

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
TRABAJO DE GRADUACIÓN**



**FACTORES BIOPSIICOSOCIALES QUE CONLLEVAN A
EMBARAZOS EN ADOLESCENTES DE 12 A 19 AÑOS QUE
CONSULTAN EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE
SALUD FAMILIAR LOLOTIQUE, TIERRA BLANCA DEL
MUNICIPIO DE CHIRILAGUA Y EQUIPO COMUNITARIO
DE SALUD FAMILIAR LA TRINIDAD DEL MUNICIPIO DE
CHAPELTIQUE, SAN MIGUEL, AÑO 2013.**

PRESENTADO POR:

Evelyn Yaneth Campos de Cruz
Keny Sórayma Castro Girón
Elmer Ernesto Chávez Araniva

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA LA OBTENCIÓN
DEL GRADO ACADÉMICO:
DOCTOR EN MEDICINA**

DOCENTE ASESOR:

Dr. Amadeo Arturo Cabrera Guillén.

Noviembre de 2013
San Miguel, El Salvador, Centro América.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

INGENIERO MARIO ROBERTO NIETO LOVO

RECTOR

MAESTRA ANA MARIA GLOWER DE ALVARADO

VICERRECTORA ACADÉMICA

(PENDIENTE DE ELECCIÓN)

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

DOCTORA ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA

SECRETARIA GENERAL.

LICENCIADO FRANCISCO CRUZ LETONA

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

MAESTRO CRISTOBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ

DECANO

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DIAZ

VICEDECANO

MAESTRO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ

SECRETARIO

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

**DIRECTORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN
DE LA FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AUTORIDADES

DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY

JEFE DEL DEPARTAMENTO

DOCTOR ARTURO AMADEO CABRERA GUILLÉN

**COORDINADOR GENERAL DE PROCESOS DE
GRADUACIÓN DE LA CARRERA DE MEDICINA**

DOCTORA NORMA OZIRIS SÁNCHEZ DE JAIME

DOCTOR HENRY RIVERA VILLATORO

MIEMBROS DE LA COMISIÓN COORDINADORA

ASESORES DE LA INVESTIGACIÓN

DOCTOR AMADEO ARTURO CABRERA GUILLÉN

DOCENTE ASESOR

**LICENCIADO JOAQUIN ARÍSTIDES HERNÁNDEZ
CASTRO**

ASESOR DE ESTADÍSTICA

**MAESTRA SONIA MARGARITA DEL CARMEN
MARTÍNEZ**

MAESTRA OLGA YANETT GIRÓN DE VÁSQUEZ

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

ASESORAS DE METODOLOGÍA

JURADO CALIFICADOR

**DOCTOR AMADEO ARTURO CABRERA GUILLÉN
DOCENTE ASESOR**

**MAESTRO CARLOS ALFREDO MARTÍNEZ LAZO
JURADO CALIFICADOR**

**DOCTOR RENÉ MERLOS RUBIO
JURADO CALIFICADO**

TABLA DE CONTENIDO

PÁG.

| | |
|---|----|
| LISTA DE TABLAS..... | ix |
| LISTA DE GRÁFICAS..... | x |
| LISTA DE ANEXOS..... | xi |
| RESUMEN..... | xv |
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| 1.1 Antecedentes del objeto de estudio..... | 1 |
| 1.2 Enunciado del problema..... | 8 |
| 1.3 Justificación del estudio..... | 8 |
| 1.4 Objetivos de la investigación..... | 10 |
| 2. MARCO TEÓRICO..... | 11 |
| 3. SISTEMA DE HIPÓTESIS..... | 19 |
| 4. DISEÑO METODOLÓGICO..... | 22 |
| 5. RESULTADOS..... | 26 |
| 6. DISCUSIÓN..... | 72 |
| 7. CONCLUSIONES..... | 74 |
| 8. RECOMENDACIONES..... | 75 |
| 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 76 |

LISTA DE TABLAS**PÁG.**

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Distribución de la población por cada UCSF Y ECOSF..... | 22 |
| Tabla 2. Distribución de la población según la edad..... | 26 |
| Tabla 3. Edad menarca..... | 27 |
| Tabla 4. Paridad..... | 28 |
| Tabla 5. Inicio de relaciones sexuales..... | 29 |
| Tabla 6. Número de parejas sexuales..... | 30 |
| Tabla 7. Percepción que tienen sobre ellas..... | 32 |
| Tabla 8. Presencia de pensamientos de inferioridad en la paciente..... | 33 |
| Tabla 9. Aceptada durante la infancia y la adolescencia..... | 34 |
| Tabla 10. Apoyo emocional durante su desarrollo sexual..... | 35 |
| Tabla 11. Responsable que brindo apoyo emocional durante su desarrollo sexual..... | 36 |
| Tabla 12. Proyecto de vida previo al embarazo..... | 37 |
| Tabla 13. Charlas sobre autoestima y valores..... | 38 |
| Tabla 14. Responsables de brindar charlas sobre autoestima y valores..... | 39 |
| Tabla 15. Presión para tener relaciones sexuales..... | 40 |
| Tabla 16. Abuso sexual previo al embarazo..... | 41 |
| Tabla 17. Procedencia geográfica..... | 42 |
| Tabla 18. Paciente lee y escribe..... | 43 |
| Tabla 19. Deserción escolar..... | 44 |
| Tabla 20. Nivel de escolaridad..... | 45 |
| Tabla 21. Ocupación..... | 46 |
| Tabla 22. Estado familiar..... | 47 |
| Tabla 23. Convivencia con ambos padres previo al embarazo..... | 48 |
| Tabla 24. Causa por la que no convivía con ambos padres previo al embarazo..... | 49 |
| Tabla 25. Número de personas que convivían en el hogar previo al embarazo..... | 50 |
| Tabla 26. Dependencia económica previo al embarazo..... | 51 |
| Tabla 27. Ingreso económico al mes..... | 52 |
| Tabla 28. Ingreso económico producto de remesas..... | 53 |
| Tabla 29. Grupo religiosa..... | 54 |
| Tabla 30. Nivel de religiosidad..... | 55 |
| Tabla 31. Revisión de pornografía..... | 56 |
| Tabla 32. Motivación para la revisión de pornografía..... | 57 |
| Tabla 33. Medio utilizado para acceder al material pornográfico..... | 58 |
| Tabla 34. Persona con la que reviso material pornográfico..... | 59 |
| Tabla 35. Información sobre prevención del embarazo..... | 60 |
| Tabla 36. Persona de quien recibió información sobre prevención..... | 61 |
| Tabla 37. Conocimientos sobre métodos de planificación familiar..... | 62 |
| Tabla 38. Métodos de planificación familiar conocidos..... | 63 |
| Tabla 39. Utilización de métodos de planificación familiar..... | 64 |
| Tabla 40. Entidad que le proporcione métodos de planificación familiar..... | 65 |
| Tabla 41. Conocimientos sobre indicaciones y efectos adversos de los métodos..... | 66 |
| Tabla 42. Abastecimiento de métodos de planificación familiar..... | 67 |
| Tabla 43. Frecuencia de los factores biopsicosociales relacionados e individualizados..... | 68 |

LISTA DE GRÁFICOS

PÁG.

| | |
|---|----|
| Gráfica 1. Distribución de la población según la edad..... | 27 |
| Gráfica 2. Edad menarca..... | 28 |
| Gráfica 3. Paridad..... | 29 |
| Gráfica 4. Inicio de relaciones sexuales..... | 30 |
| Gráfica 5. Número de parejas sexuales..... | 31 |
| Gráfica 6. Percepción que tienen sobre ellas..... | 32 |
| Gráfica 7. Presencia de pensamientos de inferioridad en la paciente..... | 33 |
| Gráfica 8. Aceptada durante la infancia y la adolescencia..... | 34 |
| Gráfica 9. Apoyo emocional durante su desarrollo sexual..... | 35 |
| Gráfica 10. Responsable que brindo apoyo emocional durante su desarrollo..... | 36 |
| Gráfica 11. Proyecto de vida previo al embarazo..... | 37 |
| Gráfica 12. Charlas sobre autoestima y valores..... | 38 |
| Gráfica 13. Responsables de brindar charlas sobre autoestima y valores..... | 39 |
| Gráfica 14. Presión para tener relaciones sexuales..... | 40 |
| Gráfica 15. Abuso sexual previo al embarazo..... | 41 |
| Gráfica 16. Procedencia geográfica..... | 42 |
| Gráfica 17. Paciente lee y escribe..... | 43 |
| Gráfica 18. Deserción escolar..... | 44 |
| Gráfica 19. Nivel de escolaridad..... | 45 |
| Gráfica 20. Ocupación..... | 46 |
| Gráfica 21. Estado familiar..... | 47 |
| Gráfica 22. Convivencia con ambos padres previo al embarazo..... | 48 |
| Gráfica 23. Causa por la que no convivía con ambos padres..... | 49 |
| Gráfica 24. Número de personas que convivían en el hogar..... | 50 |
| Gráfica 25. Dependencia económica previo al embarazo..... | 51 |
| Gráfica 26. Ingreso económico al mes..... | 52 |
| Gráfica 27. Ingreso económico producto de remesas..... | 53 |
| Gráfica 28. Grupo religiosa..... | 54 |
| Gráfica 29. Nivel de religiosidad..... | 55 |
| Gráfica 30. Revisión de pornografía..... | 56 |
| Gráfica 31. Motivación para la revisión de pornografía..... | 57 |
| Gráfica 32. Medio utilizado para acceder al material pornográfica..... | 58 |
| Gráfica 33. Persona con la que reviso material pornográfico..... | 59 |
| Gráfica 34. Información sobre prevención del embarazo..... | 60 |
| Gráfica 35 Persona que le proporcione información de la información..... | 61 |
| Gráfica 36. Conocimientos sobre métodos de planificación familiar..... | 62 |
| Gráfica 37. Métodos de planificación familiar conocidos..... | 63 |
| Gráfica 38. Utilización de métodos de planificación familiar..... | 64 |
| Gráfica 39. Entidad que le proporcione métodos de planificación familiar..... | 65 |
| Gráfica 40. Conocimientos sobre indicaciones y efectos adversos de los métodos..... | 66 |
| Gráfica 41. Abastecimiento de métodos de planificación familiar..... | 67 |

LISTA DE ANEXOS

PÁG.

| | |
|--|----|
| Anexo 1. Cronograma de actividades..... | 82 |
| Anexo 2. Presupuesto y financiamiento..... | 83 |
| Anexo 3. Certificado de consentimiento..... | 84 |
| Anexo 4. Modelo de la guía de entrevista..... | 85 |
| Anexo 5 Tabla de la Distribución normal estandarizada..... | 90 |
| Anexo 6 Glosario..... | 93 |

AGRADECIMIENTOS

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

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

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

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

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

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

A las adolescentes: De las comunidades de Lolotique, Tierra Blanca y La trinidad Chapeltique que voluntaria y desinteresadamente colaboraron con nuestra investigación.

**Evelyn Yaneth Campos Rubio
Keny Sórayma Castro Girón
Elmer Ernesto Chávez Araniva**

DEDICATORIA

A DIOS: Principalmente porque sin el nada somos, porque pese a todas las adversidades me has dado la fuerza y los medios para enfrentarlas y sacarme victoriosa. Te amo Dios

A mi Mami: no tengo las palabras suficientes para agradecerle todo lo que ha hecho por mí, solo se me viene a la mente una estrofa de una canción que al escucharla siempre pienso en ella que dice: “tú me sabes bien cuidar, tu me sabes bien guiar, todo lo haces muy bien tú, ser muy buena es tu virtud” Mamita sin usted esto no hubiera sido posible, MIL GRACIAS...!!! La amo...!

A mi esposo Herberth Luis: gracias por tu apoyo incondicional y soportarme mis caprichos y berrinches en mis momentos de estrés, a ti te debo parte de este triunfo, gracias por toda tu comprensión, por hacerla de amigo, hermano, tutor, maestro, novio y pues claro tu mejor papel el de papa de mis hijos y esposo TE AMO...!!! Y gracias a tus padres y hermanita, sin duda alguna me han apoyado muchísimo

A mis hijos Luis Fernando y Herberth David: no puedo describir de mejor manera la presencia de sus vidas en mi vida que como la más grande bendición que Dios me ha dado, ustedes han sido mi combustible que me mueve a lo imposible, los amo con todas las fuerzas de mi corazón, si no hubiera sido por ustedes no hubiera luchado hasta lograrlo, hijos decirles que los amo es poco...

A mis tios Mama Mila y Papa Tavo: ustedes han sido como otros Padres para mí, gracias por consentirme y apoyarme cuando lo he necesitado, este triunfo también se los dedico a ustedes, por ser tan buenos, los amo muchísimo.

A mis hermanos Leonard y Gerson: gracias chinitos por que han creído en mí, gracias por apoyarme en todo momento, ustedes me han inspirado a seguir adelante, los amo.

A mi amiga del alma Keny: tú has estado ahí desde que iniciamos la carrera, sos como una hermana para mí, gracias porque me has apoyado en todos los momentos difíciles de mi vida, porque muchas veces hasta te has sacrificado para hacerlo, sobre todo gracias por quererme a mis changos, eso no tiene precio, te quiero amiguita =)

A mis amig@s: Ruth te quiero vichita, gracias por apoyarme, Elmer Chavez, Kenia, a la tocaya y a todos los demás que no los nombro por falta de espacio, gracias =).

A Yaya: la mujer que ha cuidado a mis bebés en estos últimos 3 años, ha sido indispensable porque ha sido quien ha tenido que brindarle los cuidados que yo no podía darles en algunas ocasiones, gracias

Evelyn Yaneth Campos de Cruz

DEDICATORIA

A Dios, Por ser mi faro en las noche más oscura, por sus incontables bendiciones. Sin Ti, yo sería como una veleta sin dirección..

A mis padres, por creer en mí, hasta en los momentos más difíciles. Que han cuidado, guiado y me han hecho entender que la educación es la mejor fortuna que se le hereda a un hijo. Por su amor incondicional, por sus palabras de aliento, por su ejemplo.

A mi Yayá, que se convirtió en mi segunda madre, por sus palabras tan sabias y llenas de amor.

A mis hermanas, Marié, Pato y Maggy. Por su inmenso cariño, por el orgullo- inmerecido en muchas ocasiones- que tienen hacia mí.

A mis Sobrinitas, Arianna y Brianna, porque se han vuelto en tan corto tiempo, seres imprescindibles en mi vida.

A mis compañeros de Tesis, Totto y Elmer, por su valiosa amistad y comprensión. Esas noches interminables y llenas de estrés que hicieron más fuerte nuestros lazos de amistad. Los quiero niños.

A mis maestros y todas aquellas personas que se detuvieron por un momento a enseñarme algo nuevo. Gracias infinitas.

A mis Amigas/o, Alexandra, Ruthy, Llort, Jesselyn, Eve, Caro y Elo Por esa hermosa amistad, que se conserva intacto a pesar de los años.

A la UCSF de Lolotique y todo su personal, gracias por su ayuda, por acogerme en ese pequeño grupo tan maravilloso en el que se vive un compañerismo excepcional.

A las adolescentes embarazadas, que colaboraron para la realización de este estudio. Sin ustedes no habría sido posible.

Keny Sórayma Castro Girón

RESUMEN

El embarazo en adolescentes constituye un problema creciente principalmente en países en vías de desarrollo como el nuestro, presentándose cada vez a edades más precoces. **OBJETIVO:** Investigar los factores biopsicosociales que conllevan a embarazos en las adolescentes de 12 a 19 años que consultan en la Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) Lolotique, Tierra Blanca del municipio de Chirilagua y Equipo Comunitario de Salud Familiar (ECOSF) La Trinidad, Chapeltique, año 2013. **METODOLOGIA:** Se realizó un estudio prospectivo de corte transversal y descriptivo, se tomo una población de 68 adolescentes embarazadas que asistieron a controles prenatales en las diferentes unidades en estudio; se aplicaron criterios de exclusión e inclusión. La unidad de información fue: la adolescente embarazada de 12 a 19 años y el instrumento a utilizar fue una cédula de entrevista que constaba de 41 preguntas, de las cuales 34 fueron cerradas y 7 abiertas, referentes a las variables. Se paso la entrevista a 33 adolescentes de UCSF Lolotique, 30 de UCSF Tierra Blanca y 5 adolescentes de ECOSF La Trinidad, Chapeltique. **RESULTADOS:** Como resultados más sobresalientes en el aspectos biológicos, se observó que el grupo etario más afectados por embarazos fue el comprendido entre los 17 y 19 años (representando un 53%); su menarca se dio dentro del rango de los 11 y 13 años (58.8%) y manifestaron como inicio de su vida sexual entre los 13 y 16 años siendo este un 38.2%; con una sola pareja sexual previo a su embarazo en un 63.2% la mayoría descartó haber sido víctimas de abuso sexual o sufrir algún tipo de presión para la práctica sexual, siendo sostenida por decisión propia. En relación a los aspectos psicológicos se identificó ausencia de proyectos de vida, sin embargo no refieren mayor alteración en la percepción de sí mismas. En lo social la mayoría de adolescentes provenían del área rural (88.2%), factores como la desintegración familiar no fue detecto como factor influyente, así como el aspecto económico. Se descarto la revisión de pornografía como un factor que influyente. Se identifico también que la falta de conocimientos sobre uso adecuado y abastecimiento de métodos de planificación familiar, no fueron contributarios para que se presentes los embarazos. **CONCLUSION** En este trabajo se comprobó la hipótesis de investigación, donde se demostró que los factores biopsicosociales son los determinantes para la presentación de los embarazos en las adolescentes.

PALABRAS CLAVES: Embarazo en las adolescentes, factores biológicos, factores psicólogos, factores sociales, accesibilidad a métodos de planificación familiar.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 ANTECEDENTES DEL OBJETO DE ESTUDIO

El embarazo en adolescente es un problema de salud pública relevante con una alta tasa de complicaciones maternas y fetales, aunque el embarazo es una condición fisiológica, cuando se presenta en la adolescencia se convierte en un problema complejo con un alto costo social y personal.

Más del 10% de los nacimientos que se registran anualmente en el mundo se producen en madres adolescentes. Cada año nacen 15 millones de niños de madres adolescentes. Cada día, 41,095; cada hora, 1,712. El 81% de los hombres adultos jóvenes tuvo relaciones sexuales por primera vez antes de los 20 años, en comparación con el 61% de las mujeres. Una mayor proporción de hombres de áreas urbanas que de rurales tuvo relaciones sexuales antes de los 20 años (86% vs. 72%), pero casi no hay diferencia en las mujeres según la residencia (59-62%).⁽¹⁾

Entre 25 y 108 de cada 1.000 jóvenes de 15 a 19 años son madres en los países de América Latina y el Caribe, según datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), que ponen de relieve la alarmante situación de la maternidad adolescente.

La mayor proporción de embarazos adolescentes de la región se registra en varios países de Centroamérica como Nicaragua, Honduras y Guatemala, así como en Venezuela, República Dominicana y Ecuador. Mientras los índices de maternidad tienden a disminuir en todos los grupos de edad de los países de la región, continúan en aumento en el grupo de adolescentes de entre 15 y 19 años.

Las adolescentes prácticamente han duplicado su aporte a la fecundidad total, pasando a representar un 14,3 % en 2000-2005, según la CEPAL. Este incremento se da en países con distinto nivel de desarrollo económico, nivel educativo e incidencia de la pobreza, lo que revela la complejidad del fenómeno.

El embarazo adolescente también pone de relieve la violencia sexual contra las mujeres. Una de las regiones más afectadas por este problema es Centroamérica, donde Nicaragua encabeza la lista, ya que el 27 por ciento de las nicaragüenses que tienen entre 15 y 19 años son madres.

De la población de mujeres embarazadas en Honduras, el 30 por ciento son menores de 18 años, según registros de la Secretaría de Salud. Según un reciente estudio de la Fiscalía de la Niñez hondureña, el 50 por ciento de los embarazos en menores tienen su origen en violaciones. En muchos casos, los violadores de las menores de edad son sus familiares.

En El Salvador la mayoría de embarazos en adolescentes también están relacionados con la violencia sexual, dijo recientemente el coordinador residente del Sistema de Naciones Unidas en este país centroamericano, Roberto Valent. En 2010, del total de mujeres

salvadoreñas víctimas de violencia sexual, un 84 por ciento fueron niñas y adolescentes menores de 20 años y un 16 por ciento menores de 10 años, según datos de la ONU. En El Salvador también se ha observado una relación entre el suicidio y el embarazo adolescente, ya que entre todas las mujeres que mueren entre 10 y 19 años de edad la principal causa de muerte, según los datos del Ministerio de Salud, es el suicidio.

