



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA



Condiciones socio familiares de adolescentes embarazadas inscritas en el programa de atención materna de la Micro Red de Dulce Nombre de María, cantones Gutiérrez, El Ocotal y Área Urbana del Municipio de Dulce Nombre de María, Chalatenango de abril a julio del 2016.

TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

PRESENTADO POR:

Dr. Néstor Arlindho Méndez Mata

Dr. Gustavo Ernesto Martínez Rosa

ASESORA:

Licda y Msp. Reina Araceli Padilla

San Salvador, Octubre 2016.

AUTORIDADES

Lic. José Luis Argueta Antillon
Rector Interino de la Universidad de El Salvador

Dra. Msp. Maritza Mercedes Bonilla Dimas
Decana de la Facultad de Medicina

Licda. Msp. Reina Araceli Padilla Mendoza
Coordinadora de la Maestría en Salud Pública.

JURADO CALIFICADOR

Licda. Msp Reina Araceli Padilla Mendoza

Licda. Msp. Hilda Cecilia Méndez de García

Dra. Msp. Angélica Cantarero

AGRADECIMIENTOS

A DIOS OMNIPOTENTE:

Por el triunfo obtenido, por habernos iluminado, darnos fuerzas y sabiduría para salir adelante y lograr nuestras metas propuestas.

A NUESTROS PADRES:

Por su apoyo incondicional en los diferentes retos de nuestras vidas

A NUESTROS MAESTROS:

Por enseñarnos con paciencia y dedicación los conocimientos adquiridos

A NUESTRA ASESORA:

Por su dedicación, paciencia y esmero en guiarnos para la realización de nuestro trabajo final.

RESUMEN

TITULO: Condiciones socio familiares de adolescentes embarazadas inscritas en el programa de atención materna de la Micro Red de Dulce Nombre de María; cantones Gutiérrez, El Ocotol y área urbana del Municipio de Dulce Nombre de María, Chalatenango de abril a julio del 2016.

PROPOSITO: Con los resultados obtenidos de la investigación le permitirán a la Micro Red de Dulce Nombre de María la realización de estrategias educativas a fin de influir en la disminución de las adolescentes embarazadas.

METODOS Y MATERIALES: Se realizó un estudio de tipo descriptivo porque no se establecen relaciones de causa y efecto entre los fenómenos estudiados y de corte transversal porque se realiza la investigación en un periodo determinado; con enfoque de tipo cualitativo porque se logra conocer las opiniones de las personas obtenidas mediante entrevista semi estructurada con preguntas abiertas; permitiendo elaborar un nuevo juicio de todo lo que la población manifiesta, el grupo poblacional son las adolescentes embarazadas del área geográfica de responsabilidad de la Micro Red de Dulce Nombre de María; con una unidad de observación de 20 adolescentes embarazadas y puérperas durante los meses de abril a julio del 2016 que pertenezcan al área geográfica de la Micro Red y que deciden participar en el estudio.

RESULTADOS: En el estudio se puede verificar que la relación existente entre las condiciones sociales y familiares es proporcional al incremento de los embarazos en adolescentes.

CONCLUSIONES: Las adolescentes del Municipio de Dulce Nombre de María no tienen un proyecto de vida definido y sustancioso que les permita poder desarrollarse como personas autosuficientes capaces de poder llevar la responsabilidad de un hogar y poder sobresalir en la sociedad como profesionales.

Debido a la falta de formación sexual, las adolescentes no conocen sus derechos sexuales y reproductivos, haciéndolas vulnerables para que personas sin escrúpulos, y mucho mayores que ellas, las engañen con falsas promesas y las embaracen tan temprano. La mayoría no viven con su pareja las que lo hacen, viven bajo la tutela de la madre de la adolescente embarazada.

RECOMENDACIONES: Mantener y dar seguimiento a grupos como clubes de adolescentes especialmente en la población no escolarizada para difundir la promoción de la salud sexual y reproductiva haciendo énfasis en la prevención del embarazo.

CONTENIDO

CAPITULO	PÁGINA
Resumen	
I.- Introducción	1
II.- Objetivos	3
III.- Marco de referencia	4
IV.- Diseño Metodológico	28
V.- Resultados	32
VI.- Discusión	47
VII.- Conclusiones	52
VIII.- Recomendaciones	54
IX.- Bibliografía	56
Anexos	59

I.- INTRODUCCION.

El embarazo en una mujer es una de las etapas más importantes de su vida, donde le cambia el significado de su existencia y le da nuevas energías para luchar diariamente. Esta etapa se disfruta plenamente, cuando se tienen los medios necesarios, la preparación necesaria, física, mental, el apoyo psicológico, afectivo, económico, etc.; se vuelve como algo único, especial y el acontecimiento más grande en un ser humano. Caso contrario, cuando no se tienen los medios, el apoyo, la preparación física, mental, psicológica, económica, porque se vuelve una carga, un castigo, un obstáculo, un error que se cometió, sufre la madre y sobretodo el ser inocente que viene y cuya finalidad es para brindar felicidad.

América Latina y el Caribe es la región con mayor fecundidad adolescente en el mundo después del África subsahariana. Proyecciones recientes plantean que la tasa de fecundidad adolescente en América Latina será la más alta del mundo y que se mantendrá estable durante el período 2020 – 2100. En la región, una tercera parte de los embarazos corresponde a menores de 18 años, siendo casi un 20% de estas menores de 15 años. En estas edades, el embarazo en adolescentes suele ser producto de violencia sexual, dado que las adolescentes están expuestas a condiciones de alta vulnerabilidad, entre ellas a varios tipos de violencia y riesgos. Unido a ello, el riesgo de morir por causas relacionadas al embarazo, parto y postparto se duplica si las niñas quedan embarazadas antes de los 15 años de edad.

Aproximadamente la quinta parte de la población salvadoreña está constituida por adolescentes, siendo la tasa de embarazos para este grupo de la población una de las más elevadas de América Latina. Antes de cumplir los 20 años, 41.6% de las mujeres salvadoreñas ya han tenido su primer hijo. La tasa de fecundidad para las mujeres entre 15 y 19 años fue, en 1997, de 95 por cada mil nacimientos.

El embarazo no planeado en las adolescentes acarrea graves consecuencias psicológicas y sociales para los grupos familiares y representa un grave problema de Salud Pública. En cualquiera de estos casos, el embarazo cambiará las vidas y destinos de las mujeres y especialmente de las adolescentes.

La evidencia empírica indica que entre los factores asociados a la maternidad precoz se encuentran las características del hogar de la adolescente: el ingreso de sus progenitores, sus niveles de educación y la condición de pobreza del hogar; pero también hay factores contextuales relevantes, como el acceso a una educación sexual integral, a los distintos métodos de planificación familiar y, sobre todo, a la garantía del ejercicio de sus derechos. Asimismo, el embarazo y la maternidad adolescentes se encuentran mediados por un conjunto de representaciones

culturales en torno al género, a la maternidad, al sexo, la adolescencia, la sexualidad y las relaciones de pareja.

Los resultados de FESAL-2008 muestran que en el grupo de mujeres de 15 a 19 años, alrededor del 18% tiene al menos un (a) hijo (a) actualmente vivo(a); cifra que asciende alrededor del 56 por ciento en el grupo de 20 a 24 de edad.

Los datos indican que en promedio, las mujeres adolescentes o jóvenes quedan embarazadas de hombres de mayor edad que ellas, siendo la edad promedio de 17.3 años para ellas y 22.5 años para ellos. También se encuentra que una de cada 5 mujeres de 15 a 19 años y prácticamente una de cada 2 de 20 a 24 años de edad, está actualmente casada o en unión libre.

Más allá de las medidas adoptadas y de algunas buenas prácticas, los indicadores actuales y las proyecciones señalan que el embarazo y la maternidad adolescentes no han tenido una respuesta apropiada desde las políticas públicas en la región.

Por otro lado, existe escasez de información sobre el efecto que han tenido las diferentes legislaciones e iniciativas para prevenir y sancionar la violencia sexual como una de las causas críticas del embarazo en adolescentes, particularmente en menores de 15 años; la impunidad y la justiciabilidad son temas ausentes en el análisis y desarrollo de políticas públicas sobre embarazo adolescente.

El embarazo en las adolescentes es un problema que requiere ser analizado desde un enfoque integral en el contexto de la familia; por ello, es importante la realización del estudio. Los resultados le permitirán a la micro red de Dulce Nombre de María la realización de estrategias educativas a fin de influir en la disminución de las adolescentes embarazadas; de aquí el propósito del presente estudio.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las condiciones socio-familiares de las adolescentes embarazadas inscritas en el programa de atención materna de la Micro Red de Dulce Nombre de María; Cantones Gutiérrez, El Ocotil y Área Urbana del Municipio de Dulce Nombre de María, Chalatenango, de Abril a julio del 2016?

II.- OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar las condiciones socio familiares de las embarazadas adolescentes inscritas en el programa de atención materna de la Micro Red de Dulce Nombre de María; Cantones Gutiérrez, El Ocotol y Área Urbana del Municipio de Dulce Nombre de María, Chalatenango, de Abril a Julio del 2016.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1) Describir las condiciones familiares relacionadas a los embarazos de adolescentes inscritas en el programa de atención materna.
- 2) Indagar las condiciones sociales de las adolescentes inscritas en el programa de atención materna.
- 3) Identificar el proyecto de vida de adolescentes embarazadas inscritas en el programa de atención materna.

III.- MARCO DE REFERENCIA

3.1.- GENERALIDADES

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas; psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

Es difícil establecer límites cronológicos para este periodo; de acuerdo a los conceptos convencionalmente aceptados por la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y los 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años).

LA ADOLESCENCIA TEMPRANA

Esta etapa se caracteriza por el crecimiento y desarrollo somático acelerado, inicio de los cambios puberales y de los caracteres sexuales secundarios. Preocupación por los cambios físicos, torpeza motora, marcada curiosidad sexual, búsqueda de autonomía e independencia, por lo que los conflictos con la familia, maestros u otros adultos son marcados. Es también frecuente el inicio de cambios bruscos en su conducta y emotividad. (1)

LA ADOLESCENCIA TARDIA

En esta fase se ha culminado gran parte del crecimiento y desarrollo, el adolescente va a tener que tomar decisiones importantes en su perfil educacional y ocupacional. Se ha alcanzado un mayor control de los impulsos y maduración de la identidad, inclusive en su vida sexual, por lo que está muy cerca de ser un adulto joven.

LA PUBERTAD

La pubertad es un término empleado para identificar los cambios somáticos dados por la aceleración del crecimiento y desarrollo, aparición de la maduración sexual y de los caracteres sexuales secundarios, no es un proceso exclusivamente biológico, sino que esta interrelacionado con factores psicológicos y sociales.

(1) Trigo López Julio, "Manual de crecimiento y desarrollo para la población cubana". Cuba 2008.

3.2.- CARACTERISTICAS GENERALES DE LA ADOLESCENCIA

1.- Crecimiento corporal dado por aumento de peso, estatura y cambios de la forma y dimensiones corporales. Al momento de mayor aceleración de la velocidad de crecimiento en esta etapa, se le denomina estirón puberal.

2.- Se produce un aumento de la masa muscular y de la fuerza muscular, más marcado en el varón, acompañado de un aumento en la capacidad de transportación de oxígeno, incremento de los mecanismos amortiguadores de la sangre, que permiten neutralizar de manera más eficiente los productos químicos derivados de la actividad muscular; también se produce un incremento y maduración de los pulmones y el corazón, teniendo por tanto mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico.

3.- El incremento de la velocidad de crecimiento, los cambios en la forma y dimensiones corporales, los procesos endocrino-metabólicos y la correspondiente maduración, no siempre ocurren de manera armónica, por lo que es común que presenten torpeza motora, incoordinación, fatiga, trastornos de sueño, que pueden generar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria.

4.- El desarrollo sexual está caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, la aparición de los caracteres sexuales secundarios y el inicio de la capacidad reproductiva.

5.- Los aspectos psicosociales están integrados en una serie de características y comportamientos que en mayor o menor grado están presentes durante esta etapa, que son:

- Búsqueda de sí mismos y de su identidad, necesidad de independencia
- Tenencia grupal

Evolución del pensamiento concreto al abstracto. Las necesidades intelectuales y la capacidad de utilizar el conocimiento, alcanzan su máxima eficiencia,

- Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual
- Contradicciones en las manifestaciones de su conducta y constantes fluctuaciones de su estado de ánimo.
- Relaciones conflictivas con los padres que oscilan entre la dependencia y la necesidad de separación de los mismos.

- Actitud social reivindicativa: en este periodo los jóvenes se hacen más analíticos, comienzan a pensar en términos simbólicos, formular hipótesis, corregir falsos preceptos, considerar alternativas y llegar a conclusiones propias. Se elabora una escala de valores en correspondencia de su imagen del mundo. (2)

- La elección de una ocupación y la necesidad de adiestramiento y capacitación para su desempeño.

- Necesidad de formulación y respuesta para un proyecto de vida. (3)

Los jóvenes de la actualidad se enfrentan a un problema: la sociedad y grupos sociales en los que conviven, los cuales los llevan a tomar decisiones que repercuten en su juventud arrastrándolos al uso de drogas, pandillerismo y embarazos en adolescentes.

3.3.- ADOLESCENCIA Y EMBARAZO

La relación entre la conducta sexual del adolescente y otras preocupaciones más amplias son claras. Los estudios demuestran que las conductas de riesgo tienen factores comunes interrelacionados; por ejemplo, los adolescentes que tienen un embarazo no deseado, practican el sexo sin protección y de riesgo, y tienen relaciones abusivas que suelen ser los mismos que consumen sustancias y tienen bajo rendimiento escolar. Hay estudios que muestran que el consumo de sustancias está relacionado con una conducta sexual de riesgo, lo que a su vez lleva a un aumento en la incidencia de embarazos no deseados e ITS, incluyendo el VIH/SIDA (Jessor, 1998). La alta fertilidad en la adolescencia está ligada a un bajo nivel educacional y a la pobreza y viceversa (Buvinic, 1998, 1997), más aun, el comportamiento de riesgo se relaciona con el bajo rendimiento escolar y una menor supervisión y apoyo por parte de la familia. Las causas subyacentes a estos problemas se originan en un pobre desarrollo psicosocial y en factores sociales y medioambientales inadecuados.

El consenso social sobre la maternidad adolescente se ha modificado con el transcurso del tiempo y los cambios sociales que han tenido lugar. De este modo, desde hace ya tres décadas, este fenómeno se ha convertido en una preocupación para varios sectores de la sociedad básicamente urbana: desde el punto de vista de la salud por la mayor incidencia de resultados perinatales desfavorables cuando la joven lleva adelante el embarazo, o por las implicaciones del aborto; si decide interrumpirlo.

(2) Organización Mundial de la madre, del recién nacido, del niño y el adolescente”, *Desarrollo en la Adolescencia*, 2010.

(3) Pineda Pérez Susana “Manual de prácticas clínicas para la atención de la adolescencia”. Cuba 2010.

El embarazo y maternidad de adolescentes son más frecuentes que lo que la sociedad acepta. Es un suceso difícil que afecta la salud integral de los padres adolescentes; la de sus hijos, familiares y de la comunidad en su conjunto.

El embarazo de adolescentes se relaciona con tres factores: las probabilidades de iniciar precozmente las relaciones sexuales y tener un embarazo no deseado. En familias donde la autoridad moral es débil o mal definida, con ausencia de la figura paterna o padres que viven en unión libre; y cuando personas distintas a los padres cuidan o crían a las adolescentes, también se provoca la actividad sexual temprana y el riesgo de una gravidez consecuyente.

3.4.- EMBARAZO EN ADOLESCENTES

El embarazo en una pareja de jóvenes, en general es un evento inesperado, sorpresivo. La OPS señala que “se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo.

