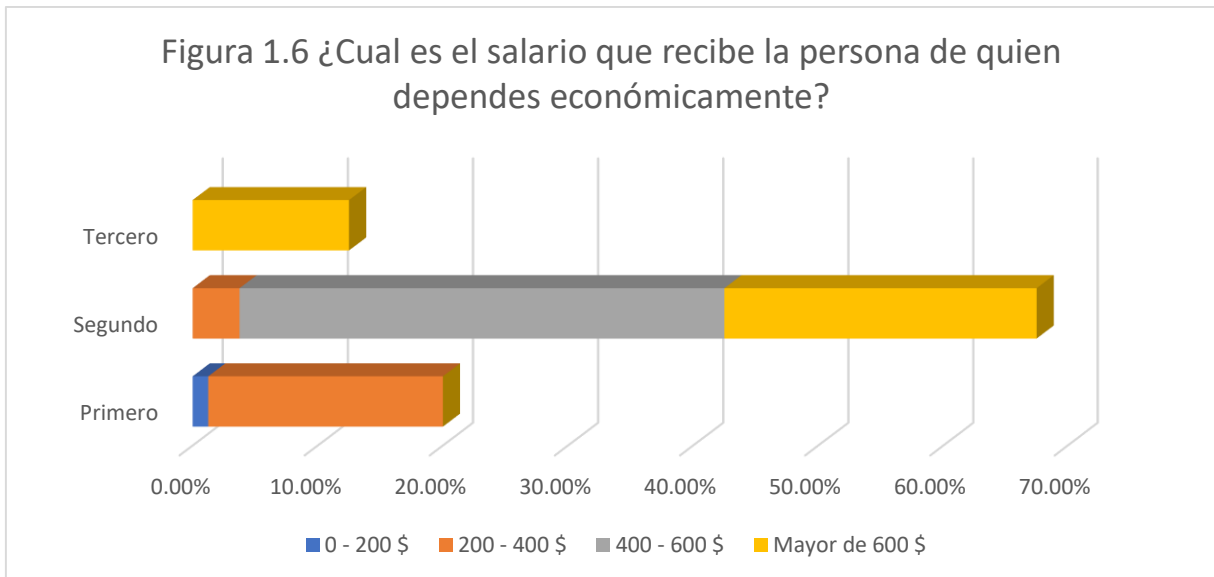
El 13.25 % de las entrevistadas es estudiante, el 10.0 % son los que no estudian ni trabajan, el 58.75 % que se dedica a oficios domésticos, el 1.25 % es un trabajo formal, y el 13.75 % aquellos que no tienen trabajo formal.



El 15 % de las entrevistadas depende de la madre, el 15 % dependen del padre, el 70 % dependen de la pareja económicamente.

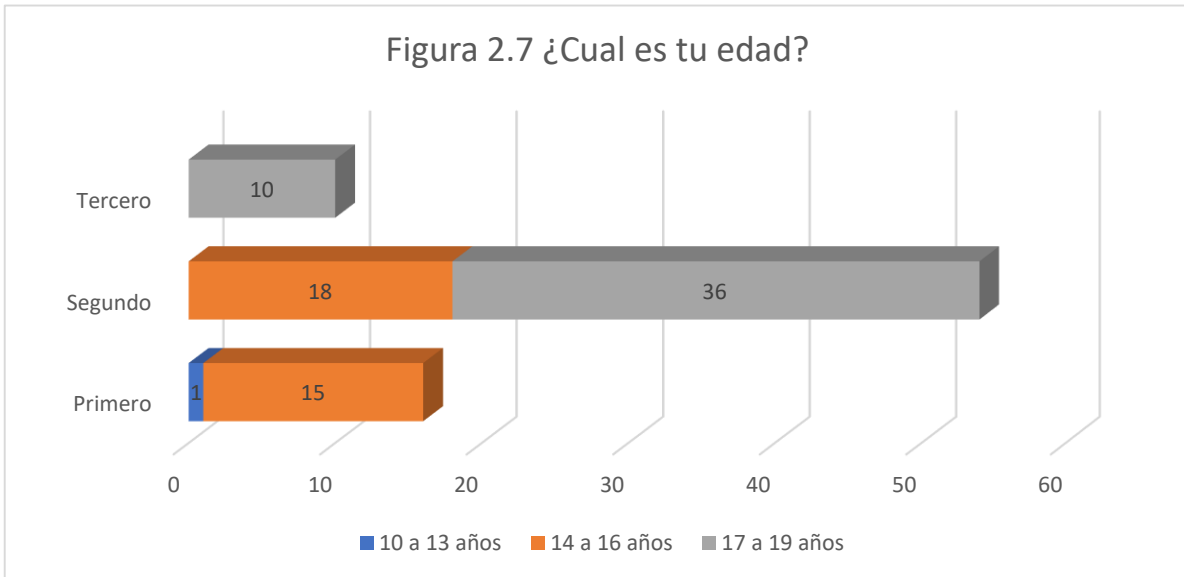


El 1.25 % son estudiantes, el 52.5 % tiene un trabajo estable, el 43.75 % tiene un trabajo informal y el 2.50 % no estudia ni trabaja.

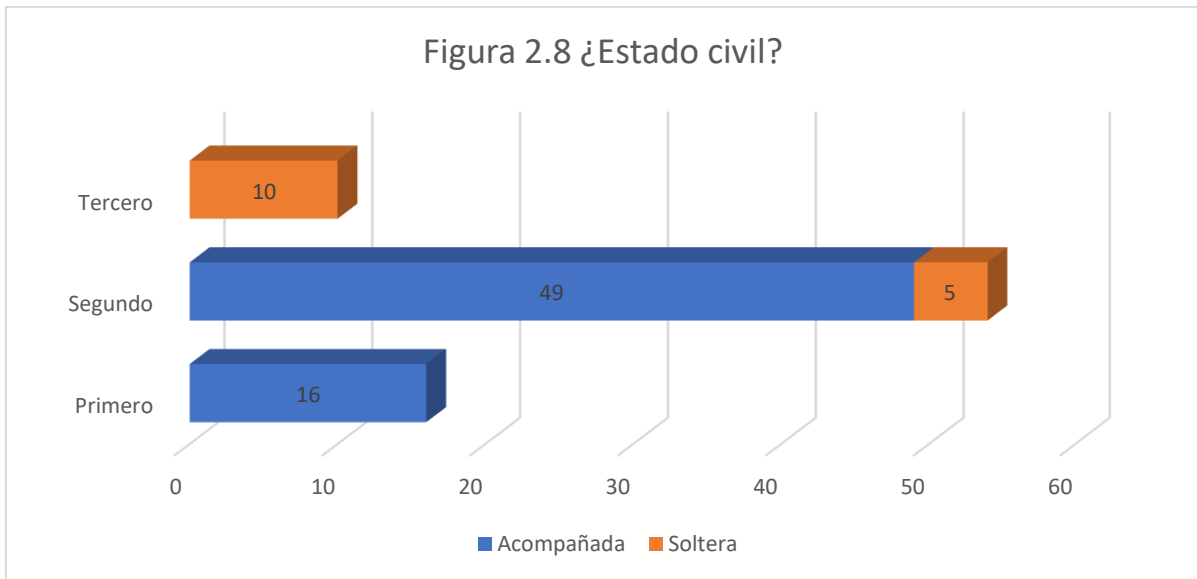


El 1.25 % de las entrevistadas gana menor de 200 \$, el 22.5 % tiene un salario entre 200 – 400 \$, el 38.75 % tiene un salario entre 400 – 600 \$ y el 37.5 % restante tiene un salario mayor a 600 \$.

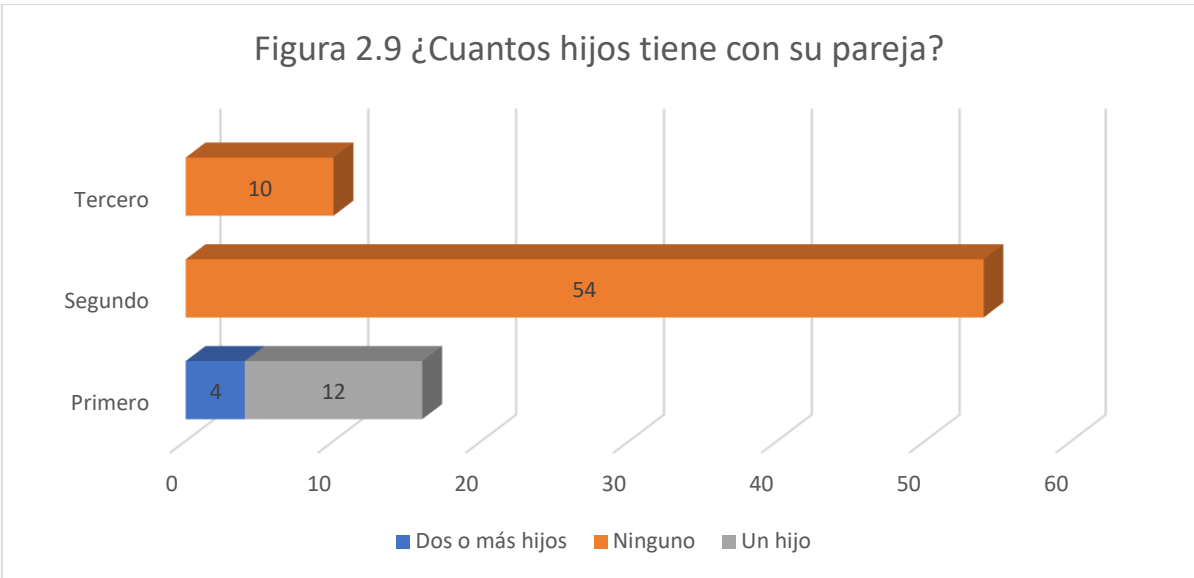
Factores psicosociales y culturales



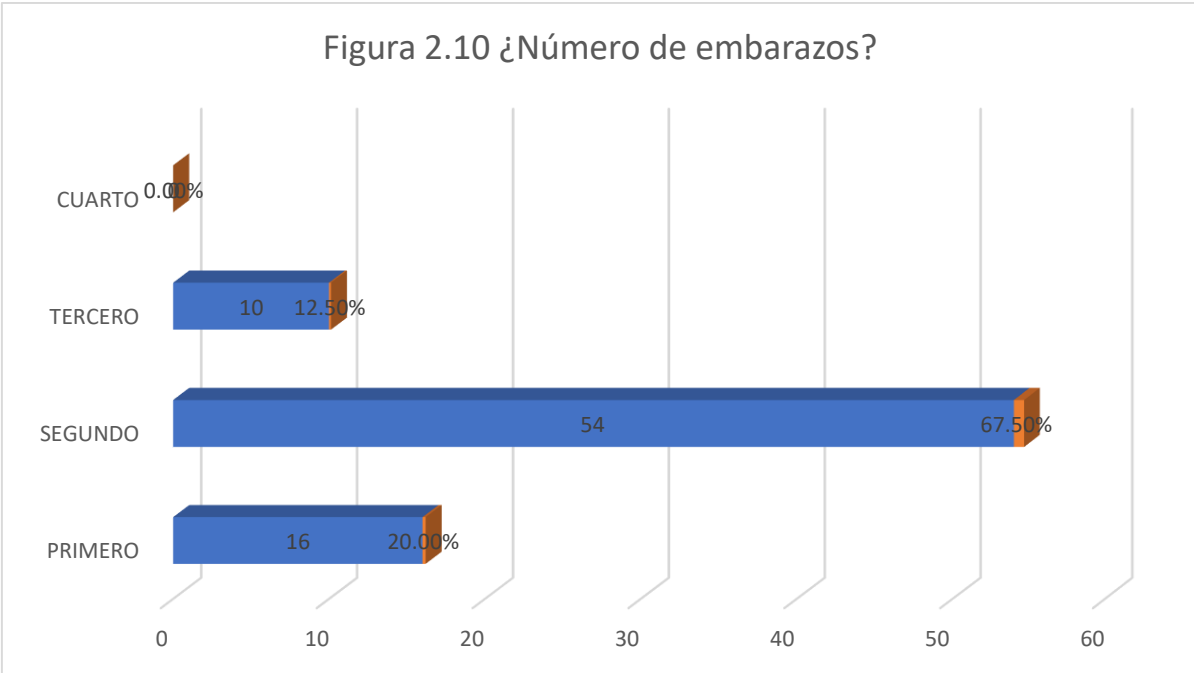
El 1.25 % de las entrevistadas están entre 10 a 13 años, el 41.25 % de las entrevistadas tiene entre 14 a 16 años y el 57.5 % restante tiene entre 17 a 19 años.



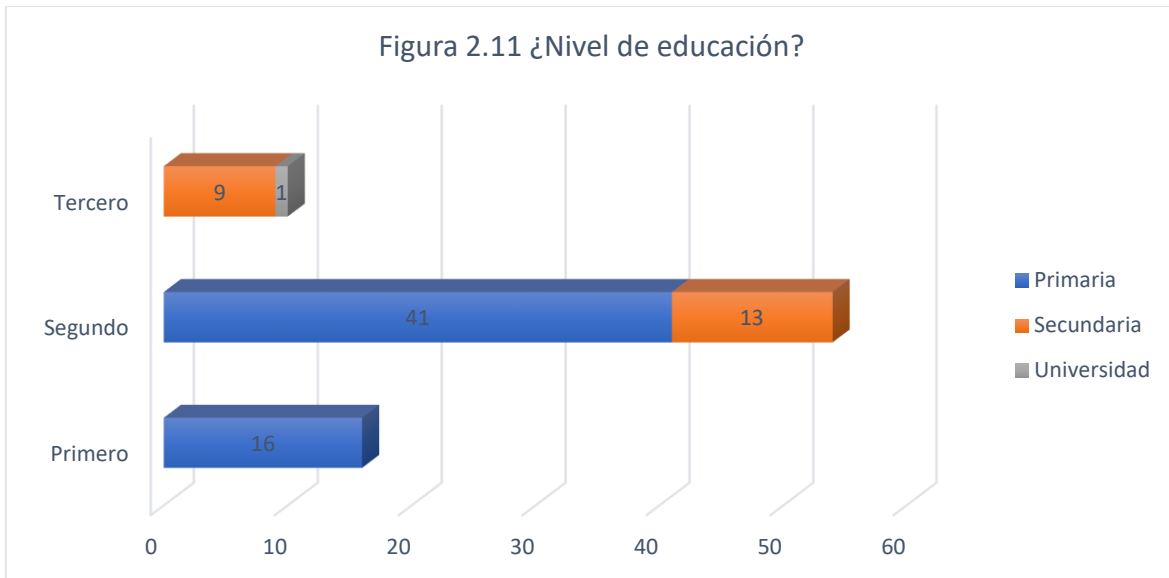
El 81.25 % de las entrevistadas están acompañadas y el 18.75 % están solteras.



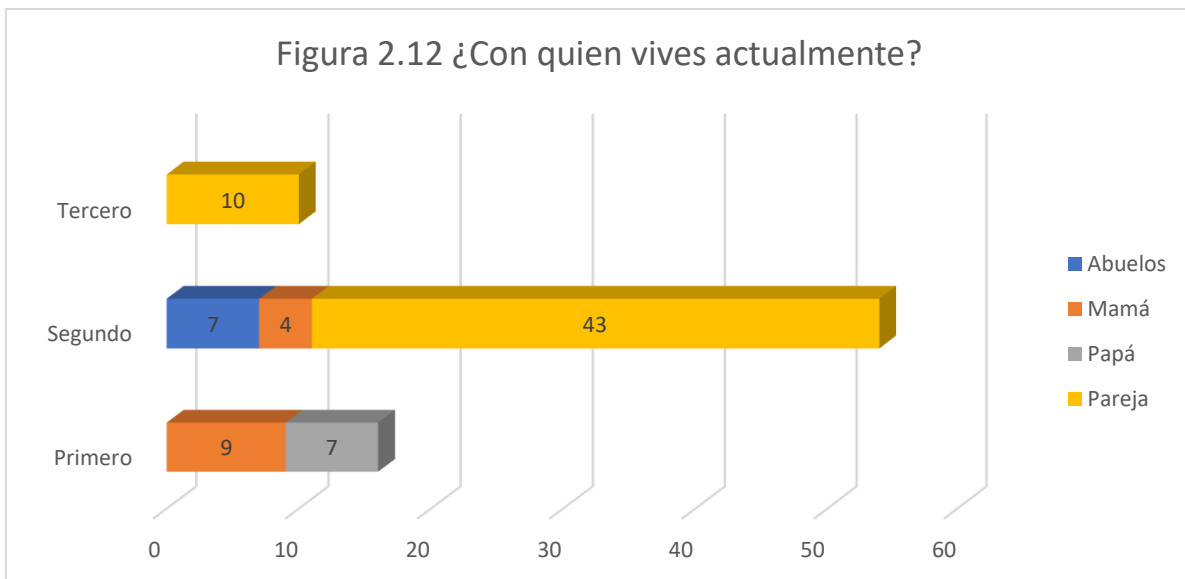
El 5 % de las entrevistadas tienen dos o más hijos, el 15 % tienen un hijo y el 80 % no tiene ningún hijo.



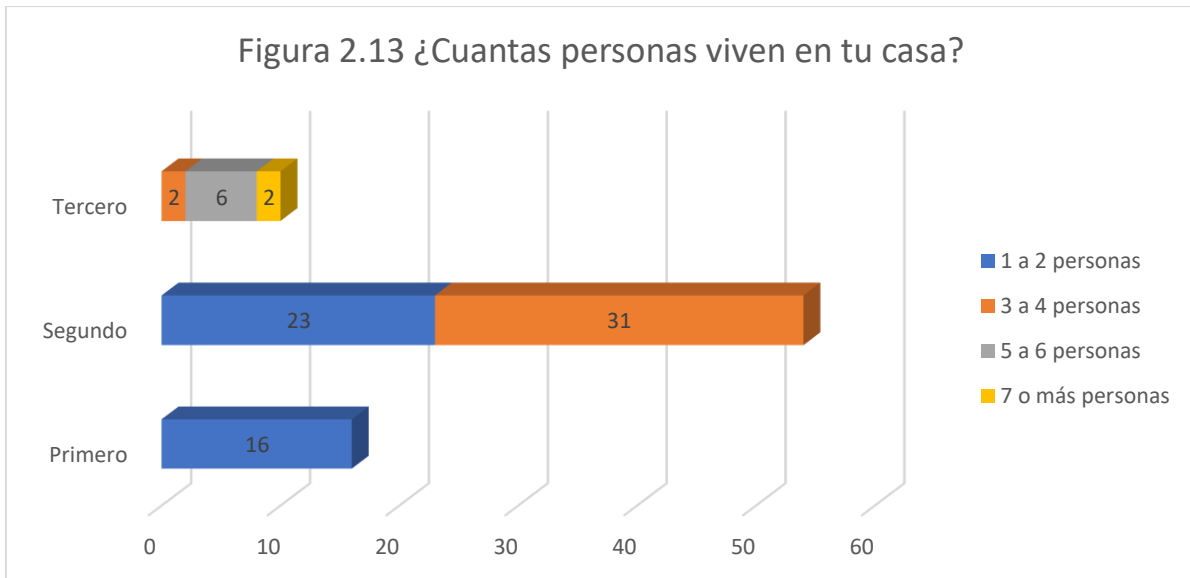
Las 16 adolescentes que representa el 20.0 % de las entrevistadas, las 54 entrevistadas representan 67.5 %, y los 10 restantes de las entrevistadas representan el 12.5 %.



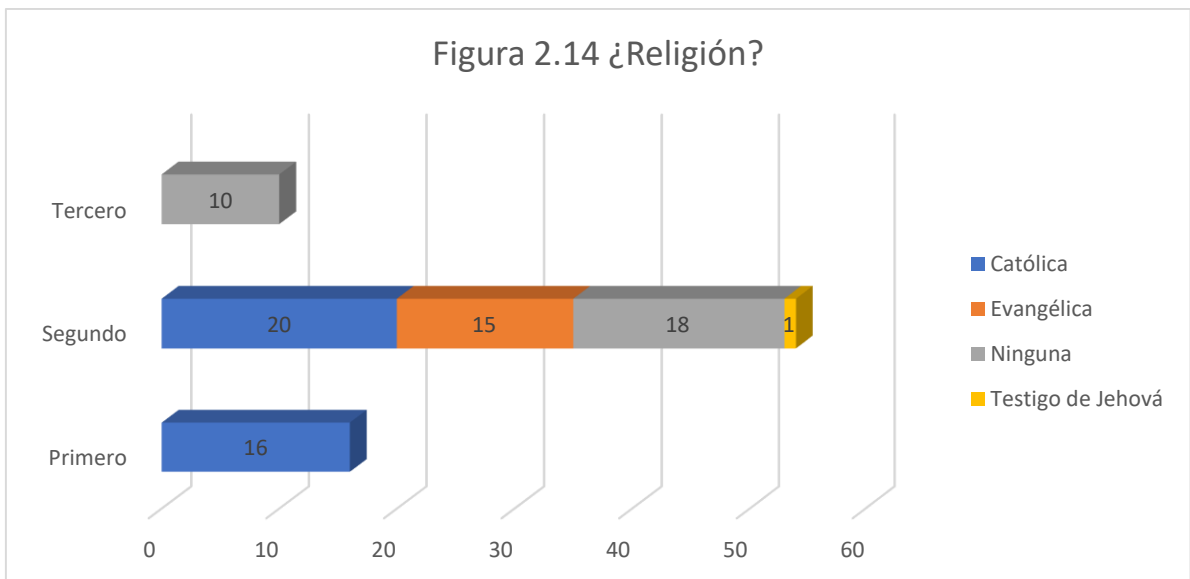
El 71.25 % de las entrevistadas su nivel educativo es de primaria, el 27.5 % el nivel educativo es secundaria, y el 1.25 % es educación superior.