Los casos de embarazos de adolescentes se han incrementado de forma alarmante en Guatemala en los últimos años. Según la Encuesta Nacional Materno Infantil 2008-2009, existen en el país 114 madres de 10 a 20 años, por cada mil habitantes.

En Costa Rica el embarazo precoz sigue siendo un problema, mientras que en Panamá la cantidad de menores embarazadas ha disminuido en los dos últimos años.

Venezuela está a la cabeza de embarazos juveniles en Suramérica. El Gobierno venezolano lanzó en diciembre pasado campañas publicitarias e inició talleres de educación sexual en las escuelas, mientras que el presidente Hugo Chávez calificó de "alarmantes" las cifras de embarazos precoces y reveló que de los 591.303 partos de 2010, 130.888 fueron de menores de 19 años y 7.778 de madres menores de 15 años.

Tras Venezuela, una de las tasas más altas de América Latina se registra en Ecuador, donde más del 17 % de las jóvenes de entre 15 y 19 años son madres. El Gobierno ecuatoriano se ha planteado como meta reducir para 2013 en un 25 % los embarazos entre adolescentes para lo que invertirá 29 millones de dólares este año y 28 millones en 2013 en una campaña que tiene como eslogan "Habla Serio. Sexualidad sin misterios".

En República Dominicana, donde el 20 % de los embarazos que se registran corresponden a menores de edad, el gobierno también ha puesto en marcha recientemente el Plan Nacional de Prevención del Embarazo en la Adolescencia, cuya ejecución está prevista hasta 2016. Otro aspecto a destacar es el de alta mortalidad materna entre las adolescentes. Los embarazos en adolescentes representan la tercera causa de muerte en la nación caribeña.

En Colombia, donde cada día 19 niñas menores de 15 años alumbran un niño y 90 de cada mil adolescentes resultan embarazadas cada año, lo que más preocupa también es la alta mortalidad de mujeres gestantes pese a que el 97 % de los partos son atendidos en hospitales.

El 15,6 por ciento de los nacidos vivos en Argentina son de madres adolescentes, pero la cifra aumenta en las provincias más pobres del país, como la noroesteña Chaco, donde asciende al 25,7 por ciento, según datos oficiales.

En el otro extremo se encuentra la ciudad de Buenos Aires, donde el 6,8 por ciento de los niños son de madres menores de 20 años.

En Uruguay, el porcentaje de embarazos adolescentes es similar al del resto de Sudamérica. Entre 2000-2005 fue de 64 cada 1.000 mujeres.

Las mujeres paraguayas comienzan su etapa reproductiva a edad temprana: el 10,2% de las adolescentes entre 15 y 19 años y el 45,5 por ciento de las jóvenes de 20 a 24 años han

tenido al menos un embarazo. Paraguay registra una tasa alta de fecundidad adolescente, con 63 nacimientos por cada 1.000 mujeres, según datos de 2008.

En Bolivia también preocupa el aumento de embarazos en adolescentes de entre 12 a 18 años, que subió de 18 % en 2008 a 25 % en 2011, según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Mientras en Perú, un 13,5 % de adolescentes entre 15 y 19 años están embarazadas o ya son madres (unas 4.279), según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de 2011, una cifra que se ha mantenido casi sin variación durante los últimos 10 años.(2)

Una de las tasas de fecundidad general más bajas de América Latina y el Caribe la tiene Cuba, aunque ese indicador general se supera en grupos específicos como las mujeres de entre 15 y 24 años de edad.

Según una investigación realizada por Plan Internacional el embarazo en adolescentes se une a la violencia doméstica, la violencia sexual y la carencia de educación como las principales barreras que limitan el desarrollo de las niñas y adolescentes de América Latina y marcan su exclusión, situación que impacta en su derecho de culminar oportuna y adecuadamente sus estudios secundarios.

Rodrigo Bustos, representante de Plan en El Salvador, confirmó que las niñas y adolescentes representa un poco más de 104 millones en América Latina y de esa cifra un total de 723 mil 660 viven en el país. Explicó que el 31 por ciento de las adolescentes, entre los 10 a 19 años, han estado embarazadas alguna vez, y que esta maternidad tuvo una vinculación directa con la violencia sexual.

“Lo que es peor aún, es que el 85 por ciento de estas madres embarazadas no terminan sus estudios, lo que se traduce en una madre con grandes limitantes para sacar adelante a su familia”, aseguró Bustos.

Según el censo escolar realizado en 2010, 1.473 niñas y adolescentes abandonaron la escuela por esa causa. Ese mismo año se reportaron 24 casos de acoso sexual, actos contra la libertad sexual, maltrato físico y psicológico dentro de los centros de escolares. En todos los casos los victimarios fueron hombres.

El total de las inscripciones hospitalarias de los embarazos en El Salvador en 2012 fue 82.547, el 32 por ciento fueron adolescentes. De cada diez mujeres inscrita tres son adolescentes de 10 a 19 años, dijo Dina Eugenia Bonilla, educadora del área de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud (MINSAL).

El porcentaje en los últimos años de adolescentes embarazadas se ha mantenido entre el 31.3 por ciento, aseguró Bonilla. Las muertes maternas en adolescentes fueron cinco en el 2012.

Bonilla dijo que aparte de las afectaciones a la salud de la adolescente están otros factores emocionales y psicológicos que afectan y pueden llevar hasta el suicidio.

Bonilla que es experta en el tema explicó que los medios de comunicación (radio, televisión e internet) son el “principal causante” de que esto suceda, porque “incitan a los jóvenes a tener su primera relación sexual a muy temprana edad”.

En 2011 el Sistema de Vigilancia de Muerte Materna del Ministerio de Salud de El Salvador, arrojó que el suicidio representó la tercera causa de muerte materna, después de los trastornos hipertensivos y de la hemorragia asociada al embarazo. El MINSAL atendió en 2011 a 26.662 niñas y adolescentes embarazadas producto de los abusos sexuales, por ejemplo, en 2012 de los nueve suicidios que conocieron de embarazadas, siete fueron adolescentes.

Lo que las lleva al suicidio puede ser, según Bonilla, la culpabilidad, el pensar que se les cierran todas las oportunidades para estudiar. La negación de la familia, de la pareja y hasta de los mismos compañeros de estudio las frustra y “se ven sin salida”.

Bonilla dijo que San Salvador es el departamento con mayores adolescentes en el país con 34.7 por ciento del total de embarazadas de entre 10 y 19 años. Usulután se ubica segundo con 34.3 por ciento; el departamento de La Paz en tercer lugar con 33.4 por ciento; el cuarto lugar lo ocupa La Libertad y el quinto Santa Ana.

María Eugenia Hurtado es ginecóloga del hospital San Juan de Dios en Santa Ana. Según dice, ella atiende 500 consultas diarias, de estas el 80 por ciento es de embarazadas adolescentes. De estas el 50 por ciento asegura haber tenido algún tipo de violencia sexual.

Al año el hospital de Santa Ana atiende 6.000 partos al año, de estos el 30 por ciento es de adolescentes.

Hurtado dijo que los principales problemas de salud a los que se enfrenta una niña o adolescente durante el embarazo son: la pérdida del embarazo por causa de la restricción del crecimiento intrauterino, esto es que no logra crecer adecuadamente el producto.

La adolescente puede desarrollar hipertensión arterial inducida por el embarazo y sufrir hemorragias. También son propensas a dar a luz prematuramente, lo cual no solo representa un riesgo para ellas, sino para el niño. Hurtado señaló que lo ideal para evitar el embarazo en adolescentes se debe iniciar un proceso de concientización en las niñas y adolescentes para que no den inicio a las relaciones sexuales a temprana edad.

Según la ginecóloga también se debe hacer énfasis en las enfermedades de transmisión sexual a las que exponen.

En 2012 se registraron 53 muertes de mujeres en estado de gestación. Doce de ellas eran adolescentes y 7 de estas murieron por suicidio, dato aportado por el Ministerio de Salud

Para la institución de salud, el embarazo adolescente es un problema prioritario que hay que abordarlo y se están haciendo múltiples estrategias para poderlo hacer.

Dentro de las estrategias de educación se está implementando mucho la atención preconcepcional, esta va dirigida a la población que no tiene hijos y dentro de esta va la población adolescente.

De igual forma, el Ministerio de Salud busca que se prevenga un segundo embarazo en las jóvenes, lo cual está enmarcado más en la parte preventiva.

A pesar de todas estas estrategias el porcentaje en adolescentes se mantiene, por ello es necesario un trabajo en conjunto. “Para este momento en el Ministerio de Salud si es una preocupación y prioridad el poder lograr reducir los embarazos adolescentes.”, exhortó Bonilla.

El Ministerio de Salud (MINSAL) reporta que los embarazos en adolescentes en el país se mantienen elevados, ubicando a El Salvador en el segundo lugar en Latinoamérica con mayor incidencia de estos casos.

El MINSAL detalla que los embarazos en las adolescentes es algo preocupante, pues además de presentar una alta incidencia de una precoz actividad sexual en menores de edad, estos casos traen diversas complicaciones en la salud de las jóvenes madres. Por ejemplo, las autoridades revelan que muchos de los partos de esas jóvenes se dan antes de tiempo, dando a luz bebés prematuros y enfermos.

En números absolutos, la gráfica sobre partos en adolescentes entre los 10 y los 14 años de edad que atendió el Ministerio de Salud muestran un aumento en la cifras, pasando de 1,041 en 2005 hasta 1,176 partos en 2011. Siendo este último año en el que se registraron más casos. La cifra más baja se registró en 2006 con 921 casos. En cuanto a las adolescentes entre los 15 y los 19 años, las cifras durante estos ocho años se han mantenido entre los 20mil y los 23 partos. Y una vez más el año 2006 es el que muestra la cifra más baja de partos con 921 casos.

Según informa el MINSAL el período de enero a abril de este año 2013 se han registrado un total de 27 mil 429 embarazadas, de las cuales 8 mil 941 son adolescentes. Para el mismo período en el 2012 fueron inscritas 30 mil 810 mujeres embarazadas de las cuales 9 mil 957 fueron adolescentes. (3)

Pese a haber una reducción, la incidencia de embarazos continúa elevada entre las adolescentes del país.

“En números absolutos tenemos una reducción, pero lo que si llama la atención es que el porcentaje de embarazadas, si sacamos una relación entre el total de embarazadas y adolescentes, se mantiene en un 32%. Eso nos está diciendo que de cada 100 embarazadas, más de 30 pueden ser adolescentes”, reveló Esmeralda de Ramírez, técnica en médico de salud sexual y reproductiva del MINSAL, De Ramírez afirma que las cifras son alarmantes para la institución. “Como América latina tenemos un porcentaje de embarazo alto y El Salvador ocupa el segundo lugar de embarazos en adolescentes”, aseveró.

Ramírez dio a conocer que el estado de gestación en una joven plantea diversas complicaciones. Tal es el caso de partos prematuros que afectan a las madres y a sus hijos quienes muchas veces nacen con bajo peso y con diversos problemas pulmonares.

Por otra parte, la técnica en salud dice que existen casos de toxemia (preclampsia), dentro de este tipo de embarazos, en el que puedan llegar a tener diversas dificultades a tal grado de llegar hasta la muerte. “Esa es una situación en la que la presión arterial se le aumenta y puede presentar una cantidad de problemas en todo su sistema renal, nervioso”.

Sumado a esto, existen problemas de abortos espontáneos, que de acuerdo a Ramírez “son muy frecuentes durante embarazos adolescentes”.

Asimismo, pueden generarse partos prolongados y situaciones en las que -por el mismo desarrollo del cuerpo- no hay una adecuada situación de la pelvis (desproporción céfalo pélvica), que termina generalmente en cesárea.

Los datos de 2011 de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) revelaron que de las niñas entre los 13 y los 18 años que no estudiaron ese año, 637 declararon que el motivo para no asistir a clases era un embarazo y otras 539 dijeron que era por motivos de maternidad. En total, poco menos de 1,200 casos.

En mayo de 2011, los diputados en la Asamblea Legislativa aprobaron un decreto que establecía que las adolescentes que quedaran embarazadas no podrían ser expulsadas de las instituciones educativas públicas ni privadas. La iniciativa surgió después de que la Comisión de Cultura y Educación conociera de algunos casos de instituciones públicas y privadas que expulsaban a las alumnas que salían embarazadas, les prohibían utilizar el uniforme de la institución o las obligaban a estudiar en horarios distintos al resto de sus compañeros. Aun con esta medida, muchas madres adolescentes optan por abandonar los salones de clases por temor a burlas y críticas por parte de sus compañeros de estudio y de las mismas autoridades de los centros educativos.

Más de 490 niñas con edades entre los 10 y 14 años y un aproximado de seis mil 700 entre los 15 y 19, resultan embarazadas al año en la zona oriental, según datos proporcionados por el Ministerio de Salud.

Los embarazos en la adolescencia son un problema social y económico que no hay que perder de vista. Lo alarmante es que en los últimos años aumentó en las menores de edad de los cuatro departamentos orientales.

En un estudio realizado que se titulaba “Factores que influyen en el embarazo de las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de la unidad de salud AltaVista en el período de enero a junio de 2010⁽⁴⁾ se encontraron las siguientes conclusiones:

- Un ambiente familiar desintegrado y conflictivo lleva a la adolescente a tomar la decisión de iniciar precozmente la actividad sexual, además de buscar compañía grata y ve la posibilidad de un embarazo como alternativa de escape y construcción de una nueva vida. Nueva vida que, por lo general, no llega y sí complica el futuro de la adolescente.

- La falta de conocimiento de los temas de salud sexual y reproductiva condiciona a estas adolescentes a adoptar estilos de vida no saludables y por ende comportamientos sexuales de riesgo, desencadenando embarazos precoces.
- El embarazo no planeado en las adolescentes es el producto de la falta de información sobre los anticonceptivos, el sexo sin protección, la falla anticonceptiva o el uso incorrecto de anticonceptivo.
- La poca educación sexual que se proporciona en las instituciones escolares tanto de nivel primario y secundario no garantizan que los adolescentes asuman un ejercicio de la sexualidad consciente y responsable.
- La red de servicios de salud muestra deficiencia en la educación en temas de salud sexual y reproductiva, las adolescentes se informan poco o nada en los diferentes establecimientos.
- Los adolescentes conocen los métodos para prevenir el embarazo, sin embargo la mayoría no los utiliza por desconocer el uso correcto de los mismos.
- Algunos saben cómo “funcionan” y/o “como se usan” los métodos de planificación familiar correctamente; pero el mismo “deseo” de tener un hijo/a y del simple hecho de “no querer”, no los usan, e un factor, que sin la debida promoción y educación influye en el embarazo de las adolescentes.
- El sentimiento que adoptan la adolescentes embarazadas es bien aceptado por ellas, con sentimientos de alegría, cariño y felicidad. A pesar del “enojo” y “reclamos” de los padres y/o responsables de las adolescentes, aceptan el embarazo, aconsejándoles en diferentes aspectos relacionados al cuidado del niño/a, estudio y trabajo.

Los planes de vida de las adolescentes cambian cuando estas se embarazan, muchas adolescentes embarazadas no pierden el deseo de seguir estudiando y querer superarse, sin embargo predomina los deseo de cuidar y proteger al hijo/a.

Según la doctora Roxana Zelaya, encargada del programa Médico Prenatal de la Regional de Salud en San Miguel, los embarazos en las adolescentes se da sobre todo en las zonas rurales del país. Agregó que uno de los factores que influye en los embarazos precoces es la cultura machista que impera en el seno de las familias que habitan en el campo. Otra de las causas señalada por la galena es la violencia intrafamiliar que las jóvenes viven en sus hogares, al igual que los abusos sexuales en las menores. Según Zelaya, uno de los departamentos que reporta mayor índice de embarazadas adolescentes es Morazán, con un 45 por ciento. En este departamento, al día llegan cerca de seis menores al hospital o unidades de salud para ponerse en control prenatal.⁽⁵⁾

A nivel local la tasa de embarazo en las respectivas unidades comunitarias de salud sujetas a estudios en dicho documento son:

UCSF Lolotique. Los embarazos en el año 2012 fueron 241 de los cuales, 55 fueron en adolescentes en edades comprendidas de 15 a 19 años, la tasa de embarazos en adolescentes alcanzo un 22% siendo el grupo etario más afectado los 17 años.

UCSF Tierra Blanca. Los embarazos en el 2012 fueron 84 embarazadas en total, de las cuales 32 eran adolescentes. La tasa de embarazos en los adolescentes fue para ese año 37.2 %. Siendo el grupo etario más afectado los 16 años.

ECOSF La Trinidad de Chapeltique en el año 2012 la tasa de embarazos fue de 74 embarazadas de las cuales 21 eran adolescentes, correspondiendo al 28.3% siendo el grupo etario más afectado los 17 años.

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

De lo antes descrito se deriva el problema que se enuncia de la siguiente manera:

¿Cuáles son los factores biopsicosociales que conllevan a embarazos en adolescentes de 12 a 19 años de la Unidades Comunitarias de Salud Familiar de: Lolotique, Tierra Blanca del municipio de Chirilagua y Equipo Comunitario de Salud Familiar La Trinidad del municipio de Chapeltique, San Miguel, año 2013?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

En la adolescencia ocurre un rápido crecimiento y desarrollo que incluye las esferas físicas, emocional, cognitiva y social. En el mundo habitan alrededor de mil millones de adolescentes. Múltiples especialistas coinciden en que una mayoría iniciarán su vida sexual antes de los veinte años. El comienzo de las relaciones sexuales en la adolescencia cada vez es más precoz, debido entre otras cosas, a los cambios en la actitud social hacia la sexualidad y a una maduración sexual más temprana.

Para tener una magnitud de esta problemática varios autores plantean un incremento anual de un 10% de adolescentes que inician sus relaciones sexuales a partir de los 12 años, por lo que es considerado esta cuestión la principal conducta de riesgo.^{2, 3} Resulta motivo de preocupación la salud sexual y cómo educar la sexualidad del adolescente para prevenir no solo embarazos tempranos, si no también todas las implicaciones que conlleva para la salud física, mental y social de los jóvenes. La sexualidad constituye un elemento importante en la formación de la personalidad, por lo que su educación integral en este campo constituye un pilar básico, aspectos como la autoestima de las jóvenes, la afectividad y valores morales, son aspectos necesario en una educación sexual integral; así también programas que contribuyan al desarrollo educativo y laboral de los jóvenes que conduzcan a su autorrealización.

En El Salvador el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública y social; tanto por sus implicaciones socioeconómicas, como por el alto porcentaje de mujeres menores de 20 años que anualmente se convierten en madres.

Las razones que motivaron el estudio del tema, fue la tasa de embarazos en las Unidades de Salud, los cuales son bastante altos. En el año 2012 en la UCSF de Lolotique la tasa de embarazos en adolescentes fue del 22%, en Tierra Blanca del municipio de Chirilagua fue de 37.2%, y en ECOSF La Trinidad del municipio de Chapeltique fue de 28.3%.

Debido a que en los últimos años se ha observado un cambio en la epidemiología del embarazo en la adolescente, siendo este cada vez más frecuente y produciéndose a edades más precoces, es importante realizar una revisión general del tema enfocado a los factores biopsicosociales que conllevan a embarazos tempranos. Dicha investigación pretendió proveer un análisis de los aspectos socios demográficos, familiares, educativos y culturales; que presentan las jóvenes de las comunidades y que favorecen la presencia de embarazos en la adolescencia; así mismo ser una herramienta para elaborar posibles soluciones para paliar esta problemática.

Los beneficios que trajo el estudio para:

Ministerio de Salud (MINSAL): Beneficio a las estadísticas nacionales, contribuyo a realizar esfuerzos para disminuir la morbi-mortalidad materno infantil y con ello reducción de los costos.

Las UCSF y ECOSF: se beneficio ya que se apporto información relevante y una visión más clara de la problemática existente y con ello se buscan medidas preventivas para disminuir la incidencia de embarazos en la adolescencia.

A las adolescentes embarazadas: Contribuyo a tener un mejor conocimiento en educación sexual. Además de los riesgos y complicaciones que conllevan un embarazo temprano, lo que les crea conciencia para prevenir embarazos tempranos, así también postergar el inicio de la vida sexual hasta la madurez física y mental apropiada.