“Muchas mujeres llegan al embarazo como una manera de llenar sus múltiples carencias. La de ser requerida sexualmente, las hace sentirse valoradas. Entregan ese cariño no tanto por satisfacción personal; sino, por satisfacer a la persona que quieren mantener a su lado”. (Molina et al.,1994, p.92) (4)

Un embarazo en adolescente genera cambios en la joven, en el joven y en quienes los rodean; puede presentarse desde un drama familiar por la adaptación a la nueva situación, hasta la transformación en forma sustancial de todo el panorama. Esto, al igual que otras circunstancias lo pueden convertir en un hecho dinámico y muy complejo. A partir de la década de los 70 se ha aplicado diversas estrategias para prevenir el embarazo en adolescentes; a pesar de ello, este se ha incrementado junto con los indicadores de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, entre otras consecuencias.

En El Salvador el embarazo en adolescentes es un problema de gran magnitud; tanto por sus implicaciones socioeconómicas; como por el alto porcentaje de mujeres menores de 20 años que anualmente se convierten en madres. Para el año 1997 se reporta que el 25% de los partos atendidos a nivel nacional, ocurren en este grupo de edad, dando por resultado una tasa de fecundidad de 116 nacimientos por cada 1000 adolescentes en el periodo 1993-1998. (5)

(4) www.sjis.salud.gob.sv

(5) FESAL, *Encuesta Nacional de Salud Familiar, 1998. El Salvador.*

Además de los problemas médicos a que se exponen por los riesgos inherentes a la maternidad a temprana edad; las jóvenes que se embarazan antes de los 20 años, sufren posteriormente problemas socioeconómicos, ya que se incrementan sus posibilidades de: a) Recibir menos educación, b) tener mayor dificultad para conseguir empleo, c) Sufrir el abandono de su pareja y e) Vivir en la pobreza.

Actualmente la quinta parte de la población mundial tiene entre 10 y 19 años, y debido al inicio de relaciones sexuales prematrimoniales está más expuesta al riesgo de embarazos involuntarios o no deseados. En los países en desarrollo se ha demostrado que del 20 al 60% de embarazos no son deseados, y que los jóvenes tienen información escasa o incorrecta sobre el uso de anticonceptivos y sobre la fertilidad. (6)(7)

3.4.1.- RIESGOS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE

A nivel mundial, el embarazo a edades tempranas se presenta cada vez con mayor frecuencia. Estas gestaciones se acompañan generalmente de grandes riesgos de complicaciones biológicas en la madre, tales como: anemia grave, amenazas de aborto, parto prematuro o parto inmaduro, toxemia, hipertensión inducida por el propio embarazo, placenta previa, incompetencia cervical, e infecciones entre otras. En la salud del niño se puede presentar desde bajo peso al nacer, hasta secuelas que en ocasiones son para toda la vida; como por ejemplo: retraso mental, defectos del cierre del tubo neural, así como desarrollo biológico deficiente, entre otros.

Existe una doble probabilidad de morir en relación con el parto en mujeres por debajo de 15 años de edad, que en mujeres de 20 años o más.

Así mismo, los niños nacidos de mujeres menores de 20 años tienen más riesgo de morir antes de su primer año de vida, que los niños nacidos de madres con edades entre 20 a 29 años.

Los riesgos del embarazo en las adolescentes se incrementan en los países en vías de desarrollo, algunos organismos internacionales como la UNICEF, señala que entre el 20 y el 48% de las mujeres, en la mayoría de un grupo seleccionado de países en vías de desarrollo, tienen su primer hijo antes de los 18 años de edad y al llegar a los 20 años, del 30 al 67% han tenido su primer parto. En los Estados Unidos de Norteamérica esto ocurre en el 8% de la población adolescente. (8)

(6) *Population Reports, series J 41. Oct/95*

(7) *Repke, John Adolescence: Managing Pregnancy & Unplanned Pregnancy Contemporary Ob-Gyn. Oct 1989. Vol. 34. N° 4, pag 96-124*

(8) *UNICEF. Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes, Agosto 2014 Pág. 30.*

3.5.- CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Consecuencias biológicas

Además de las complicaciones ya mencionadas anteriormente, es importante hacer notar que muchos de los embarazos en las adolescentes pueden llevar a la joven a practicarse un aborto y los riesgos que implica este para las chicas pueden ser considerables, principalmente cuando se realiza en forma ilegal y en condiciones médicas inadecuadas, situación que es muy frecuente. Las complicaciones generalmente incluyen: hemorragias, septicemia, anemia, laceraciones vaginales, abscesos pélvicos, perforaciones del útero y esterilidad secundaria, entre otras.

Aparte de las consecuencias biológicas, existen otros elementos que se ven afectados en un embarazo en adolescentes; por ejemplo, los aspectos emocionales, sociales y económicos. La noticia del embarazo tiene impacto en la joven, en el padre del bebe; quien generalmente también es adolescente, en la familia de ambos y en la comunidad en donde se encuentran inmersos. La actitud de las adolescentes generalmente depende de la etapa de la adolescencia que estén atravesando, el significado que ese/a hijo/a tenga para ella, del origen del embarazo y de cuál era su proyecto de vida antes de embarazarse.

Consecuencias psicosociales.

A menor edad también serán menores las posibilidades de aceptar el embarazo y de criar al niño, al tener la obligación de cumplir con el papel de madre a edades tempranas. Una adolescente no transita a la adultez por simple hecho de estar embarazada, ella seguirá siendo una adolescente que tendrá que hacerse cargo de un hijo. Las jóvenes de 10 a 13 años suelen tener grandes temores frente al dolor y a los procedimientos invasivos y generalmente el parto es muy difícil debido a que pierden el control con facilidad. En estos casos, lo ideal es que sean atendidas por personal profesional sensitivo y capacitado para esta labor, que pueda acompañarlas y contenerlas y que les explique de manera clara y concreta todo el proceso por el que están pasando, para reducir el estrés de la embarazada.

Las adolescentes de 14 a 16 años pueden adoptar una actitud de omnipotencia y manifestar que no le temen a nada. Generalmente en este grupo de edad, las chicas están más preocupadas por los cambios que está sufriendo su cuerpo y por el interés que despiertan a su alrededor con su embarazo, que por lo que les puede pasar. Es común que exhiban sus vientres y es clásico que manifiesten: ¡a mí no me va a pasar!, condiciones todas que dificultan su preparación para la maternidad, tomando la crianza inmediata como un juego. Sin embargo los problemas aparecen después, cuando tienen que hacerse cargo del niño todo el tiempo y abandonar su estilo de

vida anterior al embarazo. En estos casos, al igual que en el anterior, el soporte familiar con el que cuentan; así, como el trabajo de los equipos de salud que las acompañen, fungirán, si son positivos, como factores protectores.

En el ámbito social, el embarazo en adolescentes y los problemas asociados a él, presentan tipologías distintas según el sector social en el que se manifiesten. En el nivel rural generalmente conduce a uniones tempranas y los problemas que se presentan generalmente son de orden biológico; como desnutrición y un malo o nulo control prenatal o de deficiente calidad y problemas económicos. En el nivel suburbano las consecuencias son; deserción escolar, económicos, uniones conyugales inestables que presentan frecuentemente violencia intrafamiliar, abortos provocados, mala atención del embarazo y del parto. A nivel urbano popular, el embarazo en una adolescente es considerado como un evento inesperado que restringe las ambiciones de progreso familiar. En el nivel medio- medio y medio-alto, la problemática que el embarazo en adolescentes presenta esta mediada principalmente por las aspiraciones que tienen los jefes de familia de este nivel a lograr que sus hijos terminen la universidad; así como el hecho de que la dependencia de los jóvenes se prolonga hasta muy avanzada la tercera década de la vida. Por lo tanto, cuando este ocurre, tiene un significado de accidente y generalmente termina en abortos inducidos, algunas veces sin claro consentimiento de la adolescente o en uniones tempranas no siempre satisfactorias para la joven pareja, a costa de prolongar la dependencia de su familia.

En la mayoría de los casos, independientemente del nivel social del que proceda la adolescente embarazada, la asistencia al control prenatal se inicia cuando la situación del entorno familiar empieza a estabilizarse, lo que generalmente ocurre de la mitad del embarazo hacia adelante. El que la adolescente reciba tardíamente una adecuada atención médica, es un factor que agrava aun mas, la condición de riesgo durante la gestación, la cual en si misma ya se encuentra comprometida.

Por otro lado, a nivel individual, para la adolescente el embarazo puede significar varias cosas: comprobar su fertilidad, considerar a ese hijo como algo que le pertenece, que la va a querer y a quien va a querer como ella misma no fue querida; como una salida a una situación que ya no tolera, que puede ser un ambiente de abuso de cualquier tipo o la expresión de una condición no resuelta, como por ejemplo la muerte de alguno de los padres o su divorcio o como una salida hacia la vida cuando la adolescente presenta enfermedades crónicas.

Sea cual fuere la situación individual o grupo social al que pertenece la joven, un embarazo en la adolescencia implica repercusiones biológicas, sociales, económicas y psicológicas que clasifican la situación como de muy alto riesgo.

Esto amerita que sea visualizado desde una perspectiva integral, considerando a la familia, a la sociedad, los medios de comunicación, el sector salud y educativo, entre otros.

3.6.- MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EL EMBARAZO ADOLESCENTE

Considerando el impacto de esta condición, es importante en primer lugar disminuir la incidencia del embarazo en este grupo poblacional, tomando medidas de prevención a través de campañas que proporcionen información calificada y veraz sobre educación y salud sexual y reproductiva que incluya el uso adecuado de los anticonceptivos y los testimonios de pares.

Estas campañas de prevención deben, además, promover entre los y las jóvenes una reflexión sincera e informada, que les permita descubrir sus miedos y sus deseos inconscientes y traerlos a la conciencia para poder trabajarlos desde la objetividad que les ofrece la información sobre sus consecuencias y riesgos.

En segundo lugar, hay que insistir en una atención temprana del embarazo de estas jóvenes mediante un control prenatal adecuado, llevado a cabo por personal profesional entrenado en la atención de adolescentes para disminuir los riesgos biológicos, tanto para la madre como para el producto.

Como tercer punto, es fundamental el abordaje integral que incluye la atención psicológica a la adolescente, al padre del bebe y a la familia de ambos, durante y después del embarazo, con el objetivo de atenuar el impacto de esta situación en todos ellos, ya que puede considerarse también de alto riesgo biopsicosocial.

Se puede decir que el embarazo en las adolescentes es un problema de salud pública de origen multifactorial, que como tal amerita una atención especializada de estrategias preventivas, que lo aborden de manera interdisciplinaria e intersectorial.

Por lo tanto, al contemplar el grave problema que representa el embarazo adolescente en nuestro país, es fundamental que los responsables de tomar las decisiones promuevan e impulsen políticas de salud, que incluyan el tema de la educación sexual y reproductiva.

CONDICIONES DE VIDA

Las condiciones de vida son los modos en que las personas desarrollan su existencia, enmarcadas por particularidades individuales, y por el contexto histórico, político, económico y social en el que les toca vivir, se mide por ciertos indicadores observables.

Cuando se vive con escasos recursos económicos, motivados por falta de trabajo, que a su vez puede prevenir de escasa salud o educación, se dice que las personas tienen una precaria condición de vida, que puede afectar en general a una población, cuando existe una crisis económica global o ser específica de un individuo o grupo.

3.7.- ENFOQUE DE FAMILIA

FAMILIA

Es una célula bio-psico-social en la cual se determina el comportamiento reproductivo, los procesos de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la comunidad. Enfoques sobre la familia:

ENFOQUE FUNCIONALISTA

Privilegia un modelo explicativo sobre el desarrollo de la familia, a partir de un conjunto de relaciones funcionales y formales (cumple determinadas funciones en la sociedad)

La familia se constituye en un agente de socialización.

Este enfoque analiza a la familia sin tener en cuenta la estructura global.

La familia es una constitución que tipifica las relaciones: jerarquización, poder autoritario del padre, papel sumiso y complementario de la madre, y estructura vertical del poder-

(lo ajeno al orden es disfuncional)

ENFOQUE PSICOANALITICO

Presenta al individuo en el marco de la cultura, inserto esencialmente dentro de las relaciones familiares, vinculándolos con los procesos filogenéticos y ontogénicos.

La familia es un espacio en donde juegan un papel las figuras primordiales en la configuración de las identidades primarias y secundarias, el acceso al lenguaje y la pérdida de la libertad por la presencia de la norma.

ENFOQUE HISTORICO

La familia es un tipo de organización que ha evolucionado a través de la historia.

Fenómenos como la urbanización, la migración, el desarrollo del mercado laboral y la excesiva secularización de las relaciones familiares, han transformado la organización familiar y sus mecanismos de supervivencia.

La familia es un espacio de reproducción de la autoridad del poder.

Por ello el estado promueve leyes para la conservación de la familia, por ejemplo:

Ley de protección integral a la niñez y la adolescencia, Código de familia, convención de los derechos del niño.

Las emociones, las actitudes y las creencias enraizadas en la familia, explican la coherencia de nuestro sistema cultural, constituyendo la familia un verdadero "cemento social de la civilización".

FUNCIONES DE LA FAMILIA

Según Williams, J:I y Leaman T, La familia tiene como funciones básicas:

LA SOCIALIZACION Y/O ADAPTACION SOCIAL.

La familia tiene la responsabilidad primaria de transformar a un niño en X número de años, en un ser capaz de completa participación en la sociedad, el niño debe de aprender un lenguaje, su papel en varios estadios de la vida, las normas socio culturales, etc.

La madre tiene la responsabilidad primaria de adoptar socialmente al niño, a través de los años pre-escolares, teniendo el padre un papel de soporte durante este tiempo. (9)

La responsabilidad es mas tarde compartida por escuelas, parientes, iglesias, etc. Y hay patrones de socialización de guarderías, clubes, etc. Que más tarde separan a los padres de las experiencias de socialización.

Los padres desean ver progreso en el desarrollo de sus hijos, la madre busca especialmente el apoyo y guía de otra gente (otros padres, su anterior familia, enfermeras; trabajadoras sociales, maestros, literatura popular, médicos).

CUIDADO Y AFECTO

Cuidado significa cubrir las necesidades físicas y de salud de los miembros de la familia.

Las respuestas a las demandas de cuidados dependen no solo del acceso que tengan las familias a estos recursos, sino también del nivel de conocimiento de las familias, o sea que las familias no solo necesitan conocer que servicios son accesibles; sino, como usarlos.

(9) *Utalca cl. Funciones básicas de la familia. Pág. 3*

La familia necesita cubrir las necesidades afectivas de sus miembros, porque la respuesta afectiva de un individuo a otro, provee la recompensa básica de la vida familiar como necesidades afectivas de los niños.

Se argumenta que la madre responde más que el padre a las necesidades afectivas de la familia y aunque esta generalización es verdadera, es también verdad que los hombres tienen mayor responsabilidad afectiva

REPRODUCCION

Una función básica de la familia es la reproducción y proveer de nuevos miembros a la sociedad. El matrimonio y la familia son designados para regular y controlar el aspecto sexual y la reproducción. La educación sexual ha sido reconocida como una parte importante de la socialización de los niños, pero aún existe controversia en los sistemas escolares.

ESTATUS Y NIVEL SOCIO ECONOMICO

En los estudios de estratificación social, los científicos sociales están conscientes de que las diferencias en el nivel socio económico de las familias, resultan en variaciones de estilo de vida y de oportunidades.

La familia socializa a un niño dentro de una clase social, y destila en él, todas las aspiraciones importantes.

El estatus también tiene relación con la tradición familiar. Los hijos aseguran la inmortalidad social y perpetuidad del nombre familiar y tradición. El conferirle estatus a un niño es pasarle derechos y tradiciones.

ENCULTURACION Y EDUCACION

La enculturación es el proceso social por el cual se aprende y se transmite la cultura de generación en generación; mientras la educación, es un proceso más formal de adquisición del conocimiento.

La familia transmite entre sus miembros prácticas y costumbres, unas tradicionales y otras incorporadas a partir de la influencia del contexto.