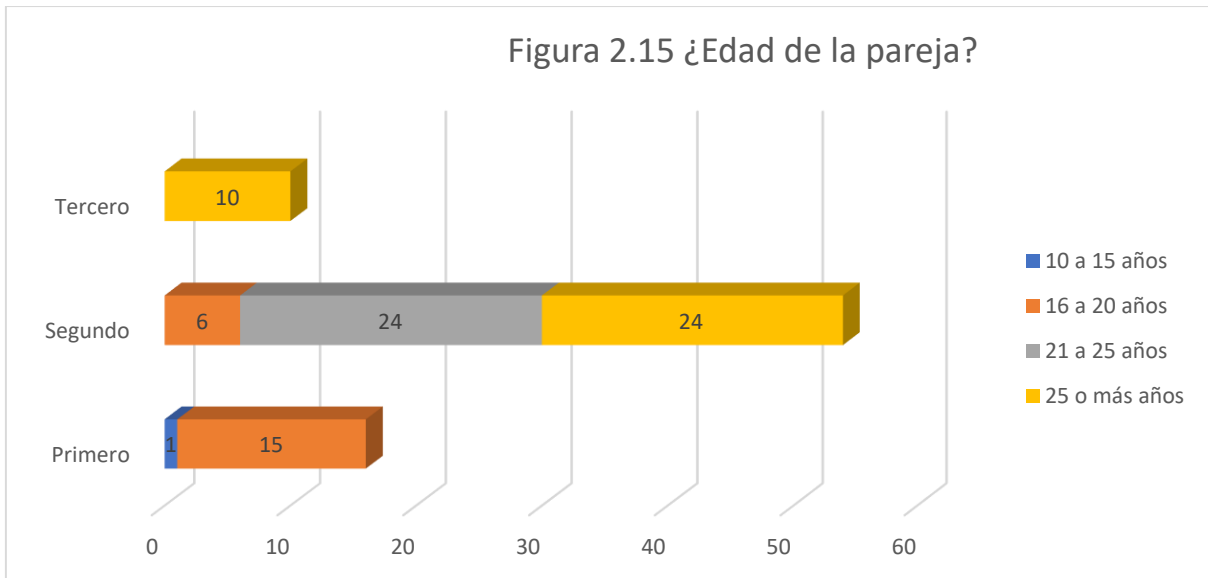
El 8.75 % de las entrevistadas vive con el papá, el 16.25 % viven con la mamá, el 8.75 % vive con los abuelos, y el 66.25 % vive con la pareja.



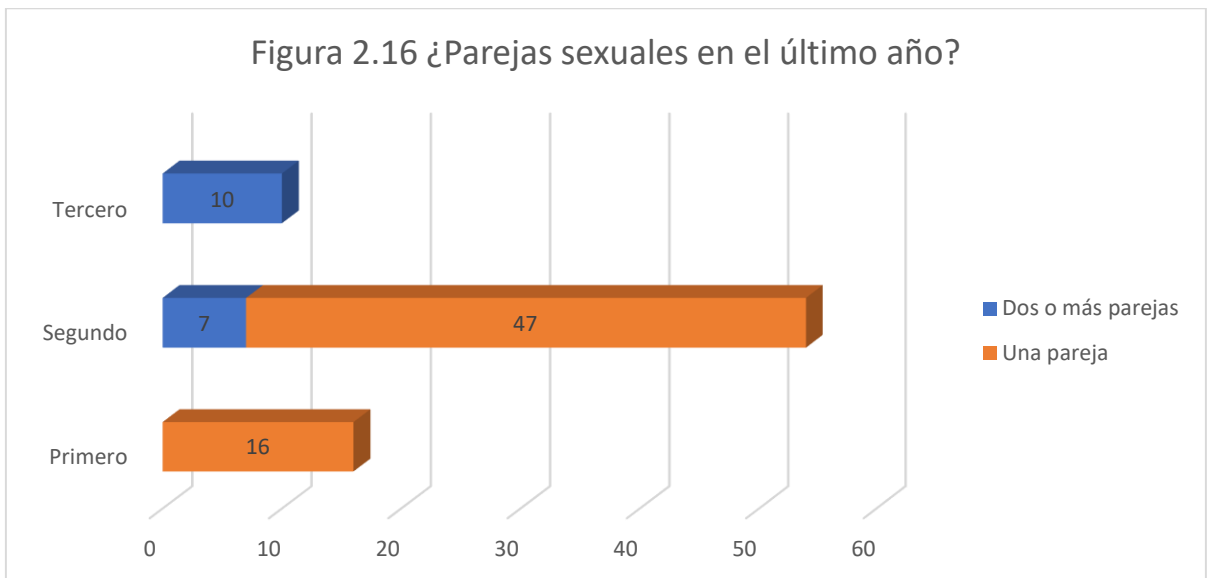
El 48.75 % de las entrevistadas vive con 1 a 2 personas, el 41.25 % vive con 3 a 4 personas, el 7.50 % vive con 5 a 6 personas y el 2.50 % vive con más de 7 personas.



El 18.75% es cristiana evangélica, el 1.25 % es testigo de jehová y el 35 % no va ninguna iglesia.

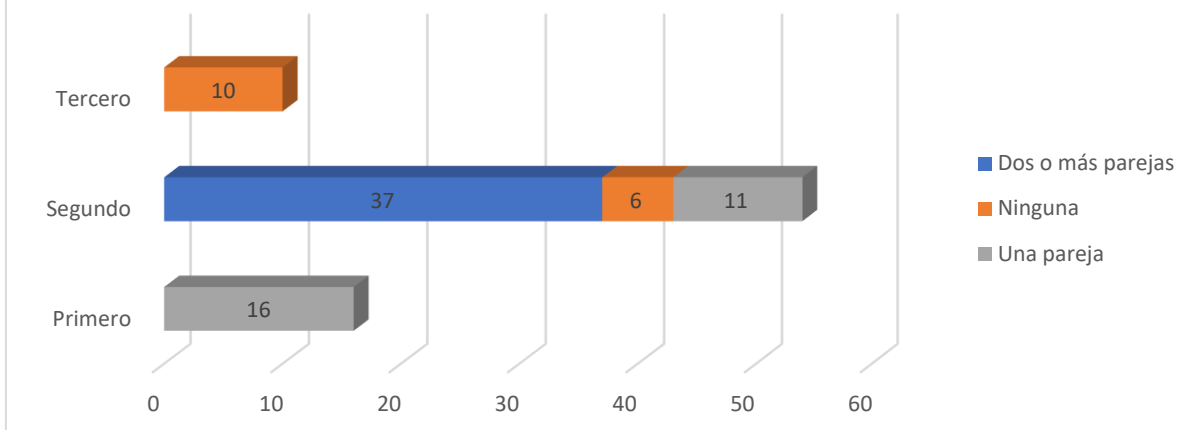


El 1.25 % de las entrevistadas tiene entre los 10 a 15 años, el 26.25 % tiene entre 16 a 20 años, el 30 % tiene entre los 21 a 25 años y el 42.5 % tiene mayor o igual a 25 años.



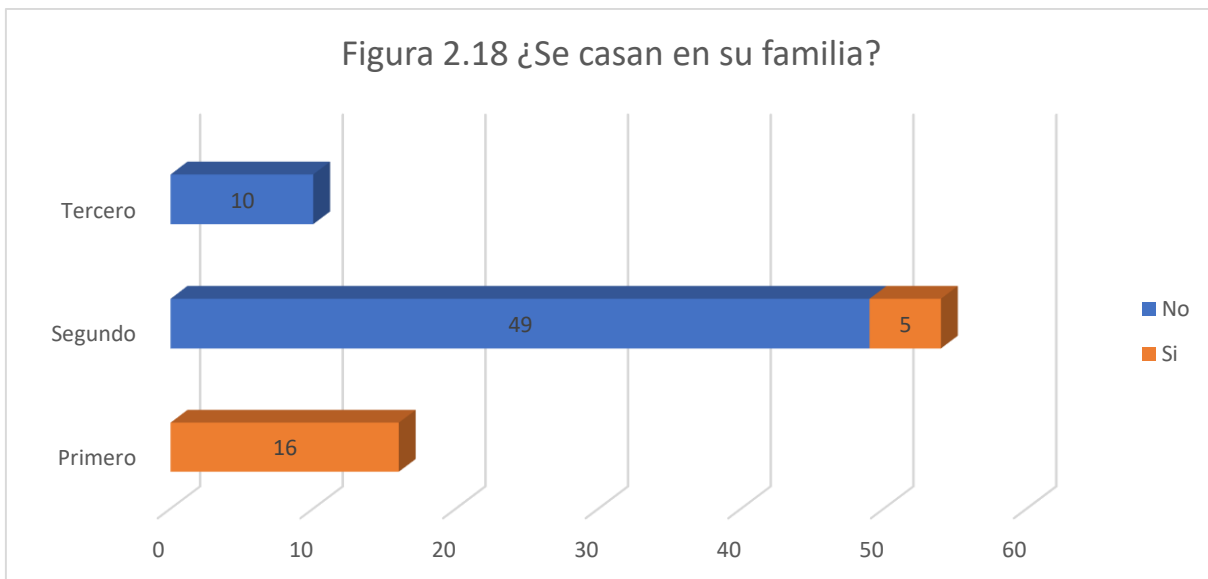
El 78.75 % de las entrevistadas tiene una pareja y el 21.25 % restante ha tenido dos o más parejas.

Figura 2.17 ¿Parejas sexuales que ha tenido el padre de su hijo?



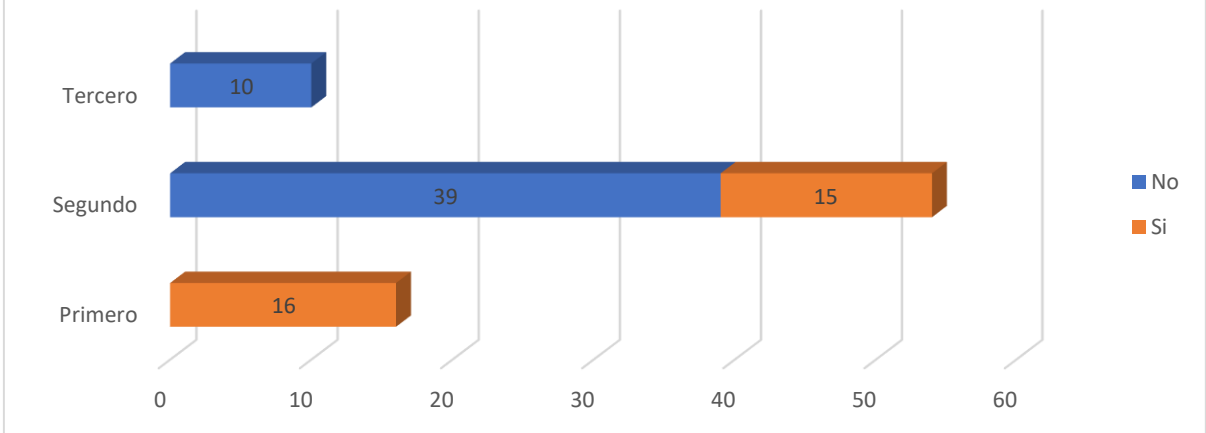
El 16.75 % de las entrevistadas no ha tenido pareja sexual previa, el 33.75 % ha tenido una pareja previa y el 46.25 % ha tenido mayor o igual a dos parejas previas.

Figura 2.18 ¿Se casan en su familia?



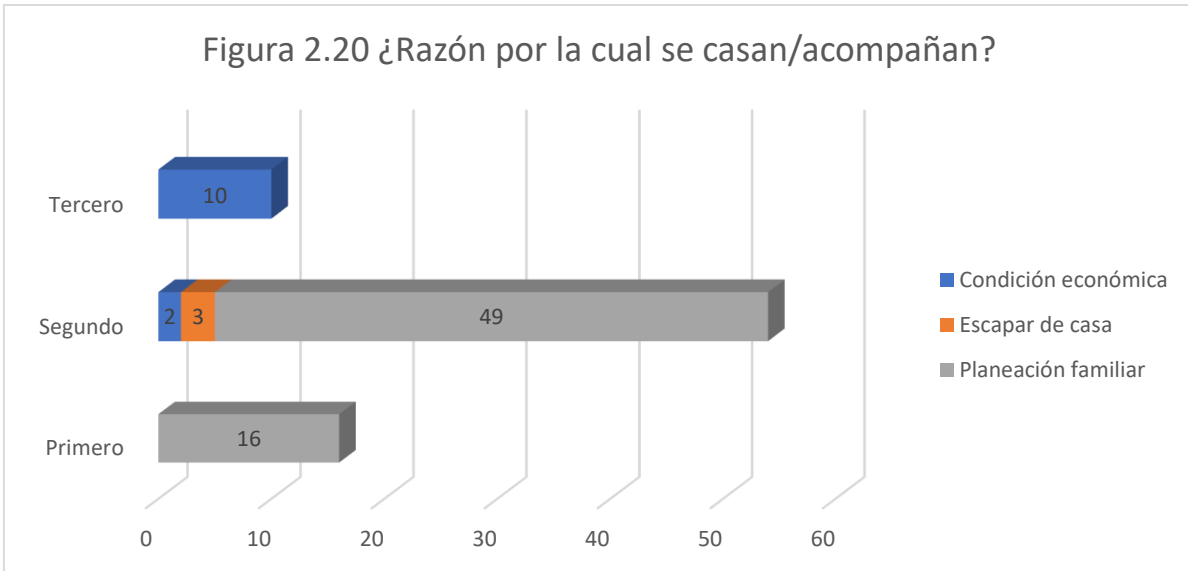
El 26.25 % de las entrevistadas si se casan y el 73.75 % restante no se casan.

Figura 2.19 ¿Cuando se casan o acompañan ya se encuentran embarazadas?



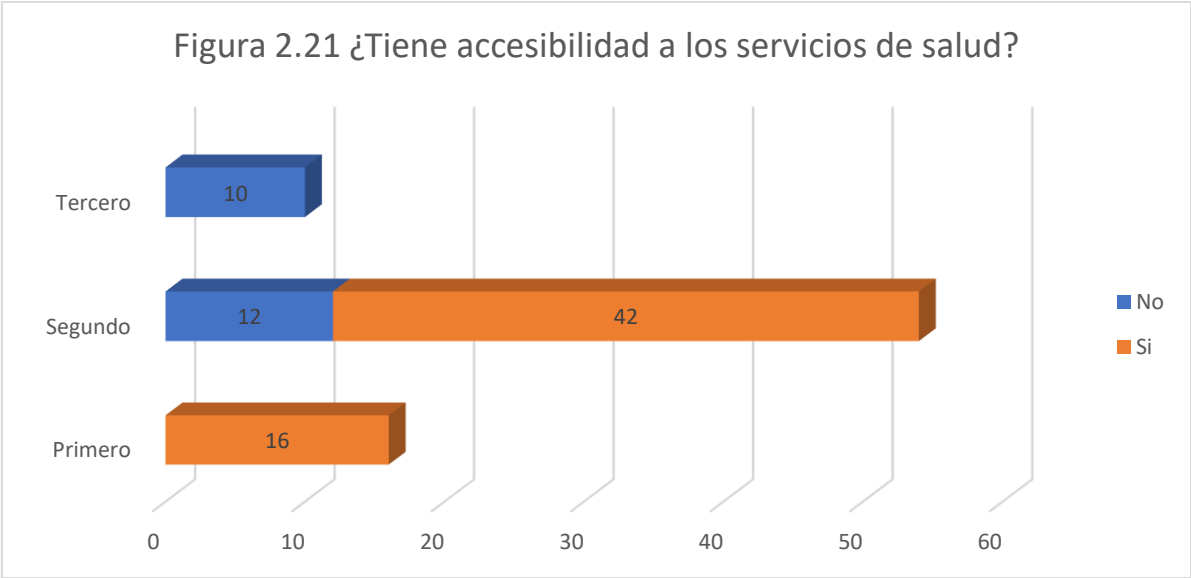
El 38.75 % de las entrevistadas si están embarazadas y el 61.25 % restante no están embarazadas.

Figura 2.20 ¿Razón por la cual se casan/acompañan?

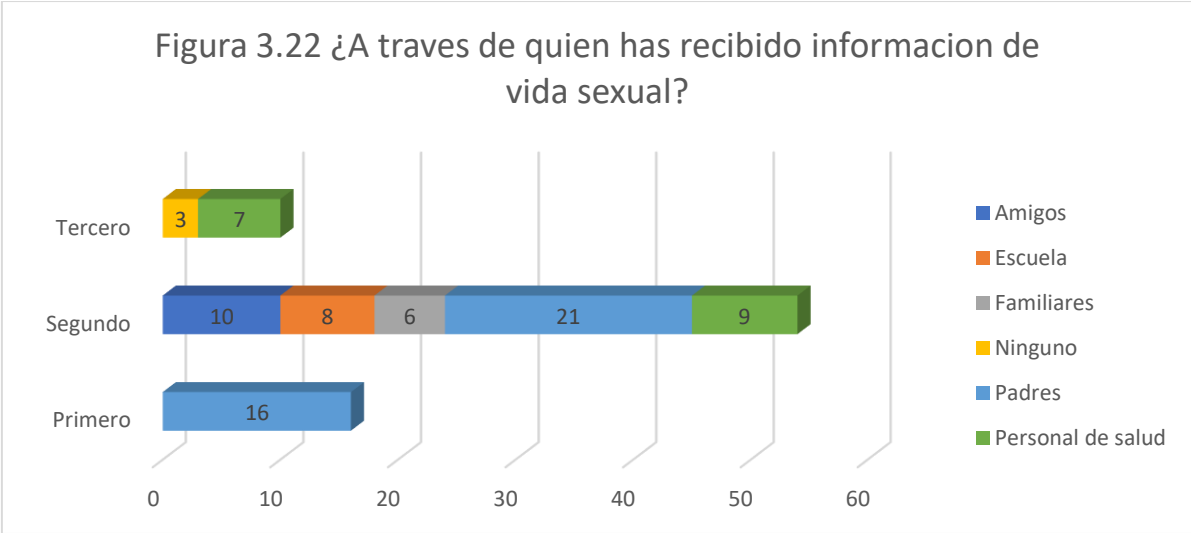


El 81.25 % de las entrevistadas es planeación familiar, el 85 %, el 3.75 % es para poder escapar de casa y el 15 % es por condición económica.

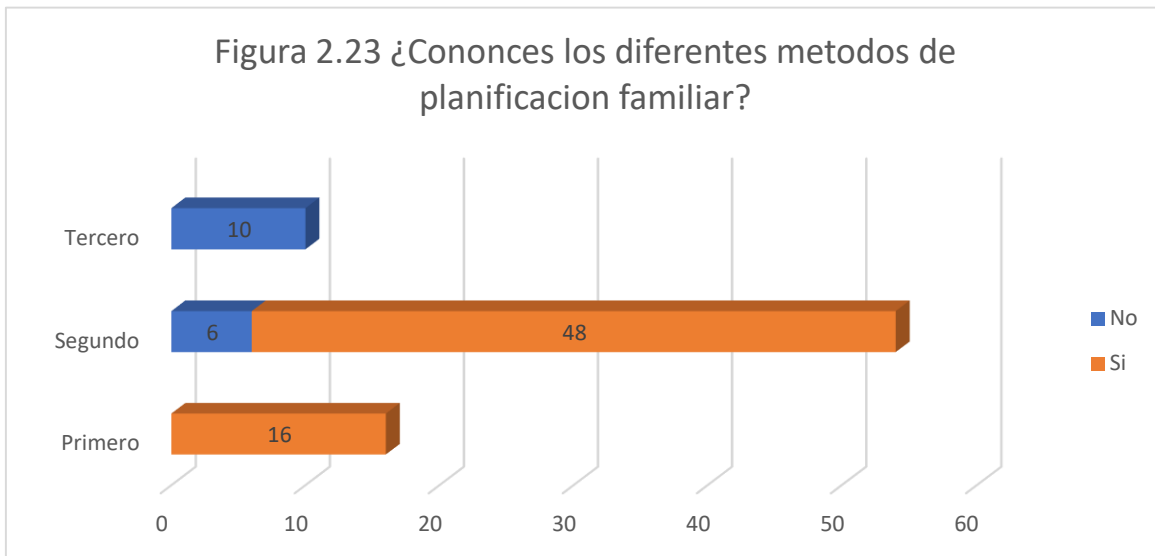
4.5 Factores asociados a accesibilidad de los servicios de salud y educación sexual.