A los médicos en servicio social: porque ampliaron los conocimientos sobre el tema y obtuvieron una visión más cercana a la realidad a la que se enfrentan las adolescentes en estudio.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar los factores biopsicosociales que conllevan a embarazos en las adolescentes de 12 a 19 años que consultan en la Unidades Comunitarias de Salud Familiar Lolotique, Tierra Blanca del municipio de Chirilagua y Equipo Comunitario de Salud Familiar La Trinidad del municipio de Chapeltique, año 2013.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar las características biológicas que predisponen a embarazos en adolescentes de 12 a 19 años en las unidades en estudio.
- Conocer las características psicológico de riesgo para que se presenten embarazos en las adolescentes.
- Identificar las condiciones sociales de las adolescentes embarazadas en las unidades en estudio.
- Determinar el nivel de conocimientos y acceso a métodos de planificación familiar de las adolescentes embarazadas de 12 a 19 años de las unidades en estudio.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 LA ADOLESCENCIA.

La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la adultez. Su definición no es fácil, puesto que su caracterización depende de una serie de variables: ubicación ecológica (referidos al medio ambiente natural), estrato socioeconómico, origen étnico y período de la adolescencia, entre otros." (Escobar & Muñoz, 1995). ⁽⁶⁾

Para la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el período que transcurre entre los 10 y 19 años y la clasifica en dos fases: la adolescencia temprana, de los 10 hasta los 14 años, y la adolescencia tardía, de los 15 a los 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo. ⁽⁷⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85 por ciento de ellos viven en países pobres o de ingresos medios, y alrededor de 1,7 millones de ellos mueren al año. ⁽⁸⁾

2.2 EMBARAZO.

Se definirá embarazo como el estado fisiológico de la mujer que va desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide hasta el momento del parto. Período que tiene una duración promedio normal de 280 días (40 semanas o 10 meses lunares). El tratado de Obstetricia de Williams, expone que existe un sistema bidireccional de comunicación madre-hijo, desde la fecundación, que envía señales para permitir la implantación correcta del blastocito, para el reconocimiento materno de éste, evitando por lo tanto un daño por sistema inmunológico de la madre, y a la vez el mantenimiento del embarazo; los recientes hallazgos sustentan que los cambios moleculares y celulares de la madre inician desde la concepción. En el embarazo se incluyen además, no solo los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre, sino también los importantes cambios que experimenta esta última, que además de ser físicos son morfológicos y metabólicos.

A pesar de su fundamentación científica, la definición ha sido objeto de revisiones a partir de legislaciones en distintos países, motivado entre otros casos por temas controversiales como la legalización del aborto; por lo que la definición legal del embarazo sigue a la definición médica. Para la Organización Mundial de la Salud, el embarazo inicia cuando termina la implantación. Que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero, (de 5 a 6 días) después de la fecundación. Entonces este atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la

superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de anidación, comenzado así el embarazo. Esto ocurre entre los 12 a 16 días después de la fecundación.⁽⁹⁾

2.3 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Definiremos el embarazo en adolescente como la gestación en mujeres cuyo rango de edad es de 10 a 19 años, independiente de su edad ginecológica, esta definición es dada por la Organización Mundial para la Salud ⁽⁷⁾. En todo el mundo uno de cada diez alumbramientos corresponde a una madre adolescente y las tasas de fecundidad oscilan entre 5 y 200 por cada mil adolescentes, siendo la más alta de África y América Latina. En estudios realizados mundialmente por dicha organización, se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, según el estudio realizado por Rosen.⁽⁸⁾

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.

2.4 ETIOLOGÍA Y FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

Los factores que determinan los embarazos en adolescente se engloban en 3 grandes grupos que son: los factores biológicos, sociales y psicológicos.

2.4.1 FACTORES BIOLÓGICOS

La menarca o menarquía es un evento que ocurre generalmente entre los 8 y 13 años de edad, este inicio de la menstruación es un suceso importante de la pubertad, maduración sexual y emocional.

El adelanto de la menarquía es un factor biológico que se acompaña de actitudes y de comportamientos hacia el sexo opuesto, que pueden conducir a un ejercicio temprano de la sexualidad. En los últimos años la pubertad ha declinado desde 17 años en el siglo XIX ha alrededor de 11 a 12 años actualmente, lo que conduce a que las adolescentes sean fértiles a una edad menor, sumado al resultado de investigaciones que reportan que el uso de los métodos de planificación en los adolescentes de Latinoamérica sigue siendo bajo, exponiéndose al riesgo de embarazarse a edades tempranas.⁽¹⁰⁾

En la adolescencia la sexualidad irrumpe con mayor intensidad, y está comprobado que el inicio de las relaciones coitales ocurre entre los 12 y 13 años para ambos sexos, aunque es más temprano en las muchachas. Investigadores cubanos plantean el inicio de estas relaciones entre 12 y 17 años, mientras que autores de otros países informan edades que oscilan entre los 15 y los 18 años.

2.4.2. FACTORES PSICOLÓGICOS

El embarazo en la adolescencia muy pocas veces es casual y menos aun conscientemente buscado. Obedece en general a una serie de causas, entre ellas las Psicológicas: Dificultad para planear proyectos a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima y poca confianza, sentimientos de desesperanza, falta de actitud preventiva, dificultad para mejorar sus condiciones de vida, insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento. Lo que generan pensamientos equivocados tales como:

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

Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz; el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas eso no les va a pasar, pues eso solamente les ocurre a otras. La necesidad de probar su fecundidad, estando influenciadas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia que induce a tener relaciones sexuales precoces

2.4.3. FACTORES SOCIALES

2.4.3.1. Aspecto económico:

El embarazo de la adolescente está relacionado con la condición de la mujer en las diferentes sociedades. Esta se describe en términos de su ingreso, empleo, educación, salud y fertilidad y también los roles que ella desempeña en la familia y la comunidad. También incluye la percepción de la sociedad sobre estos roles y el valor que esta le otorga.

El estereotipo de la mujer de baja condición económica, es la mujer con un niño al pecho, embarazada y varios niños más alrededor de su falda. Es la mujer para quien la maternidad ha sido el único destino desde su nacimiento, ella se ve mayor de la edad que tiene, su salud está revestida por embarazos a repetición, la maternidad y el trabajo doméstico agotador. Es típico su baja escolaridad, falta de ingreso, falta de empleo, salud inadecuada y falta de acceso a la salud.

2.4.3.2. Aspecto educativo:

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

La educación se ha descrito como el medicamento contra el fatalismo. Las mujeres analfabetas de los sectores rurales no entienden de la fisiología de la reproducción o como controlarla, en consecuencia aceptan el embarazo como una voluntad divina, una mujer sin educación está menos informada e indispuesta a buscar cuidados para su salud y atención médica. Se describe como factor de riesgo la baja escolaridad, las zonas de pobreza con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad familiar disfuncionales, falta de recursos a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo.

2.4.3.3. Aspecto Familiar

La familia desde la perspectiva social es vista como uno de los micros ambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia. Un mal funcionamiento familiar, puede predisponer a una relación sexual prematura, un adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de las relaciones sexuales y además puede encontrar alivio a la soledad y abandono a través de un embarazo que le permita huir de un lugar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto.

La homeostasis familiar que se establece entre los miembros facilita una relación emocional y física, promueve el desarrollo individual y familiar para mantener el equilibrio, cada familia utiliza valores, normas y reglas que condicionan y marcan las relaciones tanto en el medio externo como en el interno. Las adolescentes se enfrentan a una diversidad de problemas dentro de los cuales se encuentran: Al estar presente los problemas económicos en el hogar, la adolescente trata de conseguir un marido que la acompañe y la ayude a sobrevivir económicamente; frecuentemente pasan de la dependencia de los padres a la dependencia del marido. Se menciona además los ingresos económicos insuficientes, conduciendo así a un embarazo precoz.⁽¹¹⁾

2.4.3.4. Salud sexual y reproductiva:

La Organización mundial de la Salud (OMS) define Salud Reproductiva como una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo.

La atención en salud reproductiva es el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud reproductiva y al bienestar previniendo y solucionando problemas de salud reproductiva. También incluye la atención en salud sexual, cuyo propósito es mejorar la calidad de vida y las relaciones personales, y no sólo ofrecer consejería y cuidados relativos a la reproducción y a las enfermedades de transmisión sexual.

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como la capacidad de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y tener acceso a métodos de su elección seguros, eficaces, aceptables y económicamente asequibles en materia de planificación familiar, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos y el derecho de la mujer a recibir servicios adecuados de atención de la salud que propicien embarazos y partos sin riesgos y que le brinden a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.⁽¹²⁾

2.4.3.5. Aspecto cultural:

La persistencia de mitos, tabúes y creencias en los adolescentes es más notoria dentro del grupo y persisten expresiones:

“Cuando una adolescente se embaraza se siente más tranquila y mejor consigo misma”. Tener hijos/as es una gran realización para las personas y una experiencia maravillosa si hay condiciones adecuadas para ello. Sin embargo cuidar un bebé significa una gran responsabilidad de tiempo y dinero. Generalmente los/as adolescentes no tienen esas condiciones y deben sacrificar mucho tiempo para asegurar a su bebé lo que necesita, esto les resta tiempo para realizar sus actividades lo cual no siempre da tranquilidad y sensación de satisfacción.

“Entre más hijos/as tiene un hombre más hombre es. La masculinidad no se manifiesta por el número de hijos/as que un hombre tiene, ser un hombre valioso implica ser responsable, estar consciente de sus derechos pero también de sus obligaciones y respetar a las demás personas. Tener bebés y no estar preparado para atenderlos, ni dispuestos a darles el cariño y la atención que merecen no es ser un hombre valioso, es ser irresponsable.

“Si una mujer no le tiene un hijo/a un hombre no le demuestra su amor”. El amor se demuestra cotidianamente durante la relación de pareja, y el deseo de tener hijos/as con otra persona generalmente se da dentro de una relación amorosa; sin embargo los hijos/as no deben ser utilizados para demostrar o conseguir cosas de los demás sino por su deseo y la posibilidad real de tenerlos.

“Las mujeres nerviosas necesitan de un hombre y de un hijo/a para curarse”. La fortaleza, la seguridad, y la estabilidad emocional se consiguen a través de relaciones de pareja y

familiares satisfactorias, necesidades resueltas y buen estado de salud entre otras cosas. Una madre adolescente que ya tiene problemas en su vida sin resolver, difícilmente podrá encontrar la solución a sus problemas adicionando responsabilidades a su vida.

Los hijos/as deben tenerse jóvenes para gozarlo. Definitivamente que los hijos/as necesitan de la fortaleza y vigor de sus padres y entre más tiempo puedan disfrutarlos más reconfortante será para ambos. Sin embargo esto es tan importante como la seguridad y la estabilidad de los padres, condiciones que un adolescente difícilmente tiene. La juventud apenas empieza a los 20 años y entre más condiciones haya adquirido el/la joven para brindar a sus hijos/as mayores serán los beneficios.

Entre más temprano tenga hijos/as una mujer es mejor. Los hijos/as deben tenerse cuando los futuros padres tienen las condiciones físicas, afectivas y económicas adecuadas, así como la madurez necesaria para ejercer la maternidad y la paternidad. Además, el hecho de tener un desarrollo corporal que permite un embarazo, no asegura la madurez psicológica de una madre para afrontar esa responsabilidad.

La maternidad en las jóvenes son hechos frecuentes de lo que la sociedad quiere aceptar, son hechos muy relevantes que afectan la salud integral tanto de los padres, como la de los hijos, familiares y la sociedad en sí.⁽¹²⁾

2.5. RIESGO MATERNO-FETALES EN EMBARAZOS EN ADOLESCENTE

El embarazo en la adolescencia representa un serio problema. Se considera desde el punto de vista médico y social como una situación de riesgo.

Muchos problemas se suscitan dado que la adolescente tiene rechazo del entorno e inmadurez biopsicosocial, constituyendo un grave problema en salud pública tanto en América Latina como en el resto del mundo.

2.5.1. Riesgos maternos.

Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar diversas afecciones propias del embarazo que muestran mayor frecuencia en adolescentes, se trata de una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo: Síndrome de mala adaptación circulatoria, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí a nivel materno y/o fetal.

Existe una alta incidencia de enfermedades de transmisión sexual, vaginosis bacteriana, con mayor frecuencia por *Garnerella vaginalis*, Virus del Papiloma Humano.

La infección de vías urinarias quizá sea en parte responsable de la alta incidencia de parto prematuro, sumado a otras entidades que se citan como responsables tales como el propio desarrollo puberal, los procesos infecciosos a otros niveles como cervicovaginal que pueden ocasionar directa o indirectamente, a través de la rotura prematura de membrana, parto pretérmino.

También hay una alta incidencia de anemia microcítica hipocrómica, la cual puede ser multifactorial, sobresalen los hábitos nutricionales deficientes, el acudir tardíamente a su control prenatal y la propia adolescencia.⁽¹³⁾ Es una enfermedad frecuente en los países subdesarrollados.

En el puerperio la morbilidad está ligada a la vía del nacimiento. Las complicaciones son: desgarro del canal del parto por uso de instrumentos como fórceps o desarrollo incompleto de estas pacientes. El estado nutricional materno es un factor determinante en el crecimiento fetal y en el peso del recién nacido. El adecuado peso al nacer es sinónimo de bienestar y salud del neonato.

La rotura prematura de membrana constituye una de las enfermedades obstétricas más relacionadas con la morbimortalidad materno – perinatal, la infección puede llevar a la inducción de metaloproteinasas que actúan sobre las proteínas de la matriz extracelular de las membranas debilitándolas y provocando así la rotura. Esta se asocia a corioamnionitis, membrana hialina en el recién nacido por prematuridad e infección, presentación pelviana, prolapso del cordón, compresión de la cabeza fetal y/o del cordón umbilical, e incremento del índice de cesárea.

El aborto provocado es un problema social, consecuencia generalmente de un embarazo no deseado.

Los riesgos sociales de un embarazo en la madre adolescente se traducen en mayor deserción escolar y baja escolaridad, desempleos más frecuentes, ingreso económico reducido de por vida. Mayor riesgo de separación, divorcio y abandono. Mayor número de hijos.

El hijo de madre adolescente tiene mayor frecuencia de deserción escolar, capacidad mental probablemente inferior, alto riesgo de abuso físico negligencia en los cuidados de la salud, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional, alta proporción de hijos ilegítimos, que limita sus derechos legales y el acceso a la salud.

2.5.2 Riesgos del recién nacido

El recién nacido de madre adolescente no tiene diferencias significativas con relación a las mujeres adultas, aunque si puede existir diferencias entre las menores de 15 años. Se pueden citar:

- Internación en neonatología: sin diferencia entre las edades de las adolescentes.
- Malformaciones: Mayor incidencia entre hijos de adolescentes menores de 15 años, respecto a las de mayor edad, siendo los del cierre del tubo neural los defectos más frecuentes, y con un número importante de retraso mental de por vida.
- Mortalidad perinatal: Su índice es elevado entre las adolescentes, disminuyendo con la edad.
- Recién nacido con bajo peso por nacimiento pretérmino o por ser pequeño para la edad gestacional.

Las afecciones maternas y perinatales son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años y sobre todo en los grupos de edades más cercanos a la menarquía.

La población de 16 años o menos que se embaraza posee un riesgo más elevado para ella y su hijo si se la compara con adolescentes de mayor edad.

Las adolescentes que se embarazan con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquía y el parto se considera un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables.³ Entre 10 y 14 años hay mayor porcentajes de bajo peso al nacer, depresión al nacer⁸, hipertensión inducida por el embarazo, elevada morbimortalidad perinatal materna y mayor porcentaje de cesárea.³ Al existir poco desarrollo del eje hipotálamo hipófisis gónada durante éste período (antes de los 5 años posteriores a la menarquía), es necesario que el parto se desencadene artificialmente, si espontáneamente éste no ha ocurrido.

La morbilidad y mortalidad de las adolescentes embarazadas en Latinoamérica puede ser similar al del grupo de mujeres adultas si se les entrega una adecuada atención prenatal y del parto.

2.6. PREVENCIÓN

Existen tres niveles de prevención:

2.6.1. Prevención primaria:

Medidas destinadas a evitar el embarazo en la adolescencia.

- Información sobre fisiología reproductiva, gradual y continuada en todos los ámbitos y no solo destinada al ámbito escolar.
- Utilización adecuada de los medios de comunicación.
- Estimulación de los jóvenes a la reflexión grupal, sobre los problemas relacionados con cada etapa de la adolescencia.
- Fomento de la comunicación entre padres o adultos responsables y los jóvenes en lugares comunes que sirvan de foro de discusión.
- Entrenamiento de las personas que tienen contacto prolongado con adolescentes para la atención de aquellos adolescentes en situación de alto riesgo.
- Captación, por personal entrenado, de los jóvenes que no asisten a establecimientos educacionales ni trabajan, para su reinserción social y educación.

2.6.2. Prevención secundaria:

Medidas a tomar cuando la joven ya está embarazada.

- Asistencia del embarazo, parto y recién nacido en programas de atención de adolescentes, por personal motivado y capacitado en éste tipo de atención.
- Asistencia al padre de la criatura, favoreciendo su participación y ayudándolo a asumir su rol.

- Información y apoyo psicológico a la joven, si decide entregar al hijo en adopción.

2.6.3. Prevención terciaria:

- Vigilancia del vínculo madre – hijo, padre – hijo.
- Favorecimiento de la reinserción laboral de la madre y el padre si corresponde.
- Seguimiento médico integral del joven padre, sea cual fuere la situación en la que se haya ubicado frente a su compañera y su hijo.
- Asesoramiento adecuado a ambos para que puedan regular su fertilidad, evitando la reiteración compulsiva de los embarazos con intervalo intergenésicos corto.
- Creación de pequeños hogares maternos para las jóvenes sin apoyo familiar, que además de alojarlas las capaciten para enfrentar la situación de madre soltera y la prevención de un nuevo embarazo no deseado. ⁽¹³⁾

3. SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.1 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Hi. Los factores biopsicosociales son los determinantes de los embarazos en las adolescentes de 12 a 19 años que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Lolotique, Tierra Blanca del municipio de Chirilagua y Equipo Comunitario de Salud La Trinidad del municipio de Chapeltique, San Miguel, año 2013.

3.2 HIPÓTESIS NULA

Ho. Los factores biopsicosociales no son los determinantes de los embarazos en las adolescentes de 12 a 19 años que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Lolotique, Tierra Blanca del municipio de Chirilagua y Equipo Comunitario de Salud La Trinidad del municipio de Chapeltique, San Miguel, año 2013.

3.3 HIPÓTESIS ALTERNA

Ha. La falta de accesibilidad a información y métodos de planificación familiar en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Lolotique, Tierra Blanca del municipio de Chirilagua y Equipo Comunitario de Salud La Trinidad del municipio de Chapeltique, San Miguel. Es la causa determinante de los embarazos en las adolescentes.

3.4. OPERACIONALIZACION DE HIPOTESIS

| HIPÓTESIS | VARIABLES | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DIMENSIONES | DEFINICIÓN OPERACIONAL | INDICADORES |
|--|---|---|---|--|--|
| <p>Hi Los factores biopsicosociales son los determinantes de los embarazos en las adolescentes de 12 a 19 años que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Lolotique, Tierra Blanca del municipio de Chirilagua y Equipo Comunitario de Salud La Trinidad del municipio de Chapeltique, San Miguel, en el periodo de julio a septiembre de 2013.</p> | <p>.Variable Independiente:Factores biopsicosociales</p> | <p>Los factores biopsicosociales son un enfoque participativo de salud y enfermedad que postula que el factor biológico, el psicológico (pensamientos, emociones y conductas) y los factores sociales, desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una condición de salud.</p> | <p>Condición biológico</p> <p>Condición psicológica</p> <p>Condición social</p> | <p>Mediante la aplicación de una cedula de entrevista.</p> <p>Mediante la aplicación de una cedula de entrevista</p> <p>Mediante la aplicación de una cedula de entrevista</p> | <p>-Edad -Menarca -Inicio de relaciones sexuales. -Número de parejas sexuales. -Número de embarazos. -Fórmula obstétrica</p> <p>- Trastornos afectivos de inferioridad. - Pensamientos de inferioridad. - Autoestima -Abuso sexual</p> <p>-Escolaridad -Condición económica -Estado civil -Procedencia geográfica -Hacinamiento -Religión -Desintegración familiar</p> |

| HIPÓTESIS | VARIABLES | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DIMENSIONES | DEFINICIÓN OPERACIONAL | INDICADORES |
|---|--|---|--|--|---|
| <p>Ha. La Falta de accesibilidad a información y métodos de planificación familiar en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Lolotique, Tierra Blanca del municipio de Chirilagua y Equipo Comunitario de Salud La Trinidad del municipio de Chapeltique, San Miguel. Es la causa determinante de los embarazos en las adolescentes</p> | <p>Variable dependiente: Embarazo en adolescentes</p> | <p>La gestación en mujeres cuyo rango de edad es de 10 a 19 años, independiente de su edad ginecológica.</p> | <p>Estado gestacional</p> | <p>Mediante la aplicación de una cedula de entrevista.</p> | <p>-Apoyo familiar -Maltrato infantil -Abuso sexual -Acceso a pornografía.</p> |
| | <p>Variable independiente: Factor de accesibilidad</p> | <p>Es el grado en el que todas las personas puedan acceder a la información adecuada sobre métodos de de planificación familiar, de sus capacidades técnicas, cognitivas o físicas.</p> | <p>Acceso a los métodos de planificación familiar.</p> | <p>Mediante la aplicación de una cédula de entrevista.</p> | <p>-Abastecimiento de métodos de planificación familiar. -Información de parte del personal de salud.</p> |
| | <p>Variable dependiente: Embarazo en la adolescente</p> | <p>La gestación en mujeres cuyo rango de edad es de 10 a 19 años, independiente de su edad ginecológica.</p> | <p>Estado gestacional.</p> | <p>Mediante la aplicación de una cedula de entrevista</p> | <p>-Periodo gestacional -Complicaciones del embarazo.</p> |

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO.