Se transmiten los patrones del control social, jerarquía en la familia, roles y relaciones de género con marcadas diferencias.

3.8.- ENFOQUE DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen; incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias; esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

Factores relacionados con los determinantes sociales de la salud. (10)

El género, el grupo étnico, la educación, los ingresos, la clase social, el empleo, la migración, la familia, las redes sociales y el entorno entre otros.

El embarazo precoz es un ejemplo particular, no solo por los riesgos para la salud de la madre y el niño; sino, también por su repercusión sobre la educación y las perspectivas futuras de las adolescentes. Por ejemplo, en un estudio particular de 7 países latinoamericanos, el 19.5% de las mujeres de 15- 19 años de edad señalaron haber estado embarazada; de este grupo 50% no siguió una escolarización formal, el 59% residía en medios rurales, el 61% vivía sin adultos en el hogar y el 60% vivía en la pobreza.

Claramente, al vivir en la Región con las mayores desigualdades sociales, la población joven del continente americano está sujeta a un sinnúmero de desigualdades socio económicas, territoriales, étnicas y de género que moldean su salud y sus oportunidades sociales.

Pobreza

En todos los países de la Región, los más pobres y socialmente los más excluidos son los adolescentes y los jóvenes, especialmente las mujeres, que pertenecen a las minorías indígenas, étnicas y raciales y los que viven en hogares encabezados por mujeres, y/o en comunidades rurales. Inevitablemente, estos grupos vulnerables serán los que más sufrirán.

La OMS creó una comisión en 2005 para que ofreciera alternativas a disminuir esas inequidades; en 2008 ofreció una serie de recomendaciones para disminuir esta problemática, dentro de esas recomendaciones están:

(10) OPS, *Estrategias y Plan de acción Regional sobre los Adolescentes*, OPS/OMS 2014.

1.- Mejorar las condiciones de vida cotidiana.

Invertir en los primeros años de vida es una de las medidas que con más probabilidad permitirá reducir las inequidades sanitarias. (11)

El lugar donde vivimos afecta a nuestra salud y a nuestras posibilidades de tener una vida prospera. Las condiciones de vida de la población inciden de forma importante en la equidad sanitaria. El acceso a una vivienda de calidad, a agua salubre y a servicios de saneamiento es un derecho de todo ser humano.

Atención de salud universal

El acceso y la utilización de los servicios de salud son esenciales para gozar de buena salud y alcanzar la equidad sanitaria.

2.- luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.

Este apartado se refiere más que todo a nivel macro; fortalecer o crear leyes que disminuyan las inequidades en salud, crear instituciones que velen por los derechos de los pacientes, como por ejemplo el Foro Nacional de Salud. Garantizar el acceso universal a la salud.

3.- Medición y análisis del problema.

Disponer de sistemas de seguimiento sistemático de equidad sanitaria y los determinantes sociales de la salud a nivel local, nacional e internacional.

Realizar inversiones para obtener e intercambiar nuevos datos sobre los determinantes sociales de la salud y sobre la eficacia de las medidas adoptadas.

DETERMINANTES DE LA SALUD DE JOVENES Y ADOLESCENTES. (12)

Los adolescentes de Latinoamérica son la más grande cohorte en la historia de la región (24.5% de la población total 2014)

Los más afectados son adolescentes de bajos ingresos. De bajo nivel educativo, indígenas, migrantes y minorías étnicas.

Embarazo en adolescentes: está asociado con falta de oportunidades, pobreza y exclusión social.

(11) *Determinantes Sociales de la Salud, OMS. 2005. Página web.*

(12) *Dra. Gina Tambini, Determinantes de la Salud de los Adolescentes. OPS/OMS 2014.*

A nivel macro:

La tasa de fecundidad específica en adolescentes se correlaciona positivamente con:

- Pobreza
- Inequidad (factor más importante)
- Nivel de participación de la mujer en la fuerza laboral.

3.9.- ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS (13)

Para mejorar los resultados de salud materna y neonatal es fundamental reconocer que la maternidad y el parto sin riesgos son derechos humanos. La declaración universal de los derechos humanos estableció: que la “maternidad y la niñez tienen derecho a recibir atención y asistencia especiales”. El derecho de atravesar el embarazo y el parto sin riesgos ha sido protegido aún más en la elaboración posterior de tratados, cartas y pactos sobre derechos humanos y, actualmente es ampliamente reconocido, según lo demuestra la importancia otorgada a la maternidad sin riesgos en documentos de consenso internacional; como el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo.

Un enfoque de Derechos Humanos también puede reforzar el concepto de que el acceso a servicios apropiados y la prestación de esos servicios son derechos que las personas pueden exigir a sus gobiernos y una obligación que el gobierno ha contraído con ellos mediante su participación en el consenso internacional sobre derechos humanos.

Los derechos humanos relacionados con la salud materna y neonatal incluyen:

1.- Vida, seguridad, supervivencia e identidad:

- Vida, supervivencia y desarrollo
- Libertad y seguridad de la persona
- No sufrir un trato inhumano y degradante
- Identidad

2.- No sufrir discriminación y tener participación:

- No sufrir discriminación
- Participación

(13) OMS. *Trabajando con Individuos, Familias y Comunidades*, 2005, pág. 29

3.- Información y educación:

- Buscar, recibir e impartir información
- Educación

4.- Salud y maternidad:

- Derechos en materia de salud
- Beneficios del progreso científico
- Casarse y formar una familia
- Privacidad
- Decidir libremente y con responsabilidad el número y el espaciamiento de los hijos.

3.10.- EMBARAZO EN ADOLESCENTES COMPORTAMIENTO A NIVEL MUNDIAL

Datos y cifras: - Unos 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente un millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos.

- 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.

- Cada año, unos 3 millones de muchachas de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos.

- Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años.

Tasa de natalidad (14)

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.

(14) OMS, Centro de Prensa, Nota descriptiva N°364, *El Embarazo en Adolescentes*, 2014

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

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.

Contextos:

Algunas adolescentes planean y desean su embarazo, pero en muchos casos no es así. Los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales. En 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 pueden ser sin protección.

Consecuencias para la salud

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

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 de 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.

Consecuencias económicas y sociales

El embarazo en la adolescencia puede también tener repercusiones sociales y económicas negativas para las muchachas, 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 tienen 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.

3.10.- EMBARAZO EN ADOLESCENTES A NIVEL REGIONAL

El embarazo adolescente y la maternidad temprana, continúan siendo un gran desafío para la región, particularmente debido a la asociación de estos fenómenos con la pobreza y la falta de oportunidades, y la preocupación de estos factores podrían constituir impedimentos para que las mujeres aprovechen al máximo sus recursos y oportunidades de desarrollo humano.

Las tasas de embarazos adolescentes en América Latina y el Caribe se encuentran entre las más altas del mundo. En 2010 la región de América Latina y el Caribe estuvo muy cerca de registrar la tercera mayor tasa de fecundidad adolescente del mundo (72 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años de edad) después de África subsahariana y el sur de Asia (con 108 y 73 nacimientos, respectivamente) (15)

En efecto, la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, caen dentro de los primeros 50 países con los mayores índices de fecundidad. Aunque las tasas están disminuyendo en todo el mundo, la disminución extremadamente lenta de América Latina y el Caribe comparada con otras regiones, explica el ascenso gradual de la región hacia la cumbre de las listas de fecundidad en adolescentes.

Existen diferencias significativas dentro de la región; Nicaragua, República Dominicana y Guatemala registran las mayores tasas de fecundidad adolescente en el 2010 en América Latina; con más de 100 nacimientos por cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad.

(15) Banco Mundial, *Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina el Caribe*, 2012.

Por otro lado Perú, Haití y Trinidad y Tobago tuvieron las más bajas, con menos de 50 nacimientos por cada 1000 mujeres en el mismo rango etario.

Crecientemente la maternidad adolescente se ha convertido en motivo de preocupación en el ámbito de políticas públicas, conforme estudios diversos han encontrado una correlación significativa entre la maternidad temprana, menor rendimiento educativo y peores resultados en el mercado laboral para las mujeres. De hecho, pareciera que las mujeres están soportando las consecuencias a corto y largo plazo del embarazo adolescente de forma desproporcionada.

En comparación de países con características similares, las tasas de fecundidad adolescente en los países de América Latina y el Caribe es mayor de lo esperado, aun cuando se considera el efecto de diferentes características socioeconómicas.

La única excepción se refiere a la desigualdad. Los resultados muestran que los indicadores de desigualdad (incluyendo desigualdad de oportunidades) contribuyen a explicar mejor las altas tasas de fecundidad adolescente en América latina y el Caribe. Una de las explicaciones de esto es que ser pobre en una sociedad de desigualdad limita la probabilidad percibida de éxito económico en el futuro de las adolescentes, a favor de la satisfacción a corto plazo que significa el quedar embarazada (Kearney y Levine, 2011).

Este informe parte del principio de que las decisiones de fecundidad deberían ser el resultado de la elección y no de las limitaciones. Las medidas de políticas deberían facilitar a las adolescentes el poder llevar a cabo decisiones informadas sobre la fecundidad y ampliar el abanico de opciones sobre las que pueden elegir efectivamente. Disminuir las restricciones podría ayudar a alinear las decisiones individuales con los resultados sociales deseados en la medida en la que el embarazo adolescente es tanto una consecuencia como una causa de estas limitaciones.

Efectos en la educación y el proyecto de vida.

Las circunstancias de vida tales como pobreza, baja calidad escolar, crecer en un hogar monoparental, tener una madre adolescente o tener una hermana que quedó embarazada siendo adolescente, ponen a las niñas en un mayor riesgo. Distinguir si el bajo desempeño de las madres adolescentes, observado posteriormente en su vida, es la continuación de una trayectoria económica más baja, o si la maternidad temprana es su causa, es una tarea compleja.

Este informe destaca tres elementos interrelacionados en la toma de decisiones de las adolescentes: (I) el elemento de racionalidad involucrado en las decisiones de fecundidad (II) las cuestiones asociadas a la conducta que restringen una toma de decisiones estrictamente racional (incluyendo bajo autoestima, barreras a información suficiente y el autocontrol) y (III) las interacciones y normas sociales (por ejemplo, efecto de pares: el efecto que causa sobre la adolescente el que una de sus compañeras quede embarazada; estigmas sociales) que también afectan los resultados. Este proceso de decisión también es afectado por el contexto macro; el contexto local y el entorno familiar que contribuyen a definir las opciones efectivas disponibles para que las adolescentes sean capaces de definir sus planes de vida.

La adolescente puede quedar embarazada debido a falta de capacidad para fijarse metas, luchar por conseguirlas y decidir entre los planes de vida que tienen motivo de valorar (agencia); al seguir las normas existentes por presión de sus compañeros, o por contar con un poder de negociación demasiado bajo en su relación, siendo incapaz de lograr que su pareja acepte usar anticonceptivos. Sin embargo; en algunos contextos, quedar embarazada también puede constituir un medio a través del cual las mujeres jóvenes pobres pueden tomar control sobre sus vidas y obtener el respeto de su comunidad/ familia; de tal forma que la crianza de un hijo se convierte en un canal para lograr en algunos contextos, la única opción de movilidad social.

La fecundidad adolescente en los países de América Latina se correlaciona positivamente con la pobreza, la desigualdad, el gasto en salud pública, el índice de participación de las mujeres en la fuerza laboral y la proporción de mujeres con empleos remunerados. Por el contrario; la fecundidad en adolescentes se correlaciona negativamente con la proporción de la población rural y el desempleo.

La evidencia tanto de países desarrollados como sub desarrollados revela una asociación negativa entre educación y fecundidad. El costo de oportunidad de la maternidad es mayor para mujeres más educadas, mientras que una mala calidad de educación podría conducir a las adolescentes a creer que esta no puede ayudar a cambiar su futuro, ajustando consecuentemente sus aspiraciones y expectativas hacia objetivos a corto plazo.

3.11.- EMBARAZO EN ADOLESCENTES A NIVEL NACIONAL

En El Salvador, la Encuesta Nacional de Salud (ENS, 2014) reporta que una de cada tres mujeres de 20 a 49 años, estuvo embarazada antes de cumplir 18 años; y una de cada cuatro, estuvo unida antes de esa edad. Tanto la unión como el embarazo temprano son resultado de circunstancias que están fuera del control de la niña y la adolescente, las cuales le impiden tomar decisiones clave sobre su vida.

La unión en niñas y adolescentes es una barrera fundamental para el logro de los compromisos internacionales para el desarrollo y la igualdad de género. (16)

La unión temprana está estrechamente vinculada a la pobreza y a dificultades para acceder a las oportunidades educativas de las niñas y adolescentes. De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2014. Las niñas y adolescentes sin educación, y que viven en los hogares más pobres, tienen más probabilidades de iniciar más temprano la unión, que quienes tienen educación secundaria y son de hogares con ingresos más altos.

Contexto de la situación de las niñas y adolescentes en El Salvador.

De acuerdo a la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2013, la escolaridad promedio de la Población Económicamente Activa (PEA), para ese año fue de 7.9 grados a nivel general; por sexo, en hombres fue de 7.8 y en mujeres de 8.2. por área geográfica, a nivel urbano el total fue de 9.2 grados; para hombres de 9.3 grados y en mujeres de 9.0; en la zona rural, el total de 5.6, correspondiendo a 5.4 en hombres y 5.8 en mujeres.

Con relación a la tasa de analfabetismo según área geográfica, el país cuenta con una tasa del 11.75%; a nivel urbano del 7.61% y a nivel rural de 18.9%. En cuanto a los porcentajes de esta tasa tomando en cuenta área geográfica y sexo, la EHPM 2013 reporta los siguientes:

Embarazo y partos en niñas y adolescentes en El Salvador.

Entre las principales causas por las que las niñas abandonan la escuela figuran: dificultades económicas, padres y madres que no quieren que las niñas asistan a la escuela, dificultades económicas, trabajo doméstico, embarazo, bajo rendimiento académico e inseguridad en el entorno escolar.

El porcentaje de embarazos y partos en niñas y adolescentes se ha mantenido más o menos similar desde el año 2008. Según la Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL, 2008)(17), el 23% de las adolescentes de 15 a 19 años cuentan, al menos, con un embarazo; dándose más frecuentemente esta situación entre las mujeres con menos de 4 años de escolaridad (73%) que entre las que tienen 10 o más (28%).

(16)Ministerio de Salud/Instituto Nacional de Salud, Maternidad y unión en Niñas y Adolescentes: consecuencias en la vulneración de sus derechos, El Salvador 2015

(17) Asociación Demográfica Salvadoreña. Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL 2008. Informe resumido. Febrero 2009. El Salvador, Centroamérica.

Para ese mismo año, el porcentaje de partos en niñas y adolescentes de 10 a 19 años fue del 31.1%; los departamentos que presentaron porcentajes mayores al nacional fueron: San Salvador (32.8%), Usulután (32.7%) La Paz (33.1%), La Libertad (33. (%). (18)

Para el año 2011, se atendieron 24,494 partos en menores de 19 años. (19) Y para el 2012 el total de partos atendidos fue de 25,068 (20). El Ministerio de Salud reporto para el periodo de enero a diciembre de 2013, 1,091 partos de niñas entre las edades de 10 a 14 años en la red de hospitales; 22,877 entre las edades de 15 a 19 años. Y para el año 2014 las cifras son similares, 1,053 entre niñas de 10 a 14 años y 22,659 en adolescentes de 15 a 19 años. De acuerdo a UNICEF, en promedio cada 22 minutos ocurre un parto de una adolescente en el país.

Según reportes de los centros hospitalarios atendidos ´por MINSAL, para el año 2013 hubo 16,066 partos ´nicos de menores de 19 años; 6,724 complicaciones del embarazo y del parto y; 5,798 de padecimientos en atención materna relacionada con el feto y con la cavidad amniótica, además de posibles problemas del parto.