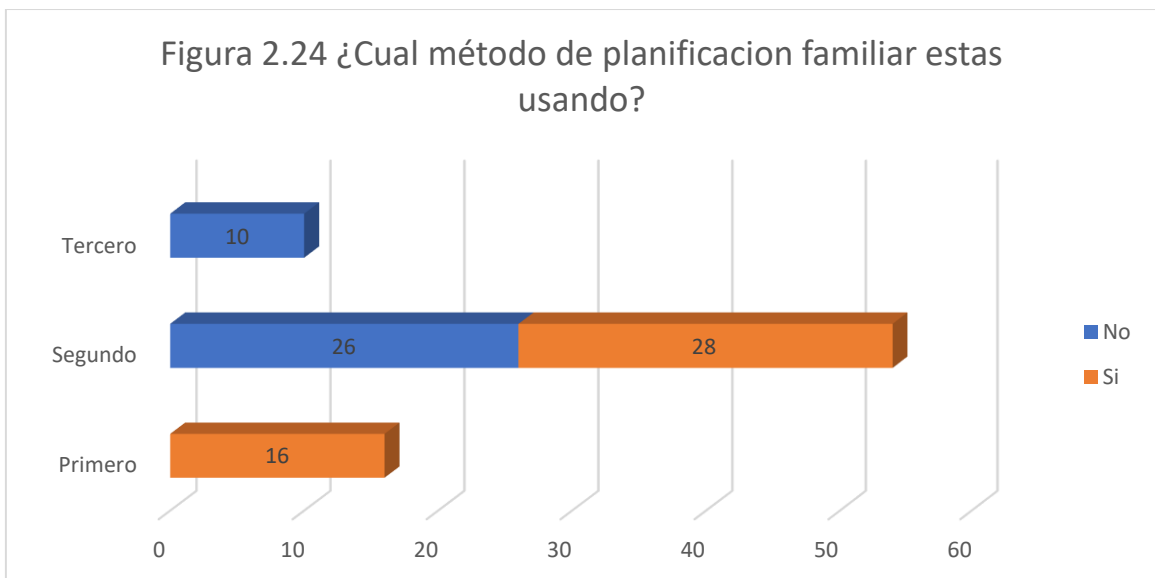
El 27.5 % de las entrevistadas no tienen facilidad y el 72.5 % restante si tiene facilidad de los servicios de salud.



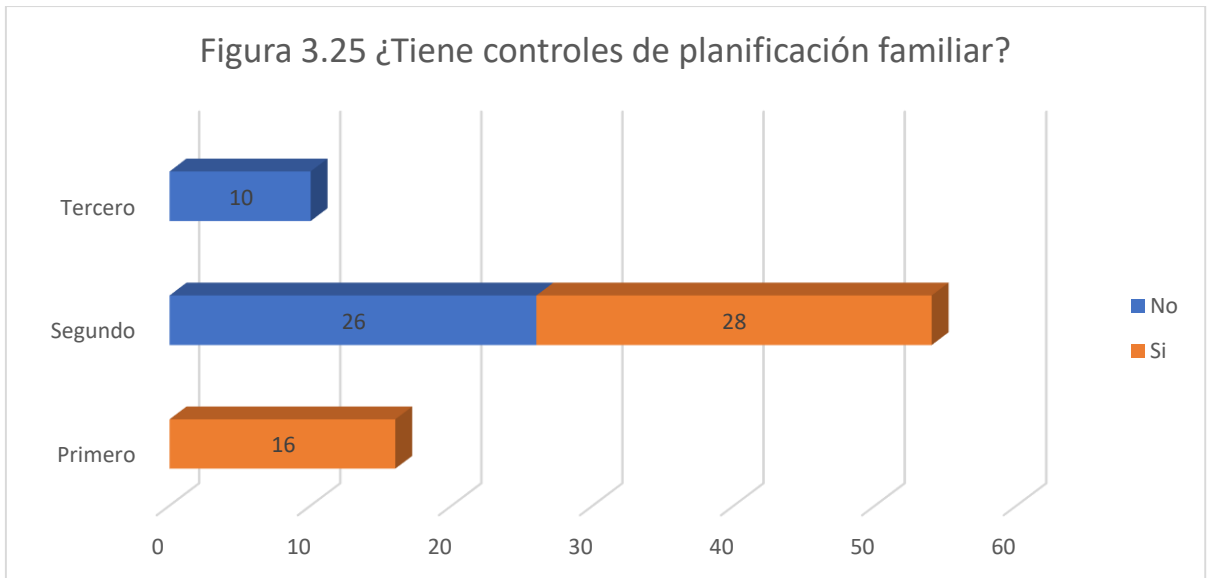
El 46.25 % de las entrevistadas fue por medio de los padres, el 7.5 % a través de familiares, el 12.5 % a través de amigos, el 10 % por medio de la escuela, el 20 % por medio del personal de salud, y el 3.75 % nadie les había dado información sobre vida sexual.



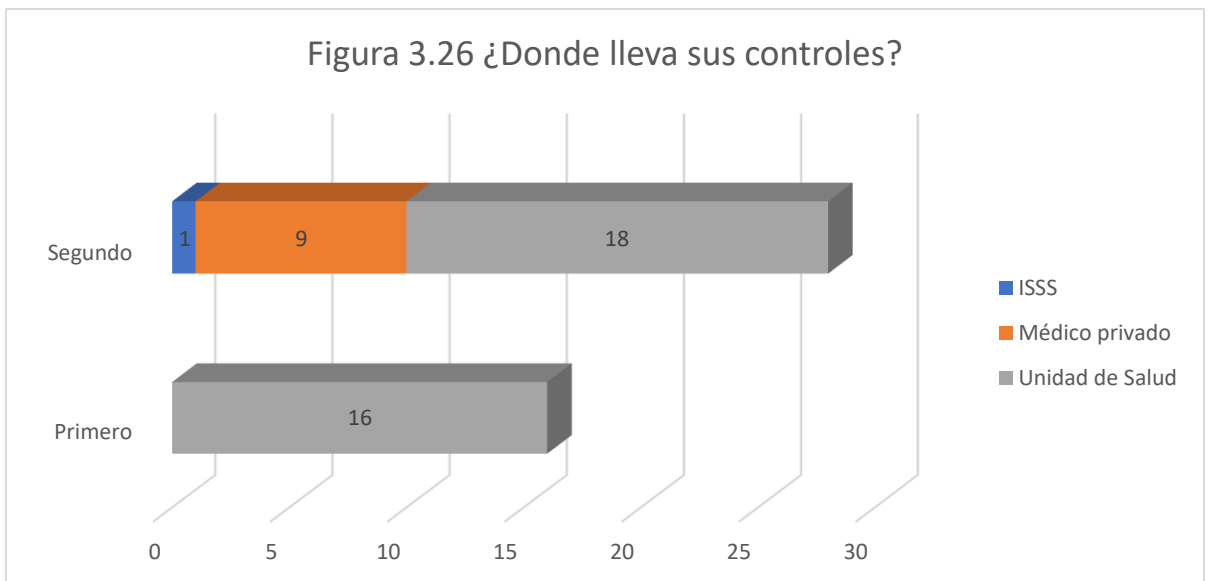
El 80 % si conoce los diferentes métodos anticonceptivos y el 20 % restante no conoce los diferentes métodos anticonceptivos.



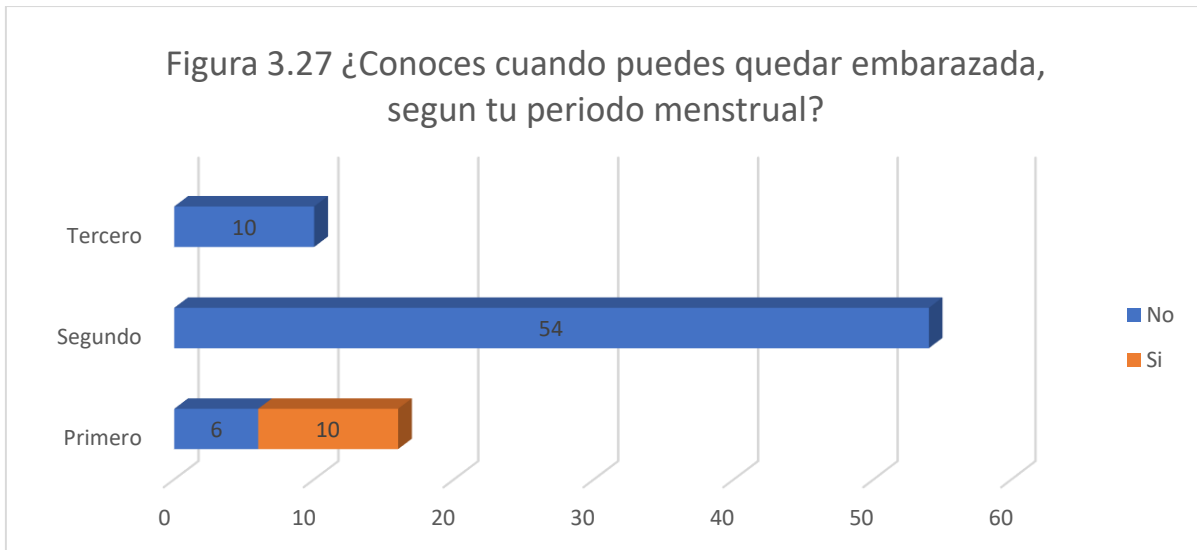
El 3.12 % de las entrevistadas usa anticonceptivos orales, el 59.38 %, el 1.56 % usa dispositivo intrauterino, el 28.12 % usa condón, el 6.25 % usa parche anticonceptivo y 1.56 % usa implante hormonal.



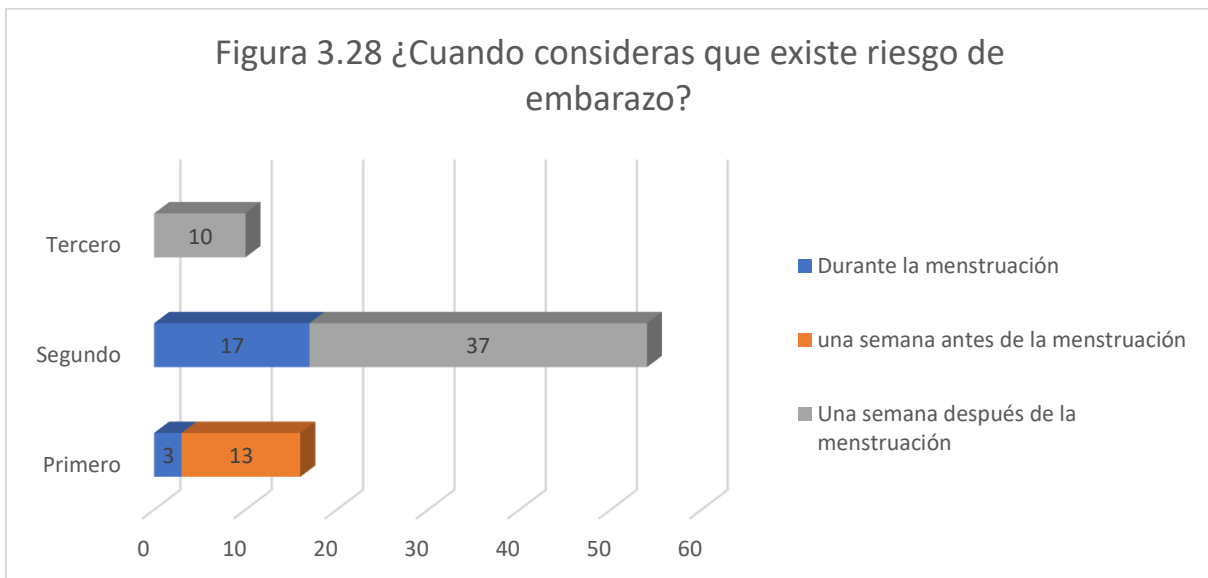
El 55 % de las entrevistadas si tiene controles y el 45 % restante si tiene controles de planificación familiar.



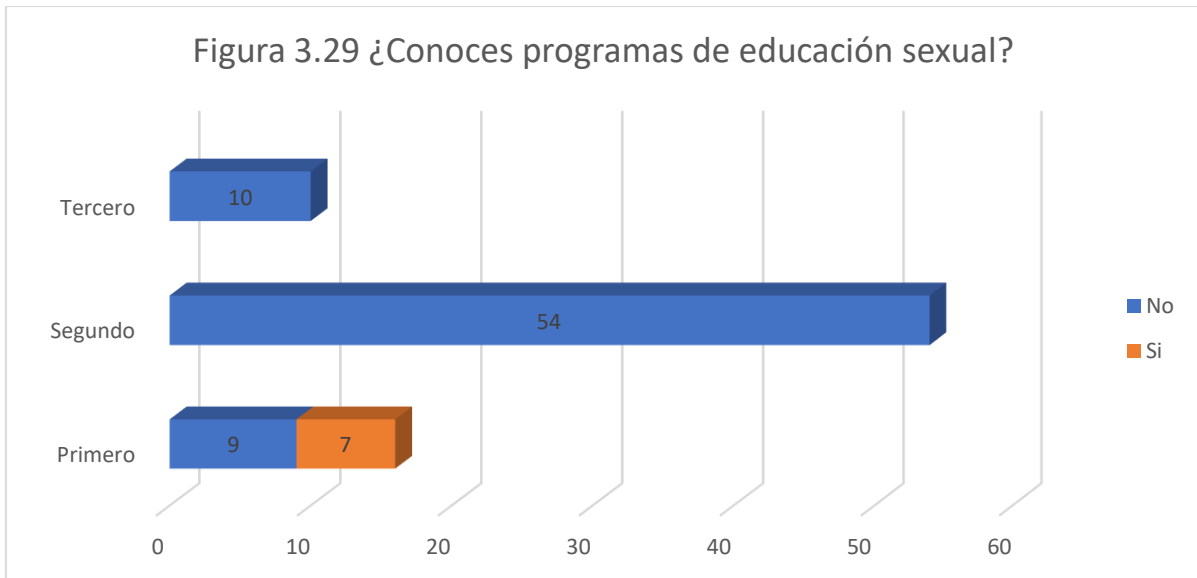
El 2.27 % de las entrevistadas los lleva en ISSS, el 20.45 % los lleva en médico privado y el 77.27 % lleva sus controles en la unidad de salud.



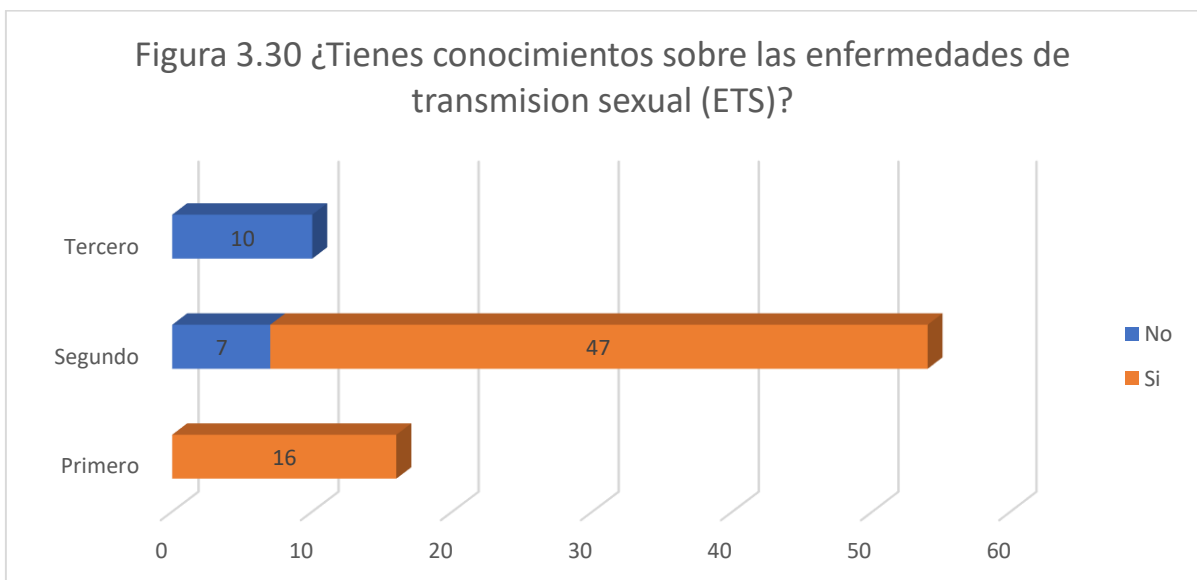
El 12.5 % de las entrevistadas si tiene conocimiento cuando puede embarazarse y el 87.5 % no tiene conocimiento cuando puede embarazarse.



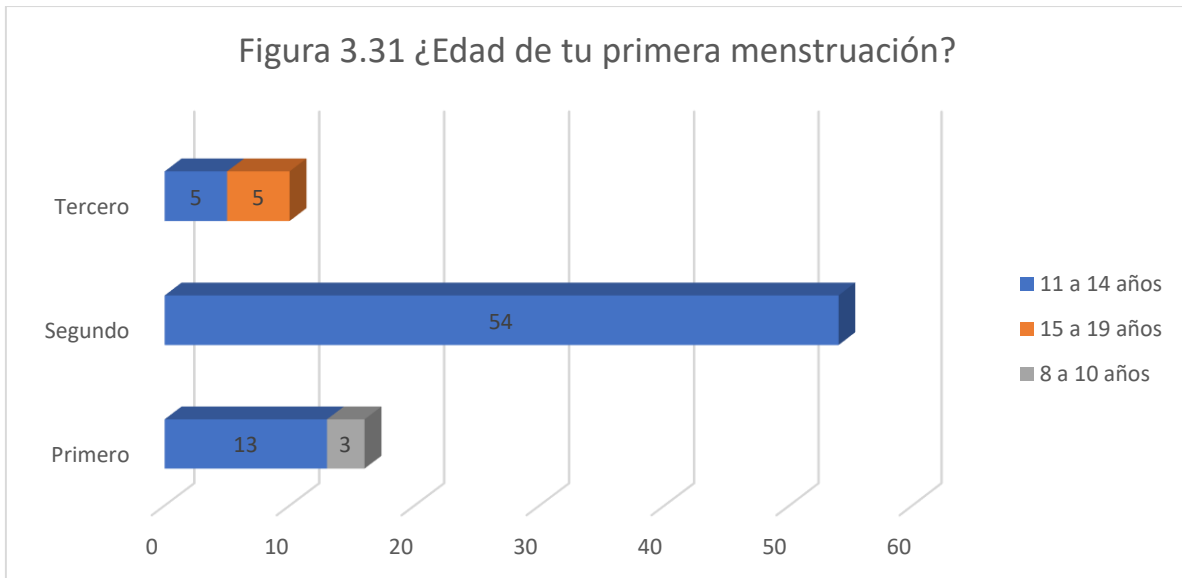
El 16.25 % de las entrevistadas una semana antes, el 25 % consideran que existe un riesgo durante la menstruación y el 58.75% considera que una semana después de la menstruación.



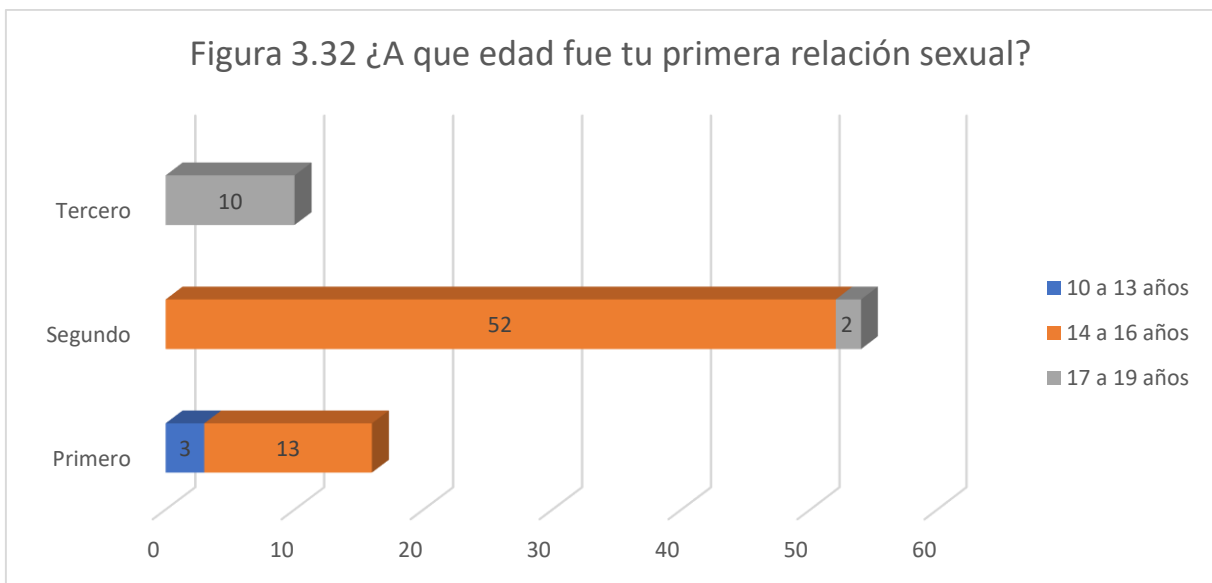
El 8.75 % de las entrevistadas si tiene conocimiento de los diferentes programas y el 91.25 % restante no tiene conocimiento de los diferentes programas.