Según el tiempo y ocurrencia de los hechos y registro de la información es estudio fue **PROSPECTIVO**, porque se registró la información a medida que fueron sucediendo los hechos.

Según el periodo y la secuencia del estudio fue **TRANSVERSAL** porque se estudiaron las variables simultáneamente en un tiempo determinado. Correspondiente al año 2013.

Y según el análisis y el alcance del resultado fue **DESCRIPTIVO**, porque con el estudio se determinó “como es” o “como esta” la situación de las variables que se estudiaron: Embarazo en la adolescencia, Factores biopsicosociales, en la población en estudio, para este caso las embarazadas de 12 a 19 años en las UCSF.

4.2 UNIVERSO Y POBLACIÓN

El universo fue el total de las mujeres embarazadas de 12 a 19 años, inscritas en control materno de enero a mayo de 2013, que consultaron en las UCSF y ECOSF en donde se realizó la investigación.

Tabla 1. Distribución de la población en cada UCSF y ECOSF.

| UCSF Y ECOSF | POBLACIÓN |
|-------------------|-----------|
| LOLOTIQUE | 33 |
| TIERRA BLANCA | 30 |
| ECOSF LA TRINIDAD | 5 |
| TOTAL | 68 |

Fuente: Vigilancia Semanal Materno Infantil (VISEMIN) de UCSF y ECOSF.

4.3 MUESTRA

Debido a que la población en la investigación era pequeña, no se tomo muestra. Ya que se estudió el total de la población. Es decir las 68 adolescentes embarazadas entre las edades de 12 a 19 años de las UCFS y ECOSF en estudio.

4.4 CRITERIOS PARA ESTABLECER LA MUESTRA.

4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adolescentes embarazadas de 12 a 19 años.
- Que se encuentren inscritas en control prenatal en las diferentes unidades comunitarias de salud en estudio.
- Que pertenezca al área geográfica de influencia (AGI) de cada UCSF y ECOSF en estudio.
- Que realizó inscripción prenatal de enero a mayo de 2013.
- Que desea voluntariamente participar en el estudio (mediante consentimiento Informado)

4.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Que alcancen los 20 años durante el tiempo que dura el estudio.
- Pacientes con déficit cognitivo para responder la entrevista.
- Pacientes que no desean participar en el estudio.
- Que abandone los controles prenatales o cambie de domicilio.

4.5 TIPO DE MUESTREO:

Se trabajó con el total de la población adolescente que se encontraban en control prenatal en las Unidades de Salud Respectivas, y en el Equipo Comunitario de Salud. Que cumplieron los criterios de inclusión para este estudio.

4.6 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Documental Bibliográfica: permitió la recolección de información de: libros, diccionarios, documentos del ministerio de salud.

Documentación Hemerográfica: permitió obtener información de tesis relacionadas con el tema y páginas electrónicas.

De trabajo de campo: La entrevista: a través de la cual se recolectó la información de la población en estudio. En las que se encontraban preguntas cerradas, que proporcionaron la información para la investigación, esta se aplicó a todas aquellas mujeres embarazadas de 12 a 19 años que asistían a su control prenatal en el periodo de estudio.

4.7 INSTRUMENTO

El instrumento que se utilizó para realizar la investigación fué:

Cédula de Entrevista: constituida por 41 preguntas; de las cuales 34 cerradas y 7 abiertas.

Se tomarón en cuenta los indicadores de la investigación, de la siguiente manera: 5 pregunta, sobre factores biológicos; 10 preguntas sobre factores psicológicos; 18 preguntas sobre factores sociales; 8 preguntas sobre salud sexual y reproductiva. (Anexo 4)

4.8 PROCEDIMIENTO

4.8.1 PLANIFICACIÓN

Se seleccionó el tema de investigación, Los factores biopsicosociales que conllevan a embarazos en las adolescentes de 12 a 19 años que consultan en las UCSF Lolotique, Tierra Blanca del municipio de Chirilagua y ECOSF La Trinidad del municipio de Chapeltique, por ser un problema que ha aumentado en los últimos años. La tasa de embarazos en la actualidad se encuentra en ascenso y es un problema no solamente de salud pública sino también de carácter social.

Dicho estudio tuvo el propósito de aportar medidas que pueden ser utilizadas para la educación y promoción de la salud dirigida a las adolescentes en los lugares de estudio.

4.8.2 EJECUCIÓN

Una vez establecida la población, se utilizó una entrevista dirigida a las adolescentes de 12 a 19 años embarazadas que asistirán a los controles prenatales.

4.8.2.1 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Se validó el instrumento, al administrar 10 cédulas de entrevista a mujeres embarazadas que cumplieron con los criterios de inclusión, con el fin de verificar la comprensión las preguntas.

4.8.2.2 RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizarán 15 entrevistas por semana a las adolescentes embarazadas incluidas en el estudio, ejecutadas por los médicos en servicio social a cargo de la investigación, de forma equitativa, además se pasaron entrevistas en los clubes de embarazada para ejecutar la entrevista se utilizo un tiempo de aproximadamente 20 minutos.

4.8.3 PLAN DE ANÁLISIS

Después de obtener los datos mediante la entrevista, se procesaron mediante la utilización del programa SPSS V19.0 (software procesador de datos estadísticos versión 19). Y EXCEL. De esta manera se realizaron tablas y gráficas que permitieron el análisis e interpretación de los resultados de cada una de las respuestas a través de los métodos y frecuencias y porcentaje simple. Se finalizara con las conclusiones y recomendaciones.

4.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se explicó en el momento de la entrevista la importancia de la investigación, en que consistía y sobre la confidencialidad de los datos recopilados.

Los datos obtenidos no se hicieron públicos por el equipo de investigación. Estos fueron manejados confidencialmente.

La entrevista fue llenada por el investigador, en el establecimiento correspondiente o en los clubes de embarazadas.

La participación fue voluntaria y anónima. Y se llenó un consentimiento informado. (Anexo 3)

5. RESULTADOS

5.1 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Tabla 2. Distribución de la población según la edad.

| Edad de la paciente en años | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------|------------|-------------|
| 12 | 0 | 0% |
| 13 | 2 | 3.0% |
| 14 | 3 | 4.4% |
| 15 | 7 | 10.3% |
| 16 | 9 | 13.2% |
| 17 | 19 | 28.0% |
| 18 | 11 | 16.1% |
| 19 | 17 | 25.0% |
| TOTAL | 68 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio.

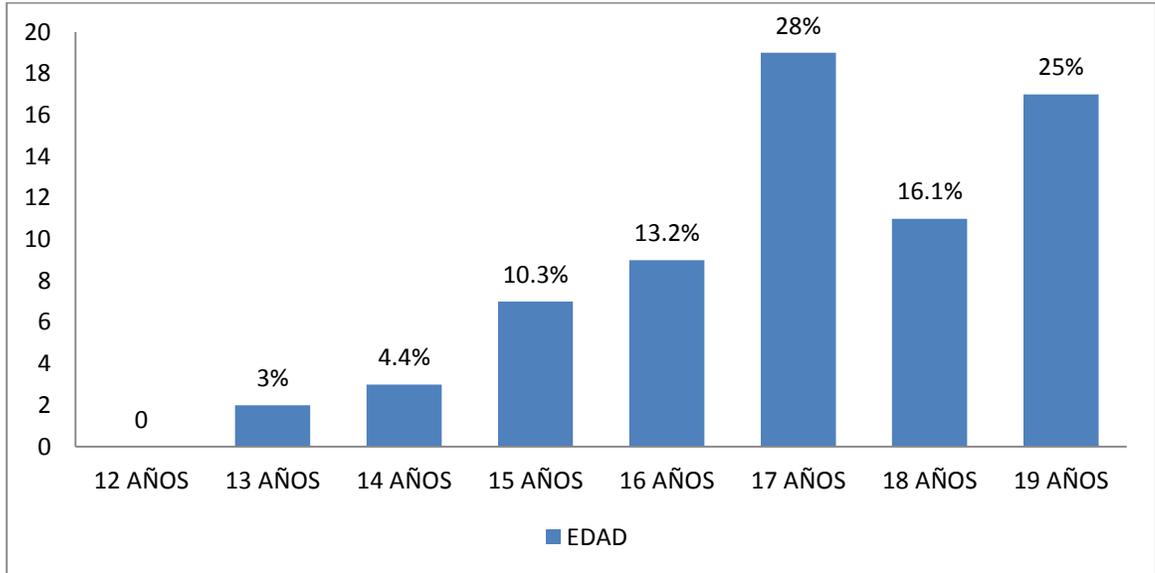
Análisis:

La distribución por edades indica que el mayor porcentaje de embarazadas, se encuentra entre los 17 años que corresponde a un 28%; seguido por los 19 años con un 25%; 18 años con 16.1%; 16 años con 13.2%; 15 años con 10.3%; 14 años 4.4% y 13 años un 3%.

Interpretación:

La distribución de los pacientes por edad, nos indica que el mayor porcentaje de embarazos en la etapa de adolescencia se presentan en el grupo etario comprendido entre 17 y 19 años. Coincide proporcionalmente con un reporte del Ministerio de Salud de noviembre de 2007 que revela que en la zona oriental del país, la mayor proporción de embarazadas adolescentes se encuentra entre 15 y 19 años.

Gráfico 1. Distribución de la paciente por edad.



Fuente: Tabla 2

Tabla 3. Edad de la menarquia.

| Edad de la paciente en años | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------|------------|------------|
| 10 | 4 | 5.8% |
| 11 | 19 | 28.% |
| 12 | 17 | 25% |
| 13 | 21 | 30.8% |
| 14 | 5 | 7.3% |
| 15 | 2 | 3% |
| TOTAL | 68 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

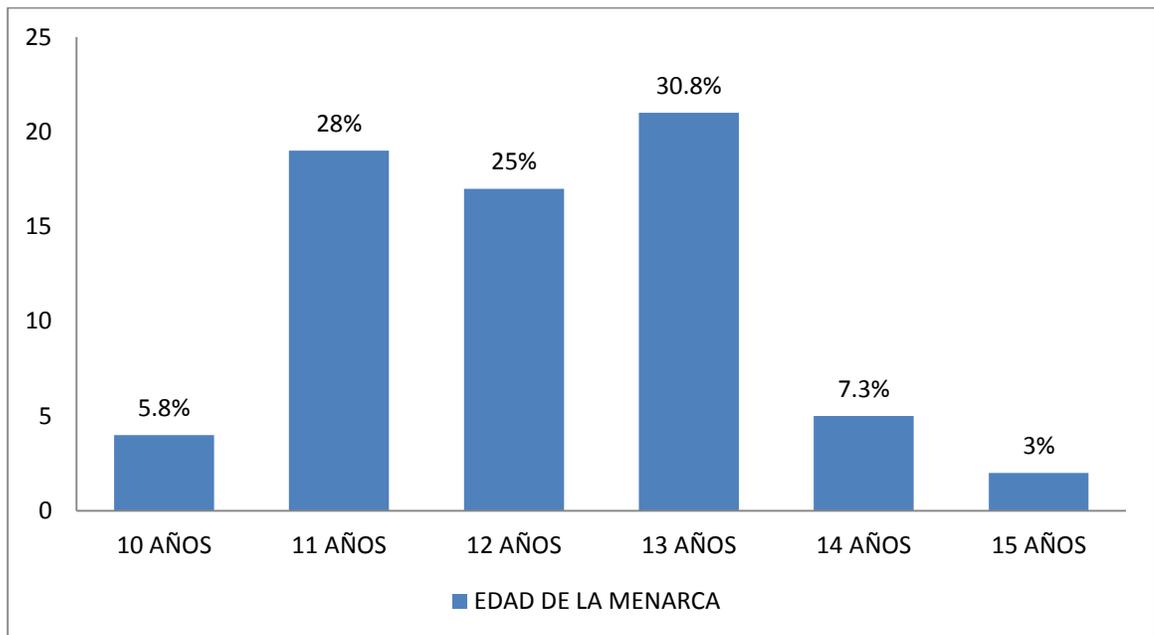
Análisis:

Con respecto a la edad de la menarca. 30.8% a los 13 años, que fue la edad con mayor frecuencia; seguido por 11 años con un 28%; 12 años con un 25%; 14 años con un 7.3%; 10 años con un 5.8%; y por ultimo 15 años con un 3%. Siendo la aparición de la primera menstruación en los rangos de 11 a los 13 años.

Interpretación:

En relación a la menarca se identifico que la mayoría de las pacientes en estudio presento su primera menstruación antes de los 13 años de edad, lo que concuerda con los datos vertidos por la OMS que sostienen que la edad promedio en que las adolescentes presentan su primera menstruación es entre los 11 y 12 años ⁽²⁾. Lo que conduce a que las adolescentes sean fértiles a una menor edad y a la vez el inicio de la sexualidad sea más prematuro dando como resultado los embarazos de este grupo etario.

Gráfica 2. Edad de la menarquía.



Fuente: Tabla 3

Tabla 4. Paridad

| Número de embarazos | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|------------|------------|
| Primer embarazo | 41 | 60.3% |
| 2 o más embarazos | 27 | 39.7% |
| TOTAL | 68 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

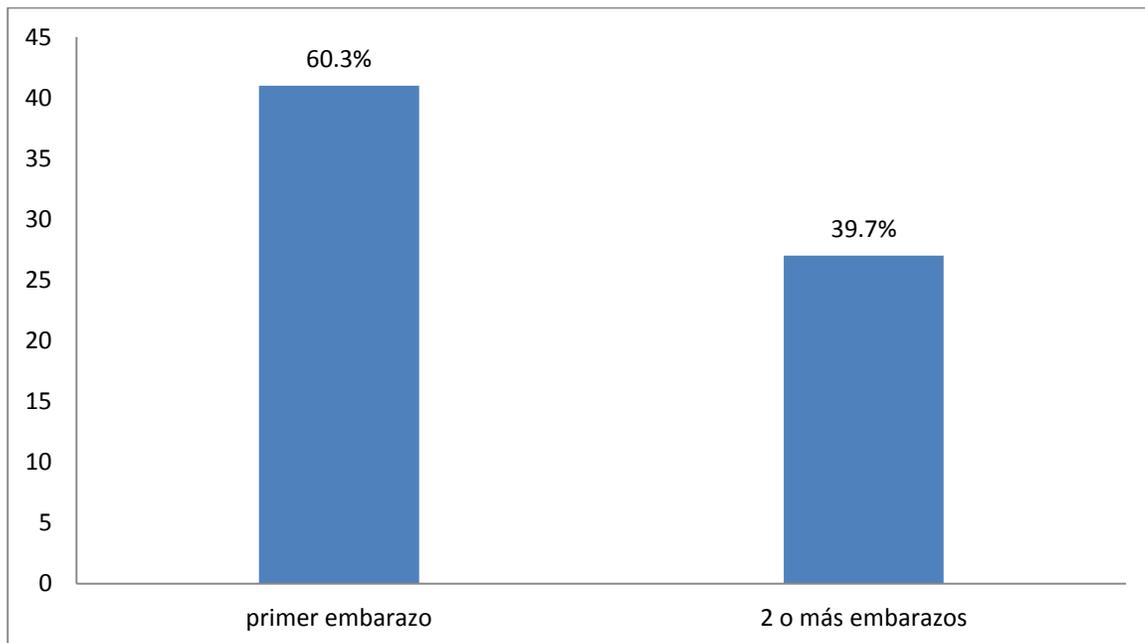
Análisis:

El 60.3% de la población en estudio es su primer embarazo; el 39.7% corresponde a 2 embarazos o más.

Interpretación:

En relación a la paridad de las pacientes en estudio. Se logro identificar que más de la mitad cursaban con su primer embarazo, pero es importante recalcar que más del tercio de la población en estudio afirma que es su segundo embarazo, lo que nos indica que un porcentaje no menos considerable presento su primer embarazo a edades mucho más tempranas.

Gráfica 3. Paridad



Fuente: Tabla 4

Tabla 5. Inicio de relaciones sexuales

| Edad de la 1ª relación sexual | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------|------------|------------|
| 12 años | 3 | 4.4% |
| 13 años | 13 | 19.1% |
| 14 años | 12 | 17.6% |
| 15 años | 12 | 17.6% |
| 16 años | 13 | 19.1% |
| 17 años | 10 | 14.7% |
| 18 años | 5 | 7.5% |
| TOTAL | 68 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

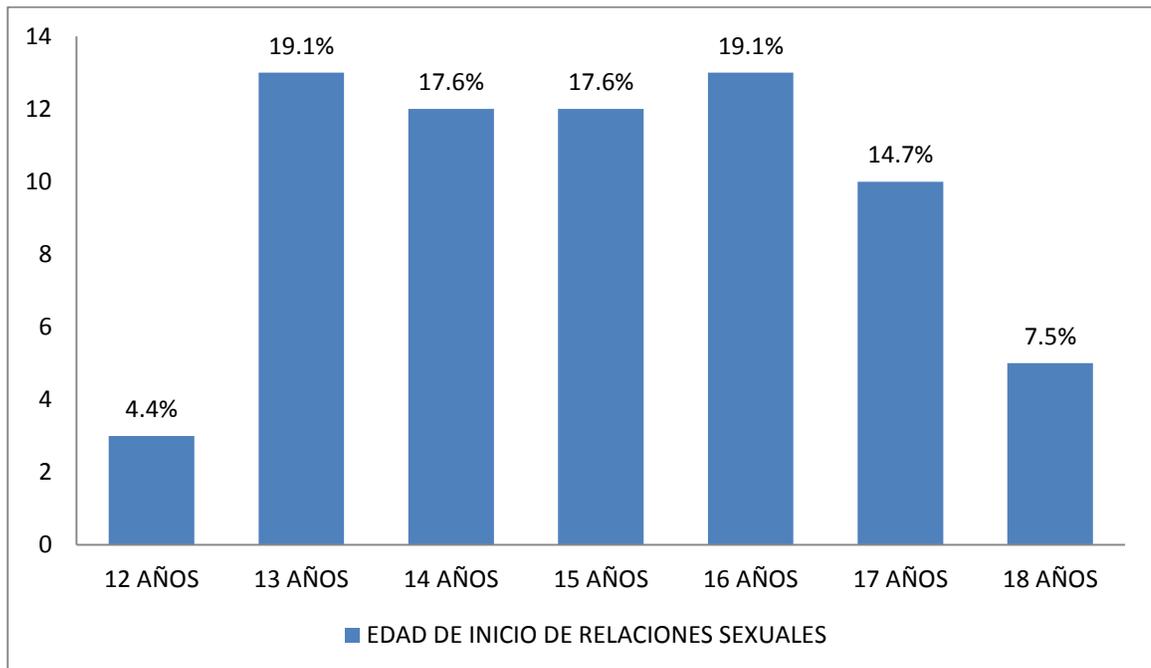
Análisis:

Con respecto al inicio de relaciones sexuales. Un 19.1% inicio relaciones a los 16 años; 19.1 % corresponde a la edad de 13 años; 17.6% en las edades de 15 años; 17.6% corresponde a pacientes que iniciaron relaciones a los 14 años; un 14.7% a los 17 años; 7.5% a los 18 años y un 4.4% a los 12 años.

Interpretación:

Con respecto al inicio de relaciones sexuales, identificamos que las adolescentes comienzan su vida sexual activa en los rangos de edades de 13 a 17 años, lo que coincide con un estudio realizado en Cuba, que evidencia este rango etario como el más frecuente. Lo que implica una práctica de riesgo para las adolescentes, ya que falta de la madurez, da como resultados embarazos no planeados.