Los altos índices de embarazos y partos en niñas y adolescentes tienen diversas causas, como la desinformación sobre derechos sexuales y derechos reproductivos, limitado acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, escasa formación educativa, entre otras; pero, no se puede obviar que la violencia sexual a la cual se enfrentan en el día a día es una de las principales en esta realidad de niñas y adolescentes.

Abandono de estudios por razones de embarazo.

En el 69% de los casos corresponde a estudiantes que cursaban tercer ciclo (7°, 8° y 9° grado).

Hay una cantidad considerable de alumnas de 1° y 2° ciclo (15.48%)

Los impactos a nivel de salud, los embarazos tempranos se convierten en alto riesgo para la población. El Ministerio de Salud reporta que para el año 2013 hubo una disminución en la tasa de muertes maternas a nivel general, sin embargo en la población de niñas y adolescentes fue del 25%. (21)

(18) MINSAL, *Boletín Informativo de indicadores en salud 2008* disponible en <http://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/boletin2008.pdf>. Sitio web revisado a las 15:47 del 14-12-11.

(19)<http://www.elfaro.net/es/201301/noticias/10819/>. (20)<http://www.contrapunto.comsv/genero/unfpa-embarazo-en-adolescente>. (21)Presentación del Dr. Mario Soriano/MINSAL. Ponencia presentada en agosto de 2014 en el marco del foro. Educación Integral en Salud Sexual HOY, mi derecho SIEMPRE. San Salvador en Coalición Salvadoreña de Mujeres Rumbo al Cairo + 20. Situación de los derechos sexuales y derechos reproductivos, 2014.

Por otra parte, los suicidios en esta población han sido constantes, muchas de ellas toman esta decisión al enfrentar solas esta nueva realidad que les afecta todos los ámbitos de sus vidas. Al respecto, el Instituto de Medicina Legal reporta un total de 7 reconocimientos de suicidios en adolescentes embarazadas para el periodo de 2011 a junio de 2014. (22)

El Sistema de Morbimortalidad del MINSAL (SIMMOW), refleja que en El Salvador el suicidio ocupa el segundo lugar como causa de muerte en la población de 10 a 19 años, y el cuarto lugar entre la población de edades de 20 a 49 años y afecta sobremanera a las madres adolescentes embarazadas, donde el suicidio concentra más de la mitad (57%) del total de las defunciones. (23)

Por su parte ONU Mujeres, citando datos del MINSAL afirma que para el 2012 se dieron 256 intentos de suicidio en niñas, cifra que aumentó a 282 para el año 2013. (24)

Por otra parte, a nivel económico, el círculo de la pobreza se mantendrá para estas niñas y adolescentes sino se logra romper las barreras que lo reproducen, para ello se requiere que toda la Institucionalidad del Estado actúe de acuerdo a sus competencias, sin mayor dilatación. (25)

MORTALIDAD MATERNA. (26)

En 1946, la constitución de la Organización Mundial de la Salud manifestó que “los más altos estándares en salud deben alcanzarse para todos sin distinción de raza, religión, creencias, políticas, condición económica o social” sin embargo, se menciona que la mortalidad materna es la inequidad en salud más grande del mundo; el 99% de dichas inequidades ocurre en los llamados países en vías de desarrollo. Esto significa, que las metas propuestas en 1946 no se han alcanzado en salud materna y que las distancias se han hecho más profundas y, por ende, la inequidad ha aumentado en y entre los países.

Para que disminuyan los niveles de muertes prevenibles de la mujer antes, durante e inmediatamente después del parto, es necesario que aumente el acceso y la calidad de los servicios. De 2005 a 2013 hubo una reducción sustantiva de la mortalidad materna, que pasó de 71.3 a 38 por cada 100,000 nacidos vivos.

(22) Instituto de Medicina Legal en Coalición Salvadoreña de Mujeres rumbo al Cairo +20. Estado actual de los derechos sexuales y derechos reproductivos, 2011 – 2014. (23) MINSAL, inauguración de Taller de Investigación regional para prevenir suicidios en el embarazo. <http://www.salud.gob.sv/novedades/noticias/noticias-ciudadanas/182-abril-2012/2013-16-04-2012-minsal-inaguero-taller-de-investigacion-regional-para-prevenir-suicidios-en-el-embarazo.html> (24) Coalición Salvadoreña de Mujeres rumbo al Cairo+20. Estado actual de los derechos sexuales y derechos reproductivos. 2014. (25) UNFPA, comunicado de prensa, octubre 2012. http://www.unfpa.org.sv/dmdocuments/comunicado_dia_nina.pdf (26) Datos del Instituto de Medicina Legal a septiembre de 2014, en el Observatorio de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Juventud en El Salvador.

En 2012, 2 de cada 3 muertes maternas se dan en el área rural y uno de cada 5 casos corresponde a niñas de 18 años o menos. En general, la mortalidad materna tiende a disminuir.

Esto puede asociarse al aumento institucional del parto, cuya cobertura, de acuerdo a la información disponible, ha incrementado sustancialmente (90% al 2011).

Según el MINSAL, en 2012 disminuyeron las muertes por causas prevenibles gracias a la atención prenatal, parto y puerperio.

Sistema de salud (27)

En el 2009 el gobierno de El Salvador, tomó la decisión estratégica de implementar una ambiciosa Reforma de Salud, para rediseñar el Sistema de Salud en su conjunto a fin de cumplir con su postergada misión de garantizar el Derecho a la salud de toda la población salvadoreña. La Reforma de Salud en El Salvador está fundamentada en la equidad, la participación social, el abordaje de derechos y el trabajo intersectorial, que se concreta en la Atención Primaria en Salud Integral asumiendo el derecho a la vida y la salud en todos los cursos de vida de la población, incluyendo la protección social de la niñez y la adolescencia, en el marco de la determinación social de la salud.

Se incorporó también el enfoque multidimensional de las políticas públicas con la creación del Sistema de Protección Social Universal dentro del plan quinquenal de desarrollo 2010- 2015. Este enfoque configuro el marco de la Reforma Integral de Salud anulando los cobros en los puntos de servicio, garantizando la gratuidad y desplazando los Equipos Comunitarios de Salud Familiar; iniciando en los municipios más pobres del país, con lo cual se avanzó rápidamente hacia la cobertura universal y el acceso universal a la salud, cuya mayor demanda es de atención materna e infantil.

Desde el 2010 se ha aumentado el presupuesto del MINSAL, llegando al 2015 a constituir el 2.5% del PIB; esto ha permitido aumentar el número de establecimientos de salud sobre todo en el primer nivel, llegando a tener hasta el 2015 un total de 747 Unidades Comunitarias de Salud Familiar, esto a su vez ha permitido aumentar la cobertura de atención materno infantil, aumentando el parto institucional, llegando en la actualidad hasta un 95%.

(27) UNICEF, *Informe de situación de salud de la niñez y la adolescencia en El Salvador, 2014*

Se ha fortalecido las capacidades técnicas del personal que brinda las atenciones y se ha incrementado la contratación de recursos en salud. (28).

A partir del 2014 se ha logrado mantener la tasa de mortalidad materna por debajo de la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y se están realizando grandes esfuerzos para reducirla progresivamente. En este sentido se han aumentado a 21 los hospitales con gineco obstetra de 24 horas, mejorando la provisión de servicios de Planificación Familiar y el cuidado especializado en el último mes del embarazo a las mujeres que están expuestas a riesgo social, que viven en zonas de difícil acceso geográfico, o que tienen algún nivel de riesgo obstétrico. (29)

En cuanto al departamento de Chalatenango; este cuenta con 52 establecimientos de salud (UCSF), lo que permite tener un mayor control de la morbi-mortalidad materna e infantil; de tal manera que hasta el mes de mayo del 2016 en el departamento solo se tiene una muerte materna.

A través del programa de atención materna se ha garantizado que el 98% de las embarazadas tengan controles prenatales, y solamente casos aislados no han contado con controles prenatales; pero aun así se ha garantizado el parto institucional. En cuanto a la Micro Red de Dulce Nombre de María; hasta el mes de mayo del 2016, se cuenta con un total de 147 atenciones a embarazadas, distribuidas en controles e inscripciones maternas. Hasta esta fecha no se ha presentado ninguna muerte materna; aunque, si 2 casos de morbilidad extrema.

En cuanto a las atenciones brindadas a las embarazadas: estas se distribuyen entre controles prenatales por médico general y ginecóloga, atenciones psicológicas, nutricionales, odontológicas y de educación; ya que la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada cuenta con Ginecóloga, nutricionista, psicóloga, odontóloga y educadora en salud (30).

La UCSFE cuenta con un plan de salud diseñado para tratar de garantizar que la embarazada cumpla con sus controles prenatales, reconozca los signos y síntomas de alarma y cuando consultar de inmediato; aunado a esto se les brinda consejería en cuanto a alimentación adecuada, ejercicio físico y derechos en salud.

(28)MINSAL, *Lineamientos Operativos para el desarrollo de las actividades de Ecos Familiares y Especializados* pág. 28, 2011.

(29) MINSAL, *Salud y Equidad hasta el último rincón de El Salvador, Informe de labores, 2014-2015.*

(30) Sistema Nacional de Salud SIMMOW, *Morbi Mortalidad + Estadísticas Vitales 2016.* www.salud.gob.sv.

IV.- DISEÑO METODOLOGICO:

4.1 Tipo de estudio:

Estudio descriptivo de corte transversal, con enfoque cualitativo; es descriptivo porque no se establecen relaciones de causa y efecto y de corte transversal porque se realiza la investigación en un periodo determinado.

4.2 Grupo poblacional

30 adolescentes de 10 a 19 años.

Grupo de seleccionado:

20 adolescentes de 10 a 19 años, embarazadas, en control de embarazo en la Micro red de Dulce Nombre de María; durante el periodo de abril a julio del 2016.

4.3 Perfil de las personas informantes durante la etapa de recolección de la información.

Adolescentes embarazadas de 10 a 19 años; que sean del municipio de Dulce Nombre de María; que lleven sus controles prenatales en la UCSFE Dulce nombre de María, UCSF Gutiérrez y UCSF Ocotol.

Selección de los sujetos a quienes se les aplicaran los instrumentos

4.4 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Criterios de inclusión:

- Adolescentes embarazadas de 10 a 19 años
- Que este en control en UCSF Cantones Gutiérrez, El Ocotol y Dulce Nombre de María.
- Que sea del municipio de Dulce Nombre de María

Criterios de exclusión:

- Que sea del municipio, pero, esté en control en otro establecimiento de salud (ISSS, INBM, BSM)
- Adolescentes que no quieran participar en el estudio.

4.5.- OPERACIONALIZACION DE LOS DESCRIPTORES

Descriptor	Subdescriptor	Fuente de información	Técnica	Instrumento
Condición Familiar	<ul style="list-style-type: none"> -Apoyo Familiar - Soporte Familiar - Autoridad/relación de poder - Madre adolescente 	Adolescentes Embarazadas	Entrevista	Guía de entrevista
Condiciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Educación - Vivienda -Salud (educación sexual) -Derechos que protegen al adolescente 	Adolescentes embarazadas	Entrevista	Guía de entrevista
Proyecto de vida	<ul style="list-style-type: none"> -Planes de adolescentes - Mecanismos para cumplir los planes. 	Adolescentes embarazadas	Entrevista	Guía de entrevista

4.6 Técnicas e instrumentos de investigación

El presente estudio se acompaña de técnicas e instrumentos para la recolección de datos, es decir técnicas e instrumentos con un enfoque cualitativo, para lo cual se utilizó: La entrevista semi-estructurada.

Instrumento: Guía de entrevista con preguntas abiertas

Esta se caracteriza por la preparación anticipada de un cuestionario guía que se sigue, en la mayoría de las ocasiones de una forma estricta aun en su orden de formulación.

4.7 Procesamiento de la información:

Se utilizaron tablas matriciales para el procesamiento de la información

Procedimiento que se utilizó para recolectar la información:

Se definió una estrategia de como acercarse a las adolescentes embarazadas y se establecieron los criterios mínimos para seleccionar el cuadro de informantes.

Se convocó a las personas seleccionadas a la UCSFE de Dulce Nombre de María (club de embarazadas), se les explico la finalidad de la investigación y se pasó el instrumento seleccionado; también, en algunos casos se hicieron visitas domiciliarias a participantes específicas que cumplían con los criterios.

4.8 Técnicas de análisis de la información.

Para la realización del análisis de la información se utilizó la técnica de análisis categorial y la técnica de análisis etnográfico.

Categorías:

- Importancia del apoyo familiar
- Reconocimiento del apoyo brindado
- Opinión favorable de los padres, etc.

Como se hicieron: se agruparon las preguntas que tenían la misma opinión u opiniones parecidas y de esta forma se armaron las categorías de análisis.

Revisión y preparación de instrumentos

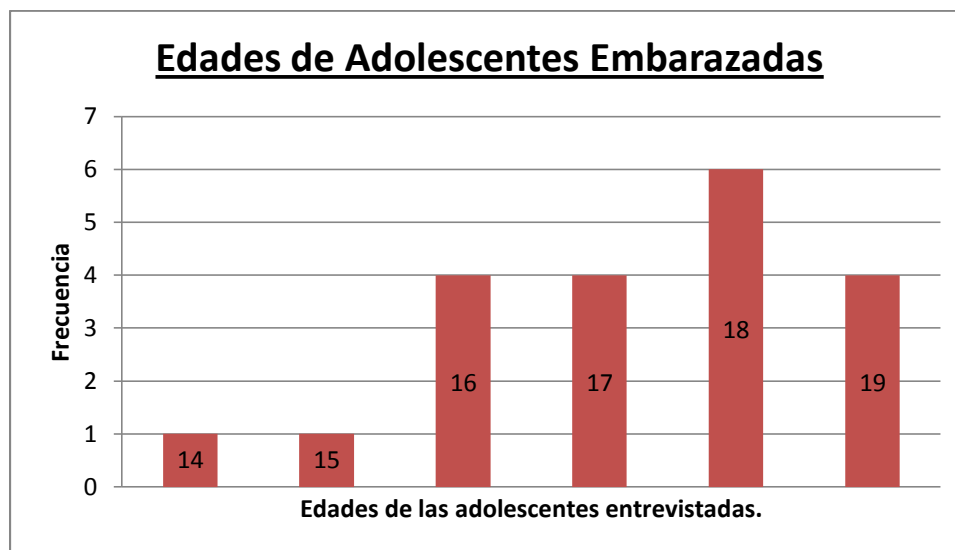
En este apartado se organizó y clasifico la información obtenida; en vista que la principal técnica utilizada fue la entrevista semi-estructurada, se procesó todo el insumo obtenido para su posterior análisis.

4.9 Consideraciones éticas

Se respetó la decisión de las adolescentes de participar o no en el estudio.

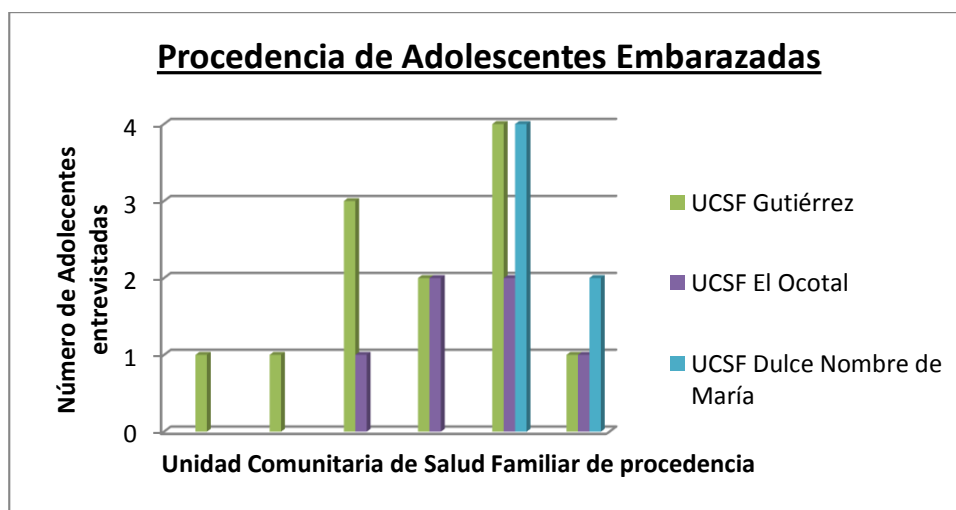
V:- RESULTADOS

Gráfico 1: Edades de las Adolescentes embarazadas.