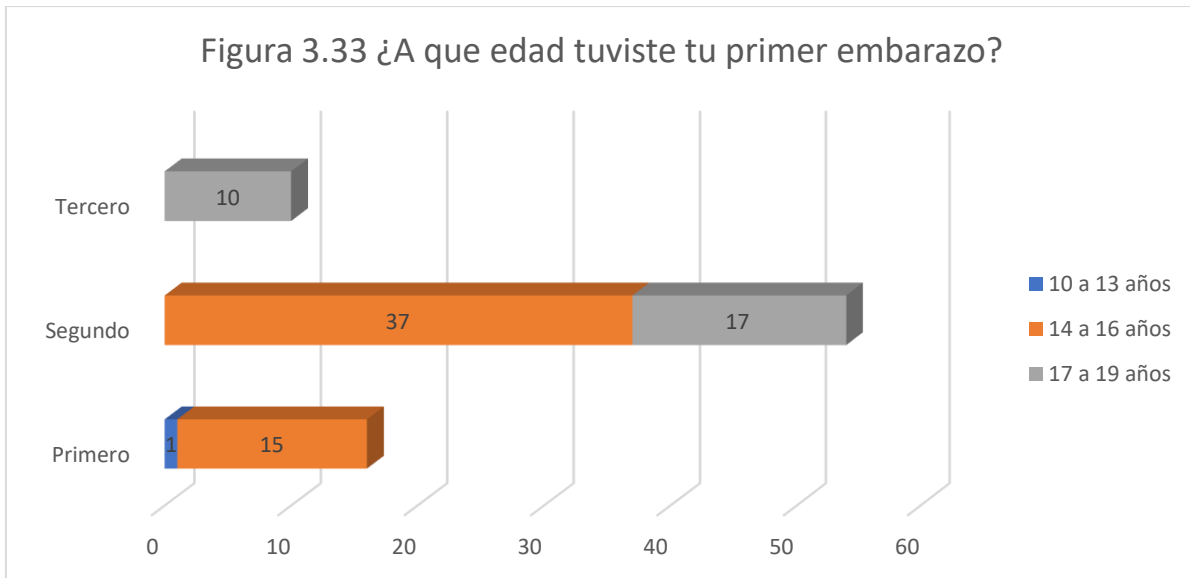
El 78.75 % de las entrevistadas si tiene conocimiento sobre ETS y el 21.25 % restante las desconoce.



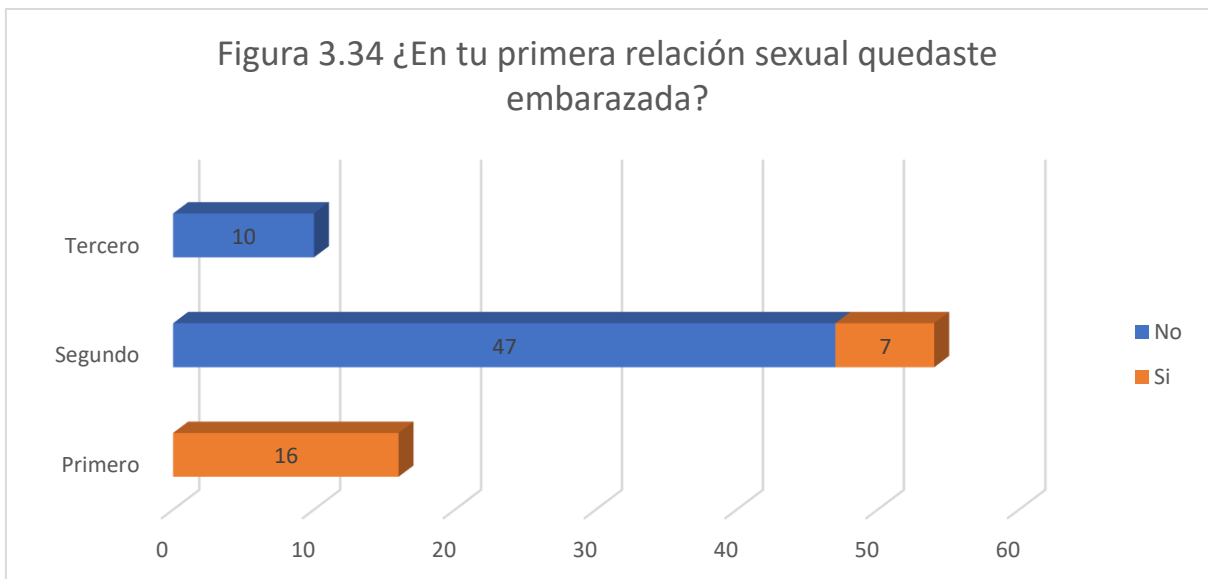
El 90 % fue entre los 11 a 14 años y el 6.25 % restante fue entre los 15 a 19 años.



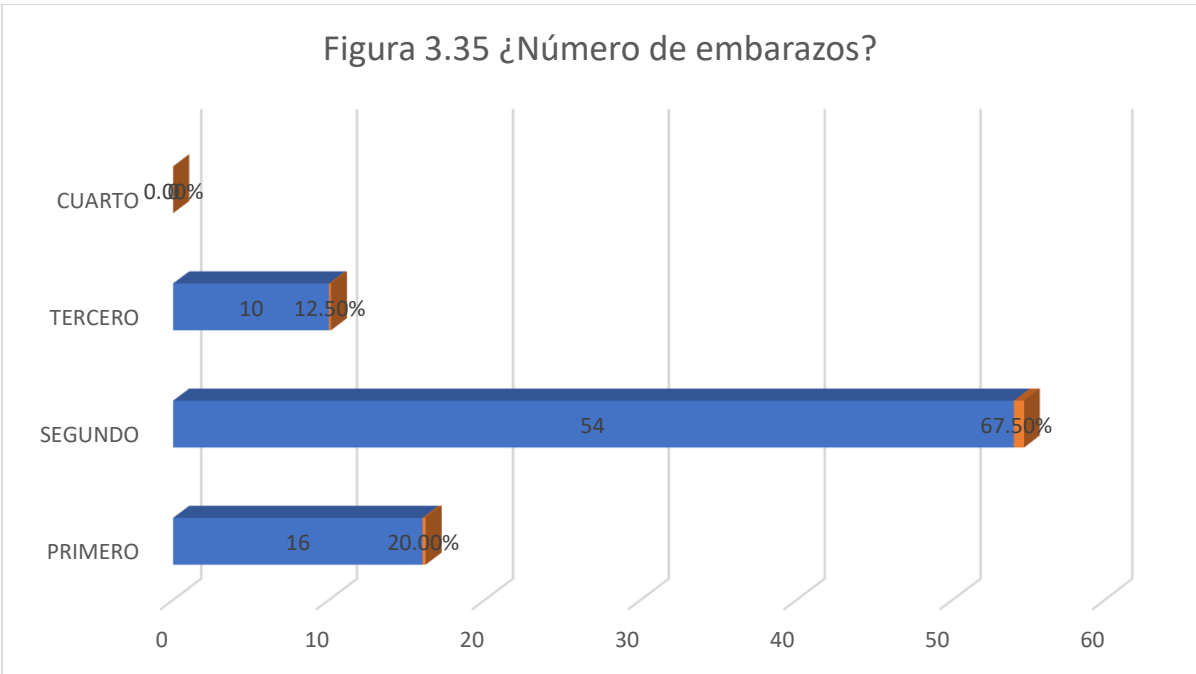
El 3.75 % de las entrevistadas fue entre los 10 a 13 años, el 81.25 % fue entre los 14 a 16 años y el 15 % fue entre los 17 a 19 años.



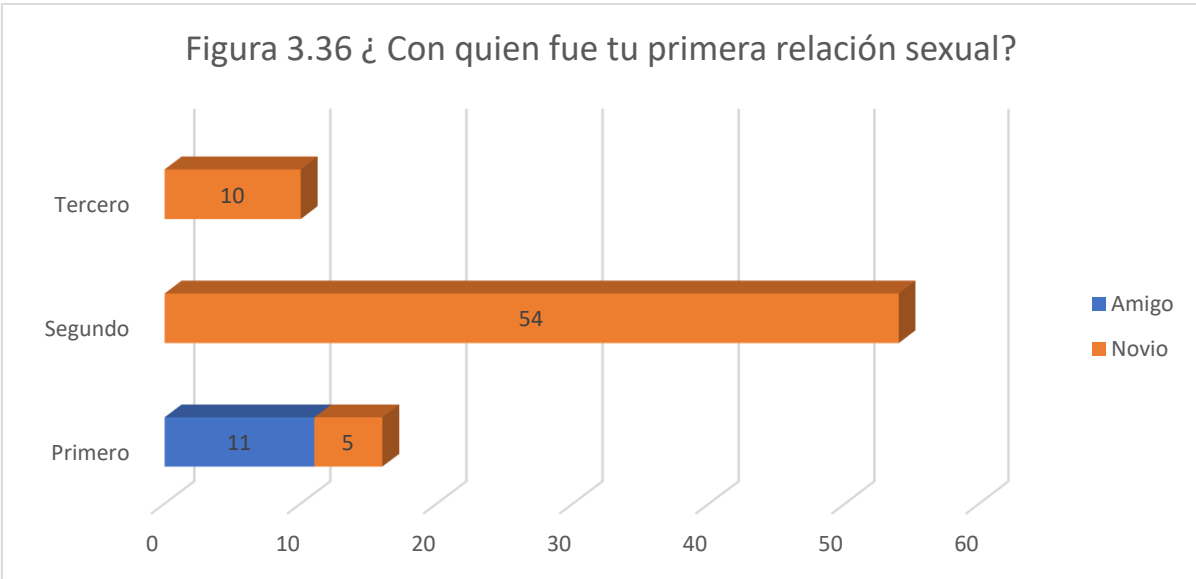
El 1.25 % de las entrevistadas fue entre los 10 a 13 años, el 65 % fue entre los 14 a 16 años y el 33.75 % fue entre los 17 a 19 años.



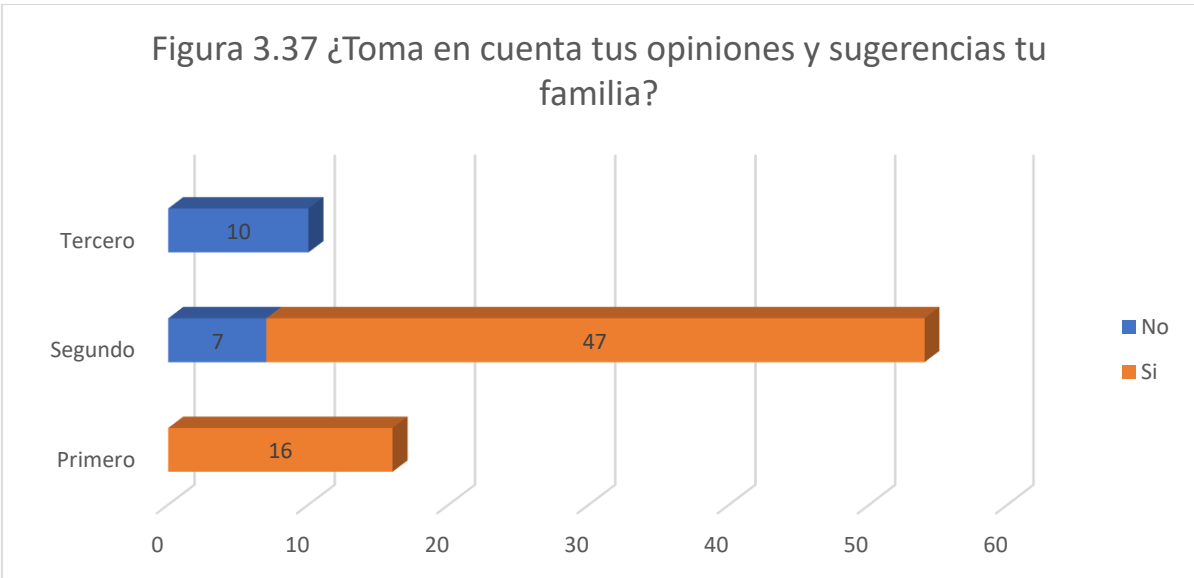
El 28.75 % de las entrevistadas si fue en su primera relación sexual y el 71.25 % restante no fue en su primera relación sexual.



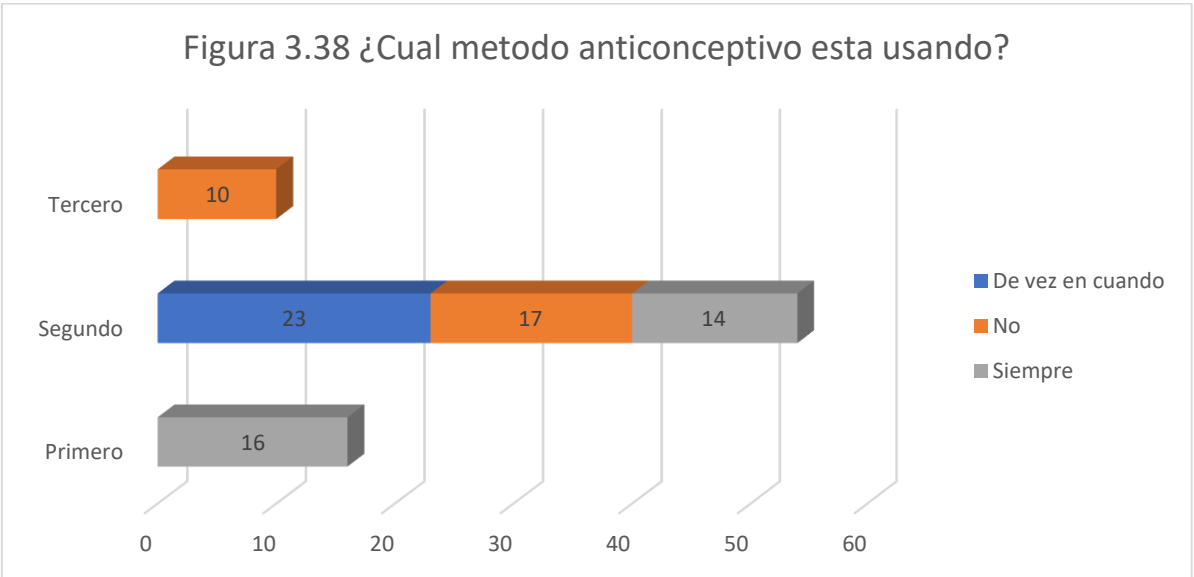
Las 16 adolescentes representan el 20 %, las 54 son el 67.5 %, las 10 son 12.5%.



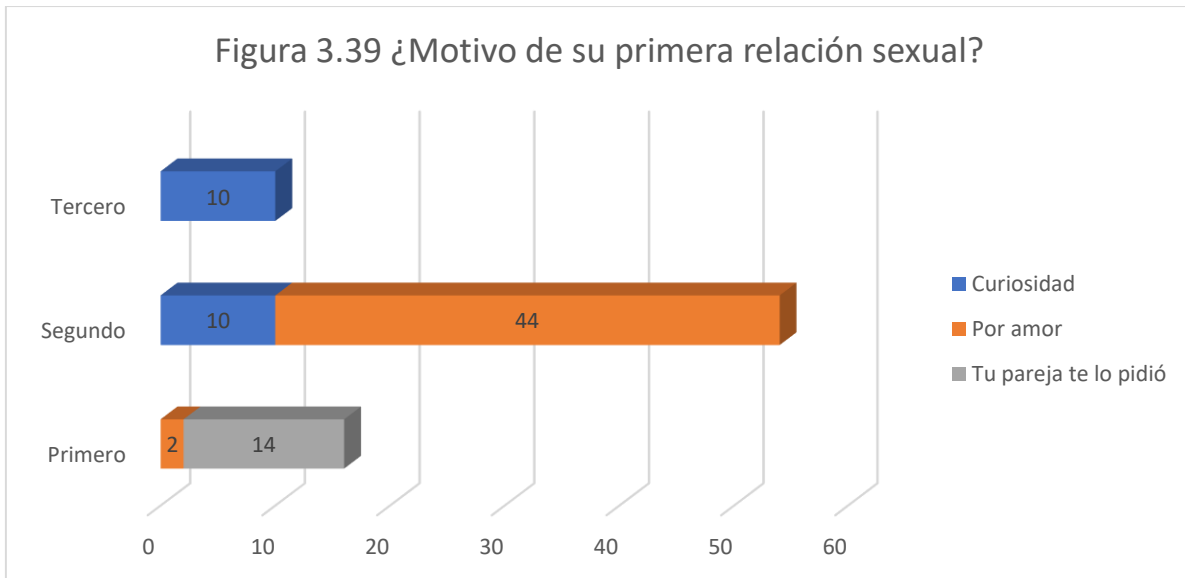
El 13.75 % de las entrevistadas fue con un amigo y el 86.25 % fue con su novio.



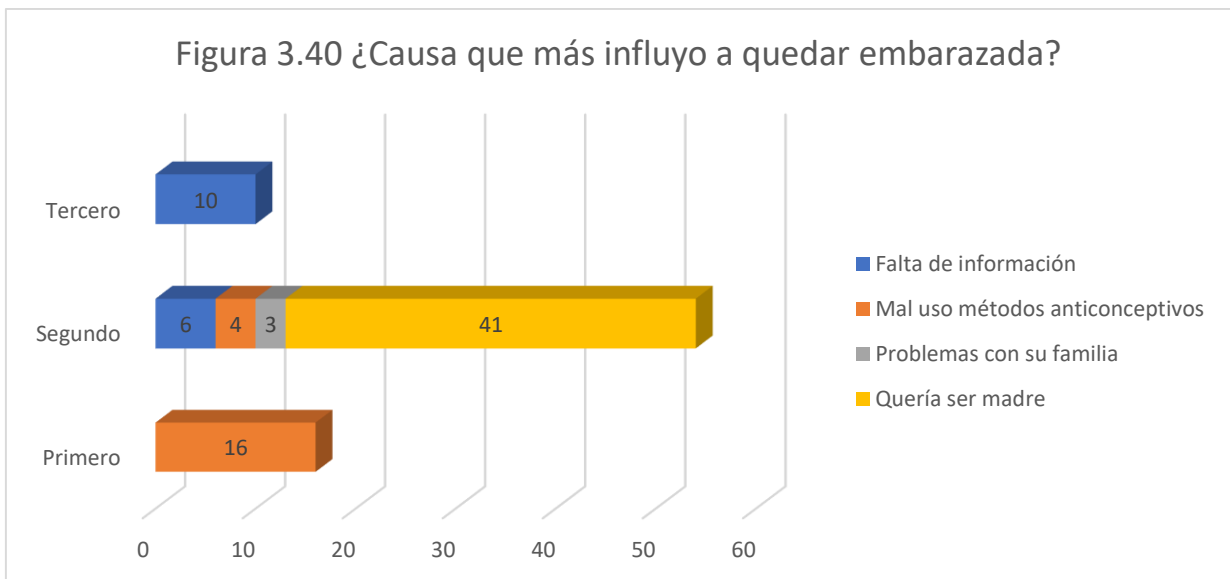
El 78.75 % de las entrevistadas respondieron que si las toman en cuenta y el 21.25 % restante respondieron que no las toman en cuenta.



El 37.5 % de las entrevistadas siempre usa algún método, el 28.75 % de las entrevistada usa de vez en cuando anticonceptivo y el 33.75 % no usa método anticonceptivo.



El 17.5 % de las entrevistadas la pareja se lo pidió, el 57.5 % fue por amor y el 25 % fue por curiosidad.



El 25 % fue por mal uso del método anticonceptivo, el 3.75 % fue por problemas con su familia y el 51.25 % fue porque querían ser madre.

4.6 Análisis de revisión de expedientes

1. RANGO DE EDAD

	CANTIDAD	PORCENTAJE
10 a 13 AÑOS	1	1.25 %
14 a 16 AÑOS	13	16.25 %
17 a 19 AÑOS	66	82.50 %
TOTAL	80	100 %

El 82.50 % de los expedientes revisados tiene un rango de edad 17 a 19 años, el 16.25 % está entre los 14 a 16 años, el 1.25 % está entre los 10 a 13 años. El mayor porcentaje se identifica entre el rango de edad de 17 a 19 años.

2. ¿TIENE EMPLEO?

	CANTIDAD	PORCENTAJE
ESTABLE	6	7.5 %
NO ESTABLE	2	2,5 %
AMA DE CASA	66	82.50 %
ESTUDIA	6	7.5 %
TOTAL	80	100 %

El 7.5 % de los expedientes revisados tiene un trabajo estable, el 2.5 % no tiene un empleo estable, el 82.5 % es ama de casa y el 7.5 % estudia. El 82.5 % está en las adolescentes que realizan el oficio de ama de casa. Se identifica el mayor porcentaje de adolescentes que son amas de casa.

3. ¿CUENTA CON HOJA DE INSCRIPCIÓN DEL PROGRAMA AL ADOLESCENTE EN EXPEDIENTE DE EMBARAZADA PREVIO A SU ETAPA GESTACIONAL?

	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	21	73.75 %
NO	59	26.25 %
TOTAL	80	100 %

El 73.75 % de los expedientes revisados cuenta con hoja de inscripción del programa al adolescente en el expediente de embarazada previo a su etapa gestacional, el 26.25 % no cuenta con la hoja de inscripción. Al no encontrarse registro de la hoja de inscripción al programa adolescente en el expediente, no se está cumpliendo con el debido seguimiento de forma activa al programa por parte del personal de salud y las adolescentes no han recibido una atención integral de salud.

4. ¿POSEE REGISTRO DE CONTROLES SUBSECUENTES DEL PROGRAMA DE ADOLESCENTE Y SU RESPECTIVO SEGUIMIENTO?

	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	0	0 %
NO	80	100 %
TOTAL	80	100 %

El 100 % de los expedientes revisados no tienen el registro de controles subsecuentes del programa de adolescente y su respectivo seguimiento. Se identifica la tabla que no cuentan con los controles subsecuentes debido que previamente no han sido inscritas al programa.

5. ¿SE HA REALIZADO INSCRIPCIÓN PRECONCEPCIONAL A USUARIA ADOLESCENTE PREVIO A SU EMBARAZO?