Gráfica 4. Edad de inicio de relaciones sexuales.



Fuente: Tabla 5

Tabla 6. Número de parejas sexuales.

| N° de parejas | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------|------------|------------|
| 1 pareja sexual | 43 | 63.2% |
| 2 parejas sexuales | 23 | 33.8% |
| Más de 2 | 2 | 3% |
| TOTAL | 68 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

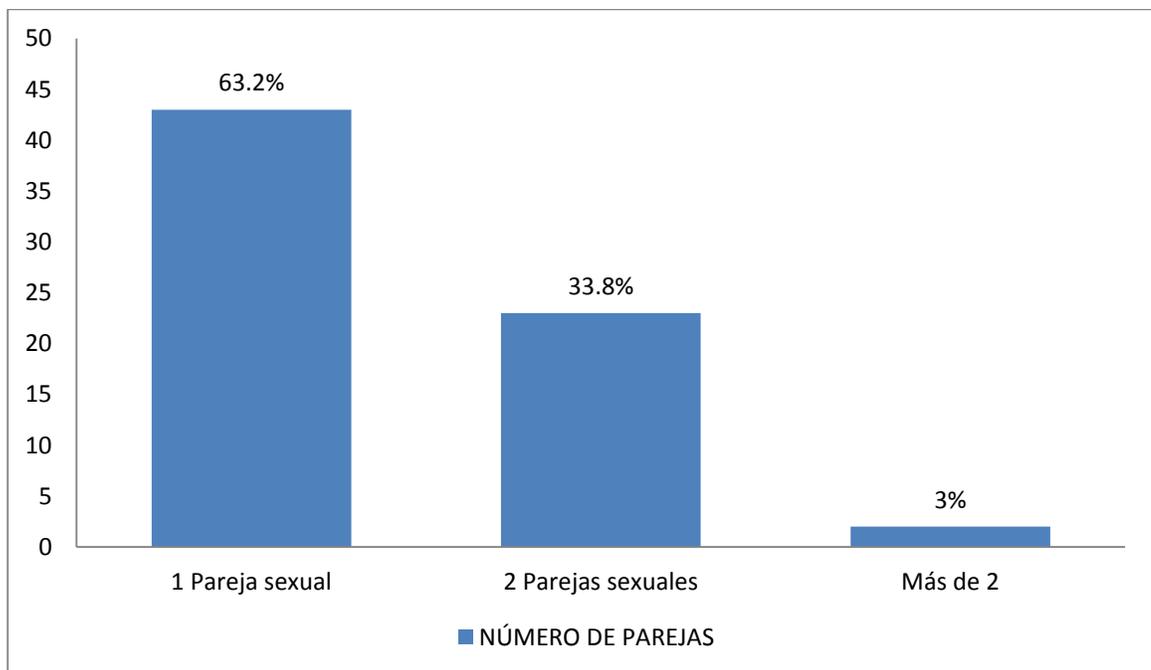
Análisis:

El 63.2% de la población en estudio asegura tener 1 pareja sexual; 33.8% ha tenido 2 parejas sexuales y un 3% más de 2 parejas sexuales.

Interpretación:

Considerando el número de parejas sexuales, más de la mitad asegura haber tenido únicamente 1 pareja sexual, lo que indicaría cierto grado de fidelidad trayendo como resultado una disminución de riesgos, como enfermedades de transmisión sexual. Aunque la mayoría de las adolescentes expresaron 1 compañero sexual, el resto que han tenido más de 1 pareja tienen mayor tendencia a prácticas de riesgo y por ende más expuestas a salir embarazadas.

Gráfica 5. Número de parejas sexuales.



Fuente: Tabla 6

Tabla 7. Percepción que tienen sobre su autoestima.

| Percepción | Frecuencia | Porcentaje |
|------------|------------|------------|
| Buena | 61 | 89.7% |
| Regular | 7 | 10.3% |
| Mala | 0 | 0% |
| TOTAL | 68 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio.

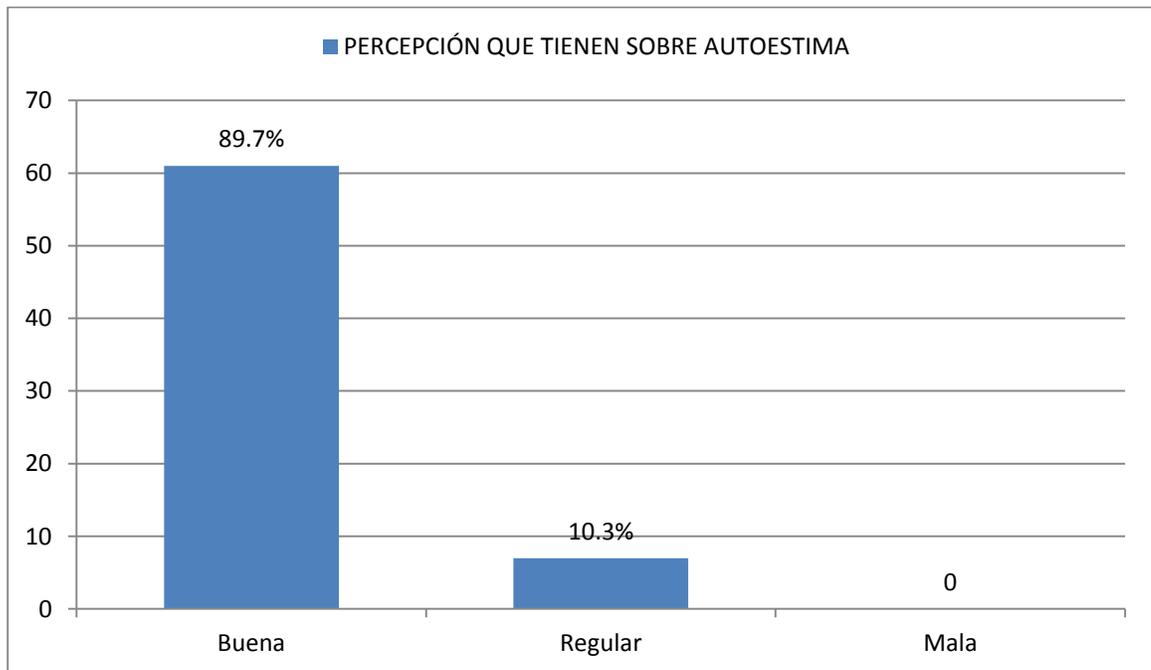
Análisis:

De las 68 pacientes en estudio, 89.7% asegura tener una buena percepción de ellas mismas, un 10.3% regular y no se evidenció pacientes que consideraran tener una mala percepción sobre sí mismas a nivel de autoestima.

Interpretación:

En relación al aspecto psicológico y valorando la percepción que las pacientes en estudio tienen sobre ellas mismas, se logró identificar que un alto porcentaje posee una buena percepción sobre sí misma; lo que explicaría que en este estudio una baja autoestima, no es un factor de riesgo identificado, como causa de los embarazos de estas pacientes.

Grafica 6. Percepción que tienen sobre autoestima



Fuente: Tabla

Tabla 8. Presencia de pensamientos de inferioridad en la paciente.

| Opinión | Frecuencia | Porcentaje |
|---------|------------|------------|
| Si | 11 | 16.1% |
| No | 57 | 83.9% |
| TOTAL | 68 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

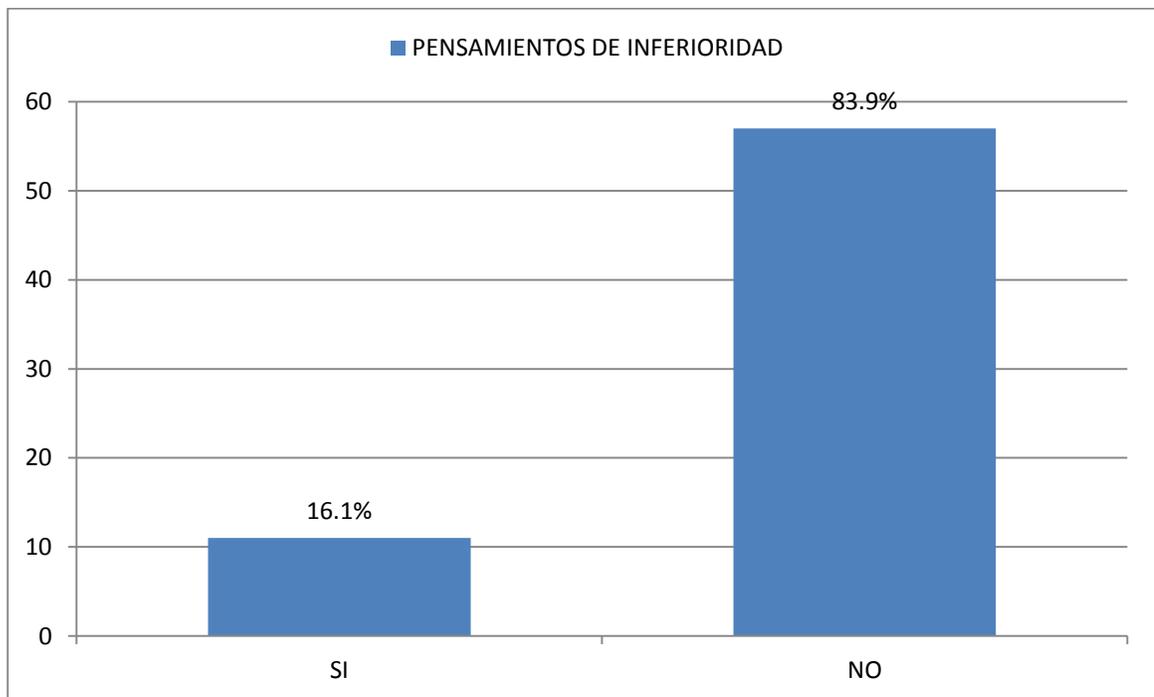
Análisis:

De la población en estudio. 83.9% aseguran no haber tenido pensamientos de inferioridad. 16.1% han tenido en algún momento pensamientos de inferioridad.

Interpretación:

Valorando el aspecto psicológico se logro identificar que en más del 80% de las pacientes, no refieren pensamientos de inferioridad durante su desarrollo. Lo que reafirma que las pacientes en nuestro estudio no se ven afectadas por trastornos de autoestima.

Gráfica 7. Presencia de pensamientos de inferioridad en la paciente.



Fuente: Tabla 8

Tabla 9. Aceptada socialmente durante la infancia y la adolescencia.

| Opinión | Frecuencia | Porcentaje |
|---------|------------|------------|
| Si | 62 | 91.2% |
| No | 6 | 8.8% |
| Total | 68 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio.

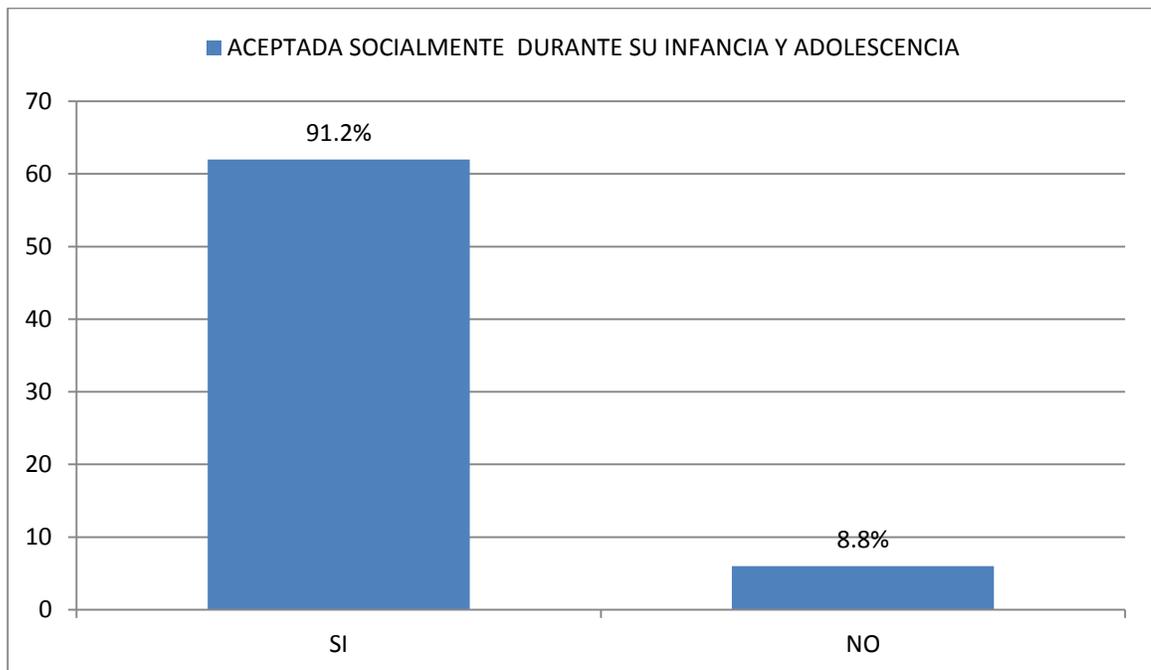
Análisis:

El 91.2% refiere haberse sentido aceptada en su entorno social (familia y amigos), durante su infancia y adolescencia. El 8.8% no se ha sentido aceptada.

Interpretación:

Evaluando el aspecto psicológico, la mayoría de las pacientes se sintieron aceptadas durante la infancia y la adolescencia, tanto por el grupo familiar como por sus amigos. Lo que indicaría que el rechazo social, en este contexto no fue evidenciado como una causa influyente para la aparición de embarazos a temprana edad.

Gráfica 8: Aceptada socialmente durante la infancia y la adolescencia.



Fuente: Tabla 9

Tabla 10. Apoyo emocional durante su desarrollo sexual.

| Opinión | Frecuencia | Porcentaje |
|---------|------------|------------|
| Si | 54 | 79.4% |
| No | 14 | 20.6% |
| Total | 68 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio.

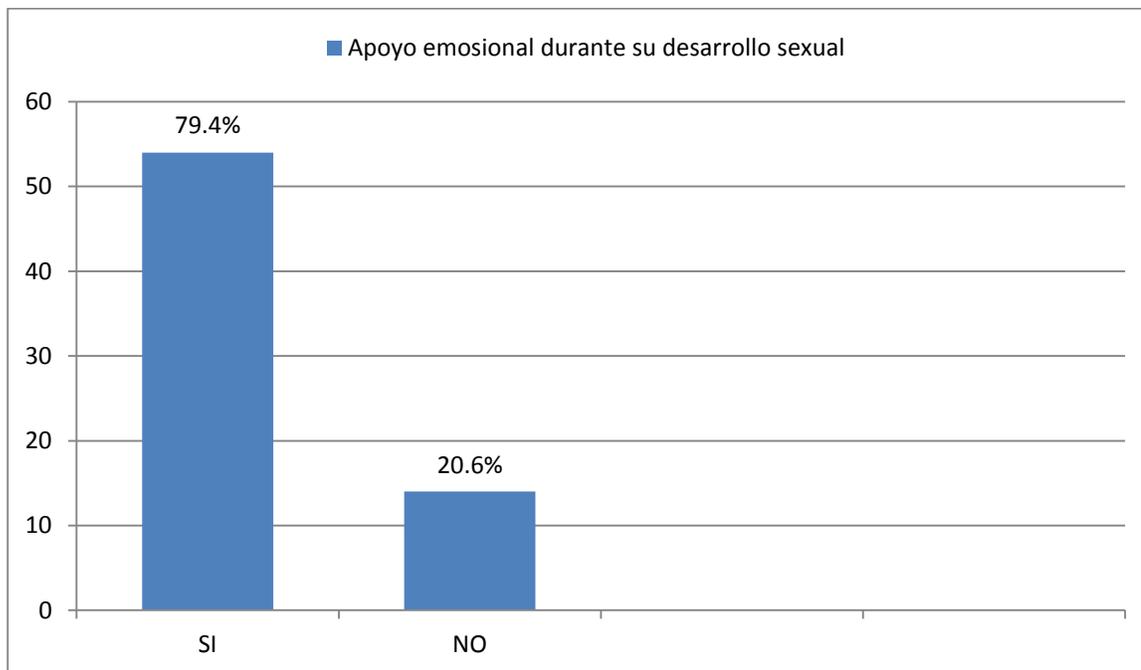
Análisis:

De las 68 pacientes en estudio. El 79.4% recibió apoyo emocional durante su desarrollo sexual. Un 20.6% no recibió apoyo.

Interpretación:

Evaluando el factor psicológico de la población en estudio, se identificó que un alto porcentaje de ellas refieren haber recibido apoyo emocional durante el periodo de su desarrollo sexual. Lo que demuestra que el embarazo no se da como consecuencia de la falta de este aspecto.

Gráfica 9. Apoyo emocional durante su desarrollo sexual.



Fuente: Tabla 10

Tabla 11. Persona que brindó apoyo emocional durante el desarrollo sexual.

| Persona que brindar apoyo emocional | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------------|------------|------------|
| Padres | 39 | 72.2% |
| Hermanos/as | 11 | 20.3% |
| Abuelos/as | 2 | 3.7% |
| Pareja | 2 | 3.7% |
| TOTAL | 54 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

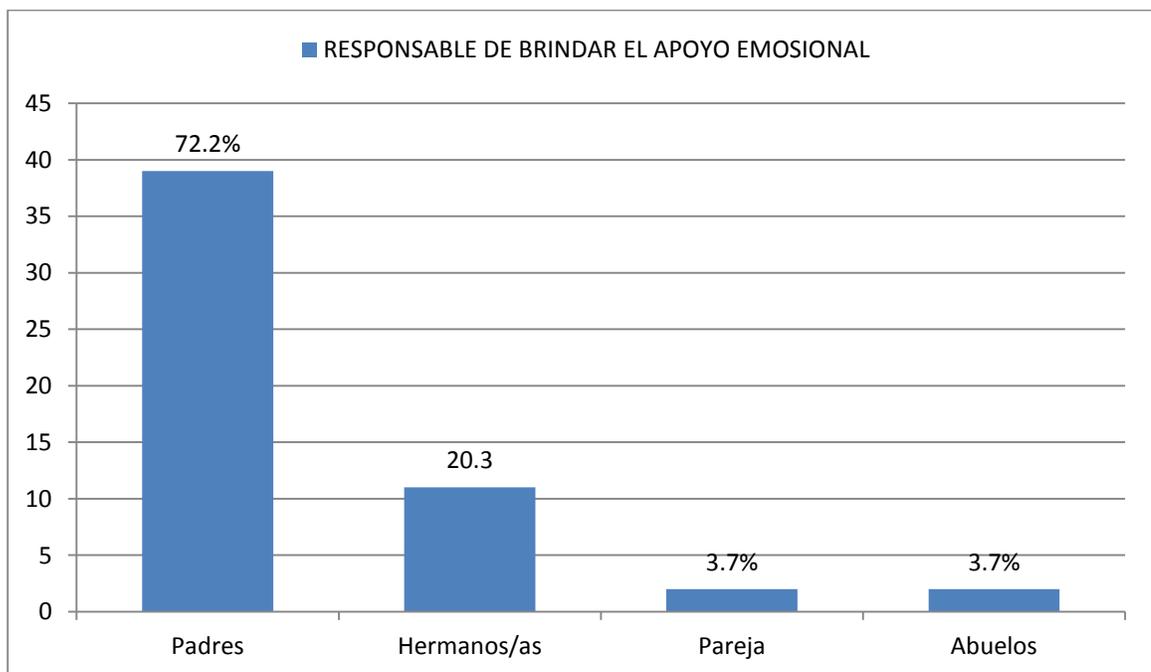
Análisis:

De las 68 pacientes en estudio, 54 fueron las que recibieron apoyo emocional en su desarrollo sexual. De estas un 72.2% recibió el apoyo de parte de sus padres; 20.7% de parte de hermanos/as; 3.7% de parte de sus abuelos y un 3.7% de su pareja.

Interpretación:

En relación a las pacientes que contaron con apoyo emocional durante su desarrollo sexual se logro determinar que en la mayoría de los casos fue proporcionado por padres. Lo que demuestra que estos embarazos no se dan como consecuencia de la falta de apoyo de sus padres o grupo familiar.

Gráfica 10. Persona que brinda apoyo emocional durante el desarrollo sexual.



Fuente: Tabla 11

Tabla 12. Proyecto de vida previo al embarazo.

| Opinión | Frecuencia | Porcentaje |
|---------|------------|------------|
| Si | 23 | 33.8% |
| No | 45 | 66.2% |
| TOTAL | 68 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio.