En este gráfico se puede observar que la edad más frecuente de estas adolescentes es 18 años (6); siendo la de menor edad una adolescente de 14 años

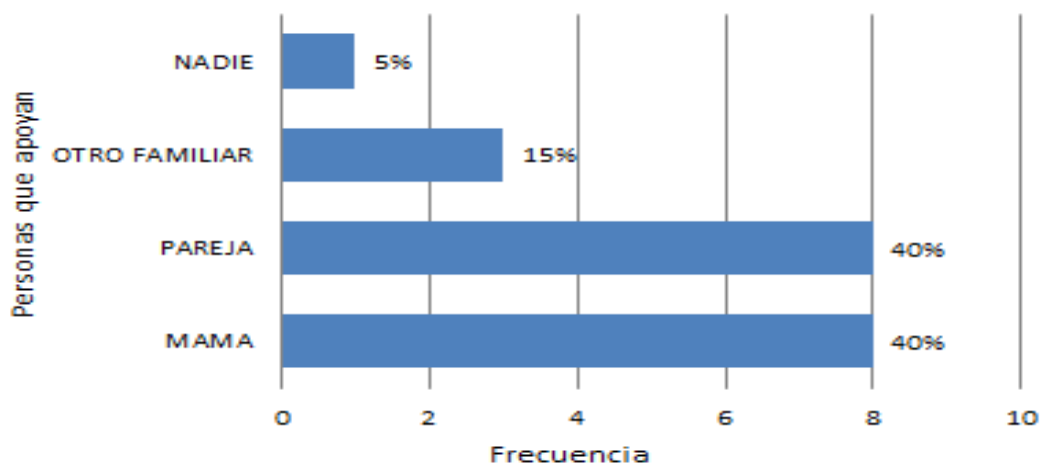
Gráfico 2



En el gráfico N° 2 se puede observar que más de la mitad de las adolescentes embarazadas proceden del Cantón Gutiérrez (12); 6 embarazadas de El Cantón El Ocotal y solo 2 adolescentes embarazadas proceden del área urbana de Dulce Nombre de María.

Gráfico N° 3

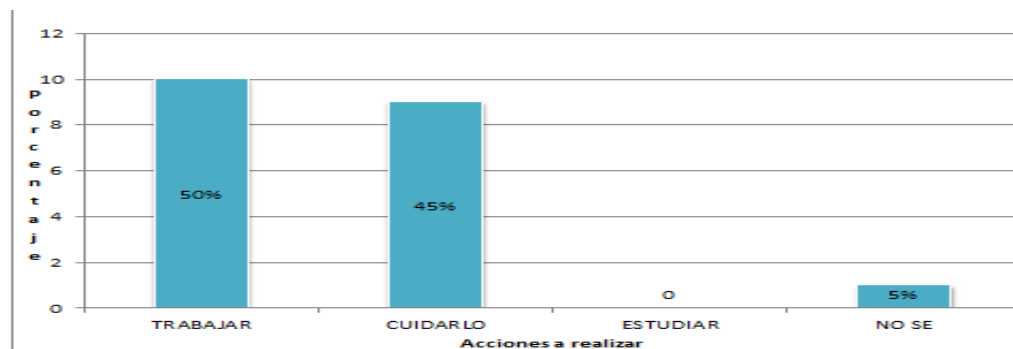
Apoyo familiar a la adolescente embarazada de la Micro Red de Dulce Nombre de María; departamento de Chalatenango.



En el gráfico 3 se observa que el apoyo que reciben las adolescentes embarazadas, el 40% (8 embarazadas), es por parte de la mamá, el otro 40% (8 embarazadas) es por parte de la pareja; solo 3 embarazadas es por otro familiar y 1 dice no recibir apoyo de nadie.

Gráfico N° 4

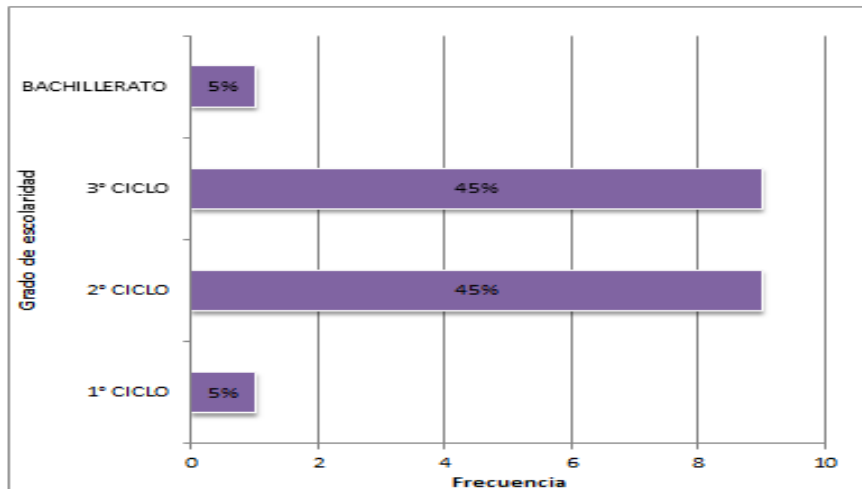
Opinión de la adolescente embarazada en relación a que hará para mantener a su hijo?



En el gráfico 4 se evidencia que el 50% de las embarazadas entrevistadas (10) buscara un trabajo para mantener a su hijo/a, un 45% (9 embarazadas) se dedicaran a cuidarlo y solo un 5% (1 embarazada) no sabe que hará. Notese que ninguna estudiara o continuara sus estudios.

Gráfico N°.-5

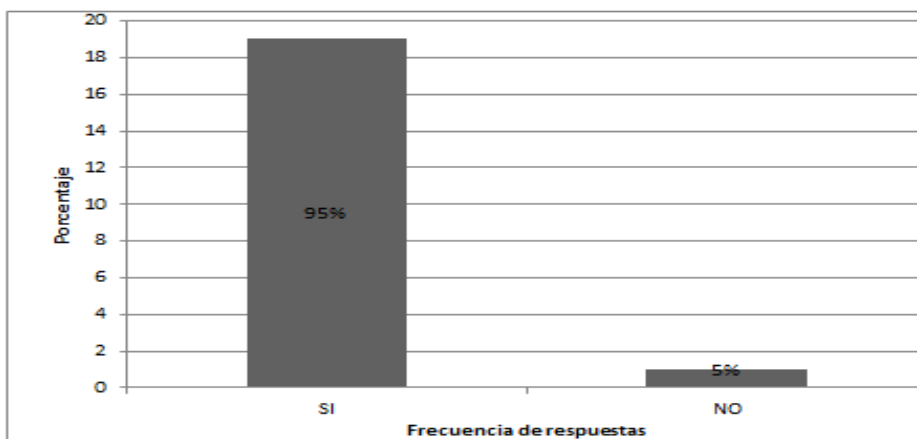
Grado de escolaridad de las adolescentes entrevistadas de la Micro Red de Dulce Nombre de María.



El gráfico N° 5 nos muestra el grado de escolaridad de las adolescentes embarazadas; de las cuales solo 1 embarazada ha estudiado primer ciclo, como también solo una ha cursado primer año de bachillerato; el resto (18 embarazadas) ha cursado 2º y 3º ciclo.

Gráfico N°.-6

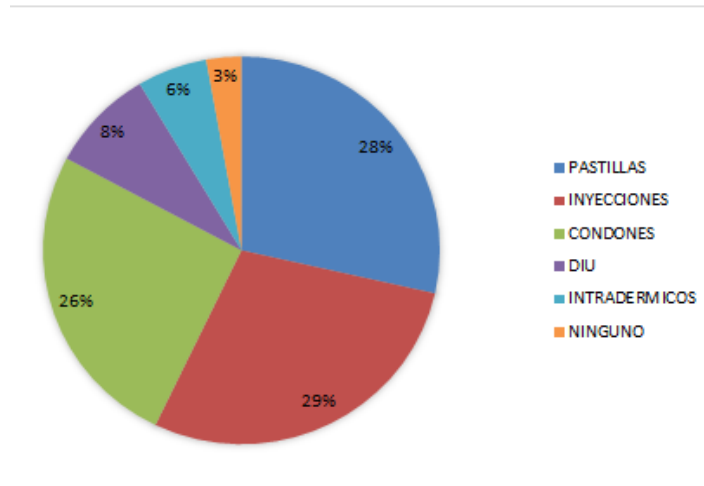
Conocimiento de métodos de planificación familiar de las adolescentes embarazadas de la Micro Red de Dulce Nombre de María.



En el gráfico N° 6, se observa que 19 de las embarazadas entrevistadas tienen conocimiento de los métodos de planificación familiar; y solo una refiere no conocer acerca de los métodos.

Gráfico N°.- 7

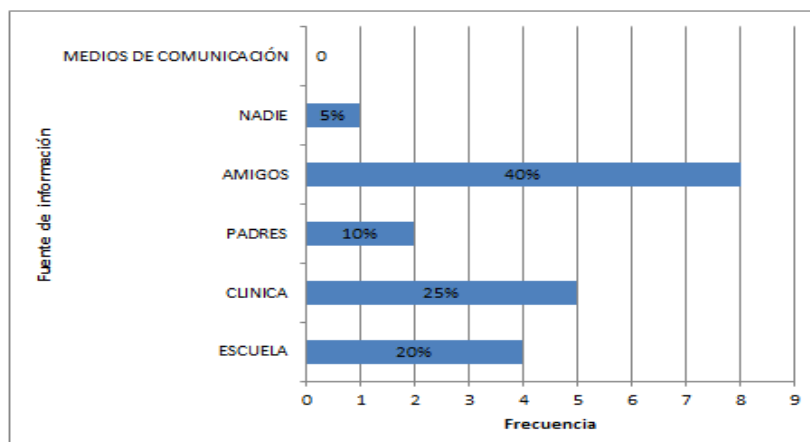
Conocimiento específico sobre Métodos de planificación Familiar



En el gráfico N° 7 se observa que el 83% de las adolescentes entrevistadas conocen los métodos inyectables, orales y de barrera (28%, 29%, 26% respectivamente) un 8% conoce el DIU, un 6% los métodos hormonales intradérmicos y un 3% (1) refiere no conocer ningún método de planificación.

Gráfico N°.- 8

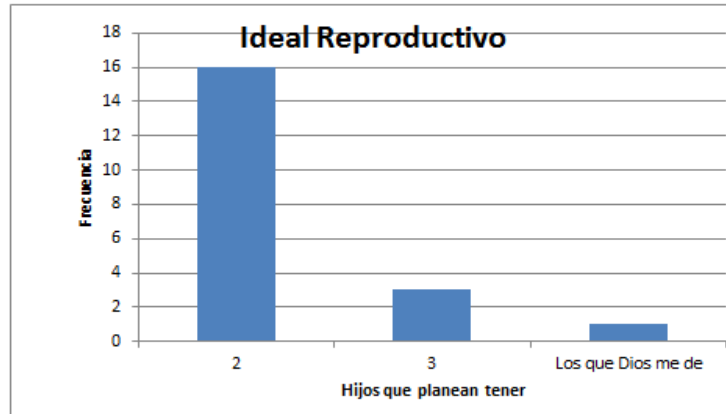
Fuente de información de las embarazadas acerca de los métodos de planificación familiar.



En el gráfico 8 apreciamos que 8 de las embarazadas recibió sus conocimientos sobre sexualidad de sus amigos, 5 embarazadas lo ha recibido de los programas educativos de los establecimientos de salud, 4 ha recibido su orientación sexual de la escuela, 2 lo han recibido de sus padres y solo una refiere no haber recibido orientación sexual.

Gráfico N°.- 9

Ideal reproductivo (Cuántos hijos planeaba tener)



En el gráfico N°9 se puede observar que más de la mitad de las adolescentes (16) planeaban tener 2 hijos; y solo un pequeño grupo (3) planeaban tener 3 hijos.

Gráfico N°.- 10

Edad a la que planeaban tener sus hijos las adolescentes



En el gráfico N° 10 se puede observar que más de la mitad de las adolescentes (13) planeaban tener sus hijos al cumplir 20 años, solo 2 adolescentes planeaban tenerlos a los 19 años; y el resto van desde los 18 hasta los 25 años.

MATRIZ.- 1

Significado para la adolescente del apoyo que recibe de sus padres u otra persona.

Categoría de análisis	Respuestas	Repetición de respuestas.
Importancia del apoyo familiar	-Es muy importante porque lo necesito.	1
	-Es muy importante, porque no me desampararon.	2
	-Es importante.	3
	-Importante porque yo sola no podría salir adelante	1
	-Es importante porque sólo la tengo a ella.	5
	-Es importante, porque, no tendría donde vivir.	1
Reconocimiento favorable del apoyo brindado.	-Me apoyan mucho, me ayuda a no deprimirme.	1
	-Bastante, porque, estar sola es bien difícil.	1
	-Bastante, porque me ayudan en todo.	1
	-Mucho, ellos me aconsejan y me ayudan.	1
	-Mucho, porque en mi caso, sólo ellos me ayudan.	1
	-Significa mucho, porque mi mamá me aconseja; y él me apoya en todo.	1
	-Está bien.	1
Total		20

Se observa en la categoría de análisis: importancia del apoyo familiar, lo siguiente: que más de la mitad de las adolescentes entrevistadas, aceptan que el apoyo brindado por sus padres o familiares es fundamental, ya que es muy importante en sus vidas. Se percibe que no tienen otra fuente de ayuda. (“Es muy importante porque lo necesito”, Es importante, porque, no tendría donde vivir”). Menos de la mitad de las adolescentes (7), refirieron una actitud favorable hacia el apoyo brindado por sus padres. Es importante para ellas sin embargo se percibe que este apoyo brindado es un algo extra y tienen otro tipo de ayuda; pudiendo ser la pareja. (“Significa mucho, porque mi mamá me aconseja; y él me apoya en todo”).

MATRIZ N°.- 2

Opinión de los padres (según la adolescente) con respecto al embarazo de su hija.

Categoría de análisis	Respuestas	Frecuencia de respuestas
Opinión Favorable de los padres.	-Están felices, están de acuerdo.	1
	-Están alegres.	2
	-Estuvieron de acuerdo.	2
	-Estuvieron de acuerdo, mi abuela se emocionó.	1
	-Dijeron que está bien, porque al fin iban a conocer un hijo mío.	1
Opinión desfavorable de los padres.	-Mi papá se molestó, pero al final aceptaron mi embarazo.	1
	-Mi mamá se molestó, pero ahora ya lo acepta.	7
	-Se molestó mi mamá.	1
	-Mi mamá se molestó, porque dice que él es mayor que yo; pero hoy ya lo acepta.	1
Actitud de resignación de los padres.	-Pues como me acompañé, no se enojaron, pero ahora ya regresé a la casa.	1
	-Al final aceptaron mi embarazo.	1
	-Que me haga responsable.	1
Total		20

Se observa en la categoría de análisis: Opinión de los padres con respecto al embarazo de su hija; que menos de la mitad (7) de las adolescentes refieren una actitud favorable de sus padres con respecto a su embarazo, al manifestar “están felices, están de acuerdo”, “Están alegres”, “Estuvieron de acuerdo”.

Otro grupo (10) expresó una opinión desfavorable de sus padres con respecto a su embarazo. “Mi papá se molestó, pero al final aceptaron mi embarazo”, “Mi mamá se molestó, pero ahora ya lo acepta”, “Se molestó mi mamá”.

Otro grupo (3), refiere que sus padres tuvieron una actitud de resignación de su embarazo al manifestar “Al final aceptaron mi embarazo”, “Que me haga responsable”.