	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	0	0 %
NO	80	100 %
TOTAL	80	100 %

El 100 % de los expedientes revisados no tiene inscripción preconcepcional a usuaria adolescente previo a su embarazo. Se identifica que, al no encontrarse un registro de la hoja de inscripción al programa preconcepcional en el expediente, no se está detectando oportunamente al adolescente con prácticas de riesgo a un embarazo, y se incumple con el debido seguimiento de forma activa al programa por parte del personal de salud.

6. ¿TIENE REGISTRO EN EXPEDIENTE DE LLENADO DE HOJA DE TAMIZAJE PARA INDAGAR VIOLENCIA AL ADOLESCENTE?

	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	80	100 %
NO	0	0 %
TOTAL	80	100 %

El 100 % de los expedientes revisados cuentan con registro en expediente del llenado de hoja de tamizaje para indagar violencia al adolescente. Se identifica, que todos los expedientes han sido previamente inscritos, lo que ha permitido el llenado de la hoja de tamizaje en su totalidad.

7. ¿SE HA PASADO HOJA FILTRO DE CUIDADO PRECONCEPCIONAL EN LAS ATENCIONES PREVIAS A ADOLESCENTES?

	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	0	0 %
NO	80	100 %
TOTAL	80	100 %

El 100% de ellos no tiene registro de la hoja filtro de cuidado preconcepcional en las atenciones previas a adolescentes. Es necesario destacar que, sin la inscripción preconcepcional en las adolescentes, no se podrá visualizar la implementación que el médico realiza en el expediente del llenado de la hoja filtro del cuidado preconcepcional.

8. ¿SE HA BRINDADO CONSEJERÍA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA A LA ADOLESCENTE EMBARAZADA EN LAS ATENCIONES POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA?

	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	80	100 %
NO	0	0 %
TOTAL	80	100 %

El 100% de ellos tiene registro de la hoja filtro de cuidado preconcepcional en las atenciones previas a adolescentes. Sin embargo, es importante destacar que, si no se realizan inscripciones preconcepcionales en las adolescentes, no se podrá

visualizar la implementación que el personal de enfermería realiza en el expediente del llenado de la hoja filtro del cuidado preconcepcional.

9. ¿POSEE REGISTRO PREVIO EN EXPEDIENTE DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR A LA EMBARAZADA ADOLESCENTE?

	CANTIDAD	PORCENTAJE
<i>SI</i>	48	60 %
<i>NO</i>	32	40 %
TOTAL	80	100 %

El 60% de ellos tiene registro previo en el expediente de inscripción al programa de planificación familiar a la embarazada adolescente, mientras que el 40% restante no tiene un registro. Se identifica que es importante registrar previamente la inscripción al programa de planificación familiar antes del embarazo adolescente. Esto permitirá una atención más eficaz y oportuna para la adolescente embarazada, así como también contribuirá a prevenir embarazos no deseados.

10. ¿POSEE REGISTRO DE CONSEJERÍA A LA ADOLESCENTE EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO, POR PARTE DEL MÉDICO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA?

	CANTIDAD	PORCENTAJE
<i>SI</i>	5	6.25 %
<i>NO</i>	75	93.75 %
TOTAL	80	100 %

El 6.25% de ellos tiene registro de consejería a la adolescente en el expediente clínico por parte del médico sobre salud sexual y reproductiva, mientras que el 93.75% restante no tiene registro. Al analizar la tabla, se puede concluir que, aunque se ha brindado consejería en salud sexual y reproductiva durante el embarazo de las adolescentes, esta no se ha llevado a cabo como medida preventiva durante las inscripciones a los programas del adolescente y preconcepcional, lo que podría

haber evitado embarazos no deseados. Por lo tanto, es importante promover y garantizar que se brinde consejería en salud sexual y reproductiva durante las atenciones de las adolescentes para prevenir problemas en su salud reproductiva.

**11. DISPOSICIÓN EN FARMACIA CON OFERTA BÁSICA DE PRODUCTOS
ANTICONCEPTIVOS**

<i>ANTICONCEPTIVO ORAL</i>	SI
<i>INYECTABLES</i>	SI
<i>IMPLANTES</i>	SI
<i>PRESERVATIVOS</i>	SI

En el establecimiento de salud se cuentan con todos los métodos de planificación familiar.

**12. REGISTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA A LA ADOLESCENTE CON
FACTORES DE RIESGO.**

	CANTIDAD	PORCENTAJE
<i>EMBARAZO PRECOZ</i>	1	1.25 %
<i>VIOLENCIA INTRAFAMILIAR</i>	4	5.0 %
<i>ABUSO SEXUAL</i>	20	25.0 %
<i>SIN REGISTRO</i>	55	68.75 %
TOTAL	80	100 %

El 1.25% de embarazo precoz, de violencia intrafamiliar en el 5%, de abuso sexual en el 25%, y mientras que el 68.75% no cuenta con ningún registro. De estos hallazgos, se destaca la falta de atención psicológica en la mayoría de los casos, lo que sugiere la necesidad de mejorar la detección y el tratamiento de problemas de salud mental en la atención a adolescentes.

4.7 Comprobación de hipótesis

1. Si las familias de las adolescentes tienen menores ingresos que el salario mínimo, entonces tienen riesgo de embarazo.

El 15 % si trabaja y el 85 % no trabaja. De este 15 % todas ganan menor o igual a 350 \$. Con Chi cuadrado de 47.87 y valor crítico de 16.91. Con valor de P calculado entre 0.001 y 0.002, y el valor de significancia tomado en nuestro trabajo de 0.05. Por lo cual nuestra hipótesis de trabajo es aceptada. Y con coeficiente de V Cramer de 1; lo cual indica completa asociación entre las variables.

2. Si las adolescentes no tienen acceso a los servicios de salud, entonces tienen riesgo de embarazo.

El 72.5 % si tiene accesos a los servicios de salud y el 27.5 % restante no los tiene. Con el valor de Chi cuadrado de 33.19 y el valor crítico es de 47.40. Valor de P calculada entre 0.01 y 0.02, y el valor de significancia tomado en nuestro trabajo de 0.05. Por lo cual nuestra hipótesis de trabajo es aceptada. Y el coeficiente v Cramer de 0.6; lo que indica una relación de fuerte a moderada asociación entre las variables.

3. Si las adolescentes no tienen educación sexual, entonces tienen riesgo de embarazo.

El 96.25 % si tiene educación sexual y el 3.75 % no tiene educación sexual. Con un Chi cuadrado de 63.81 y el valor crítico es de 82.53. Con valor de P calculado entre 0.001 y 0.002, y el valor de significancia tomado en nuestro trabajo de 0.05. Por lo cual nuestra hipótesis de trabajo es aceptada. Y con coeficiente de V Cramer de 1; lo que indica completa asociación entre las variables.

4. Si las adolescentes sufren violencia intrafamiliar y psicológica, entonces son de riesgo a embarazarse.

El 17.5 % tuvo su primera relación porque se lo pidió su pareja, el 20 % por curiosidad y el restante 57.5 % por amor. Con un valor de Chi cuadrado de 100.19 y el valor crítico de 124.34. Con valor de P calculado entre 0.001 y 0.002, y el valor de

significancia tomado en nuestro trabajo de 0.05. Por lo cual nuestra hipótesis de trabajo es aceptada. Y con coeficiente de V Cramer de 1; lo que indica completa asociación entre las variables.

Factores económicos

En los factores económicos de la población estudiada, podemos analizar que el grupo de adolescente que representa el 15 % que si trabaja tiene un embarazo, y el restante 85 % no trabaja, con lo cual hay un mayor porcentaje que tiene dos embarazos o más embarazos. Sin embargo, de las adolescentes que trabajan se evidencia que todas ganan menor o igual que el salario mínimo del salvador 365.00 \$. En contra parte, las adolescentes que no trabajan siendo estas el 85 %, dependen en su pareja representando por el 70 %, el 15 % del padre y el 15 % restante de la madre.

Con lo cual se analiza que las adolescentes que tienen menor ingreso al salario mínimo existen una tendencia a mayor probabilidad de tener más embarazos. Ya que por la falta de recursos económicos adecuados puede llevar a que las adolescentes busquen relaciones íntimas como una forma de obtener apoyo económico y escapar de la pobreza.

Por la falta de oportunidades educativas y laborales para la adolescente en el entorno socioeconómico desfavorecidos pueden llevar a una mayor probabilidad de embarazo. Sin un acceso a una educación de calidad y con pocas opciones de empleo decente, algunas adolescentes pueden ver el embarazo como una forma de encontrar un sentido de propósito o asegurar su supervivencia económica. Por lo cual es un factor determinante para el aumento de embarazos de las adolescentes.

Factores psicosociales y culturales

El 17.5 % tuvo su primera relación porque se lo pidió su pareja, el 20 % por curiosidad y el restante 57.5 % por amor. Es importante destacar que, al revisar los expedientes en la hoja filtro, las adolescentes no mencionan experimentar violencia intrafamiliar. Sin embargo, esto podría deberse a que no se les pregunta sobre las posibles causas, sino simplemente se les hace una pregunta directa. Cabe señalar

que las adolescentes pueden no manifestar este tipo de violencia debido a que, hasta cierto punto, consideran normal el trato que reciben por parte de sus parejas o de sus familias.

La violencia intrafamiliar y psicológica a menudo se manifiesta a través de la coerción sexual, donde las adolescentes son forzadas o presionadas a tener relaciones sexuales sin su consentimiento. Esto limita su control sobre su propia sexualidad y decisiones reproductivas, aumentando así el riesgo de embarazos. La falta de poder para negarse a las relaciones sexuales o utilizar métodos anticonceptivos eficaces contribuye a dicha situación.

La violencia psicológica en el entorno familiar o de pareja puede socavar la autoestima y la confianza de las adolescentes. El constante menosprecio, insultos y manipulación emocional los lleva a sentirse indefensas y sin poder tomar decisiones autónomas sobre su vida sexual y reproductiva. Esto las hace más propensas a buscar relaciones íntimas como una fuente de afecto o reconocimiento. Tiene un impacto negativo en la asistencia y el rendimiento escolar de las adolescentes. La interrupción de la educación limita su acceso a información y servicios de salud reproductiva, lo que aumenta su vulnerabilidad a embarazos. A menudo se perpetúa a lo largo de las generaciones. Las adolescentes que han crecido en entornos de violencia familiar tienen una mayor probabilidad de encontrarse en relaciones abusivas o violentas en su vida adulta. Estas relaciones abusivas pueden aumentar el riesgo de embarazo debido a la falta de poder y control sobre su propia sexualidad y decisiones reproductivas.

Factores asociados a accesibilidad de los servicios de salud y educación sexual

El 72.5 % si tiene accesos a los servicios de salud y el 27.5 % restante no tienen. Además, el 96.25 % si tiene educación sexual y el 3.75 % no tiene educación sexual. El acceso limitado a los servicios de salud y a la educación sexual en las adolescentes, es un factor determinante al aumento de embarazos, ya que la información insuficiente en la falta de educación sexual integral y acceso a la información precisa sobre la salud reproductiva y la anticoncepción deja a las

adolescentes sin el conocimiento necesario para toma de decisiones informadas sobre su sexualidad y planificación familiar. La falta de información sobre métodos anticonceptivos y prácticas sexuales seguras aumenta la probabilidad de un embarazo.

La falta de acceso de servicios de salud reproductiva puede dificultar que las adolescentes obtengan métodos anticonceptivos de calidad y los utilicen correctamente. Esto puede deberse a la falta de disponibilidad de métodos, la falta de acceso a servicios de consejería adecuada sobre anticoncepción y la falta de seguimiento y apoyo para el uso continuo, adecuado de los métodos anticonceptivos, además del desconocimiento cuando son días fértiles e infértiles según su ciclo menstrual, desconocer sobre las enfermedades de transmisión sexual, y la falta de accesibilidad por la ubicación geográfica de los establecimiento de salud influido por deficiente servicio de transporte para llegar a estas. Como resultado, las tasas de falla o abandono de los anticonceptivos pueden ser más altas, aumentando el riesgo de embarazo.

El estigma social y la falta de confidencialidad en relación con la sexualidad y el embarazo en la adolescencia pueden disuadir a las adolescentes de buscar atención médica y educación sexual. El temor al juicio, la discriminación y la violación de la privacidad pueden ser barreras significativas para acceder a los servicios de salud y recibir la información necesaria.

CAPITULO V: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Factores económicos.

Los embarazos en adolescentes son el resultado de una combinación de diversos factores interrelacionados. El impacto económico, el entorno psicosocial, los aspectos culturales, la accesibilidad a los servicios de salud y la educación sexual desempeñan un papel importante en la predisposición de las adolescentes a embarazarse. Es fundamental comprender que estos factores no actúan de forma aislada, sino que interactúan entre sí en la población estudiada, lo que confiere a esta problemática un carácter multifactorial.

Las adolescentes manifiestan estar en una relación sentimental y no ejercen una actividad laboral remunerada, ya que dependen económicamente de su pareja o de sus padres. Esto se debe a su condición de ser menores de edad, lo cual implica que sus padres tienen la responsabilidad legal de proveerles sustento, tanto a ellas como al bebé que está por nacer. Además, si en el entorno familiar prevalece un ambiente caracterizado por la libertad excesiva, la falta de preocupación y la escasa disciplina hacia los hijos adolescentes, es probable que estas jóvenes tomen decisiones desacertadas, como iniciar prematuramente su actividad sexual. Esto se debe a la carencia de un hogar estable que promueva valores y responsabilidad, así como a la ausencia de una figura de autoridad que brinde corrección y guía para una vida basada en principios y con aspiraciones más elevadas.

Factores psicosociales y culturales.

Durante la etapa de la adolescencia, se evidencia una falta de madurez fisiológica, psicológica y emocional, lo cual tiene repercusiones en la capacidad de planificar un futuro que garantice una calidad de vida personal y social. Es notable la incapacidad o la escasa habilidad para formular ideales propios, lo que lleva a adoptar estilos de vida ajenos y buscar respuestas a través de actividades grupales, lo que, a su vez,

desencadena conductas de riesgo, como los embarazos, el cual es un problema de salud nacional.

La insuficiente comprensión de los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva lleva a las adolescentes a adoptar estilos de vida poco saludables, lo que resulta en comportamientos sexuales riesgosos y embarazos tempranos. Existe una carencia evidente en la red de servicios de salud, ya que no brinda una cobertura adecuada en cuanto a la promoción y educación sobre salud sexual y reproductiva. Como resultado, las adolescentes tienen un conocimiento limitado o nulo debido a la falta de estrategias que generen interés y conciencia en estos temas importantes.

Factores asociados a accesibilidad de los servicios de salud y educación sexual.

Los embarazos ocurren debido a la falta de información y comunicación, tanto por parte de los padres como de las instituciones educativas y de salud. En el aspecto social, las familias suelen casarse a edades tempranas, lo cual refleja un patrón cultural arraigado. Así como la falta de comunicación y orientación adecuada en temas de sexualidad para las adolescentes, a pesar de los principios transmitidos en el hogar, da lugar a comportamientos repetitivos generacionales.

Un bajo nivel de escolaridad es común en la mayoría de las adolescentes, ya que abandonan sus estudios prematuramente debido a un embarazo y no retoman su educación posteriormente. Esto perpetúa un ciclo repetitivo, donde se observa el mismo patrón de conducta entre las generaciones de la familia, resultando en más embarazos en adolescentes y un aumento de jóvenes desempleadas sin oportunidades de reintegrarse laboralmente. Además, este nivel educativo insuficiente dificulta la comprensión y asimilación de la información proporcionada por el personal de salud en temas de salud sexual y reproductiva.

Aunque la mayoría de los adolescentes ha escuchado hablar acerca de los métodos de prevención del embarazo, son pocos los que los utilizan correctamente debido a su falta de información sobre su uso adecuado. La ausencia de una promoción y

educación adecuada en este sentido tiene un impacto directo en la prevalencia de embarazos en las adolescentes.

5.2 Recomendaciones

A las adolescentes y familia

Es esencial que los padres brinden respaldo y educación a los adolescentes sobre educación sexual, destacando la importancia de una comunicación abierta en esta etapa de sus vidas. Esto les permitirá tomar decisiones conscientes y orientadas, desarrollando la capacidad de resistir las influencias sociales y grupales que promueven relaciones sexuales tempranas.

Se recomienda integrar a las adolescentes en grupos de apoyo intersectoriales, conformados por profesionales en la salud, docentes, familiares, líderes comunitarios y religiosos. Trabajando juntos, podrán proporcionar una atención integral a las adolescentes, ayudándolas en la formulación y ejecución de sus proyectos de vida, al mismo tiempo que se amplían sus oportunidades educativas y laborales. Estas entidades de ayuda social deben ofrecer programas de capacitación dirigidos específicamente a este grupo de población, para que puedan realizar tareas remuneradas en sus hogares, ayudándolas económicamente y mejorando su calidad de vida.

Las enseñanzas religiosas deben tener en cuenta que establecer principios sólidos es crucial para el desarrollo de las personas, y no se limita únicamente a la transmisión de conocimientos, sino que implica orientar a las personas de manera correcta, evitando así conductas que no sean aceptables desde la perspectiva religiosa en el futuro.

A los centros educativos

Es esencial implementar un proceso de formación, coordinación y retroalimentación dirigido del personal de salud con el fin de capacitar a los docentes de diferentes centros educativos. Esto garantizará que los educadores estén debidamente

preparados para abordar de manera efectiva los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, creando así un entorno en el que los alumnos se sientan seguros y confiados para plantear cualquier duda o inquietud que puedan tener sobre el tema.

Es importante que las instituciones educativas establezcan una comunicación constante con los padres y los involucren en programas como las escuelas de padres, donde se aborden temas de salud sexual y reproductiva enfocados en los adolescentes. Asimismo, es necesario solicitar a los centros escolares que promuevan conductas saludables entre los adolescentes, fomentando su participación activa y en colaboración con el Ministerio de Salud. Esto puede lograrse a través del desarrollo de diversas actividades socio-recreativas, incluyendo opciones extracurriculares, que mantengan a los adolescentes ocupados y alejados de comportamientos de riesgo.

Al ministerio de salud

Es esencial fomentar la colaboración entre diferentes sectores e instituciones para implementar y fortalecer estrategias educativas y promocionales relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

Es importante identificar grupos de adolescentes con mayor riesgo de embarazo temprano en la comunidad, concienciando a la sociedad sobre la importancia de prevenir esta situación. Asimismo, se deben realizar actividades de capacitación dirigidas al personal de salud involucrado en la atención de los adolescentes, proporcionándoles conocimientos y habilidades específicas para trabajar con este grupo de edad.

Resulta fundamental implementar programas de orientación para padres, enfocados en la educación sexual de sus hijos y la importancia de la comunicación durante la etapa adolescente. Además, se requiere una estrecha coordinación con los centros educativos para llevar a cabo talleres sobre salud sexual y reproductiva, con la participación de padres, docentes y adolescentes.

Los centros de salud deben asumir un papel más activo, fomentando la participación social con un enfoque de género y teniendo en cuenta los aspectos culturales en la comprensión de la sexualidad y la promoción de prácticas saludables en salud sexual y reproductiva para los adolescentes.

REFERENCIAS

1. Embarazos, M. d. (2020). *Llegar a cero embarazos en niñas y adolescentes*. El Salvador.
2. Fondo de Población de las Naciones Unidas. (26 de Septiembre de 2018). *Fondo de Población de las Naciones Unidas*. Obtenido de Fondo de Población de las Naciones Unidas: <https://lac.unfpa.org/es/news/una-misi%C3%B3n-com%C3%BAAn-menos-embarazos-en-la-adolescencia-en-am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe>.
3. Gómez, A. (01 de junio de 2021). *Gaceta suchitoto*. Obtenido de Gaceta suchitoto: <https://gacetasuchitoto.com/2021/06/01/apuntes-sobre-embarazo-en-adolescentes-y-el-aborto-la-desigualdad-salvadorena>.
4. Guatemala, F. d. (2020). *UNFPA*. Guatemala: UNFPA.
5. healthychildren.org. (21 de Mayo de 2019). *healthychildren.org*. Obtenido de healthychildren.org:<https://www.healthychildren.org/Spanish/agesstages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>.
6. Informe anual Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en El Salvador. (25 de Mayo de 2023). *Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*. Obtenido de Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos: <https://observadsdr.org/informe-anual-2021>.
7. Observatorio de derechos sexuales y derechos reproductivos. (02 de 05 de 2022). *Observatorio de derechos sexuales y derechos reproductivos*. Obtenido de Observatorio de derechos sexuales y derechos reproductivos: <https://observadsdr.org/category/embarazos-en-adolescentes>.
8. OMS. (15 de Septiembre de 2022). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
9. Organización Mundial de la Salud. (09 de Noviembre de 2020). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>.

10. Organización Mundial de la Salud. (09 de Noviembre de 2021). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>.
11. Organización Mundial de la Salud. (15 de Septiembre de 2022). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
12. Salvador, F. d. (2020). *Llegar a cero embarazos en niñas y adolescentes*. El Salvador: MINSAL.
13. Salvador, M. d. (20 de marzo de 2021). *Dirección General de Estadística y Censos*. Obtenido de Dirección General de Estadística y Censos: <http://www.digestyc.gob.sv/index.php/temas/des/ehpm.html>
14. UNFPA. (11 de Noviembre de 2020). *UNFPA America Latina y el Caribe*. Obtenido de UNFPA America Latina y el Caribe: <https://lac.unfpa.org/es/publications/informe-consecuencias-socioecon%C3%B3micas-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-seis-pa%C3%ADses-de>
15. UNICEF. (2020). *El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia*. Obtenido de El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>
16. Unidas, F. d. (2020). *UNFPA*.