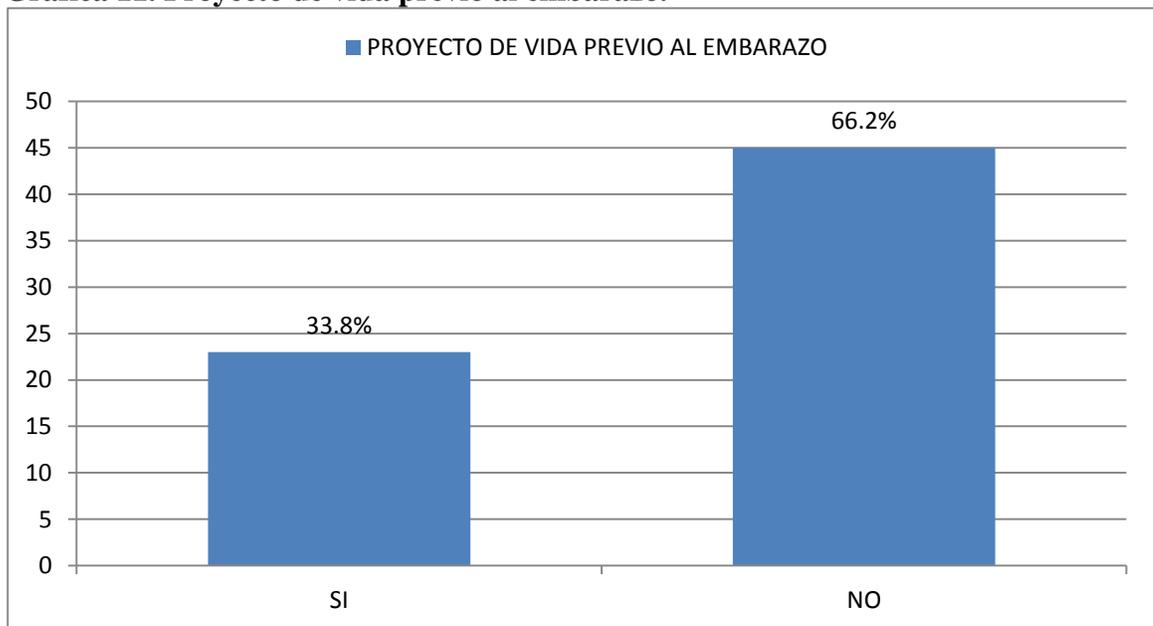
Análisis:

El 66.2% de la población en estudio no tenía proyecto de vida previo al embarazo en comparación con un 33.8% que si tenía proyecto de vida claro previo al embarazo.

Interpretación:

Más de la mitad de la población en estudio respondió que no tenía un proyecto de vida claro previo a su embarazo. Lo que explicaría que sus expectativas a futuro no presentaban mayores aspiraciones y se enfocaban a convertirse en madres siguiendo un patrón cultural. Limitándose en los aspectos académico y laboral.

Gráfica 11. Proyecto de vida previo al embarazo.



Fuente: Tabla 12

Tabla 13. Charlas sobre autoestima y valores.

| Opinión | Frecuencia | Porcentaje |
|---------|------------|------------|
| Si | 49 | 72% |
| No | 19 | 28% |
| Total | 68 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

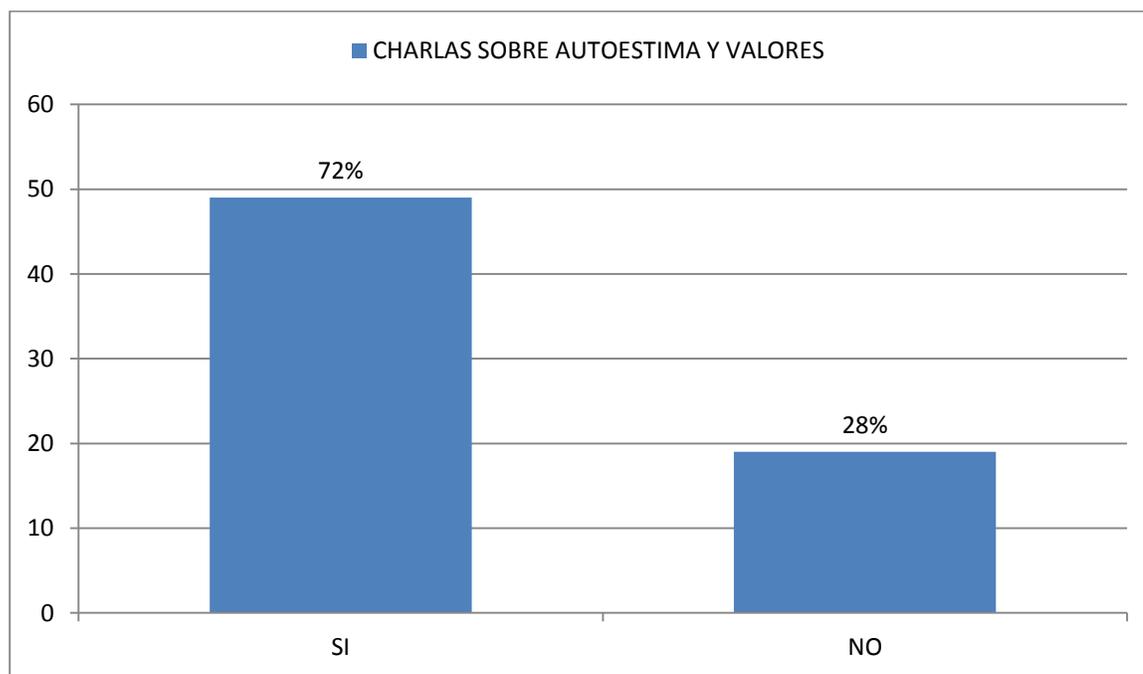
Análisis:

Del 100% de las pacientes encuestadas. Un 72% refiere haber recibido charlas sobre autoestima y valores; 28% no recibió charlas sobre autoestima y valores.

Interpretación:

Del total de las pacientes en estudio. Un alto porcentaje (72%) recibió charlas sobre autoestima y valores. En general las pacientes poseen información, lo que demuestra que la falta de conocimientos sobre estos aspectos no es un determinante para que se presenten embarazos en las adolescentes.

Gráfica 12. Charla sobre autoestima y valores.



Fuente: Tabla 13

Tabla 14. Responsables de brindar charlas de autoestima y valores.

| Personal que brindo la charla | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------|------------|------------|
| Maestros | 25 | 51% |
| Trabajadores de salud | 6 | 12,2% |
| Ambos | 18 | 36.8% |
| Total | 49 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

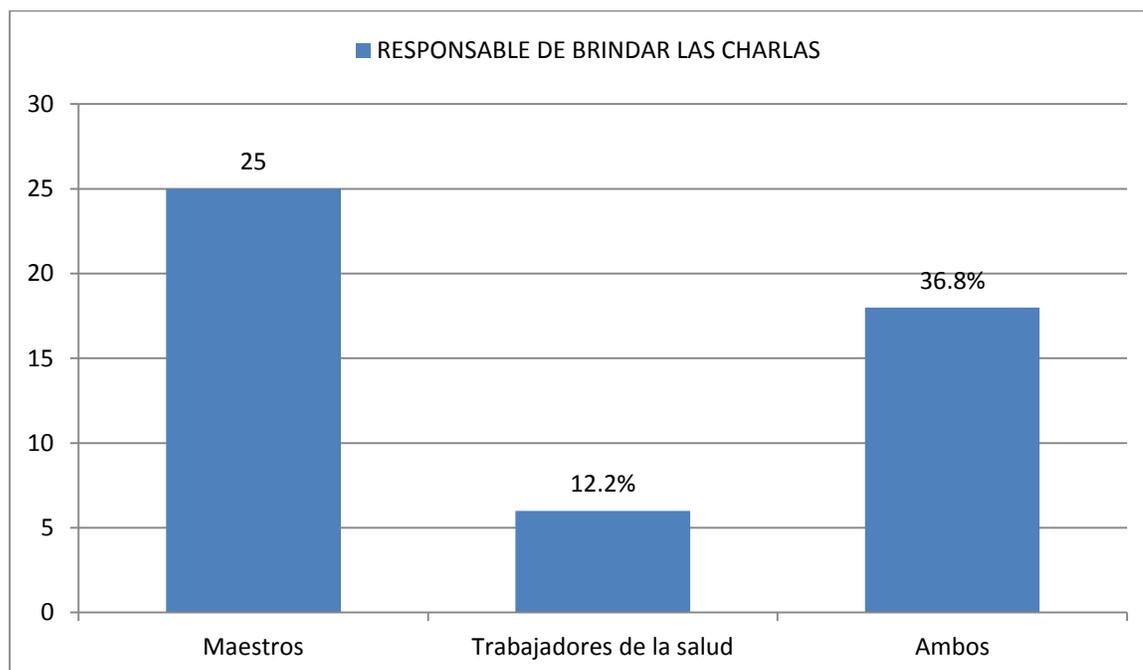
Análisis:

De las 68 pacientes en estudio; solo 49 pacientes recibieron charlas sobre autoestima y valores. De estas un 51% recibió dichas charlas de parte de los maestros; 36.8% recibió de por trabajadores de la salud y maestros; 12.2% de parte de los trabajadores de la salud.

Interpretación:

Del total de las pacientes que recibieron charlas sobre autoestima y valores, más de la mitad refirió haber recibido esta orientación por parte de los maestros. Lo que deja claro que la mayoría de las pacientes en estudio recibió alguna información como parte de su proceso de estudio. En menor proporción la han recibido por parte del ministerio de salud.

Gráfica 13. Responsable de brindar charlas de autoestima y valores.



Fuente: Tabla 14

Tabla 15. Coacción para tener relaciones sexuales.

| Opinión | Frecuencia | Porcentaje |
|---------|------------|------------|
| Si | 2 | 3% |
| No | 66 | 97% |
| Total | 68 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

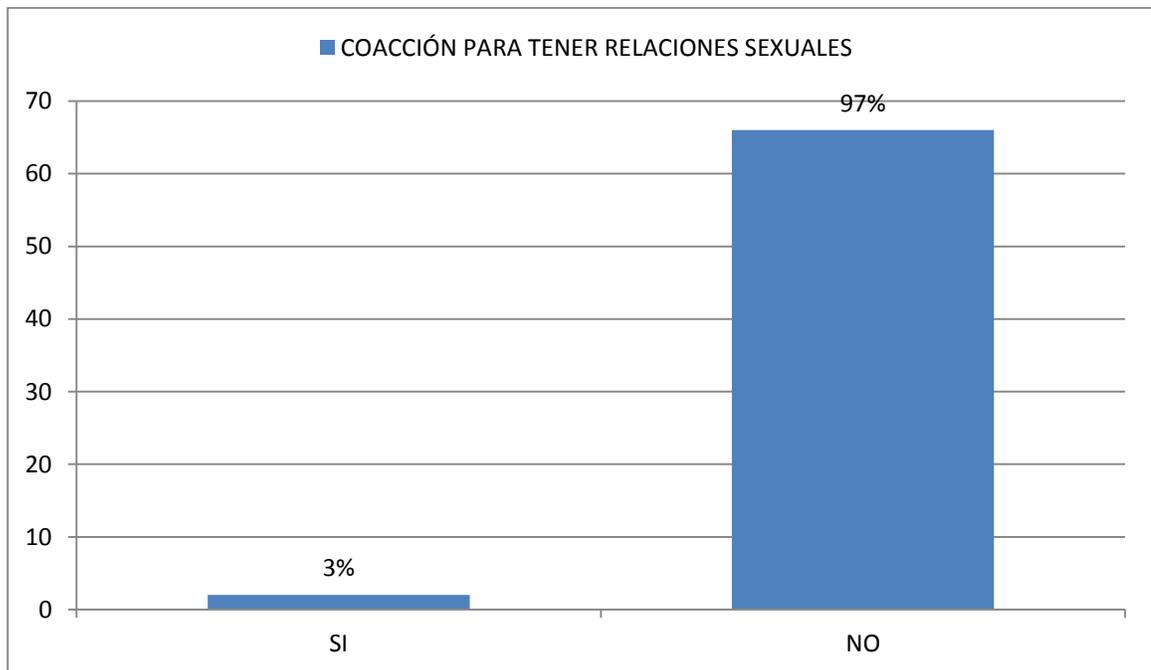
Análisis:

Del 100% de las pacientes en estudio. Un 97% no se ha sentido presionada para tener relaciones sexuales en comparación con un 3% que se ha sentido presionada para tener relaciones sexuales.

Interpretación:

Del total de pacientes en estudio un alto porcentaje refirió no haber sido presionada para tener relaciones sexuales, en general esta práctica es realizadas por decisión propia. No pudiéndose atribuir las relaciones sexuales bajo presión, como causa directa del embarazo.

Gráfica 14. Coacción para tener relaciones sexuales.



Fuente: Tabla 15

Tabla 16. Abuso sexual previo al embarazo.

| Opinión | Frecuencia | Porcentaje |
|---------|------------|------------|
| Si | 1 | 1.4% |
| No | 67 | 98.6% |
| Total | 68 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

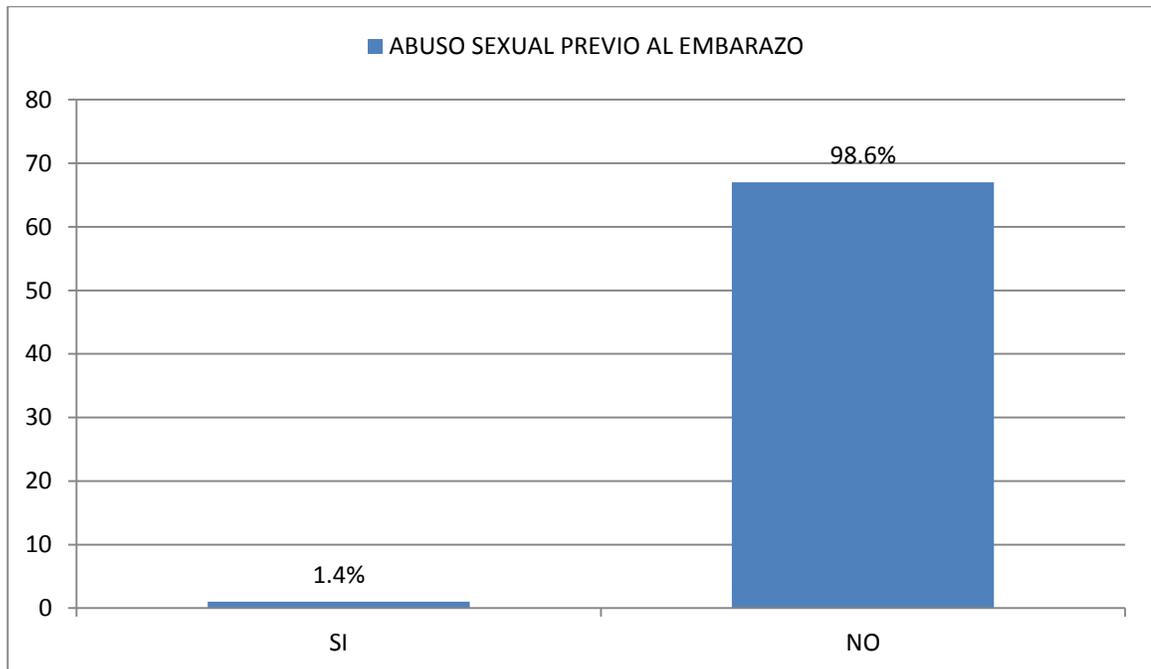
Análisis:

Del 100% de los pacientes en estudio. Un 98.6% asegura no haber sufrido abuso sexual previo al embarazo; un 1.4% sufrió algún tipo de abuso sexual.

Interpretación:

Del total de pacientes en estudio, la mayoría refirió no haber sufrido ningún tipo de abuso sexual. Lo que indica que en nuestra población de estudio los embarazos no son resultado directo de violaciones o como consecuencia de un abuso sexual durante su adolescencia.

Gráfica 15. Abuso sexual previo al embarazo.



Fuente: Tabla 16

Tabla 17. Procedencia geográfica.

| Procedencia | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------|------------|------------|
| Rural | 60 | 88.2% |
| Urbana | 8 | 11.8% |
| Total | 68 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

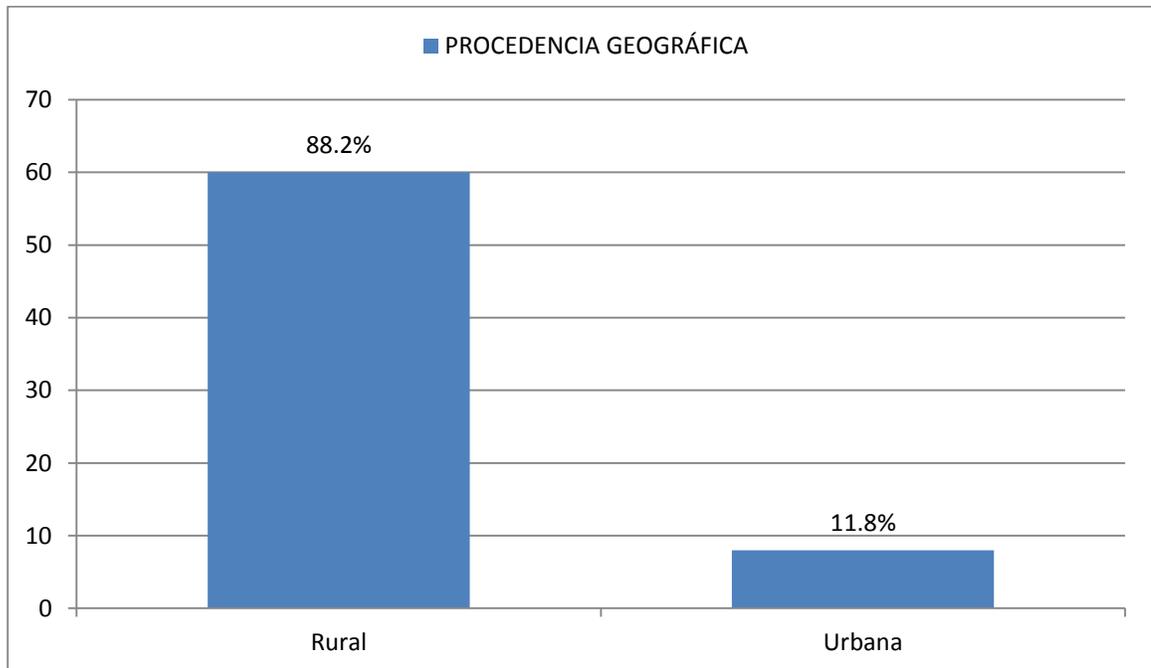
Análisis:

De la población en estudio. Un 88.2% procede del área rural en comparación con un 11.8% que corresponde al área urbana.

Interpretación:

Más de la mitad de la población en estudio refirió que provenía del área rural, dato importante ya que estudios realizados en América latina demuestran que el porcentaje de embarazos en la adolescencia es mayor en áreas rurales con respecto a las urbanas debido a la poca accesibilidad a la educación y por los factores culturales.

Gráfica 16. Procedencia geográfica.



Fuente: Tabla 17

Tabla 18. Paciente lee y escribe.

| Opinión | Frecuencia | Porcentaje |
|---------|------------|------------|
| Si | 64 | 94.1% |
| No | 4 | 5.9% |
| Total | 68 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

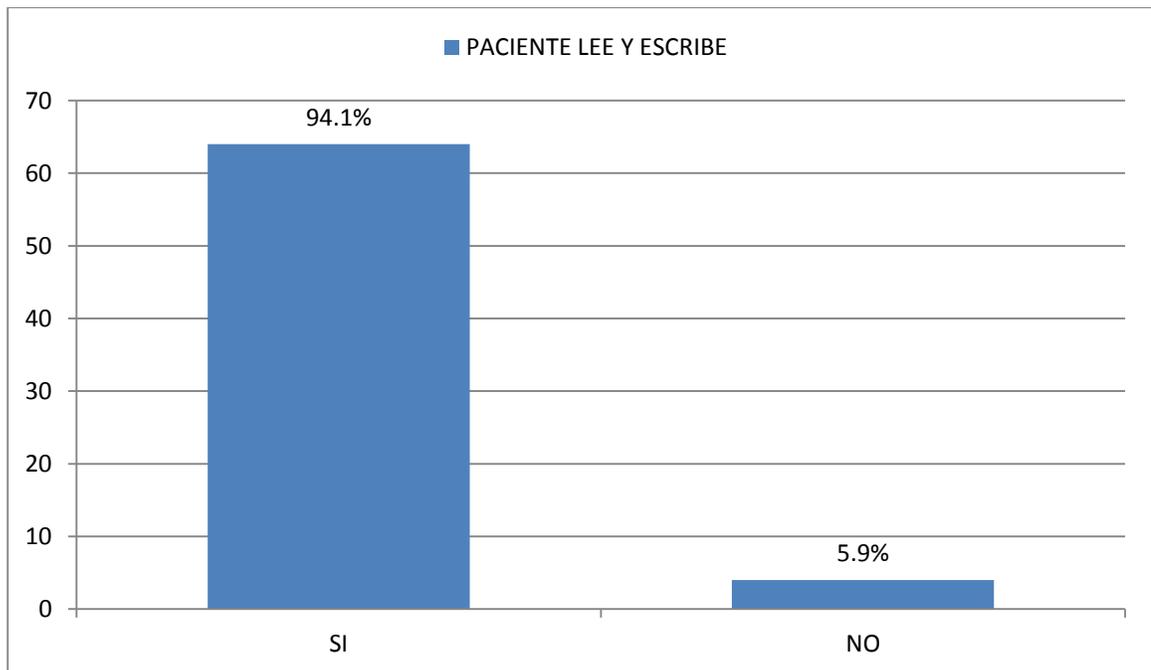
Análisis:

De las 68 pacientes en estudio. Un 94.1% sabe leer y escribir en comparación con un 5.9% que no sabe leer ni escribir.