MATRIZ N°.- 3

Porque deajo de estudiar?

Categoría de análisis	Respuesta	Frecuencia de respuesta
Por lejanía de Centro Escolar	-No había bachillerato aquí Y tenía que ir a Dulce y ahí no tengo Donde quedarme	1
	- Porque no tenía posibilidad de estudiar Tercer ciclo, por lo económico	1
Por el Embarazo	-Porque Salí embarazada de mi Primer hijo	1
	- Por el Embarazo	1
Por el trabajo	--porque mi mama estaba hospitalizada Y a mí me tocaba hacer las tareas de La casa	1
	-porque decidí mejor trabajar	1
	-porque tuve que trabajar para pagar los Estudios de mis hermanos	1
Por decisión personal	- Ya no quise ir	1
	- No me gustaba	9
	- Ya no me gustaba y tenía que ayudar En la casa	2
	- Ya lo había decidido	1
Total		20

En la categoría de análisis: Porque deajo de estudiar; más de la mitad de las adolescentes embarazadas (13) deajo de estudiar por decisión propia, 3 lo hicieron porque tenían que trabajar o ayudar en las tareas del hogar; 2 lo hicieron por el embarazo y también 2 dejaron de estudiar, porque en su lugar de residencia ya no había el grado que tenían que estudiar y por lo tanto tenían que movilizarse hasta el casco urbano de Dulce Nombre de María.

MATRIZ N°.- 4

Sugerencia a las adolescentes en general en cuanto al embarazo.

Categoría de análisis	Respuestas	Frecuencia de respuestas
Sugerencia de uso de métodos de planificación.	-Que se cuiden, que no salgan embarazadas tan jóvenes, hay que escuchar los consejos de los padres.	3
	-Que se cuiden, que piensen bien el embarazo.	4
	-Que se cuiden, que no es edad para tener hijos.	2
	-Que no salgan embarazadas tan temprano, que planifiquen.	3
	-Que se cuiden, que no salgan embarazadas tan rápido.	1
	-Que se cuiden, no es fácil cuando uno está joven.	1
	-Que se cuiden, que no es el tiempo, y no es fácil.	1
	-Que se cuiden, que cuando le va bien en el embarazo todo está bien, pero, las cosas pueden salir mal.	1
Sugerencia de abstinencia de relaciones sexuales.	-Que lo piensen bien, que no se embaracen tan jóvenes.	2
	- Que la adolescencia no es para salir embarazada	1
Sugerencia de cuidados y control prenatal.	-Que se cuiden durante el embarazo, un bebé es una alegría.	1
Total		20

En la categoría de análisis: Sugerencias de las adolescentes en cuanto al embarazo; observamos que más de la mitad (15) de las adolescentes sugieren el uso de Métodos Anticonceptivos para evitar el embarazo al decir “Que se cuiden....”.

Menos de la mitad (4), sugieren cierto tipo de abstención de relaciones sexuales, al denotar “Que muy joven no hay que salir embarazadas”.

Sólo una adolescente, refirió la importancia de los cuidados prenatales. “Que se cuiden durante el embarazo, un bebé es una alegría.”

MATRIZ N°.- 5

Significado para la adolescente acerca del hijo que va a tener.

Categoría de análisis	Respuestas	Frecuencia de respuestas
Es muy importante en sus vidas.	-Mucho, es un tesoro, por ellos hace todo uno.	2
	-Una emoción, un regalo de Dios.	1
	-Significa una gran alegría, porque los niños traen alegría y felicidad a las familias.	1
	-Una bendición, algo importante que llega a mi vida.	1
	-Que va a ser mi hijo, le voy a brindar todo el apoyo que él necesite.	1
	-Una bendición, una alegría.	1
	-Es una felicidad muy grande, lo voy a cuidar y siempre va estar conmigo.	1
Significa responsabilidad y compromiso.	-Mucho, ya que es una responsabilidad para toda la vida y hay que dedicarle atención a él.	5
	-Todo, yo lo voy a cuidar, voy a ser responsable con él.	1
	-Una responsabilidad, ya no se puede salir.	1
Es un apoyo para el futuro.	-Una compañía, un apoyo.	2
	-Mi apoyo, mi compañía.	2
	-Un apoyo, alegría y responsabilidad.	1
Total		20

En la categoría de análisis: Significado para la adolescente acerca del hijo que van a tener; La mitad de las adolescentes embarazadas consideran a su futuro hijo una bendición y un regalo, que les produce alegría. “Una emoción, un regalo de Dios”, “Significa una gran alegría, porque los niños traen alegría y felicidad a las familias.” Menos de la mitad, refirieron que será una gran responsabilidad que requiere mucho compromiso. “Mucho, ya que es una responsabilidad para toda la vida y hay que dedicarle atención a él”. “Una responsabilidad, ya no se puede salir”. Otro grupo, manifiesta que el hijo será un apoyo para ellas. “Una compañía, un apoyo”. “Mi apoyo me siento feliz con él”.

MATRIZ N°.-6

Significado de la adolescente hacia su embarazo

Categoría de análisis	Respuestas	Frecuencia de respuestas
El embarazo es causa de alegría.	-Es algo difícil, pero, a la vez es bonito ser mamá.	1
	-Me siento contenta, es una responsabilidad.	1
	-Mucho, porque es mío, nadie me lo puede quitar, es una responsabilidad.	1
	-Otra esperanza más a mi vida, una gran responsabilidad.	1
	-Lo que estoy esperando es un regalo de Dios, es una responsabilidad.	1
	-Significa todo, porque voy a ser mamá.	1
El embarazo es causa de temor.	-Es todo, me alimento bien para que el niño crezca saludable.	1
	-Una responsabilidad, hay que cuidarse y asistir a los controles.	5
	-Una gran responsabilidad, porque hay que cuidarse.	4
	-Una preocupación, toda la gente lo aflige a una con lo del parto.	1
El embarazo es una frustración.	Me aflijo, porque, soy menor de edad.	1
	Una responsabilidad, ya no se pueden hacer las cosas que se hacían antes.	1
	-Responsabilidad, hay que cuidarse más.	1
Total		20

En la categoría de análisis 6: Que significa para usted el embarazo;, se observa que menos de la mitad de las adolescentes, consideran su embarazo como causa de alegría y felicidad cuando refieren: “Es algo difícil, pero, a la vez es bonito ser mamá”, “Otra esperanza más a mi vida, una gran responsabilidad”. Otro grupo (9), consideran el embarazo como algo riesgoso que hay que cuidarse para que todo salga bien. “Una responsabilidad, hay que cuidarse y asistir a los controles.”, “Una preocupación, toda la gente lo aflige a una con lo del parto”. El resto del grupo (5), percibe su embarazo como un obstáculo o como algo que ya no les permite ser igual. “Una responsabilidad, ya no se pueden hacer las cosas que se hacían antes”, “Me aflijo, porque, soy menor de edad”.

MATRIZ N°.-7

Sugerencia de adolescentes embarazadas sobre la orientación sexual que deben recibir.

Categoría de análisis	Respuestas	Frecuencia de respuestas
Sugieren más orientación sexual.	-Que hablen más acerca de eso, de cómo prevenir el embarazo, de los métodos de planificación.	2
	-Tienen que enseñar más, casi no sabía nada.	1
	-Que aconsejen a los alumnos.	1
	-Tengo que aprender más, para ser más responsable.	1
	-Tienen que explicar en la escuela acerca de este tema.	2
	-Que se hable de este tema con los hijos, que se hable de planificar y de las Enfermedades de transmisión Sexual.	1
	-Que le hablen más de eso a una en la escuela.	1
	-Que enseñen más en la escuela.	6
	-Que sea una persona adecuada la que los oriente, porque hay personas que le mienten a una.	1
	-Que le hablen a una de educación sexual tanto en la escuela, como en la casa, porque yo no sabía nada.	1
Conforme con lo que aprendió sobre educación sexual	-Está bien, que sigan enseñando.	2
No sabe	-No sé qué decir.	1
Total		20

En la categoría de análisis 7, se evidencia que más de la mitad de las adolescentes entrevistadas, no están conformes con la educación sexual que reciben o recibieron en la escuela o en sus hogares, al referir, “Tienen que enseñar más, casi no sabía nada.” “Que enseñen más en la escuela”, “Que le hablen a una de educación sexual tanto en la escuela, como en la casa, porque yo no sabía nada”. Muy pocas están conformes con lo que aprendieron “Está bien, que sigan enseñando”, “Que está bien la educación que recibí”. Sólo una persona no supo qué opinar.

MATRIZ N°.-8

Según su criterio: porque se embarazo?

Categoría de análisis	Respuestas	Frecuencia de respuestas
No planificaba.	-No me estaba cuidando, y ya estaba acompañada.	1
	-Me embaracé, porque no me protegí, ni él ni yo.	2
	-No me estaba cuidando, no planificaba.	11
	-No planificaba; no pensé que iba a quedar embarazada	3
Planificó, pero falló el método.	-Pensaba cuidarme, pero aun planificando, salí embarazada.	1
Decisión voluntaria.	-Porque yo quise, fue decisión de los dos.	1
	-Pues como ya estoy acompañada, decidimos tener un hijo.	1
Total		20

En la categoría de análisis: Según su criterio porque se embarazo; se contempla que más de la mitad de las embarazadas entrevistadas (16) no estaban utilizando métodos anticonceptivos. “No me estaba cuidando, y ya estaba acompañada”, “Me embaracé, porque no me protegí, ni él ni yo.” “No me estaba cuidando, no planificaba”. Muy pocas, refieren que el embarazo fue decisión voluntaria “Porque yo quise, fue decisión de los dos.” “Pues como ya estoy acompañada, decidimos tener un hijo.” Y sólo una refirió que el método le falló “Pensaba cuidarme, pero aun planificando, salí embarazada”.

MATRIZ N°.- 9

Cuáles eran sus planes antes de estar embarazada

Categoría de análisis	Respuesta	Frecuencia de respuestas
Trabajo y migración	- Ayudar a mi mama en la casa, y luego irme para los Estados Unidos	2
	-Trabajar y luego viajar a los Estados unidos	3
	-Irme para los Estados unidos	3
	- Casarme y trabajar	1
	- Trabajar, aunque pensaba: algún día voy a tener un niño y lo voy a cuidar	1
Estudiar	-Seguir estudiando y luego casarme	1
	- Estudiar	3
	- Estudiar y ser doctora	1
	- Compartir con mi pareja y seguir estudiando	1
Cuidarse y casarse	- Cuidarme, quería ser costurera	1
	- Quedar embarazada y cuidar a mi hijo	1
	- Casarme	1
	- No tenía otros planes	1
	TOTAL	20

Se observa en la categoría de análisis: Cuales eran sus planes antes de estar embarazada; 8 de las embarazadas entrevistadas expresaron que su plan antes de embarazarse era viajar hacia Estados Unidos: "Ayudar a mi mama en la casa y luego irme para los Estados Unidos"; 6 embarazadas dijeron que era estudiar y 5 dijeron que su plan era trabajar. El resto de las entrevistadas expresaron que antes de embarazarse su plan era ayudar en la casa, casarse y hubo una que expreso no tener planes antes de embarazarse.

MATRIZ 10

Cuáles son sus planes ahora

Categoría de análisis	RESPUESTA	Frecuencia de respuestas
Migración	- Cuidar a mi hijo, ayudar a mi mama; y talvez después puedo viajar a Estados Unidos	1
	-Dedicarme a cuidar a mi hijo, y luego si mi familia me ayuda viajara a Estados Unidos	4
Cuido del hijo.	- Tener a mi bebe y darle todo lo que el necesite, cuidarlo	1
	- Cuidar a mi hijo	7
	- Tener el niño, cuidarlo, darle amor	1
Trabajo y cuido del hijo	- Trabajar y cuidarlo	1
	-Dedicarme a cuidar a mi hijo, y cuando este grandecito trabajar	1
Estudiar y cuido del hijo	- Cuidar a mi hijo y luego estudiar; mi sueño siempre fue estudiar	1
Superación	- Casarme	1
	-Ser una persona mejor y darle todo a mi hijo	1
	- Tratar de salir adelante y darle un buen ejemplo a mi hijo	1
	TOTAL	20

Se observa en la categoría de análisis: Cuales son sus planes ahora; El 40% (9) de las entrevistadas respondió que sus planes actuales son dedicarse a cuidar a su futuro hijo; un 25% (5) respondió que su plan es cuidar a su hijo, pero en el futuro viajar a Estados Unidos: "Dedicarme a cuidar a mi hijo, y luego si mi familia me ayuda, viajar a Estados Unidos"; el resto de las entrevistadas respondieron que aparte de cuidar al hijo estudiarían, se casarían, tratarían de ser mejores personas.

VI.- DISCUSION

En este estudio es importante reconocer que el 99% de las embarazadas adolescentes tiene apoyo familiar, en su mayoría de la madre de la adolescente; si bien, al inicio del embarazo, los padres de las adolescentes se molestaron; al final todos terminaron aceptando a la embarazada; lo que denota que esta forma de pensar de los familiares a cambiado con el tiempo; también es importante hacer notar que la gran mayoría de las embarazadas (16) no están con su pareja, solo con su madre; y las que están con la pareja, viven en la casa de la madre de la adolescente, bajo la responsabilidad o mando de esta última, ya que al final ella toma la mayoría de decisiones importantes respecto a la pareja.

La adolescente embarazada asume una responsabilidad que la lleva a reconocer que para mantener a su hijo tendrá que trabajar; de tal forma que 8 respondieron que trabajarán; aunque ninguna sabe de qué trabajara; probablemente su respuesta sea a la ligera sin pensar de que pueden trabajar; ya que por su grado académico, se ven bien limitadas en el campo laboral; aunque esto también nos puede dar información de que la adolescente está asumiendo de forma “obligada” su rol de madre.

Sin embargo dadas las características específicas de la situación de las adolescentes (bajo nivel académico, pocos recursos económicos, etc.), aunque tengan la buena intención de hacerlo, el campo laboral es muy limitado, tanto por el nivel académico, pobreza; así como por ser un área rural, es difícil conseguir trabajo. También esto significa que la madre adolescente no está preparada emocionalmente, ni con una capacidad económica favorable para dedicarse al cuidado de los hijos.

En cuanto al significado del apoyo familiar que reciben; la mayoría de adolescentes hace una valoración importante de este apoyo ya que la mayoría considera que es el único apoyo que tienen y que sin este apoyo la situación sería muy complicada y lo valoran en varios aspectos, siendo el más importante el apoyo moral, los consejos; todo esto les ayuda a sobrellevar su nueva situación, “me ayuda mucho, me ayuda a no deprimirme”, “bastante, porque estar sola es bien difícil”, la mayoría de estas adolescentes embarazadas ya no viven con su pareja, y de ahí la valoración que hacen; ya que se enfrentan a varias situaciones; como por ejemplo: el abandono de la pareja, el embarazo, el no poder hacer o llevar la vida que tenían antes, ya que ahora tienen que madurar y asumir una gran responsabilidad.

En relación a la opinión de los padres respecto al embarazo de sus hijas; aquí puede decirse que hay dos momentos: el inicial que fue una actitud de rechazo o frustración, respecto al embarazo de sus hijas; pero, también, aceptación, si bien al principio se molestaron, pero esto no significo que las echaran de casa, sino que les

mostraron su apoyo, y fueron pocos (3) los que estuvieron felices o de acuerdo con el embarazo inicialmente; esto significa que ha habido un cambio de pensamiento con el tiempo, sobre todo en el área rural, ya que anteriormente esto era poco tolerado. También es importante reconocer que si bien es cierto ninguna embarazada fue desamparada; pero, el 90% de estos hogares solo cuenta con la figura materna como jefa de familia.