ANEXOS

Anexo 1: Factores económicos

TABLA 1. ¿Trabaja actualmente?

OBSERVADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿TRABAJA ACTUALMENTE?		
	SI	NO	TOTAL
PRIMERO	12 15.00%	4 5.00%	16 20.0 %
SEGUNDO	0 0.00%	54 67.50%	54 67.5 %
TERCERO	0 0.00%	10 12.50%	10 12.5 %
CUARTO O MÁS	0 0.00%	0 0.00%	0 0.0 %
TOTAL	12 15.00%	68 85.00%	80 100.0%

CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿TRABAJA ACTUALMENTE?		
	NO	SI	TOTAL
PRIMERO	13.6	2.4	
SEGUNDO	45.9	8.1	
TERCERO	8.5	1.5	
CUARTO O MÁS	0	0	
TOTAL	68	12	80

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿TRABAJA ACTUALMENTE?		
	NO	SI	TOTAL
PRIMERO	6.78	38.4	
SEGUNDO	38.25	1.88	
TERCERO	2.38	73.50	
CUARTO O MÁS	0	0	
TOTAL	47.41	113.78	161.19

TABLA 2 Si respondiendo si a la pregunta anterior. ¿Cuál es el salario que recibes actualmente?

FRECUENCIA OBSERVADA

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CUÁL ES EL SALARIO?				
	0 - 150 \$	150 - 350 \$	350 - 500 \$	MAYOR A 500 \$	TOTAL
PRIMERO	2 2.5 %	10 12.5 %	0 0.0 %	0 0.0 %	12 15.0 %
SEGUNDO	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %
TERCERO	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %
CUARTO O MÁS	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %
TOTAL	2 2.5 %	10 12.5 %	0 0.0 %	0 0.0 %	12 15.0 %

CALCULADA FRECUENCIA

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CUÁL ES EL SALARIO?				
	0 - 150 \$	150 - 350 \$	350 - 500 \$	MAYOR A 500 \$	TOTAL
PRIMERO	0.4	2	0	0	
SEGUNDO	1.35	6.75	0	0	
TERCERO	0.125	1.25	0	0	
CUARTO O MÁS	0	0	0	0	
TOTAL	1.875	10	0	0	11.87

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CUÁL ES EL SALARIO?				
	0 - 150 \$	150 - 350 \$	350 - 500 \$	MAYOR A 500 \$	TOTAL
PRIMERO	6.4	32	0	0	
SEGUNDO	1.35	6.75	0	0	
TERCERO	0.125	1.25	0	0	
CUARTO O MÁS	0	0	0	0	
TOTAL	7.875	40	0	0	47.87

TABLA 3 ¿A qué te dedicas?

OBSERVADA

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿A QUÉ TE DEDICAS?					
	ESTUDIANTE	NINGUNO	OFICIOS DOMÉSTICOS	TRABAJO FORMAL	TRABAJO INFORMAL	TOTAL
PRIMERO	0 0.0 %	0 0.0 %	16 20.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	16 20.0 %
SEGUNDO	11 13.75 %	0 0.0 %	31 38.75 %	1 1.25 %	11 13.75 %	54 67.5 %
TERCERO	2 2.5 %	8 10.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	10 12.5 %
CUARTO O MÁS	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %
TOTAL	13 16.25 %	8 10.0 %	47 58.75 %	1 1.25 %	11 13.75 %	80 100.0 %

CALCULADA

NÚMERO DE EMBARAZOS	ESTUDIANTE	NINGUNO	OFICIOS DOMÉSTICOS	TRABAJO FORMAL	TRABAJO INFORMAL	TOTAL
PRIMERO	2.60	1.60	9.40	0.20	2.20	
SEGUNDO	8.78	5.40	31.73	0.68	7.43	
TERCERO	1.63	1.00	5.88	0.13	1.38	
CUARTO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	13.00	8.00	47.00	1.00	11.00	80.0

CHI CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	ESTUDIANTE	NINGUNO	OFICIOS DOMÉSTICOS	TRABAJO FORMAL	TRABAJO INFORMAL	TOTAL
PRIMERO	2.60	1.60	4.63	0.20	2.20	
SEGUNDO	0.56	5.40	7.79	0.68	7.43	
TERCERO	0.09	1.00	17.45	0.13	1.38	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	3.25	8.00	20.45	1.00	11.00	53.13

TABLA 4 ¿De quién dependes económicamente?

OBSERVADA

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿DE QUIÉN DEPENDES ECONÓMICAMENTE?						TOTAL
	MADRE	PADRE	PAREJA	HERMANOS	TÍOS/AS	NINGUNO	
PRIMERO	4 5.0 %	12 15.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	16 20.0 %
SEGUNDO	8 10.0 %	0 0.0 %	46 57.5 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	54 67.5%
TERCERO	0 0.0 %	0 0.0 %	10 12.5 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	10 12.5 %
CUARTO O MÁS	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %
TOTAL	12 15.0 %	12 15.0 %	56 70.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	80 100.0 %

CALCULADA

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿DE QUIÉN DEPENDES ECONÓMICAMENTE?						
	MADRE	PADRE	PAREJA	HERMANOS	TÍOS/AS	NINGUNO	TOTAL
PRIMERO	2.4	2.4	11.2	0	0	0	
SEGUNDO	8.2	8.1	37.8	0	0	0	
TERCERO	2.5	1.5	7	0	0	0	
CUARTO O MÁS	0	0	0	0	0	0	
TOTAL	12	12	56	0	0	0	80

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿DE QUIÉN DEPENDES ECONÓMICAMENTE?						
	MADRE	PADRE	PAREJA	HERMANOS	TÍOS/AS	NINGUNO	TOTAL
PRIMERO	1.07	38.4	0.0	0.0	0.0	0.0	
SEGUNDO	0.0	8.1	0.0	0.0	0.0	0.0	
TERCERO	2.25	1.5	0.0	0.0	0.0	0.0	
CUARTO O MÁS	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
TOTAL	3.32	48.0	14.26	0.0	0.0	0.0	65.58

TABLA 5 ¿A qué se dedica actualmente su pareja?

OBSERVADO

NÚMERO DE HIJOS	¿A QUÉ SE DEDICA ACTUALMENTE SU PAREJA?					
	ESTUDIANTE	TRABAJO ESTABLE	TRABAJO INFORMAL	PROFESIÓN	NINGUNO	TOTAL
PRIMERO	1 1.25 %	15 18.75 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	16 20.0 %
SEGUNDO	0 0.0 %	27 33.75 %	27 33.75 %	0 0.0 %	0 0.0 %	54 67.5 %
TERCERO	0 0.0 %	0 0.0 %	8 10.0 %	0 0.0 %	2 2.5 %	10 12.5 %
CUARTO O MÁS	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %
TOTAL	1 1.25 %	42 52.5 %	35 43.75 %	0 0.0 %	2 2.5 %	80 100 %

CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿A QUÉ SE DEDICA ACTUALMENTE SU PAREJA?					
	ESTUDIANTE	TRABAJO ESTABLE	TRABAJO INFORMAL	PROFESIÓN	NINGUNO	TOTAL
PRIMERO	0.20	8.40	7.00	0.00	0.40	
SEGUNDO	0.68	28.35	23.63	0.00	1.35	
TERCERO	0.13	5.25	4.38	0.00	0.25	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	1.00	42.00	35.00	0.00	2.00	80.00

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿A QUÉ SE DEDICA ACTUALMENTE SU PAREJA?					
	ESTUDIANTE	TRABAJO ESTABLE	TRABAJO INFORMAL	PROFESIÓN	NINGUNO	TOTAL
PRIMERO	3.20	5.19	7.00	0.00	0.40	
SEGUNDO	0.68	0.06	0.48	0.00	1.35	
TERCERO	0.13	5.25	3.00	0.00	12.25	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	4.00	10.50	10.49	0.00	14.00	38.99

TABLA 6 ¿Cuál es el salario que recibe la persona de quien dependes económicamente?

OBSERVADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CUÁL ES EL SALARIO QUE RECIBE LA PERSONA DE QUIEN DEPENDES ECONÓMICAMENTE?				
	0 - 200 \$	200 - 400 \$	400 - 600 \$	MAYOR DE 600 \$	TOTAL
PRIMERO	1 1.25 %	15 18.75 %	0 0.0 %	0 0.0 %	16 20.0 %
SEGUNDO	0 0.0 %	3 3.75 %	31 38.75 %	20 25.0 %	54 67.5 %
TERCERO	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	10 12.5 %	10 12.5 %
CUARTO O MÁS	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %
TOTAL	1 1.25 %	18 22.5 %	31 38.75 %	30 37.5 %	80 100 %

CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CUÁL ES EL SALARIO QUE RECIBE LA PERSONA DE QUIEN DEPENDES ECONÓMICAMENTE?				
	0 - 200 \$	200 - 400 \$	400 - 600 \$	MAYOR DE 600 \$	TOTAL
PRIMERO	0.20	3.60	6.20	6.00	
SEGUNDO	0.68	12.15	20.93	20.25	
TERCERO	0.13	2.25	3.88	3.75	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	1.00	18.00	31.00	30.00	80.00

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CUÁL ES EL SALARIO QUE RECIBE LA PERSONA DE QUIEN DEPENDES ECONÓMICAMENTE?				
	0 - 200 \$	200 - 400 \$	400 - 600 \$	MAYOR DE 600 \$	TOTAL
PRIMERO	3.20	36.10	6.20	6.00	
SEGUNDO	0.68	6.89	4.85	0.00	
TERCERO	0.13	2.25	3.88	10.42	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	4.00	45.24	14.93	16.42	80.59

Factores psicosociales y culturales

TABLA 7 ¿CUÁL ES TU EDAD?

OBSERVADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CUÁL ES TU EDAD?			
	10 a 13 AÑOS	14 a 16 AÑOS	17 a 19 AÑOS	TOTAL
PRIMERO	1 1.25 %	15 18.75 %	0 0.00 %	16 20.0 %
SEGUNDO	0 0.00 %	18 22.50 %	36 45.00 %	54 67.5 %
TERCERO	0 0.00 %	0 0.00 %	10 12.50 %	10 12.5 %
CUARTO O MAS	0 0.00 %	0 0.00 %	0 0.00 %	0 0.0 %
TOTAL	1 1.25 %	33 41.25 %	46 57.50 %	80 100.0 %

CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CUÁL ES TU EDAD?			
	10 A 13 AÑOS	14 A 16 AÑOS	17 A 19 AÑOS	TOTAL
PRIMERO	0.20	6.60	9.20	
SEGUNDO	0.68	22.28	31.05	
TERCERO	0.13	4.13	5.75	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	1.00	33.00	46.00	80.00

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CUÁL ES TU EDAD?			
	10 A 13 AÑOS	14 A 16 AÑOS	17 A 19 AÑOS	TOTAL
PRIMERO	3.20	10.69	9.20	
SEGUNDO	0.68	0.82	0.79	
TERCERO	0.13	4.13	3.14	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	4.00	15.64	13.13	32.77

TABLA 8 Estado civil

OBSERVADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿ESTADO CIVIL?				
	CASADA	ACOMPAÑADA	SOLTERA	SEPARADA	TOTAL
PRIMERO	0 0.00 %	16 20.00 %	0 0.00 %	0 0.00 %	16 20.0 %
SEGUNDO	0 0.00 %	49 61.25	5 6.25 %	0 0.00 %	54 67.5 %
TERCERO	0 0.00 %	0 0.00 %	10 12.50 %	0 0.00 %	12.5 %
CUARTO O MÁS	0 0.00 %	0 0.00 %	0 0.00 %	0 0.00 %	0 0.0 %
TOTAL	0 0.00 %	65 81.25 %	15 18.75 %	0 0.00 %	80 100.0 %

CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿ESTADO CIVIL?				
	CASAD A	ACOMPaña DA	SOLTER A	SEPARAD A	TOTA L
PRIMERO	0	13.00	3.00	0	
SEGUNDO	0	43.88	10.13	0	
TERCERO	0	8.13	1.87	0	
CUARTO O MÁS	0	0	0	0	
TOTAL	0	65.00	15.00	0	80

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿ESTADO CIVIL?				
	CASAD A	ACOMPaña DA	SOLTER A	SEPARAD A	TOTA L
PRIMERO	0.00	0.69	3.00	0.00	
SEGUNDO	0.00	0.60	2.59	0.00	
TERCERO	0.00	8.13	35.21	0.00	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	0.00	9.42	40.80	0.00	50.22

TABLA 9 ¿Cuántos hijos tiene con su pareja?

OBSERVADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CUÁNTOS HIJOS TIENE CON SU PAREJA?			
	DOS O MÁS HIJOS	UN HIJO	NINGUNO	TOTAL
PRIMERO	4 5.0 %	12 15.0 %	0 0.0 %	16 20.0 %
SEGUNDO	0 0.0 %	0 0.0 %	54 67.5 %	54 67.5 %
TERCERO	0 0.0 %	0 0.0 %	10 12.5 %	10 12.5 %
CUARTO O MÁS	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %
TOTAL	4 5.0 %	12 15.0 %	64 80.0 %	80 100 %

CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CUÁNTOS HIJOS TIENE CON SU PAREJA?			
	UN HIJO	DOS O MÁS	NINGUNO	TOTAL
PRIMERO	2.40	0.80	12.80	
SEGUNDO	8.10	2.70	43.20	
TERCERO	1.50	0.50	8.00	
CUARTO MÁS	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	12.00	4.00	64.00	80.00

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CUÁNTOS HIJOS TIENE CON SU PAREJA?			
	UN HIJO	DOS O MÁS	NINGUNO	TOTAL
PRIMERO	38.40	12.80	12.80	
SEGUNDO	8.10	2.70	2.70	
TERCERO	1.50	0.50	0.50	
CUARTO MÁS	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	48.00	16.00	16.00	80.00

TABLA 10 ¿Número de embarazos que has tenido?

	NÚMERO DE EMBARAZOS
PRIMERO	16 20.0 %
SEGUNDO	54 67.5 %
TERCERO	10 12.5 %
CUARTO O MÁS	0 0.0 %
TOTAL	80 100 %

TABLA 11 Nivel de educación.

OBSERVADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	NIVEL DE EDUCACIÓN				TOTAL
	PRIMARIA	SECUNDARIA	UNIVERSIDAD	NINGUNO	
PRIMERO	16 20.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	16 20.0 %
SEGUNDO	41 51.25 %	13 16.25 %	0 0.0 %	0 0.0 %	54 67.5 %
TERCERO	0 0.0 %	9 11.25 %	1 1.25 %	0 0.0 %	10 12.5 %
CUARTO O MÁS	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %
TOTAL	57 71.25 %	22 27.5 %	1 1.25 %	0 0.0 %	80 100 %

CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	NIVEL DE EDUCACIÓN				TOTAL
	PRIMARIA	SECUNDARIA	UNIVERSIDAD	NINGUNO	
PRIMERO	11.4	4.4	0.2	0	
SEGUNDO	38.475	14.85	0.675	0	
TERCERO	7.125	2.75	0.125	0	
CUARTO O MÁS	0	0	0	0	
TOTAL	57	22	1	0	80

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	NIVEL DE EDUCACIÓN				TOTAL
	PRIMARIA	SECUNDARIA	UNIVERSIDAD	NINGUNO	
PRIMERO	1.86	4.40	0.20	0.00	
SEGUNDO	0.17	0.23	0.68	0.00	
TERCERO	7.13	14.20	6.13	0.00	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	9.15	18.84	7.00	0.00	34.98

TABLA 12 ¿Con quién vives actualmente?

OBSERVADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CON QUIÉN VIVES ACTUALMENTE?						TOTAL
	AMBOS PADRES	PAPÁ	MAMÁ	ABUELOS	PAREJA	NINGUNO	
PRIMERO	0 0.0 %	7 8.75 %	9 11.25 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	
SEGUNDO	0 0.0 %	0 0.0 %	4 5.0 %	7 8.75 %	43 53.75 %	0 0.0 %	
TERCERO	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	10 12.5 %	0 0.0 %	
CUARTO O MÁS	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	
TOTAL	0 0.0 %	7 8.75 %	13 16.25 %	7 8.75 %	53 66.25 %	0 0.0 %	80 100 %

CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿Con quién vives actualmente?						
	Ambo s padre s	Pap á	Mam á	Abuelo s	Parej a	Ningun o	Tota l
PRIMERO	0.00	1.40	2.60	1.40	10.60	0.00	
SEGUNDO	0.00	4.73	8.78	4.73	35.78	0.00	
TERCERO	0.00	0.88	1.63	0.88	6.63	0.00	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	0.00	7.00	13.00	7.00	53.00	0.00	80.0 0

CHI CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿Con quién vives actualmente?						
	Ambo s padre s	Pap á	Mam á	Abuelo s	Parej a	Ningun o	Tota l
PRIMERO	0.00	22.4 0	15.75	1.40	10.60	0.00	
SEGUNDO	0.00	4.73	2.60	1.10	1.46	0.00	
TERCERO	0.00	0.88	1.63	0.88	1.72	0.00	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	0.00	28.0 0	19.98	3.37	13.78	0.00	65.1 3

TABLA 13 ¿Cuántas personas viven en tu casa?

EL OBSERVADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CUÁNTAS PERSONAS VIVEN EN TU CASA?				
	1 a 2 personas	3 a 4 personas	5 a 6 personas	7 o más personas	Total
PRIMERO	16 20.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	
SEGUNDO	23 28.75 %	31 38.75 %	0 0.0 %	0 0.0 %	
TERCERO	0 0.0 %	2 2.5 %	6 7.5 %	2 2.5 %	
CUARTO O MÁS	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	
TOTAL	39 48.75 %	33 41.25 %	6 7.5 %	2 2.5 %	80 100 %

CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CUÁNTAS PERSONAS VIVEN EN TU CASA?				
	1 a 2 PERSONAS	3 a 4 PERSONAS	5 a 6 PERSONAS	7 o MÁS PERSONAS	TOTAL
PRIMERO	7.80	6.60	1.20	0.40	
SEGUNDO	26.33	22.28	4.05	1.35	
TERCERO	4.88	4.13	0.75	0.25	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	39.00	33.00	6.00	2.00	80.00

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CUÁNTAS PERSONAS VIVEN EN TU CASA?				
	1 a 2 PERSONAS	3 a 4 PERSONAS	5 a 6 PERSONAS	7 o MÁS PERSONAS	TOTAL
PRIMERO	8.62	6.60	1.20	0.40	
SEGUNDO	0.42	3.42	4.05	1.35	
TERCERO	4.88	1.09	36.75	12.25	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	13.92	11.11	42.00	14.00	81.03

TABLA 14 Religión

OBSERVADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿RELIGIÓN?				
	CATÓLICA	EVANGÉLICA	TESTIGO DE JEHOVÁ	NINGUNA	TOTAL
PRIMERO	16 20.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	16 20.0 %
SEGUNDO	20 25.0 %	15 18.75 %	1 1.25 %	18 22.5 %	54 67.5 %
TERCERO	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	10 12.5 %	10 12.5 %
CUARTO O MÁS	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %
TOTAL	36 45.0 %	15 18.75 %	1 1.25 %	28 35.0 %	80 100.0 %

CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿RELIGIÓN?				
	CATÓLICA	EVANGÉLICA	TESTIGO DE JEHOVÁ	NINGUNA	TOTAL
PRIMERO	7.20	3.00	0.20	5.60	
SEGUNDO	24.30	10.13	0.68	18.90	
TERCERO	4.50	1.88	0.13	3.50	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	36.00	15.00	1.00	28.00	80.00

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿RELIGIÓN?				
	CATÓLICO	EVANGÉLICO	TESTIGO DE JEHOVÁ	NINGUNA	TOTAL
PRIMERO	10.76	3.00	0.20	5.60	
SEGUNDO	0.76	2.35	0.16	18.90	
TERCERO	4.50	1.88	0.13	3.50	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	16.02	7.22	0.48	28.00	41.43

TABLA 15 Edad de pareja

OBSERVADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿EDAD DE PAREJA?					TOTAL
	SIN PAREJA	10 a 15 AÑOS	16 a 20 AÑOS	21 a 25 AÑOS	25 o MÁS AÑOS	
PRIMERO	0 0.0 %	1 1.25 %	15 18.75 %	0 0.0 %	0 0.0 %	16 20.0 %
SEGUNDO	0 0.0 %	0 0.0 %	6 7.5 %	24 30.0 %	24 30.0 %	54 67.5 %
TERCERO	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	10 12.50 %	10 12.5 %
CUARTO O MÁS	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %
TOTAL	0 0.0 %	1 1.25 %	21 26.25 %	24 30.0 %	34 42.5 %	80 100.0 %

CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿EDAD DE PAREJA?					TOTAL
	SIN PAREJA	10 A 15 AÑOS	16 A 20 AÑOS	21 A 25 AÑOS	25 O MÁS AÑOS	
PRIMERO	0	0.20	4.20	4.80	6.80	
SEGUNDO	0	0.68	14.18	16.20	22.95	
TERCERO	0	0.13	2.63	3.00	4.25	
CUARTO O MÁS	0	0.00	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	0	1.00	21.00	24.00	34.00	80.00

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿EDAD DE PAREJA?					TOTAL
	SIN PAREJA	10 a 15 AÑOS	16 a 20 AÑOS	21 a 25 AÑOS	25 o MÁS AÑOS	
PRIMERO	0	3.20	27.77	4.80	6.80	
SEGUNDO	0	0.68	4.71	3.76	0.05	
TERCERO	0	0.13	2.63	3.00	7.78	
CUARTO O MÁS	0	0.00	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	0	4.00	35.11	11.56	14.63	65.29

TABLA 16 ¿Cuántas parejas sexuales has tenido en el último año?

OBSERVADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿PAREJAS SEXUALES EN EL ÚLTIMO AÑO?		
	DOS O MÁS PAREJAS	UNA PAREJA	TOTAL
PRIMERO	0 0.0 %	16 20.0 %	16 20.0 %
SEGUNDO	7 8.75 %	47 58.75 %	54 67.5 %
TERCERO	10 12.5 %	0 0.0 %	10 12.5 %
CUARTO O MÁS	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %
TOTAL	17 21.25 %	63 78.75 %	80 100.0 %

CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿PAREJAS SEXUALES EN EL ÚLTIMO AÑO?		
	DOS O MÁS PAREJAS	UNA PAREJA	TOTAL
PRIMERO	3.40	12.60	
SEGUNDO	11.48	42.53	
TERCERO	2.13	7.88	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	
TOTAL	17.00	63.00	80.00

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿PAREJAS SEXUALES EN EL ÚLTIMO AÑO?		
	DOS O MÁS PAREJAS	UNA PAREJA	TOTAL
PRIMERO	3.40	0.92	
SEGUNDO	1.75	0.47	
TERCERO	29.18	7.88	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	
TOTAL	34.33	9.26	43.59

TABLA 17 ¿Cuántas parejas ha tenido el padre de su hijo?

OBSERVADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿PAREJAS SEXUALES QUE HA TENIDO EL PADRE DE SU HIJO?			
	NINGUNA	UNA PAREJA	DOS O MÁS PAREJAS	TOTAL
PRIMERO	0 0.0 %	16 20.0 %	0 0.0 %	16 20.0 %
SEGUNDO	6 7.5 %	11 13.75 %	37 46.25 %	54 67.5 %
TERCERO	10 13.75 %	0 0.0 %	0 0.0 %	10 12.5 %
CUARTO O MÁS	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %
TOTAL	16 33.75 %	27 33.75 %	37 46.25 %	80 100.0 %

CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿PAREJAS SEXUALES QUE HA TENIDO EL PADRE DE SU HIJO?			
	UNA PAREJA	DOS O MÁS PAREJAS	NINGUNA	TOTAL
PRIMERO	5.40	7.40	3.20	
SEGUNDO	18.23	24.98	10.80	
TERCERO	3.38	4.63	2.00	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	27.00	37.00	16.00	80.00

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿PAREJAS SEXUALES QUE HA TENIDO EL PADRE DE SU HIJO?			
	UNA PAREJA	DOS O MÁS PAREJAS	NINGUNA	TOTAL
PRIMERO	7.40	3.20	20.81	
SEGUNDO	5.79	2.13	2.86	
TERCERO	4.63	32.00	3.38	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	17.81	37.33	27.05	82.19

TABLA 18 ¿En tu familia cuando quieren formar una familia, se casan?

OBSERVADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿SE CASAN EN SU FAMILIA?		
	SI	NO	TOTAL
PRIMERO	16 20.00 %	0 0.00 %	16 20.0 %
SEGUNDO	5 6.25 %	49 61.25%	54 67.5 %
TERCERO	0 0.00 %	10 12.50 %	10 12.5 %
CUARTO O MÁS	0 0.00 %	0 0.00 %	0. 0.0 %
TOTAL	21 26.25 %	59 73.75 %	80 100.0 %

CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿SE CASAN EN SU FAMILIA?		
	SI	NO	TOTAL
PRIMERO	4.20	11.80	
SEGUNDO	14.18	39.83	
TERCERO	2.63	7.38	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	
TOTAL	21.00	59.00	80.00

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿SE CASAN EN SU FAMILIA?		
	SI	NO	TOTAL
PRIMERO	4.20	11.80	
SEGUNDO	14.18	39.83	
TERCERO	2.63	7.38	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	
TOTAL	21.00	59.00	80.00

TABLA 19 ¿Cuándo se casan o se acompañan las mujeres de su familia se encuentran embarazadas?

OBSERVADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CUÁNDO SE CASAN O ACOMPAÑAN YA SE ENCUENTRAN EMBARAZADAS?		
	SI	NO	TOTAL
PRIMERO	16 20.0 %	0 0.0 %	16 20.0 %
SEGUNDO	15 18.75 %	39 48.75 %	54 67.5 %
TERCERO	0 0.0 %	10 12.5 %	10 12.5 %
CUARTO O MÁS	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %
TOTAL	31 38.75 %	49 61.25 %	80 100.0 %

CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CUÁNDO SE CASAN O ACOMPAÑAN YA SE ENCUENTRAN EMBARAZADAS?		
	SI	NO	TOTAL
PRIMERO	6.20	9.80	
SEGUNDO	20.93	33.08	
TERCERO	3.88	6.13	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	
TOTAL	31.00	49.00	80.00

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CUÁNDO SE CASAN O ACOMPAÑAN YA SE ENCUENTRAN EMBARAZADAS?		
	SI	NO	TOTAL
PRIMERO	15.49	9.80	
SEGUNDO	1.68	1.06	
TERCERO	3.88	2.45	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	
TOTAL	21.04	13.31	34.36

TABLA 20 ¿Cuál es la razón por la que más frecuentemente se casan/acompañan las mujeres en su familia?

OBSERVADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿RAZON POR LA CUAL SE CASAN/ACOMPAÑAN?					TOTAL
	YA ESTAN EMBARAZADA	PLANEACIÓN FAMILIAR	OBLIGADAS A CASARSE	ESCAPAR DE CASA	CONDICIÓN ECONÓMICA	
PRIMERO	0 0.0 %	16 20.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	16 20.0 %
SEGUNDO	0 0.0 %	49 61.25 %	0 0.0 %	3 3.75 %	2 2.5 %	54 67.5 %
TERCERO	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	10 12.5 %	10 12.5 %

CUARTO O MÁS	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0%
TOTAL	0 0.0 %	65 81.25 %	0 0.0 %	3 3.75 %	12 15.0 %	80 100 %

CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿RAZON POR LA CUAL SE CASAN/ACOMPAÑAN?					
	ya estan embarazadas	planeación familiar	obligadas a casarse	escapar de casa	condición económica	total
PRIMERO	0	13.00	0	0.60	2.40	
SEGUNDO	0	43.88	0	2.03	8.10	
TERCERO	0	8.13	0	0.38	1.50	
CUARTO O MÁS	0	0.00	0	0.00	0.00	
TOTAL	0	65.00	0	3.00	12.00	80.00

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿RAZON POR LA CUAL SE CASAN/ACOMPAÑAN?					
	ya estan embarazadas	planeación familiar	obligadas a casarse	escapar de casa	condición económica	total
PRIMERO	0	0.69	0	0.60	2.40	
SEGUNDO	0	0.60	0	0.47	4.59	
TERCERO	0	8.13	0	0.38	48.17	
CUARTO O MÁS	0	0.00	0	0.00	0.00	
TOTAL	0	9.42	0	1.44	55.16	66.02

Factores asociados a accesibilidad de los servicios de salud y educación sexual

TABLA 21 ¿Tienes accesibilidad a los servicios de salud?

OBSERVADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿TIENE ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD?		
	NO	SI	TOTAL
PRIMERO	0 0.0 %	16 20.0 %	16 20.0 %
SEGUNDO	12 15.0 %	42 52.5 %	54 67.5 %
TERCERO	10 12.5 %	0 0.0 %	10 12.5 %
CUARTO O MÁS	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %
TOTAL	22 27.5 %	58 72.5 %	80 100 %

CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿TIENE ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD?		
	NO	SI	TOTAL
PRIMERO	4.40	11.60	
SEGUNDO	14.85	39.15	
TERCERO	2.75	7.25	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	
TOTAL	22.00	58.00	80.00

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿TIENE ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD?		
	NO	SI	TOTAL
PRIMERO	4.40	1.67	
SEGUNDO	0.55	0.21	
TERCERO	19.11	7.25	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	
TOTAL	24.06	9.13	33.19

TABLA 22 ¿A través de quien has recibido información sobre vida sexual?

OBSERVADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿A TRAVÉS DE QUIEN HAS RECIBIDO INFORMACIÓN DE VIDA SEXUAL?							total
	padres	familiares	amigos	medios de comunicación	escuela	personal de salud	ninguno	
PRIMERO	16 20.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	16 20.0 %
SEGUNDO	21 26.25 %	6 7.5 %	10 12.5 %	0 0.0 %	8 10.0 %	9 11.25 %	0 0.0 %	54 67.5 %
TERCERO	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	7 8.75 %	3 3.75 %	10 12.5 %
CUARTO O MÁS	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %
TOTAL	37 46.25 %	6 7.5 %	10 12.5 %	0 0.0 %	8 10.0 %	16 20.0 %	3 3.75 %	80 100 % 100.0 %

CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿A TRAVÉS DE QUIEN HAS RECIBIDO INFORMACIÓN DE VIDA SEXUAL?							TOTAL
	PADRES	FAMILIARES	AMIGOS	MEDIOS DE COMUNICACIÓN	ESCUELA	PERSONAL DE SALUD	NINGUNO	
PRIMERO	7.40	1.20	2.00	0	1.60	3.20	0.60	
SEGUNDO	24.98	4.05	6.75	0	5.40	10.80	2.03	
TERCERO	4.63	0.75	1.25	0	1.00	2.00	0.38	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	37.00	6.00	10.00	0	8.00	16.00	3.00	80

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿A TRAVÉS DE QUIEN HAS RECIBIDO INFORMACIÓN DE VIDA SEXUAL?							TOTAL
	PADRES	FAMILIARES	AMIGOS	MEDIOS DE COMUNICACIÓN	ESCUELA	PERSONAL DE SALUD	NINGUNO	
PRIMERO	9.99	1.20	2.00	0	1.60	3.20	0.60	
SEGUNDO	0.63	0.94	1.56	0	1.25	0.30	2.03	
TERCERO	4.63	0.75	1.25	0	1.00	12.50	18.38	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	15.25	2.89	4.81	0	3.85	16.00	21.00	63.81

TABLA 23 ¿Conoces los diferentes métodos que existen para planificación familiar (orales, inyectado, condón, DIU)?

OBSERVADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CONOCES LOS DIFERENTES MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?		
	SI	NO	TOTAL
PRIMERO	16 20.00 %	0 0.00 %	16 20.0 %
SEGUNDO	48 60.00 %	6 7.50 %	54 67.5 %
TERCERO	0 0.00 %	10 12.50 %	10 12.5 %
CUARTO O MÁS	0 0.00 %	0 0.00 %	0 0.0 %
TOTAL	64 80.00 %	16 20.00 %	80 100.00 %

CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CONOCES LOS DIFERENTES MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?		
	SI	NO	TOTAL
PRIMERO	12.80	3.20	
SEGUNDO	43.20	10.80	
TERCERO	8.00	2.00	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	
TOTAL	64.00	16.00	80.00

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CONOCES LOS DIFERENTES MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?		
	SI	NO	TOTAL
PRIMERO	0.80	3.20	
SEGUNDO	0.53	2.13	
TERCERO	8.00	32.00	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	
TOTAL	9.33	37.33	46.67

TABLA 24 Si contestó si la pregunta anterior, ¿Cuál método está usando?

OBSERVADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CUÁL MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?								total
	aco	inyección	diu	condón	esterilización	parche anticonceptivo	calendario	implante hormonal	
PRIMERO	2 3.1 2%	14 21.8 7%	0 0.0 0%	0 0.0 0%	0 0.00 %	0 0.00 %	0 0.00 %	0 0.00 %	
SEGUNDO	0 0.0 0%	24 37.5 0%	1 1.5 6%	18 28. 12%	0 0.00 %	4 6.25 %	0 0.00 %	1 1.56 %	
TERCERO	0 0.0 0%	0 0.00 %	0 0.0 %	0 0.0 0%	0 0.00 %	0 0.00 %	0 0.00 %	0 0.00 %	

CUARTO O MÁS	0 0.0 0 %	0 0.00 0 %	0 0.0 0 %	0 0.0 0 %	0 0.00 %	0 0.00 %	0 0.00 %	0 0.00 %	
TOTAL	2 3.1 2 %	38 59.3 8 %	1 1.5 6 %	18 28. 12 %	0 0.00 %	4 6.25 %	0 0.00 %	1 1.56 %	64 10 0 %

CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CUÁL MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?								total
	ac o	inyec ción	di u	con dón	esterili zación	parche anticoncepti vo	calen dario	implante hormonal	
PRIMERO	0.5	9.5	0.25	4.5	0	1.0	0	0.25	
SEGUNDO	1.5	28.5	0.75	13.5	0	3.0	0	0.75	
TERCERO	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0	0.0	
CUARTO O MÁS	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0	0.0	
TOTAL	2.0	38.0	1.0	18.0	0	4.0	0	1.0	64.0

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CUÁL MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?								To tal
	A C O	Inye cció n	D I U	Co ndó n	Esteril izació n	Parche anticoncep tivo	Cale ndari o	Implante hormona l	
PRIMERO	4.50	2.13	0.25	4.50	0	1.00	0	0.25	
SEGUNDO	1.50	0.71	0.8	1.50	0	0.33	0	0.08	
TERCERO	0.00	0.00	0.0	0.0	0	0.00	0	0.00	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	0.0	0.0	0	0.00	0	0.00	

TOTAL	6.00	2.84	0.33	6.00	0	1.33	0	0.33	16.84
-------	------	------	------	------	---	------	---	------	-------

TABLA 25 ¿Tienes controles sobre planificación familiar?

OBSERVADOR

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿TIENE CONTROLES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?		
	SI	NO	TOTAL
PRIMERO	16 20.00 %	0 0.00 %	16 20.00 %
SEGUNDO	28 35.00 %	26 32.50 %	54 67.50 %
TERCERO	0 0.00 %	10 12.50 %	10 12.50 %
CUARTO O MÁS	0 0.00 %	0 0.00 %	0 0.00 %
TOTAL	44 55.00 %	36 45.00 %	80 100.00 %

CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿TIENE CONTROLES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?		
	SI	NO	TOTAL
PRIMERO	8.80	7.20	
SEGUNDO	29.70	24.30	
TERCERO	5.50	4.50	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	
TOTAL	44.00	36.00	80.00

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿TIENE CONTROLES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?		
	SI	NO	TOTAL

PRIMERO	5.89	7.20	
SEGUNDO	0.10	0.12	
TERCERO	5.50	6.72	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	
TOTAL	11.49	14.04	25.53

TABLA 26 Si contesto si la pregunta anterior, ¿Dónde tiene sus controles?

OBSERVADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿DONDE LLEVA SUS CONTROLES?			
	ISSS	MÉDICO PRIVADO	UNIDAD DE SALUD	TOTAL
PRIMERO	0 0.0 %	0 0.0 %	16 36.36 %	16 33.36 %
SEGUNDO	1 2.27 %	9 20.45 %	18 40.9 %	28 63.64 %
TERCERO	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %
CUARTO O MÁS	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %
TOTAL	1 2.27 %	9 20.45 %	34 77.27 %	44 100.0 %

CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿DONDE LLEVA SUS CONTROLES?			
	ISSS	MÉDICO PRIVADO	UNIDAD DE SALUD	TOTAL
PRIMERO	0.36	3.27	12.36	
SEGUNDO	0.64	5.73	21.64	
TERCERO	0.00	0.00	0.00	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	1.00	9.00	34.00	44.0

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿DONDE LLEVA SUS CONTROLES?			
	ISSS	MÉDICO PRIVADO	UNIDAD DE SALUD	TOTAL
PRIMERO	0.36	3.27	1.07	
SEGUNDO	0.21	1.87	0.61	
TERCERO	0.00	0.00	0.00	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	0.57	5.14	1.68	7.39

TABLA 27 Conoces en tu periodo (regla), ¿cuándo puedes quedar embarazada?

OBSERVADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CONOCES CUANDO PUEDES QUEDAR EMBARAZADA, SEGÚN TU PERIODO MENSTRUAL?		
	SI	NO	TOTAL
PRIMERO	10 12.5 %	6 7.5 %	16 20.0 %
SEGUNDO	0 0.0 %	54 67.5 %	54 67.5 %
TERCERO	0 0.0 %	10 12.5 %	10 12.5 %
CUARTO O MÁS	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %
TOTAL	10 12.5 %	70 87.5 %	80 100.0 %

CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CONOCES CUANDO PUEDES QUEDAR EMBARAZADA, SEGÚN TU PERIODO MENSTRUAL?		
	SI	NO	
PRIMERO	2.00	14.00	
SEGUNDO	6.75	47.25	
TERCERO	1.25	8.75	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	
TOTAL	10.00	70.00	80.00

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CONOCES CUANDO PUEDES QUEDAR EMBARAZADA, SEGÚN TU PERIODO MENSTRUAL?		
	SI	NO	
PRIMERO	32.00	4.57	
SEGUNDO	6.75	0.96	
TERCERO	1.25	0.18	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	
TOTAL	40.00	5.71	45.71

TABLA 28 ¿Cuándo consideras, que existe un riesgo de embarazo?

OBSERVADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CUÁNDO CONSIDERAS, QUE EXISTE UN RIESGO DE EMBARAZO?			
	una semana antes de la menstruación	durante la menstruación	una semana después de la menstruación	total
PRIMERO	13 16.25 %	3 3.75 %	0 0.0 %	16 20.0 %
SEGUNDO	0 0.0 %	17 21.25 %	37 46.25 %	54 67.5 %
TERCERO	0 0.0 %	0 0.0 %	10 12.5 %	10 12.5 %
CUARTO O MÁS	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %
TOTAL	13 16.25 %	20 25.0 %	47 58.75 %	80 100.0 %

CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CUÁNDO CONSIDERAS, QUE EXISTE UN RIESGO DE EMBARAZO?			
	una semana antes de la menstruación	durante la menstruación	una semana después de la menstruación	total
PRIMERO	2.60	4.00	9.40	
SEGUNDO	8.78	13.50	31.73	
TERCERO	1.63	2.50	5.88	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	13.00	20.00	47.00	80.0

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CUÁNDO CONSIDERAS, QUE EXISTE UN RIESGO DE EMBARAZO?			
	una semana antes de la menstruación	Durante la menstruación	Una semana después de la menstruación	Total
PRIMERO	41.60	0.25	9.40	
SEGUNDO	8.78	0.91	0.88	
TERCERO	1.63	2.50	17.02	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	52.00	3.66	27.29	82.95

TABLA 29 ¿Conoces sobre los programas de educación sexual?

OBSERVADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CONOCES PROGRAMAS DE EDUCACION SEXUAL?		
	SI	NO	TOTAL
PRIMERO	7 8.75 %	9 11.25 %	16 20.00 %
SEGUNDO	0 0.00 %	54 67.50 %	54 67.50 %

TERCERO	0 0.00 %	10 12.50 %	10 12.50 %
CUARTO O MÁS	0 0.00 %	0 0.00 %	0 0.00 %
TOTAL	7 8.75 %	73 91.25 %	80 100.00 %

CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CONOCES PROGRAMAS DE EDUCACION SEXUAL?		
	NO	SI	TOTAL
PRIMERO	1.40	14.60	
SEGUNDO	4.73	49.28	
TERCERO	4.73	9.13	
CUARTO	0.00	0.00	
TOTAL	10.85	73.00	83.85

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CONOCES PROGRAMAS DE EDUCACION SEXUAL?		
	SI	NO	TOTAL
PRIMERO	2.15	22.40	
SEGUNDO	0.45	4.73	
TERCERO	0.08	4.73	
CUARTO	0.00	0.00	
TOTAL	2.68	31.85	34.53

TABLA 30 ¿Tienes conocimientos sobre las enfermedades de transmisión sexual (ETS)?

OBSERVADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CONOCES SOBRE ETS?		
	SI	NO	TOTAL
PRIMERO	16 20 %	0 0 %	20.0 %
SEGUNDO	47 58.75 %	7 8.75 %	67.5 %
TERCERO	0	10	

	0 %	12.50 %	12.5 %
CUARTO O MÁS	0 0 %	0 0 %	0 0 %
TOTAL	63 78.75 %	17 21.25 %	80 100.0 %

CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CONOCES SOBRE ETS?		
	SI	NO	TOTAL
PRIMERO	12.60	3.40	
SEGUNDO	42.53	11.48	
TERCERO	7.88	2.13	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	
TOTAL	63.00	17.00	80

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CONOCES SOBRE ETS?		
	SI	NO	TOTAL
PRIMERO	0.92	3.40	
SEGUNDO	0.47	1.75	
TERCERO	7.88	29.18	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	
TOTAL	9.26	34.33	43.59

TABLA 31 ¿A qué edad tuviste tu primera regla menstrual?

OBSERVADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿EDAD DE TU PRIMER MENSTRUACIÓN?			
	8 a 10 AÑOS	11 a 14 AÑOS	15 a 19 AÑOS	TOTAL
PRIMERO	3 3.75 %	13 16.25 %	0 0.00 %	16 20.00 %
SEGUNDO	0 0.00 %	54 67.50 %	0 0.00 %	54 67.50 %
TERCERO	0	5	5	10

	0.00 %	6.25 %	6.25 %	12.50 %
CUARTO O MÁS	0 0.00 %	0 0.00 %	0 0.00 %	0 0.00 %
TOTAL	3 3.75 %	72 90.00 %	5 6.25 %	80 100 %

CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿EDAD DE TU PRIMER MENSTRUACIÓN?			
	8 a 10 AÑOS	11 a 14 AÑOS	15 a 19 AÑOS	TOTAL
PRIMERO	9.60	14.40	1.00	
SEGUNDO	2.03	48.60	3.38	
TERCERO	0.38	9.00	30.63	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	12.00	72.00	35.00	49.51

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿EDAD DE TU PRIMER MENSTRUACIÓN?			
	8 a 10 AÑOS	11 a 14 AÑOS	15 a 19 AÑOS	TOTAL
PRIMERO	9.60	0.14	1.00	
SEGUNDO	2.03	0.60	3.38	
TERCERO	0.38	1.78	30.63	
CUARTO O MÁS	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	12.00	2.51	35.00	49.51

TABLA 32 ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

OBSERVADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿A QUE EDAD FUE TU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL?			
	10 a 13 años	14 a 16 años	17 a 19 años	Total
PRIMERO	3 3.75 %	13 16.25 %	0 0.00 %	16 20.00 %
SEGUNDO	0 0.00 %	52 65.00 %	2 2.50 %	54 67.50 %

TERCERO	0 0.00 %	0 0.00 %	10 12.50 %	10 12.50 %
CUARTO	0 0.00 %	0 0.00 %	0 0.00 %	0 0.00 %
TOTAL	3 3.75 %	65 81.25 %	12 15.00 %	80 100.00 %

CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿A QUE EDAD FUE TU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL?			
	10 a 13 años	14 a 16 años	17 a 19 años	Total
PRIMERO	0.60	13.00	2.40	
SEGUNDO	2.03	43.88	8.10	
TERCERO	0.38	8.13	1.50	
CUARTO	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	3.00	65.00	12.00	80

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿A QUE EDAD FUE TU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL?			
	10 a 13 años	14 a 16 años	17 a 19 años	Total
PRIMERO	9.60	0.00	2.40	
SEGUNDO	2.03	1.50	4.59	
TERCERO	0.38	8.13	48.17	
CUARTO	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	12.00	9.63	55.16	76.79

TABLA 33 ¿A qué edad tuviste tu primer embarazo?

OBSERVADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿EDAD DE TU PRIMER EMBARAZO?			
	10 a 13 años	14 a 16 años	17 a 19 años	Total
PRIMERO	1 1.25 %	15 18.75 %	0 0.00 %	16 20.00 %
SEGUNDO	0 0.00 %	37 46.25 %	17 21.25 %	54 67.50 %
TERCERO	0 0.00 %	0 0.00 %	10 12.50 %	10 12.50 %
CUARTO	0 0.00 %	0 0.00 %	0 0.00 %	0 0.00 %
TOTAL	1 1.25 %	52 65.00 %	27 33.75 %	80 100.00 %

CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿EDAD DE TU PRIMER EMBARAZO?			
	10 a 13 años	14 a 16 años	17 a 19 años	Total
PRIMERO	0.20	10.40	5.40	
SEGUNDO	0.68	35.10	18.23	
TERCERO	0.13	6.50	3.38	
CUARTO	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	1.00	52.00	27.00	80.00

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿EDAD DE TU PRIMER EMBARAZO?			
	10 a 13 años	14 a 16 años	17 a 19 años	Total
PRIMERO	3.20	2.03	5.40	
SEGUNDO	0.68	0.10	0.08	
TERCERO	0.13	6.50	13.00	
CUARTO	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	4.00	8.64	18.49	31.12

TABLA 34 ¿Fue tu primera relación sexual, cuando tuviste tu primer embarazo?

OBSERVADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿EN TU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL QUEDASTE EMBARAZA?		
	SI	NO	TOTAL
PRIMERO	16 20.00 %	0 0.00 %	16 20.00 %
SEGUNDO	7 67.50 %	47 58.75 %	54 67.50 %
TERCERO	0 0.00 %	10 12.50 %	10 12.50 %
CUARTO	0 0.00 %	0 0.00 %	0 0.00 %
TOTAL	23 28.75 %	57 71.25 %	80 100.00 %

CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿EN TU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL QUEDASTE EMBARAZA?		
	SI	NO	TOTAL
PRIMERO	4.60	11.40	
SEGUNDO	15.53	38.48	
TERCERO	2.88	7.13	
CUARTO	0.00	0.00	
TOTAL	23.00	57.00	80.00

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿EN TU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL QUEDASTE EMBARAZA?		
	SI	NO	TOTAL
PRIMERO	28.25	11.40	
SEGUNDO	4.68	1.89	
TERCERO	2.88	1.16	
CUARTO	0.00	0.00	
TOTAL	35.81	14.45	50.26

TABLA 35 ¿Cuántas veces ha estado embarazada?

OBSERVADOR

	NÚMERO DE EMBARAZOS
PRIMERO	16 20.0 %
SEGUNDO	54 67.5 %
TERCERO	10 12.5 %
CUARTO O MÁS	0 0.0 %
TOTAL	80 %

TABLA 36 ¿Con quién tuviste tu primera relación sexual?

OBSERVADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CON QUIEN FUE TU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL				
	AMIGO	NOVIO	FAMILIAR	DESCONOCIDO	TOTAL
PRIMERO	11 13.75 %	5 6.25 %	0 0.0 %	0 0.0 %	16 20.0 %
SEGUNDO	0 0.0 %	54 67.50 %	0 0.0 %	0 0.0 %	54 67.5 %
TERCERO	0 0.0 %	10 12.50 %	0 0.0 %	0 0.0 %	10 12.5 %
CUARTO	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %
TOTAL	11 13.75 %	69 86.25 %	0 0.0 %	0 0.0 %	80 100.0 %

CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CON QUIEN FUE TU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL				
	AMIGO	NOVIO	FAMILIAR	DESCONOCIDO	TOTAL
PRIMERO	2.20	13.80	0	0	
SEGUNDO	7.43	46.58	0	0	
TERCERO	1.38	8.63	0	0	
CUARTO	0.00	0.00	0	0	
TOTAL	11.00	69.00	0	0	80

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CON QUIEN FUE TU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL				
	AMIGO	NOVIO	FAMILIAR	DESCONOCIDO	TOTAL
PRIMERO	35.20	5.61	0	0	
SEGUNDO	7.43	1.18	0	0	
TERCERO	1.38	0.22	0	0	
CUARTO	0.00	0.00	0	0	
TOTAL	44.00	7.01	0	0	51.01

TABLA 37 ¿En tu grupo familiar te sentís parte de él, y se te tomaba en cuenta tus opiniones y tus sugerencias?

OBSERVADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿TOMA EN CUENTA TUS OPINIONES Y SUGERENCIAS TU FAMILIA?		
	SI	NO	TOTAL
PRIMERO	16 20.0 %	0 0.0 %	16 20.0 %
SEGUNDO	47 58.75 %	7 8.75 %	54 67.5 %
TERCERO	0 0.0 %	10 12.5 %	10 12.5 %
CUARTO	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %
TOTAL	63 78.75 %	17 21.25 %	80 100.0 %

CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿TOMA EN CUENTA TUS OPINIONES Y SUGERENCIAS TU FAMILIA?		
	SI	NO	TOTAL
PRIMERO	12.60	3.40	
SEGUNDO	42.53	11.48	
TERCERO	7.88	2.13	
CUARTO	0.00	0.00	
TOTAL	63.00	17.00	80.00

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿TOMA EN CUENTA TUS OPINIONES Y SUGERENCIAS TU FAMILIA?		
	SI	NO	TOTAL
PRIMERO	0.92	3.40	
SEGUNDO	0.47	1.75	
TERCERO	7.88	29.18	
CUARTO	0.00	0.00	
TOTAL	9.26	34.33	43.59

TABLA 38 ¿Ocupan método anticonceptivo con tu pareja para tener relaciones sexuales?

OBSERVADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CUAL MÉTODO ANTICONCEPTIVO ESTA USANDO?			
	SIEMPRE	DE VEZ EN CUANDO	NO	TOTAL
PRIMERO	16 20.00 %	0 0.00 %	0 0.00 %	16 20.00 %
SEGUNDO	14 17.50 %	23 28.75 %	17 21.25 %	54 67.50 %
TERCERO	0 0.00 %	0 0.00 %	10 17.50 %	10 12.50 %
CUARTO	0 0.00 %	0 0.00 %	0 0.00 %	0 0.00 %
TOTAL	30 37.50 %	23 28.75 %	27 33.75 %	80 100.00 %

CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CUAL MÉTODO ANTICONCEPTIVO ESTA USANDO?			
	SIEMPRE	DE VEZ EN CUANDO	NO	TOTAL
PRIMERO	6.00	4.60	5.40	
SEGUNDO	20.25	15.53	18.23	
TERCERO	3.75	2.88	3.38	
CUARTO	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	30.00	23.00	27.00	80.00

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CUAL MÉTODO ANTICONCEPTIVO ESTA USANDO?			
	SIEMPRE	DE VEZ EN CUANDO	NO	TOTAL
PRIMERO	16.67	4.60	5.40	
SEGUNDO	1.93	3.60	0.08	
TERCERO	3.75	0.35	13.00	
CUARTO	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	22.35	8.55	18.49	49.38

TABLA 39 ¿Por qué decidió tener relaciones sexuales la primera vez?

OBSERVADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿MOTIVO DE SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL?							
	Tu pareja te lo pidió	Excitación sexual	Por amor	Por dinero	Curiosidad	abuso sexual	Presión familiar	Total
PRIMERO	14 17.0 %	0 0.0 %	2 2.5 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	16 20.0 %
SEGUNDO	0 0.0 %	0 0.0 %	44 55.0 %	0 0.0 %	10 12.5 %	0 0.0 %	0 0.0 %	54 67.0 %
TERCERO	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	10 12.5 %	0 0.0 %	0 0.0 %	10 12.5 %
CUARTO	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %
TOTAL	14 17.5 %	0 0.0 %	46 57.5 %	0 0.0 %	20 25.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	80 100.0 %

CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿MOTIVO DE SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL?							
	Tu pareja te	Excitación sexual	Por amor	Por dinero	Curiosidad	abuso sexual	Presión familia	Total

	lo pidió					al	r	
PRIMERO	2.80	0	9.20	0	4.00	0	0	
SEGUNDO	9.45	0	31.05	0	13.50	0	0	
TERCERO	1.75	0	5.75	0	2.50	0	0	
CUARTO	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0	
TOTAL	14.00	0	46.00	0	20.00	0	0	80

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿MOTIVO DE SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL?							Total
	Tu pareja te lo pidió	Excitación sexual	Por amor	Por dinero	Curiosidad	abuso sexual	Presión familiar	
PRIMERO	44.80	0	5.63	0	4.00	0	0	
SEGUNDO	9.45	0	5.40	0	0.91	0	0	
TERCERO	1.75	0	5.75	0	22.50	0	0	
CUARTO	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0	
TOTAL	56.00	0	16.79	0	27.41	0	0	100.19

TABLA 40 ¿Qué causas considera usted que influyeron más para que usted haya quedado embarazada?

OBSERVADOR

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CUASA QUE MÁS INFLUYO A QUEDAR EMBARAZADA?				Total
	Falta de información	Mal uso métodos anticonceptivos	Problemas con su familia	Quería ser madre	
PRIMERO	0 0.00 %	16 20.00 %	0 0.00 %	0 0.0 %	16 20.0 %
SEGUNDO	6 7.50 %	4 5.00 %	3 3.75 %	41 51.25 %	54 67.5 %
TERCERO	10 12.50 %	0 0.00 %	0 0.00 %	0 0.0 %	10 12.5

					%
CUARTO	0 0.00 %	0 0.00 %	0 0.00 %	0 0.0 %	0 0. %
TOTAL	16 20.00 %	20 25.00 %	3 3.75 %	41 51.25 %	80 100.0 %

CALCULADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CUASA QUE MÁS INFLUYO A QUEDAR EMBARAZADA?				
	Falta de información	Mal uso métodos anticonceptivos	Problemas con su familia	Quería ser madre	Total
PRIMERO	3.20	4.00	0.60	8.20	
SEGUNDO	10.80	13.50	2.03	27.68	
TERCERO	2.00	2.50	0.38	5.13	
CUARTO	0.00	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	16.00	20.00	3.00	41.00	80

CHI CUADRADO

NÚMERO DE EMBARAZOS	¿CUASA QUE MÁS INFLUYO A QUEDAR EMBARAZADA?				
	Falta de información	Mal uso métodos anticonceptivos	Problemas con su familia	Quería ser madre	Total
PRIMERO	3.20	36.00	0.60	8.20	
SEGUNDO	2.13	6.69	0.47	6.42	
TERCERO	32.00	2.50	0.38	5.13	
CUARTO	0.00	0.00	0.00	0.00	
TOTAL	37.33	45.19	1.44	19.74	103.70

Anexo 2: Encuesta

Tema: Factores asociados con el aumento de embarazos en adolescentes en la unidad de salud de Acajutla, de enero a julio del 2,020.

Objetivo del instrumento.

Indagar sobre el conocimiento que poseen las adolescentes embarazadas para determinar los factores que influyen con el aumento de embarazos adolescente en la unidad de salud de Acajutla, de enero a julio del 2,020.

Factores económicos

1. ¿Trabaja actualmente?
 - Si
 - No.
2. Si respondiendo si a la pregunta anterior. ¿Cuál es el salario que recibes actualmente?
 - De 0 - 150\$.
 - De 150 - 350\$.
 - De 350 - 500\$
 - Mayor de 500 \$
3. ¿A qué te dedicas?
 - Oficios domésticos.
 - Trabajo formal
 - Trabajo informal
 - Estudiante
4. ¿De quién dependes económicamente?
 - Padre
 - Madre
 - Pareja.
 - Hermanos
 - tíos(as).
 - Ninguno

5. ¿A qué se dedica actualmente su pareja?
- Estudiante
 - Trabajo estable.
 - Trabajo informal
 - Profesión.
 - Ninguno.
6. ¿Cuál es el salario que recibe la persona de quien dependes económicamente?
- De 0- \$200.
- De 200 - \$400.
- De 400- \$600
- Mayor de \$600

Factores psicosociales y culturales

7. ¿Cuál es tu edad?
- 10 – 13 años.
 - 14 – 16 años.
 - 17 – 19 años.
8. Estado civil:
- Casado.
 - Acompañada.
 - Soltera.
 - Separada
9. ¿Cuántos hijos tiene con su pareja?
- 1 hijo.
 - 2 o más hijos.
 - Ninguno
10. ¿Número de embarazos que has tenido?
- Primero
 - Segundo
 - Tercero

Cuarto o más embarazos

11. Nivel de educación.

Ninguna.

Primaria.

Secundaria.

Universitaria.

12. ¿Con quién vives actualmente?

Ambos padres.

Papá

Mamá.

Abuelos.

Pareja.

Ninguno.

13. ¿Cuántas personas viven en tu casa?

1 a 2 personas.

3 a 4 personas.

5 a 6 personas.

7 o más personas.

14. Religión

Católica.

Evangélica.

Testigos de Jehová.

Ninguna.

15. Edad de pareja

Sin pareja.

10 a 15 años.

16 a 20 años.

21 a 25 años.

25 años o más.

16. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido en el último año?

1 pareja

- 2 parejas o más.
17. ¿Cuántas parejas ha tenido el padre de su hijo?
- 1 pareja.
 - 2 parejas o más.
 - Ninguna.
18. ¿En tu familia cuando quieren formar una familia, se casan?
- Si
 - No
19. ¿Cuándo se casan o se acompañan las mujeres de su familia se encuentran embarazadas?
- Si
 - No
20. ¿Cuál es la razón por la que más frecuentemente se casan las mujeres en su familia?
- Porque están embarazadas.
 - Por planeación familiar (por amor).
 - Porque son obligadas a casarse.
 - Para poder escapar de su casa.
 - Por condición económica.

Factores asociados a accesibilidad de los servicios de salud y educación sexual

21. ¿Tienes accesibilidad a los servicios de salud?
- Si
 - No
22. ¿A través de quien has recibido información sobre vida sexual?
- Padres
 - Familiares
 - Amigos
 - Medios de comunicación (Televisión, radio, redes sociales).
 - Escuela

Personal de salud (unidad de salud, hospital público, hospital y/o clínicas privadas).

Ninguno

23. ¿Conoces los diferentes métodos que existen para planificación familiar (orales, inyectado, condón, DIU)?

Si

No

24. Si contestó si la pregunta anterior, ¿Cuál método está usando?

Anticonceptivo Oral (ACO).

Inyección anticonceptiva (cada mes o tres meses).

DIU (Dispositivo Intrauterino).

Condón (masculino o femenino).

Esterilización quirúrgica

Parche anticonceptivo.

Calendario de días fértiles

Implante hormonal subdérmico.

Ninguno

25. ¿Tienes controles sobre planificación familiar?

Si

No

26. Si contesto si la pregunta anterior, ¿Dónde tiene sus controles?

Unidad de salud.

Medico particular (privado).

Instituto del Seguro Social.

No llevaba

27. ¿Conoces en tu periodo (regla), cuándo puedes quedar embarazada?

Si

No

28. ¿Cuándo consideras, que existe un riesgo de embarazo?

Una semana antes de la menstruación.

Una semana después de la menstruación.

Durante la menstruación.

29. ¿Conoces sobre los programas de educación sexual?

Si

No

30. ¿Tienes conocimientos sobre las enfermedades de transmisión sexual?

Si

No

31. ¿A qué edad tuviste tu primera regla menstrual?

8 a 10 años.

11 a 14 años.

15 a 19 años.

32. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

10 a 13 años.

14 a 16 años.

17 a 19 años.

33. ¿A qué edad tuviste tu primer embarazo?

10 a 13 años.

14 a 16 años.

17 a 19 años.

34. ¿Fue tu primera relación sexual, cuando tuviste tu primer embarazo?

Si

No

35. ¿Cuántas veces ha estado embarazada?

Primero

Segundo

Tercero o más embarazos.

36. ¿Con quién tuviste tu primera relación sexual?

Amigo

Novio

Familiar

Desconocido

37. ¿En tu grupo familiar te sentís parte de él, y se te tomaba en cuenta tus opiniones y tus sugerencias?
- Si
 - No
38. ¿Ocupan método anticonceptivo con tu pareja para tener relaciones sexuales?
- Siempre.
 - De vez en cuando.
 - No
39. ¿Por qué decidió tener relaciones sexuales la primera vez?
- Tu pareja te lo pidió
 - Excitación sexual.
 - Por amor.
 - Por dinero.
 - Curiosidad
 - Abuso sexual.
 - Presión familiar.
40. ¿Qué causas considera usted que influyeron más para que usted haya quedado embarazada?
- Mal uso de los métodos anticonceptivos.
 - Que tenga problemas con su familia.
 - Quería ser madre
 - Falta de información.

Anexo 3: Ficha para revisión de expedientes

Tema: Factores asociados con el aumento de embarazos en adolescentes en la unidad de salud de Acajutla, de enero a julio de 2,020.

Objetivo del instrumento:

Indagar los registros necesarios y expedientes clínicos de la unidad de salud para poder determinar los factores asociados con el aumento de embarazos en adolescente en la unidad de salud de Acajutla, de enero a julio del 2,020.

1. Rango de edad.
 - 10 – 13 años
 - 14 – 16 años
 - 17 – 19 años
2. Tiene empleo
 - Estable
 - No estable
 - Ama de casa
 - Estudia
3. ¿Cuenta con hoja de inscripción del programa al adolescente en expediente de embarazada previo a su etapa gestacional?
 - Si
 - No
4. ¿Posee registro de controles subsecuentes del programa de adolescente y su respectivo seguimiento?
 - Si
 - No
5. ¿Se ha realizado inscripción preconcepcional a usuaria adolescente previo a su embarazo?
 - Si
 - No
6. ¿tiene registro en expediente de llenado de hoja de tamizaje para indagar violencia al adolescente?

Si

No

7. ¿Se ha pasado hoja filtro de cuidado preconcepcional en las atenciones previas a adolescentes?

Si

No

8. ¿Se ha brindado consejería de salud sexual y reproductiva a la adolescente embarazada en las atenciones por parte del personal de enfermería?

Si

No

9. ¿Posee registro previo en expediente de inscripción al programa de planificación familiar a la embarazada adolescente?

Si

No

10. ¿Posee registro de consejería a la adolescente en el expediente clínico, por parte del médico sobre salud sexual y reproductiva?

Si

No

11. Disposición en farmacia con oferta básica de productos anticonceptivos.

ACO

Inyectables

Implantes

Preservativos

12. Registro de atención psicológica a la adolescente con factores de riesgo.

Embarazo precoz

Violencia intrafamiliar

Abuso sexual

Sin registro

Anexo 5: Presupuesto

RUBRO	DESCRIPCION	RESPONSABLE	APORTE
1. TRASPORTE O GASOLINA	6 VIAJES PROGRAMADOS HACIA UNIDAD DE SALUD	GRUPO	\$70
2. MATERIALES Y SUMINISTROS (FOTOCOPIAS, IMPRESIONES, MATERIALES COMO LAPICEROS, LAPICES, BORRADOS, COLORES Y LIQUI PAPER)	80 FICHA PARA REVISION DE EXPEDIENTE Y 80 CUESTIONARIOS	GRUPO	\$75
3. COMIDA	COMIDA POR CADA VIAJE	GRUPO	\$20
4. IMPREVISTOS		GRUPO	\$50
TOTAL DEL PRESUPUESTADO		GRUPO	\$215