Interpretación:

Un alto porcentaje de las pacientes sabe leer y escribir (64 pacientes), lo que demuestra que la mayoría de pacientes tiene al menos un grado de educación.

Grafica 17. Paciente lee y escribe.



Fuente: Tabla 18

Tabla 19. Deserción escolar

| Opinión | Frecuencia | Porcentaje |
|---------|------------|------------|
| Si | 59 | 92.2% |
| No | 5 | 7.8% |
| Total | 64 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

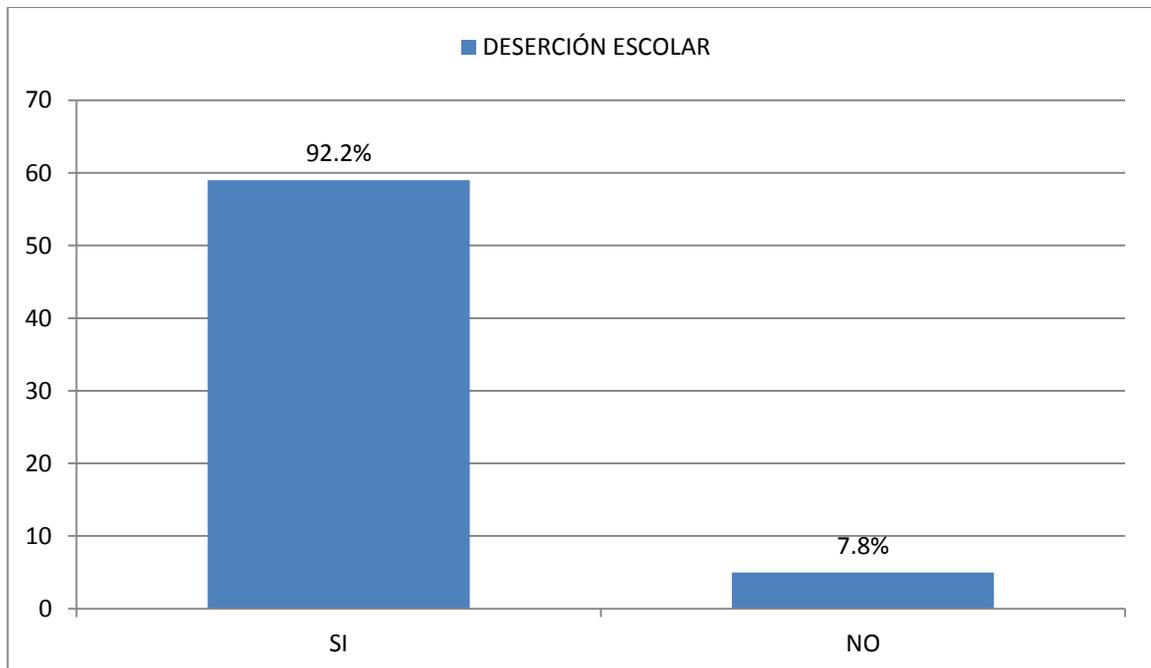
Análisis:

De las 68 pacientes en estudio, 64 asistían a la escuela, de estas. Un 92.2% abandono los estudios posterior al embarazo en comparación con un 7.8% que continua estudiando.

Interpretación:

De las pacientes en investigación. Un alto porcentaje(92,2%) abandono los estudios posterior al embarazo, lo que indica que este es un factor predisponente para que las adolescentes abandonen sus estudios y por ende limiten su desarrollo a nivel personal, académico y laboral.

Gráfica 18. Deserción escolar.



Fuente: Tabla 19

Tabla 20. Nivel de Escolaridad

| Nivel | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Primaria | 30 | 47% |
| Básica | 22 | 34.3% |
| Bachillerato | 12 | 18.7% |
| Total | 64 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio.

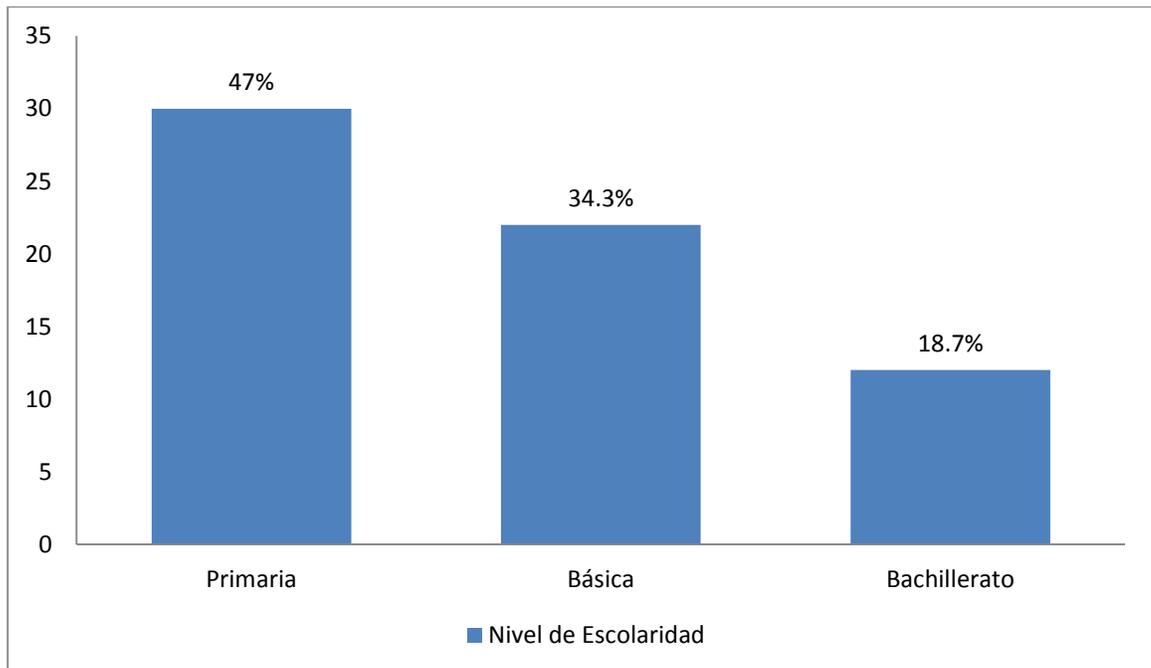
Análisis:

De las 64 pacientes en estudio que asistieron a la escuela. Solo un 18.7% alcanzó el bachillerato; un 34.3% curso básica y un 47% que curso la primaria.

Interpretación:

De la población en estudio, el mayor porcentaje cuenta únicamente con un nivel de estudio de primaria, lo que implica un grado bajo de escolaridad y de formación académica; apoyando la teoría en otros estudios citados, en los que, a menor grado de estudio los embarazos se pueden presentar con mayor frecuencia. Siendo este un factor precipitante para que se presenten a esta edad.

Gráfica 19. Nivel de escolaridad.



Fuente: Tabla 20

Tabla 21. Ocupación

| Ocupación | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------|------------|------------|
| Ama de casa | 61 | 89.7% |
| Comerciante | 1 | 1.5% |
| Empleada | 1 | 1.5% |
| Otros/ estudiante | 5 | 7.3% |
| Total | 68 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

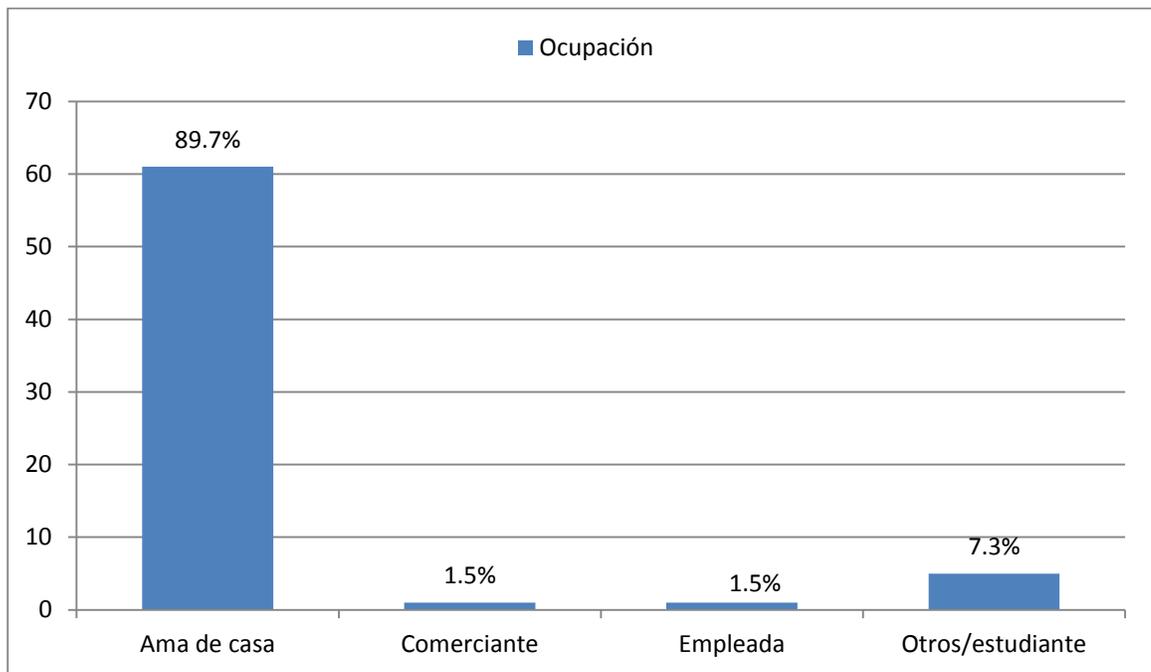
Análisis:

Del 100% de la población en estudio. El 89.7% es ama de casa; 1.5% es comerciante; 1.5% es empleada y un 7.3% contestó que tiene otras ocupaciones(estudiante)

Interpretación:

Con respecto a la ocupación. El mayor porcentaje refirió ser ama de casa. Lo que demuestra que las expectativas de vida de las adolescentes en estudio, en el campo laboral, y académico es muy bajo; por lo que optan, una vez embarazadas, a dedicarse completamente a las actividades del hogar y el cuidado de los hijos.

Gráfica 20. Ocupación



Fuente: Tabla 21

Tabla 22. Estado familiar

| Estado | Frecuencia | Porcentaje |
|------------|------------|------------|
| Casada | 5 | 7.3% |
| Acompañada | 51 | 75% |
| Soltera | 11 | 16.2% |
| Separada | 1 | 1.5% |
| Total | 68 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

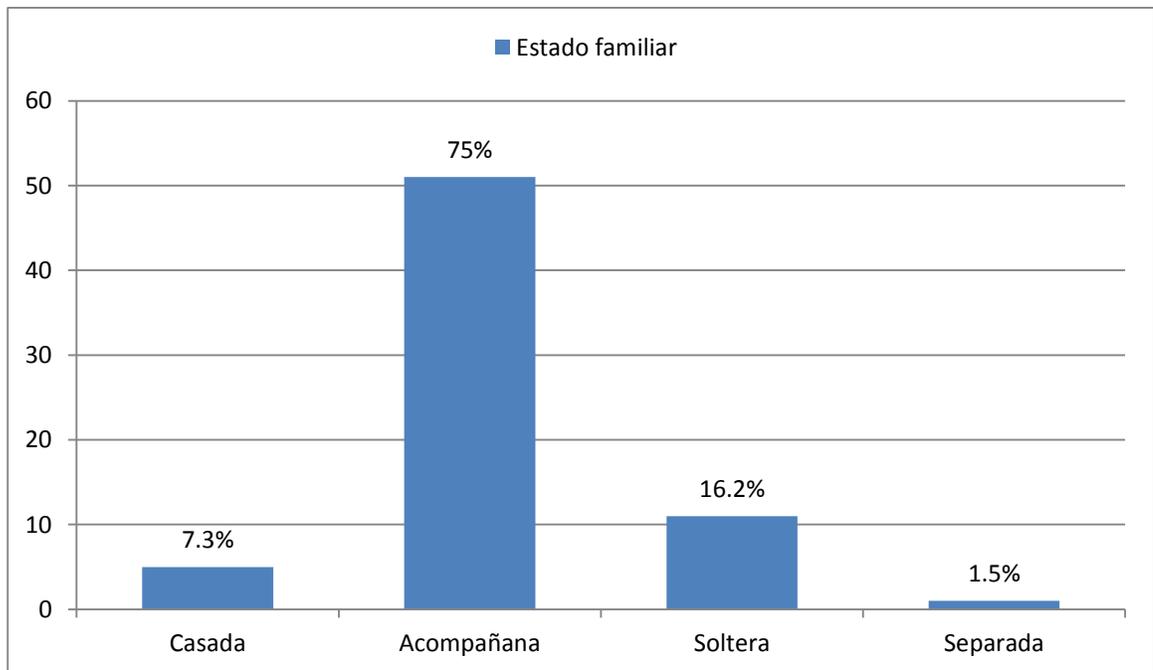
Análisis:

De la población en estudio. Un 75% asegura estar acompañada; 7.3% casada; 16.2% soltera y 1.5% refiere estar separada

Interpretación:

La mayor proporción de las adolescente embarazadas no cuentan con un estado legal de matrimonio, ya que más de la mitad de la población en estudio mantiene únicamente “unión libre” con su pareja, lo que podría significar un riesgo de abandono al no contar con un mayor compromiso que ampare a las pacientes ni el futuro hijo.

Gráfica 21. Estado civil



Fuente: Tabla 22

Tabla 23. Convivencia con ambos padres previo al embarazo.

| Opinión | Frecuencia | Porcentaje |
|---------|------------|------------|
| Si | 45 | 66.2% |
| No | 23 | 33.8% |
| Total | 68 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

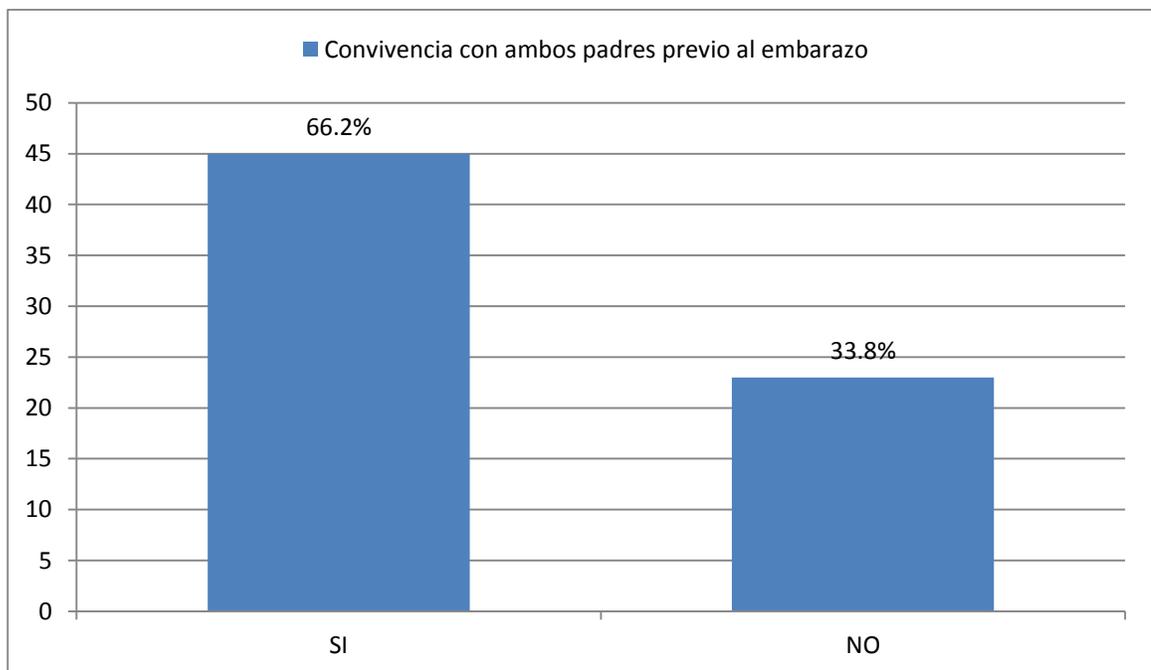
Análisis:

Del 100% de la población en estudio. Un 66.2% asegura haber vivido con ambos padres antes del embarazo en comparación con un 33.8% que no ha vivía con ambos padres.

Interpretación:

De las pacientes en estudio más de la mitad aseguro vivir con ambos padres antes del embarazo, por lo que en nuestro estudio, la desintegración familiar no sería un factor determinante para que se presenten embarazos a edades tempranas, como refieren datos de OMS, que sustentan que las familias desintegradas son un factor predisponente para la aparición de embarazos.

Gráfica 22. Convivencia con ambos padres previo al embarazo.



Fuente: Tabla 23

Tabla 24. Causa por la que no vivía con ambos padres previo al embarazo.

| Causa | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| Divorcio | 10 | 43.5% |
| Migración | 10 | 43.5% |
| Muerte | 3 | 13% |
| Total | 23 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

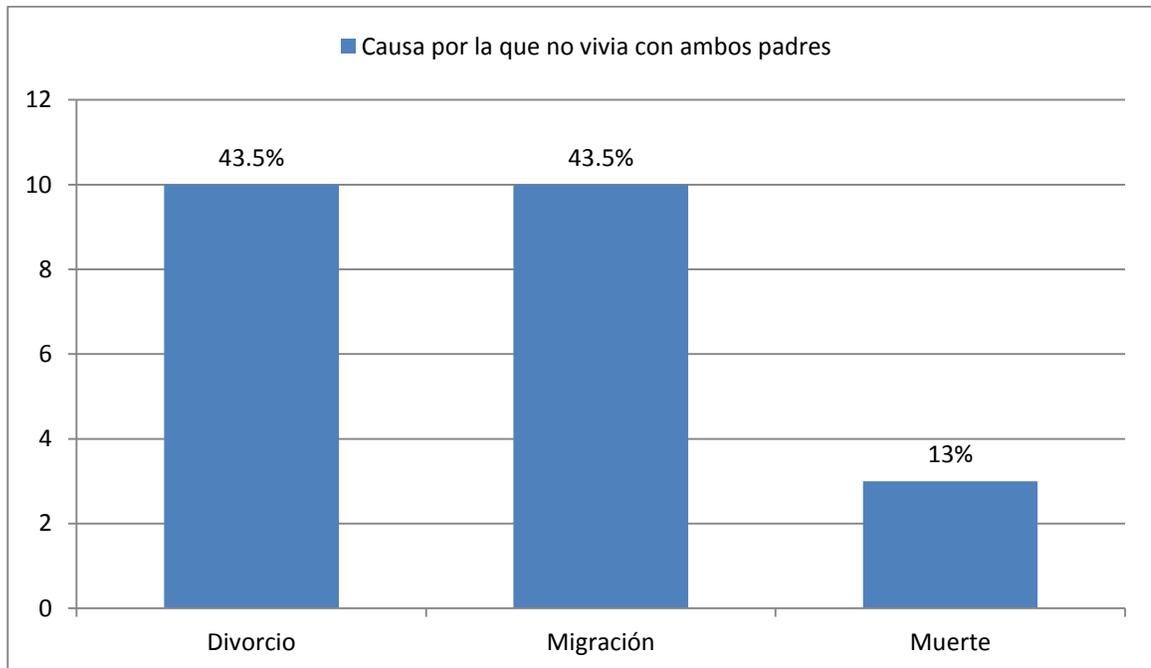
Análisis:

De las 68 pacientes en estudio, solo 23 aseguraron no vivían con ambos padres previo al embarazo. Entre las causas, un 43.5% no vivía con ambos padres por migración de uno de los padres; 43.5% por divorcio; un 13% por muerte.