En cuanto a la escolaridad de las adolescentes embarazadas; es preocupante, ya que la mayoría ha estudiado solo segundo o tercer ciclo (18) y solo una a terminado el primer año de bachillerato; esto quiere decir que no tienen la capacidad técnica para que el mercado laboral las absorba; debido a que en el momento actual las oportunidades de trabajos son limitadas y requieren de una doble titulación, manejo de idiomas, manejo de programas de computación; tomando en cuenta que en el área rural las oportunidades de trabajo son aún más limitadas; esto las obligara a ser amas de casa y dedicarse solo a cuidar a su hijo, lo que las convierte en cierta medida en una carga para sus familias, ya que la mayoría no está con su pareja, sino que con la madre de la adolescente.

También es importante hacer notar que al preguntarles porque dejaron de estudiar; el 65% (13 embarazadas) contesto que habían dejado de estudiar porque “no me gusta ir a la escuela”, es decir la mayoría de adolescentes dejo de estudiar por decisión propia, no porque tuvieran algún tipo de problema familiar que les impidiera asistir a la escuela; esto denota falta de autoridad de parte de las madres de las adolescentes; siendo que en esa edad no deberían ser las adolescentes las que tomaran esa decisión sino que las madres de estas.

El 95% (19 embarazadas) de las entrevistadas dicen conocer los métodos de planificación familiar; dentro de los más conocidos están las pastillas, inyecciones y condones; y aunque la gran mayoría los conoce, esto no significa que los utilicen, debido a su grado académico y su poco conocimiento técnico; la mejor muestra es que aun conociéndolos salieron embarazadas. Esto significa que aunque los conocen, no los utilizan debido a que no tienen madurez emocional, el no reconocimiento del riesgo de tener una vida sexual activa sin protección; esto es incongruente con los esfuerzos que se realizan desde las instituciones de salud que desarrollan programas de planificación focalizados. Esto nos orienta a que hay que desarrollar actividades educativas para el uso de los métodos de planificación familiar en las instituciones educativas o fortalecer las ya existentes a fin de crear conciencia de los riesgos de un embarazo, de adquirir enfermedades de transmisión sexual.

En cuanto a qué les sugieren a otras adolescentes con respecto al embarazo; la gran mayoría sugiere que planifiquen, que la adolescencia no es el momento para el embarazo, las experiencias de las adolescentes embarazadas son muy complejas, debido a la responsabilidad que asumen y renuncian a su proyecto de vida; de tal forma que éstas sugieren el uso de los métodos de planificación, expresado por la mayoría: “Que se cuiden”. También sugieren la abstinencia de relaciones sexuales, haciendo énfasis que están muy jóvenes; estas sugerencias evidencian que las adolescentes que ya pasaron por esa experiencia, tomaron conciencia de que no era la edad para embarazarse y por eso sugieren a las demás adolescentes la abstinencia, o en el mejor de los casos, sugieren el uso de métodos de planificación familiar para no salir embarazada a temprana edad.

En el caso del significado del hijo que va a tener; un porcentaje importante de adolescentes lo ve como una bendición; como una alegría para sus vidas; como “un regalo”; pero también hay un buen porcentaje de adolescentes que toman conciencia de la gran responsabilidad que tendrán que asumir al momento de tener a sus hijos consigo;

También toman conciencia de que ya no podrán hacer actividades que hacían antes de estar embarazadas; como, salir de paseo o a fiestas; ya que hay que dedicarle tiempo al futuro hijo que tendrán.

En cuanto al significado del embarazo, un porcentaje lo ve como una bendición, “un regalo de Dios”; esto denota que este porcentaje de embarazadas, no lo ven como una responsabilidad, como un compromiso, es decir; no toman conciencia plena del significado de un embarazo; en cambio hay un buen porcentaje que lo ve como una responsabilidad, “Una responsabilidad, hay que cuidarse y asistir a los controles”; asumen la responsabilidad que significa estar embarazada a temprana edad y se comprometen con el hecho de asistir a las atenciones prenatales; así como alimentarse adecuadamente, o hasta cambiar hábitos alimenticios con el fin de que todo salga bien durante el embarazo; así mismo les genera temor; por la experiencia que han pasado otras madres adolescentes; la cual se la han transmitido a ellas; “Me aflijo porque soy menor de edad”, toda la gente la aflige a uno con lo del parto”. En general se podría analizar que a pesar de todas las respuestas, ninguna está preparada para tal experiencia; pero, ya están embarazadas y tienen que afrontar esta responsabilidad, aunque no con el conocimiento o responsabilidad que debería ser, esto debido a su edad y a su nivel académico.

Por otra parte en relación al abordaje que debería tener la educación sexual que recibieron; el mayor porcentaje 90% (18 embarazadas), esta consiente que no fue la adecuada, y en algunos casos ni siquiera tuvieron educación sexual; saben o tienen

conocimientos muy limitados acerca de educación sexual, la gran mayoría concluye o responsabiliza a la deficiente educación sexual del sistema educativo; ya que consideran que deberían enseñar más acerca de este tema; es decir la gran mayoría considera que este tema le corresponde a los centros escolares enseñarlo y son muy pocas adolescentes las que se expresan acerca de no haber recibido educación sexual en la casa.” Tienen que explicar más de este tema en los centros escolares”. Solo hay 2 adolescentes que consideran que les enseñaron lo suficiente acerca de educación sexual.

El 83% de las embarazadas considera que la razón por la cual se embarazaron fue porque no se estaban “cuidando”, no estaban planificando y por eso salieron embarazadas; se puede deducir, que sabían que planificando no saldrían embarazadas; pero aun así no lo hicieron o no planearon el día que tendrían la relación sexual y se embarazaron; la adolescente embarazada tiene conocimiento de los métodos de planificación familiar; sin embargo, salen embarazadas, debido a que no toman en cuenta la necesidad de protegerse.

Un pequeño porcentaje respondió que había sido decisión personal o consensuada con la pareja y por eso decidieron el embarazo “Pues como ya estaba acompañada, decidimos que saldría embarazada” Es decir, la condición de estar “acompañada” les orienta a que deben salir embarazadas, por lo tanto no se cuidan; lo cual significa que “ellas” ya no tienen la capacidad de decidir sobre su cuerpo y su proyecto de vida; este porcentaje de embarazadas considera que el hecho de estar en unión de pareja es suficiente para tomar la decisión del embarazo; no se analiza, que se necesita más que eso, como por ejemplo estabilidad económica, tener casa propia y lo más importante, tener trabajo o medio de subsistencia para mantener al hijo que tendrán; en términos generales: tener un proyecto de vida bien establecido.

También es importante enfatizar que algunas embarazadas aunque estaban con la pareja; pero, residían en casa de sus padres; la mayoría en la casa de la mamá de la embarazada, es por eso que aun estando acompañadas, las decisiones no eran tomadas por ellos; sino, por el encargado de la casa, que en este caso eran las madres de las adolescentes.

Otro aspecto importante es que el 40% (8) de las embarazadas tenía dentro de sus planes antes de quedar embarazadas viajar hacia Estados Unidos, esto nos indica que la mayoría de las adolescentes entrevistadas considera que su futuro está allá, y que su objetivo primordial es ese, queda claro que su proyecto de vida lo vinculan a la emigración, o por la forma de crianza no toman en cuenta el estudio o no consideran que el superarse académicamente hablando les pueda abrir las puertas para un futuro mejor; un 30% considera que sus planes eran estudiar, aunque es

contradictorio, ya que la mayoría de ellas dejó de estudiar por decisión propia; sólo un 25% tenía dentro de sus planes trabajar; aunque como ya discutimos antes, en el área rural y por el nivel académico, el campo laboral es muy limitado.

También un 40% (8) refiere que hoy que están embarazadas sus planes cambiaron y que tendrán que dedicarse a cuidar a su hijo; pero también hay un buen porcentaje (5) que dentro de sus planes tienen además de dedicarse a cuidar a su hijo emigrar hacia Estados Unidos; esto nos demuestra que aunque inicialmente sus planes se frustraron con el embarazo, pero aun así esa idea continúa dentro de su agenda, es relevante ya que son personas en edad productiva y el fenómeno de la migración está muy arraigado en estas zonas del país aunado a que la gran mayoría de esta población tienen familiares en ese país y por decirlo de alguna manera, ya tendrían un periodo de adaptación más fácil; así como también conseguir trabajo de alguna manera se les facilitaría en ese país. Al final esta situación es un fenómeno que se repite y que ha sido pasado hasta por tres generaciones de familiares residentes en ese país; ya que siguen el mismo patrón de sus familiares en ese país.

VII.- CONCLUSIONES

- 1- Las adolescentes embarazadas del municipio de Dulce Nombre de María, dependen económicamente de sus padres, específicamente de sus madres ya que la figura paterna es muy escasa. A pesar de haberse acompañado, la mayoría vive con la madre de la adolescente. Por ende la autoridad del hogar lo ejerce la madre de la adolescente, y el mayor apoyo económico y moral lo reciben de ellas.
- 2- La mayoría de las adolescentes entrevistadas, no tienen un grado académico alto que les permita tener aspiraciones laborales dignas y que les permita poder sostener un hogar y mantener un hijo.
- 3- En el municipio de Dulce Nombre de María existe mucha deserción escolar; no por motivos de violencia social o por el embarazo en sí, sino porque no existe una figura de autoridad definida en los hogares que les exija ir a la escuela. Muchos niños y adolescentes se están criando en hogares disfuncionales. Esto contribuye a que los adolescentes no reciban una formación sexual y reproductiva adecuada, que les proteja contra embarazos no deseados.
- 4- Debido a la falta de formación sexual, las adolescentes no conocen sus derechos sexuales y reproductivos, haciéndolas vulnerables para que personas sin escrúpulos, y mucho mayor que ellas, las engañen con falsas promesas y las embaracen tan temprano. La mayoría no viven con su pareja.
- 5- Las adolescentes del Municipio de Dulce Nombre de María, no tienen un proyecto de vida definido y sustancioso que les permita poder desarrollarse como personas autosuficientes capaces de poder llevar las riendas de un hogar y poder sobresalir en la sociedad como profesionales.
- 6- La mayoría de adolescentes embarazadas tenían dentro de su proyecto de vida la idea de emigrar hacia Estados Unidos, ya que ven esa posibilidad como la mejor salida de su situación de pobreza o como el único medio de superación personal que existe; dejando de lado la educación como una alternativa de superación personal; es importante hacer énfasis en que este

fenómeno de la migración está bien arraigado en nuestra sociedad; sobre todo en las áreas rurales, lugares en los que consideran esta alternativa como la mejor decisión de sus vidas y también como un patrón de repetición; ya que consideran que las personas exitosas de esas zonas, solo son las que han emigrado hacia ese país.

VIII.- RECOMENDACIONES

AL MINISTERIO DE SALUD:

- 1.- Mantener y dar seguimiento a grupos como clubes de adolescentes especialmente en la población no escolarizada para difundir la promoción de salud sexual y reproductiva haciendo énfasis en la prevención del embarazo.
- 2.- Trabajar con los padres de familia y no solo con los jóvenes para mejorar la recepción del mensaje de promoción de la salud sexual y reproductiva haciendo énfasis en las ventajas de evitar tanto las enfermedades de transmisión sexual como embarazos en edades tempranas de la vida.
- 3.- Coordinar con los educadores de los centros educativos del área para mejorar la capacidad de los docentes en temas relacionados a la prevención del embarazo y evitar que la información que brindan sea errónea y cause daño a los adolescentes y sus familias.

AL MINISTERIO DE EDUCACION:

- 1.- Capacitar a sus docentes sobre la importancia de enseñar salud sexual y reproductiva sin tabúes en los centros educativos.
- 2.- Incluir en las escuelas de padres información básica sobre la prevención del embarazo y el cuidado de las adolescentes en sus hogares.
- 3.- que se desarrollen temas de Educación sexual desde el segundo ciclo de educación; y no solo a los alumnos de tercer ciclo o bachillerato.

A LOS PADRES DE FAMILIA

- 1- Fortalecer el vínculo familiar con sus hijos brindando confianza para obtener más y oportuna comunicación y detectar a tiempo los riesgos a los que son expuestas las adolescentes.
- 2.- Involucrar a los adolescentes en las actividades diarias del hogar para mejorar su autoestima e incentivarles el deseo de superación y de estudiar una carrera que les ayude a sobresalir en la vida.

3.- Que los padres tomen conciencia de que hay decisiones que los niños o adolescentes aun no pueden tomar, ya que en este estudio la mayoría de adolescentes dejaron de estudiar porque ellas tomaron esa decisión y no hubo oposición de los padres.

4.- Que los padres de familia permitan que sus hijos reciban educación sexual, tanto en los Centros Escolares como en los clubes de adolescentes que forman los establecimientos de salud; porque, hasta esta época, ellos (padres de familia) continúan siendo la piedra de tropiezo junto a las iglesias para que sus hijos reciban educación sexual en las dos instituciones.

A LAS IGLESIAS

1.- Que sean más flexibles con los hijos de sus feligreses; en el sentido de que permitan que se hable de Educación Sexual tanto en Los Centros Educativos, como en los clubes de adolescentes que forman los Centros de Salud; ya que indirectamente, ellos tienen parte de responsabilidad en un buen porcentaje de los embarazos de adolescentes; por incidir en los padres de familia, para que no se les hable de Educación Sexual a las adolescentes.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial, Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe; sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos. 2012
- 2-Barrantes A., Jiménez M., Rojas B., Vargas A. Embarazo y aborto en adolescentes. Med. leg. Costa Rica [revista en la Internet]. 2003 Mar; 20(1): 80-102. Disponible en:http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000100009&lng=es
- 3- Chávez-Galindo A.M. Estudio de diagnóstico nacional sobre el rezago educativo que presentan las madres jóvenes y las jóvenes embarazadas en relación con la educación básica. CRIM-UNAM. México, 2010.
- 4-Contextos y lógicas de la sexualidad y el embarazo en adolescentes bogotanos. Elementos para comprender la sexualidad “irresponsable”. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas Departamento de Sociología Bogotá, Colombia, 2011.
- 5-Comelles J.M., Allué X., Bernal M., Fernández-Rufete J., Mascarella M. Compiladores. Migraciones y Salud. Antropología Médica, Publicaciones URV. España 2010.
- 6- De la Peña-Fernández M.E. Conducta antisocial en adolescentes factores de riesgo y protección. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid. 2010.
- 7- Chávez-Galindo A.M. Estudio de diagnóstico nacional sobre el rezago educativo que presentan las madres jóvenes y las jóvenes embarazadas en relación con la educación básica. CRIM-UNAM. México, 2010.
- 8- De la Peña-Fernández M.E. Conducta antisocial en adolescentes factores de riesgo y protección. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid. 2010.
- 9- Donas-Burak S. (Comp.), Adolescencia y Juventud en América Latina. Libro Universitario Regional. Costa Rica, 2001.

- 10-Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA) El Salvador, Mapa de Embarazos en Niñas y Adolescentes en El Salvador, 2015, primera edición, El Salvador, julio 2016.
- 11-FLASOG, Factores relacionados con embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe; 2011.
- 12-HERNANDEZ Sampieri Roberto, etal, "Metodología de la Investigación". Primera Edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México, D.F. 1997. Págs. 505
- 13-HERNANDEZ Sampieri Roberto, etal, "Metodología de la Investigación". Segunda Edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México, D.F. 1998. Págs. 171
- 14-Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Mujeres y hombres en México. 6o Edición. México 2009.
- 15-Manrique R. Rivero A., Ortuño M., Rivas M., Cardozo R. Guevara H Parto pretermino en adolescentes. Revista de Obstetricia y Ginecología, Venezuela (revista en internet)2008 Sept;68(3):141-143.Disponible en]: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000300002&lng=es.
- 16-*Manual de Prácticas Clínicas para la atención de la adolescencia*. Dra. Susana Pineda Pérez. Dra. Miriam Aliño Santiago. Cuba 2010.1.
- 17-Ramírez-Daza J.A. Contextos y lógicas de la sexualidad y el embarazo en adolescentes bogotanos. Elementos para comprender la sexualidad "irresponsable". Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas Departamento de Sociología Bogotá, Colombia, 2011.
- 18- Ministerio de Salud, Coordinación Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Guías de manejo de las complicaciones en el embarazo. Panamá, 2009.
- 19- Ministerio de Salud/ Instituto Nacional de Salud, Maternidad y unión en niñas y adolescentes: Consecuencias en la vulneración de sus derechos. El Salvador 2015. Primera lectura de datos. San Salvador, El Salvador; noviembre del 2015.
- 20- MINSAL, Informe de labores, 2014 – 2015.

- 21- Organización Mundial de La Salud, Trabajando con Individuos, Familias y Comunidades; para mejorar la salud materna y neonatal, 2010.
- 22- Organización Mundial de la Salud (OMS). La atención primaria de salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. Suiza, 2009
- 23-Organización Panamericana de la Salud; *Perfil de Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe. Serie OPS/FNUAP N° 1.*
- 24-ORTIZ Uribe Frida Gisela, “Diccionario de Metodología de la Investigación Científica”. Primera Edición. Editorial Limusa, S.A de C.V. México, D.F. 2003. Págs. 171.
- 25-Secretaria de salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano. Construyendo alianzas para una mejor salud. 1er Edición. México 2007.
- 26-TAYLOR S.J etal, “Introducción a los métodos cualitativos de la investigación”.Primera Edición. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina 1984.
- 27-UNICEF. Programming for safe motherhood. UNICEF Headquarters. Health, programme division 2005.
- 28- UNICEF, CONNA: Informe de situación de la niñez y la adolescencia en El Salvador. Noviembre 2015.
- 29- UNICEF/PLAN, vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes; 2014.
- 30- Vázquez Y., El docente como orientador de información sexual en los liceos bolivarianos de la parroquia Ayacucho Cumaná estado Sucre. Universidad de Oriente Núcleo de Sucre Escuela de Humanidades y Educación. Cumaná, 2009.

ANEXOS

REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RIISS)

A partir del 2010 y con la puesta en marcha de la Reforma de Salud; el Sistema Nacional de salud sufre un cambio en su estructura y funciones; de tal manera que surgen las Micro redes.

Estructura y Organización de las RIISS en el Ministerio de Salud:

En su estructura organizativa el Ministerio de Salud está conformado actualmente por tres niveles: superior, regional y local, representado por los SIBASI.

La provisión de los servicios de salud de las RIISS del Ministerio de Salud se organiza a partir de la caracterización y agrupación de los mismos, en tres niveles de diferente complejidad:

1.- Primer nivel de atención: Equipos Comunitarios de Salud Familiar (Ecos Familiares). Equipos Comunitarios de Salud Intermedios (Ecos Intermedios) y Equipos Comunitarios de Salud Especializados (Ecos Especializados), Centros Rurales de Nutrición y Salud (CRNS), Casas de Espera Materna y Casas de Salud, como integrantes de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) básicas, Intermedias y Especializadas.

2.- Segundo Nivel de Atención: hospitales de jurisdicción municipal (hospitales básicos) y hospitales departamentales.

3.- Tercer Nivel: hospitales regionales y hospitales especializados.

Las RIISS del Ministerio de Salud se conforman a partir de la integración progresiva de los establecimientos de salud existentes, con estructuras y organizaciones nuevas que se interrelacionan en redes en forma flexible de la siguiente manera:

Micro Red Municipal.

Está conformada por las UCSF Básicas, Intermedias, Casas de Espera Materna, Centros Rurales de Nutrición y Salud, casas de salud y Hospital básico de segundo nivel, en caso de contar con estos, así como la sede del promotor de salud, dentro del área de un municipio.

Micro Red Intermunicipal.

Está conformada por las UCSF Básicas, Intermedias y Especializadas, y hospitales municipales, Casas de Espera Materna, Centros Rurales de Nutrición y Salud, casas de salud en caso de contar con estos, así como la sede del promotor de salud, de varios municipios.

Cabeza de Micro Red.

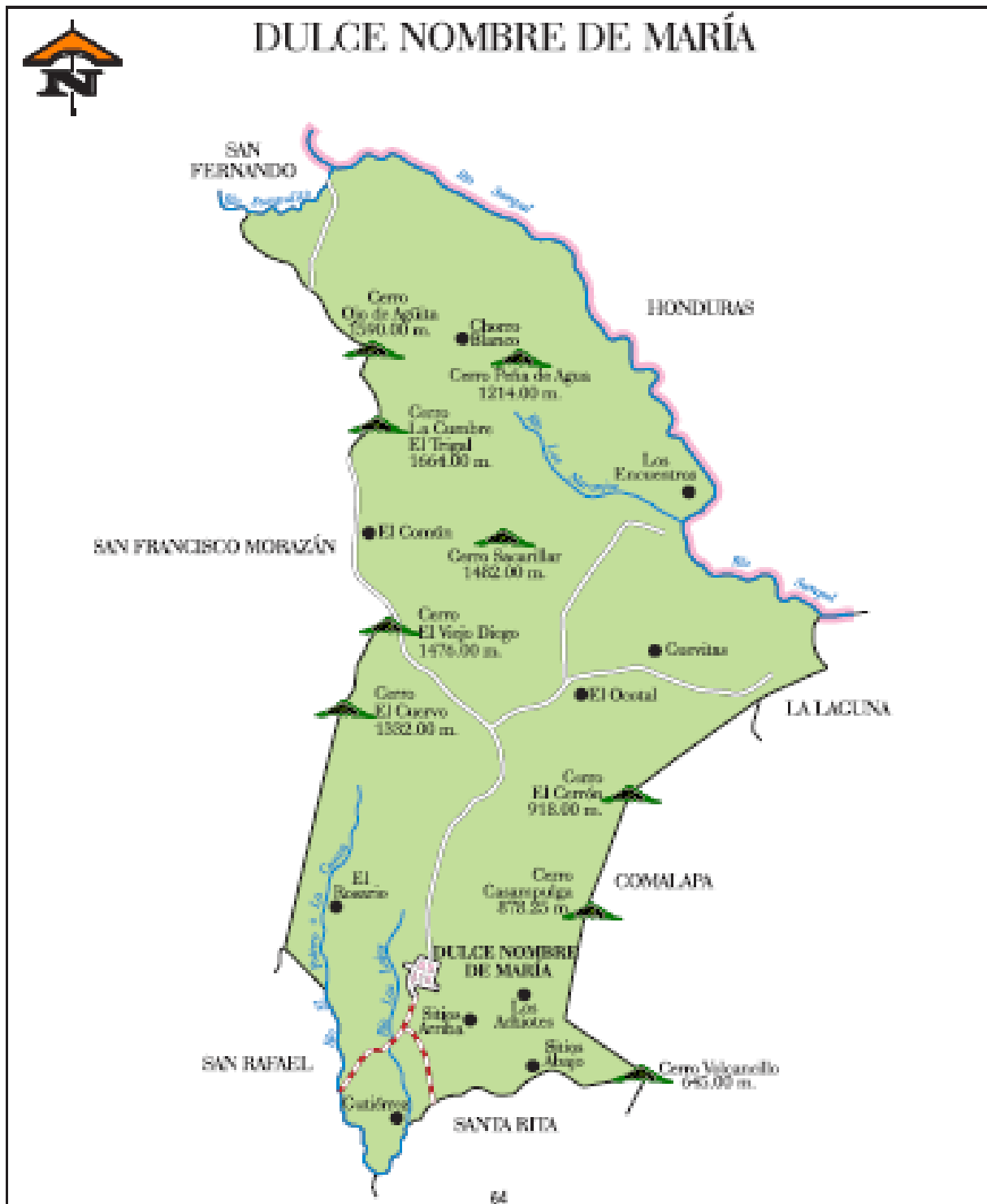
Se define a la UCSF Intermedia o Especializada de mayor capacidad instalada, resolutivez y accesibilidad a todos los establecimientos que la integran; siendo esta la que coordinara al conjunto de UCSF de su micro red y será representada por el director de dicha UCSF. En caso de haber más de una UCSF en el municipio, la coordinación se asignara a la de mayor complejidad.

En el caso de la Micro Red de Dulce Nombre de María; está conformada por dos UCSF Básicas; Gutiérrez y El Ocotál; y por una UCSF Especializada que es la UCSFE de Dulce Nombre de María; la cual a su vez es la que coordina la Micro red Intermunicipal y también es la cabeza de micro red.

El Municipio de Dulce Nombre de María se encuentra a 77 kilómetros de San Salvador en el Departamento de Chalatenango, con una extensión territorial de 78 km cuadrados aproximadamente; y a 400mts sobre el nivel del mar. Limita al norte con el municipio de San Fernando y cordillera Alotepeque de Metapán que limita con Honduras; al sur con los municipios de San Rafael y Santa Rita, al oriente con el municipio de Comalapa y al poniente con el municipio de San Francisco Morazán. Está constituido por 9 cantones y 39 caseríos.



DULCE NOMBRE DE MARÍA





UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
ESCUELA DE MEDICINA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA



OBJETIVO GENERAL: Analizar las condiciones socio familiares de las adolescentes embarazadas inscritas en el programa de atención materna de la Micro Red de Dulce Nombre de María, Chalatenango.

CUESTIONARIO

OBJETIVO 1: Identificar las características familiares asociadas a los embarazos de adolescentes

Edad: _____ Procedencia: _____ Nivel estudiado: _____

Responsable del hogar _____ N° de hermanos _____

1.- En su familia quien la apoya a usted? _____

2.- Que tipo de apoyo recibe? _____

3.- Con quien vive usted? _____

4.- En su casa quien establece las reglas de convivencia? _____

5.- A qué edad fue madre su mama? _____

6.- Quien la apoya hoy que esta embarazada? _____

7.- Que hará para mantener a su hijo? _____

8.- Si la respuesta a la pregunta anterior fue trabajar; de que va a trabajar? _____

9.- Que opinan sus padres de su embarazo? _____

10.- Que significa para usted el apoyo que recibe de sus padres u otros? _____

Objetivo 2: Condiciones sociales que influyen en el embarazo.

11.- Hasta qué grado estudio? _____

12.- Porque dejo de estudiar? _____

13.- Que sabe usted sobre educación sexual? _____

14.- Que opina usted de la educación sexual que recibió de sus padres o profesores? _____

15.- Conoce los métodos anticonceptivos? _____

16.- Cuales métodos conoce? _____

17.- Quien le explico acerca de los métodos de planificación familiar? _____

18.- Conoce usted los derechos del adolescente? _____

19.- Cuales derechos o leyes que protegen al adolescente conoce? _____

Objetivo 3: Analizar el proyecto de vida de las adolescentes.

20.- Cuales eran sus planes antes de estar embarazada? _____

21.- Cuales son sus planes ahora? _____

22.- Que le sugiere usted a las adolescentes en general, en cuanto al embarazo? _____

23.- Cual era su ideal reproductivo? (cuantos hijos planeaba tener?) _____

24.- A los cuantos años planeaba tener sus hijos? _____

25.- Que hará usted después de su embarazo? _____

26.-Que significa el hijo/a para usted? _____

27.- Que significa para usted el embarazo? _____

28.- Que sugiere usted sobre la orientación sexual que debe recibir? _____

29.- Según su criterio, porque se embarazo? _____

TABLAS

1.- Generalidades:

Edad:

Edad	14	15	16	17	18	19
Total	1	1	4	4	6	4

Procedencia	Edad					
	14	15	16	17	18	19
UCSF Gutiérrez	1	1	3	2	4	1
UCSF El Ocotil			1	2	2	1
UCSF Dulce Nombre de María					4	2
Total	1	1	4	4	6	4

1.- Quien la apoya hoy que está embarazada

Embarazada	Mamá	Pareja	Otro familiar	Nadie	Total
1.-Verónica	X	X			2
2.-Estefany		X	X		2
3.-Wendy	X				1
4.-W Carolina	X		X		2
5.-Carolina L	X				1
6.-Morelia		X			1
7.-Sandra	X	X			2
8.- Emma				X	1
9.- Roxana	X				1
10.- Cecilia	X				1
11.- Adelina(O)	X				1
12.- Jacqueline (O)	X				1
13.- Juana M° (O)	X				1
14.- Rosa E (O)	X				1
15.- Ana Guadalupe	X	X			1
16.- Karla Beatriz	X		X		2
17.- Carmen Elena	X		X		2
18.- Hazel Carolina	X		X		2
19.- Rosa Elena	X				1
20.- Joselyn Vanesa	X		X		2
Total	16	5	6	1	28

2.- Que tipo de apoyo recibe?

Apoyo			
	Emocional	Económico	Consejos
	8	11	5
Total	8	11	5

3.- Con quien vive usted?

	Mamá	Pareja	Otro familiar
Total	9	6	2

4.- En su casa quien establece las reglas de convivencia?

	Mamá	Pareja	Ambos	Otro familiar
TOTAL	9	1	2	2

5.- A qué edad fue madre su mamá?

Edad						
	15	16	17	18	19	20
Total	3	1	1	7		2

6.-Que hará para mantener a su hijo?

Embarazada	Trabajar	Cuidarlo	Estudiar	No se
	8	11		1
Total	8	11		1

11.- Hasta qué grado estudio?

Embarazada	1° Ciclo	2° Ciclo	3° Ciclo	Bachillerato
1.- Verónica		1		
2.- Estefany				1
3.- Wendy			1	
4.- W. Carolina		1		
5.- Carolina L			1	
6.- Morelia			1	
7.- Sandra		1		
8.- Emma		1		
9.- Roxana			1	
10.- Cecilia		1		
11.- Adelina (O)			1	
12.- Jacqueline (O)		1		
13.- Juana m (O)	1			
14.- Rosa E (O)			1	
15.- Carmen Elena			1	
16.- Ana Guadalupe		1		
17.- Karla B			1	
18.- Hazel Carolina			1	
19.- Cecilia Arely		1		
20.- Sandra Maribel			1	
Total	1	8	10	1

13.- Conoce los métodos de Planificación Familiar?

Embarazada	Si	No
1.- Verónica	1	
2.- Estefany	1	
3.- Wendy	1	
4.- W. Carolina	1	
5.- Carolina L	1	
6.- Morelia	1	
7.- Sandra	1	
8.- Emma		1
9.- Roxana	1	
10.- Cecilia	1	
11.- Adelina (O)	1	
12.- Jacqueline (O)	1	
13.- Juana M° (O)	1	
14.- Rosa E (O)	1	
15.- Nery	1	
16.- Carmen Elena	1	
17.- Ana Guadalupe	1	
18.-Karla B	1	
19.-Hazel Carolina	1	
20.- Sandra M	1	
Total	19	1

14.- Cuales métodos de planificación conoce?

Embarazada	Pastillas	Inyecciones	Condomes	DIU	Intradérmicos
1.- Verónica	1	1	1		
2.- Estefany	1	1	1	1	1
3.-Wendy	1	1	1		
4.- W. Carolina	1	1	1	1	1
5.- Carolina L	1	1	1		
6.- Morelia	1	1	1	1	
7.- Sandra	1	1	1		
8.- Emma					
9.- Roxana	1	1	1		
10.- Cecilia	1	1	1		
11.- Adelina (O)	1	1			
12.- Jacqueline	1	1	1	1	
13.- Juana M° (O)	1	1			
14.- Rosa E (O)	1	1	1	1	
15.- Hazel Carolina	1	1	1		
16.- Karla Beatriz	1	1	1		
17.- Ana Guadalupe	1	1			
18.- Carmen Elena	1	1	1	1	
19.- Sandra Maribel	1	1	1		
Total	19	19	15	6	2

15.- Quien le explico acerca de los métodos de Planificación Familiar?

Embarazada	Escuela	Clínica	Padres	Amigos	Medios de comunicación
	2	12	4	11	
Total	2	12	4	11	

19.- Cual era su ideal reproductivo (Cuantos hijos planeaba tener)?

Ideal reproductivo				
	1 hijo	2 hijos	3 hijos	Los que Dios me de
Total		16	3	1

20.- A los cuantos años planeaba tener sus hijos?

Años					
	19	20	21	22	23 o mas
Total	2	13	2	1	2