Interpretación:

De los pacientes en estudio que no convivían con ambos padres, previo al embarazo que representó solo el 33.8%; la mayoría (20 pacientes) refirió deberse a migración y divorcio. Llegando a ser la principal causa de desintegración familiar en nuestras pacientes en estudio.

Gráfica 23. Causa por la que no vivía con ambos padres previo al embarazo



Fuente: Tabla 24

Tabla 25. Número de personas que convivían en el hogar previo al embarazo.

| Número de personas | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------|------------|------------|
| Menos de 4 | 12 | 17.6% |
| Más de 4 | 56 | 82.4% |
| Total | 68 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

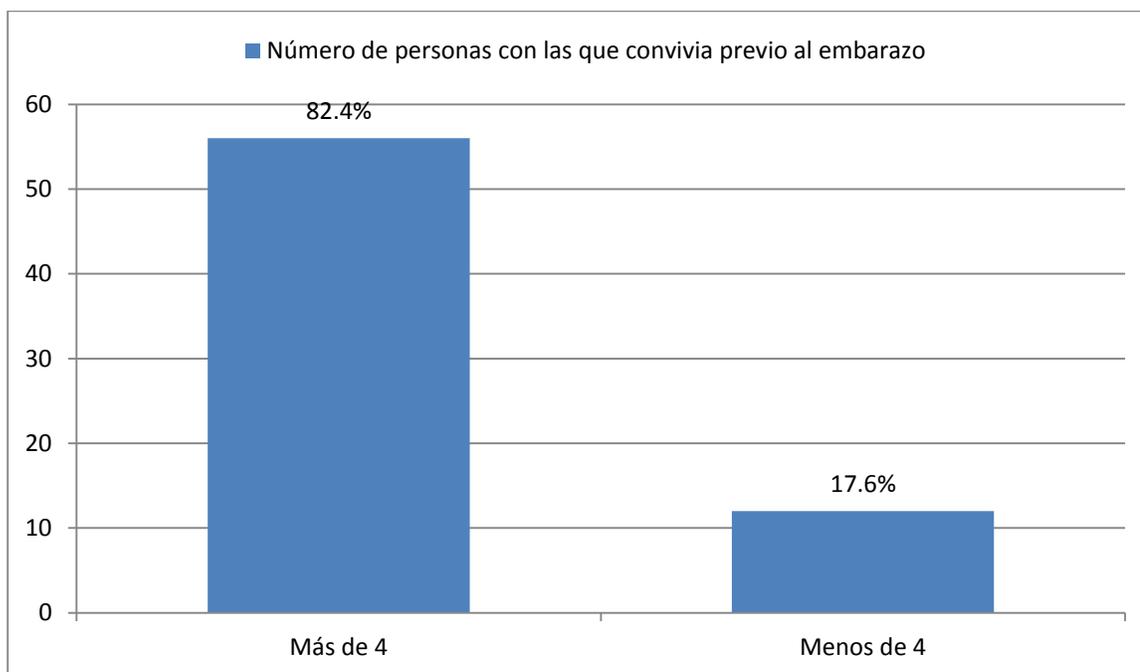
Análisis:

Del 100% de la población en estudio. Un 82.4% asegura que vivían más de 4 personas en su casa en comparación con un 17.6% menos de 4 personas en su casa.

Interpretación:

Del total de las pacientes en estudio un alto porcentaje refirió convivir con más de 4 personas en el hogar previo al embarazo, lo que nos indica que estas pacientes provenían de familias extensas. Concordando con los datos estadísticos que muestran que la tasa de natalidad y los grupos familiares son mayores en las áreas rurales. ⁽¹²⁾

Gráfica 24. Número de personas que convivían en el hogar previo al embarazo.



Fuente: Tabla 25

Tabla 26. Dependencia económica previa al embarazo.

| Opinión | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------|------------|------------|
| Padre | 51 | 75% |
| Pareja sentimental | 6 | 8.8% |
| Abuelos | 5 | 7.4% |
| Otros/madre | 6 | 8.8% |
| Total | 68 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

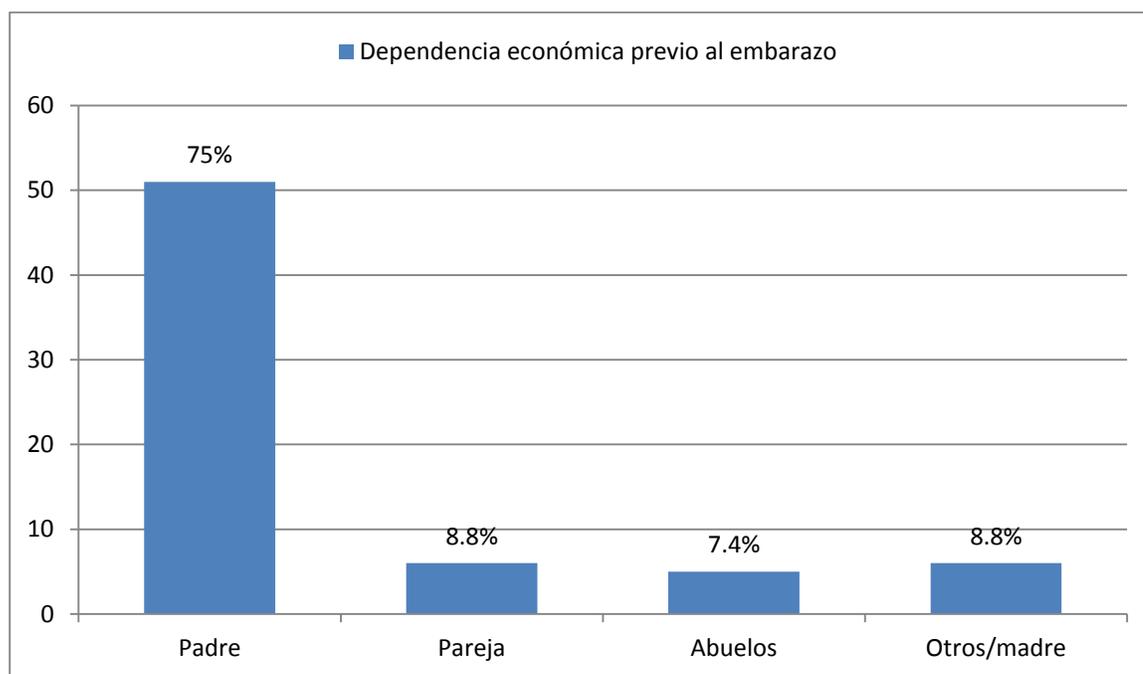
Análisis:

De las 68 pacientes en estudio. Un 75% dependía económicamente de los padres previo al embarazo; 8.8% dependía de la pareja; 7.4% de los abuelos y un 8.8% de otros (madre)

Interpretación:

De las pacientes en estudio más de la mitad refirió depender económicamente de su padre como única fuente de ingreso, en porcentajes menores pacientes refirieron depender de sus abuelos, madre e inclusive de la pareja. En general todas las pacientes manifestaron tener una fuente de ingreso dentro del seno familiar. Lo que nos indica que el embarazo no fue buscado como una alternativa para encontrar apoyo económico.

Gráfica 25. Dependencia económica previa al embarazo.



Fuente: Tabla 26

Tabla 27. Ingresos económicos al mes

| Ingresos | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|------------|------------|
| Menos de \$100 | 17 | 25% |
| De \$100 a \$200 | 26 | 38.2% |
| Más de \$200 | 25 | 36.8% |
| Total | 68 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

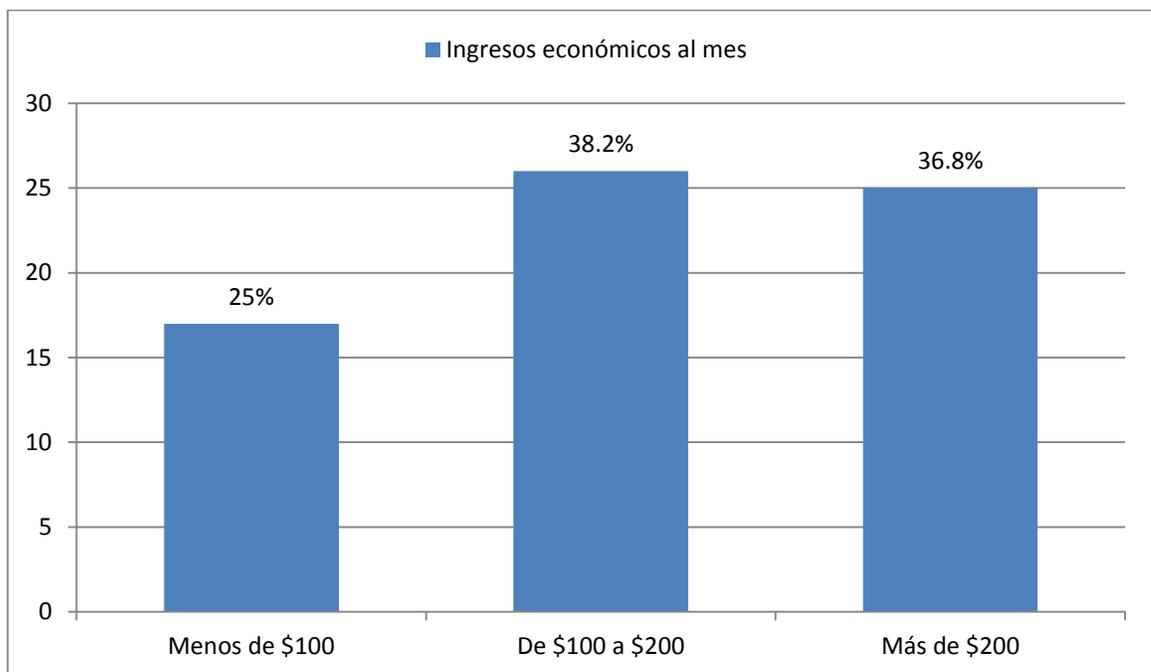
Análisis:

De las 68 pacientes en estudio. Un 38.2% tiene ingresos económicos mensuales de \$100 a \$200; un 36.8% ingresos mayores de \$200 y un 25% ingresos menores a \$100.

Interpretación:

En relación al aspecto económico logramos identificar que la mayoría de las jóvenes en estudio contaba con ingresos menores de \$200 al mes (63.2%). Es decir que la mayoría de estas familias tienen un grado de pobreza relativa. Sin embargo no se identificó niveles de pobreza extrema, criterio que según el Banco Mundial, define como personas viviendo con menos de \$1.25 al día. Que podrían condicionar el que las adolescentes busquen pareja como una necesidad por su situación económica.

Gráfica 26. Ingresos económicos al mes.



Fuente: Tabla 27

Tabla 28. Ingresos económicos producto de remesas.

| Opinión | Frecuencia | Porcentaje |
|---------|------------|------------|
| Si | 28 | 41.2% |
| No | 40 | 58.8% |
| Total | 68 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

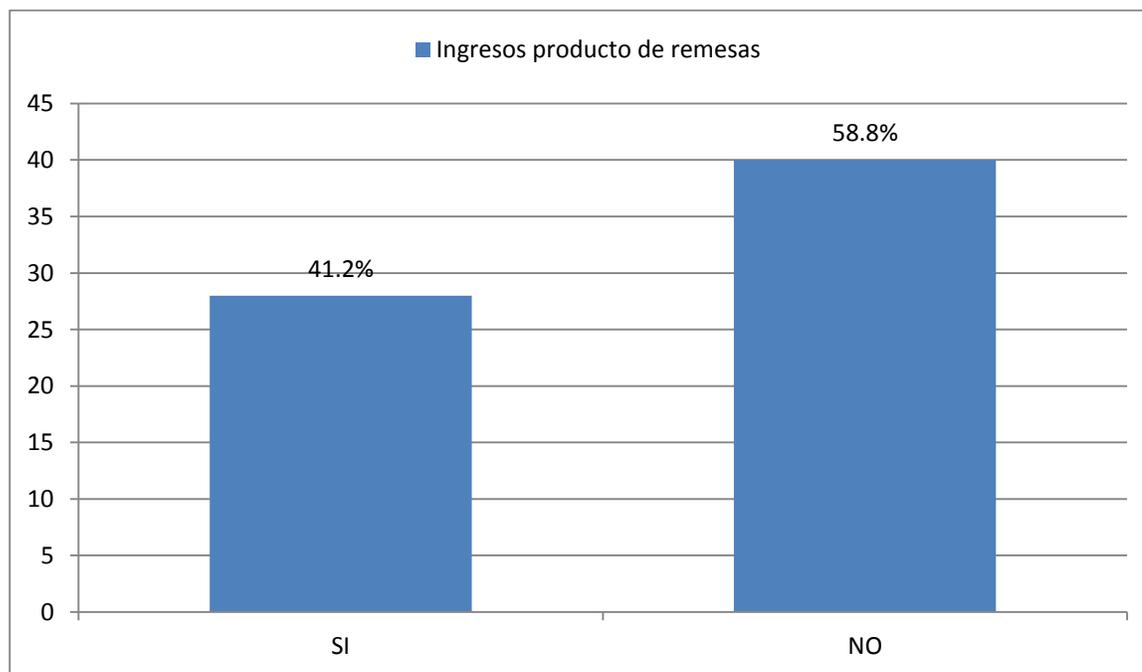
Análisis:

Del 100% de la población en estudio. Un 41.2% asegura recibir remesas en comparación con un 58.8% no recibe remesas. Sin embargo el factor remesas es un aspecto significativo, ya que un 40% de las familias reciben apoyo para paliar, su situación de pobreza.

Interpretación:

Del total de paciente en estudio un mayor porcentaje refirió no tener ingresos económicos provenientes de remesas. Sin embargo es considerable el hecho que un poco más del 40%, de las familias cuenta con ayuda económica del exterior, lo cual es una realidad que viene a mejorar la situación económica de las familias.

Gráfica 27. Ingresos económicos producto de remesas



Fuente: Tabla 28

Tabla 29. Grupo religioso

| Grupo | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------|------------|------------|
| Católico | 45 | 66.2% |
| Evangélico | 20 | 29.4% |
| Otro grupo religioso | 0 | 0% |
| No pertenece a ningún grupo | 3 | 4.4% |
| Total | 68 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

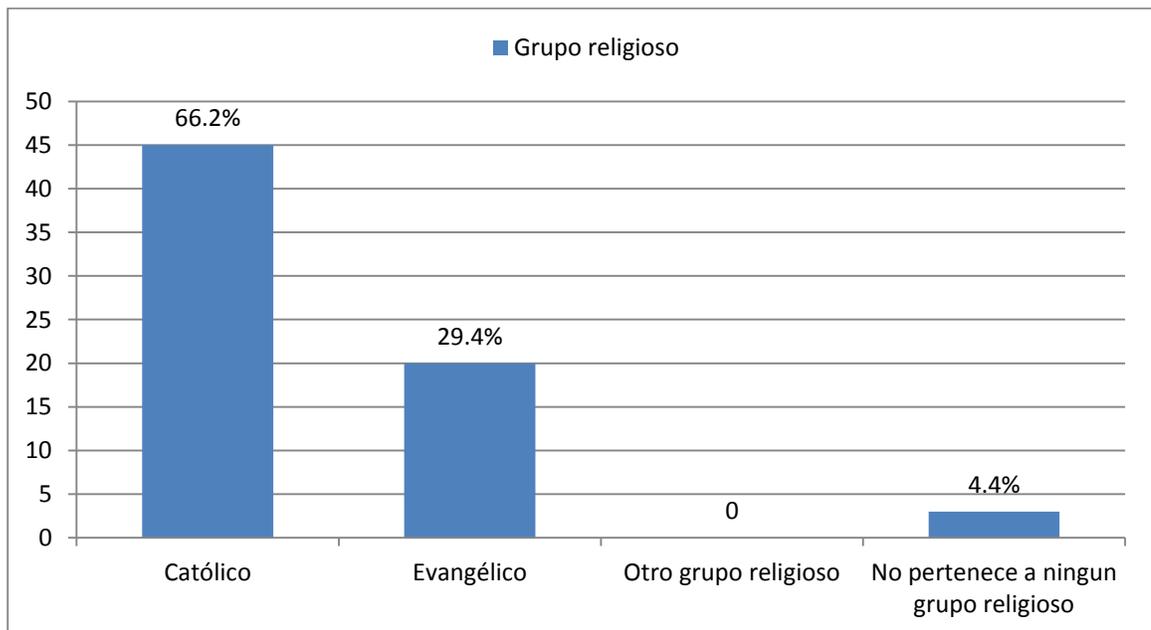
Análisis:

Del 100% de la población en estudio. El 66.2% es católico; 29.4% es evangélico y un 4.4% no pertenece a ningún grupo religioso.

Interpretación:

Con respecto a la religiosidad un alto porcentaje de nuestras pacientes en estudio pertenece a un grupo religioso, siendo el grupo Católico el de mayor porcentaje. Lo que nos indica que a pesar que la religiosidad puede considerarse un factor que constituye una barrera para el ejercicio libre de la sexualidad; en nuestro estudio no se puede considerar este argumento, ya que casi la totalidad refieren pertenecer a algún grupo religioso.

Gráfica 28. Grupo religioso



Fuente: Tabla 29

Tabla 30. Nivel de Religiosidad:

a) ALTO: Asiste semanalmente a su iglesia/templo y da un grado alto a su fe en las decisiones de su vida.

b) BAJA: Asiste ocasionalmente o nunca a los servicios religiosos, y/o no considera su fe como una influencia importante para la toma de decisiones en su vida.

| Grado de religiosidad | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|------------|------------|
| Alto | 9 | 13.8% |
| Bajo | 56 | 86.2% |
| Total | 65 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

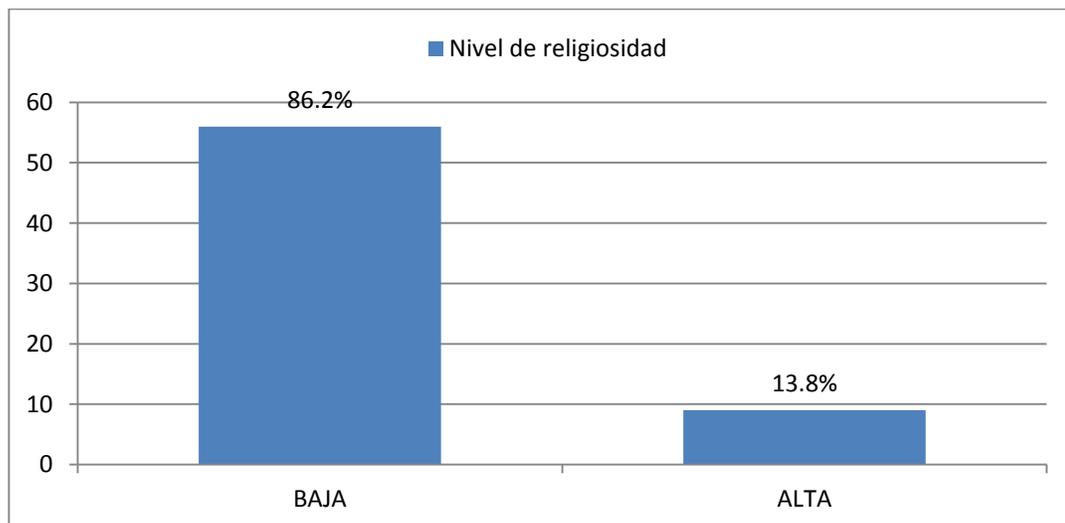
Análisis:

Del 100% de la población en estudio. Un 86.2% tiene un grado de religiosidad bajo en comparación con un 13.8% con un grado de religiosidad alta.

Interpretación:

Con referencia al apartado anterior, se tomó en cuenta el grado de religiosidad, como un factor a considerar en la toma de decisiones, acerca del inicio de relaciones prematrimoniales en las adolescentes. En la población en estudio se evidencio que la mayoría de las adolescentes a pesar de referir ser parte de un grupo religioso, tienen una baja religiosidad por lo que en este caso sus creencias religiosas no influye en la toma de sus decisiones y explica el hecho que se den estos casos de embarazos en grupos religiosos, con principios morales contrarios a estas prácticas.

Gráfica 29. Nivel de religiosidad.



Fuente: Tabla 30

Tabla 31. Revisión de Pornografía

| Opinión | Frecuencia | Porcentaje |
|---------|------------|------------|
| Si | 5 | 7.4% |
| No | 63 | 92.6% |
| Total | 68 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

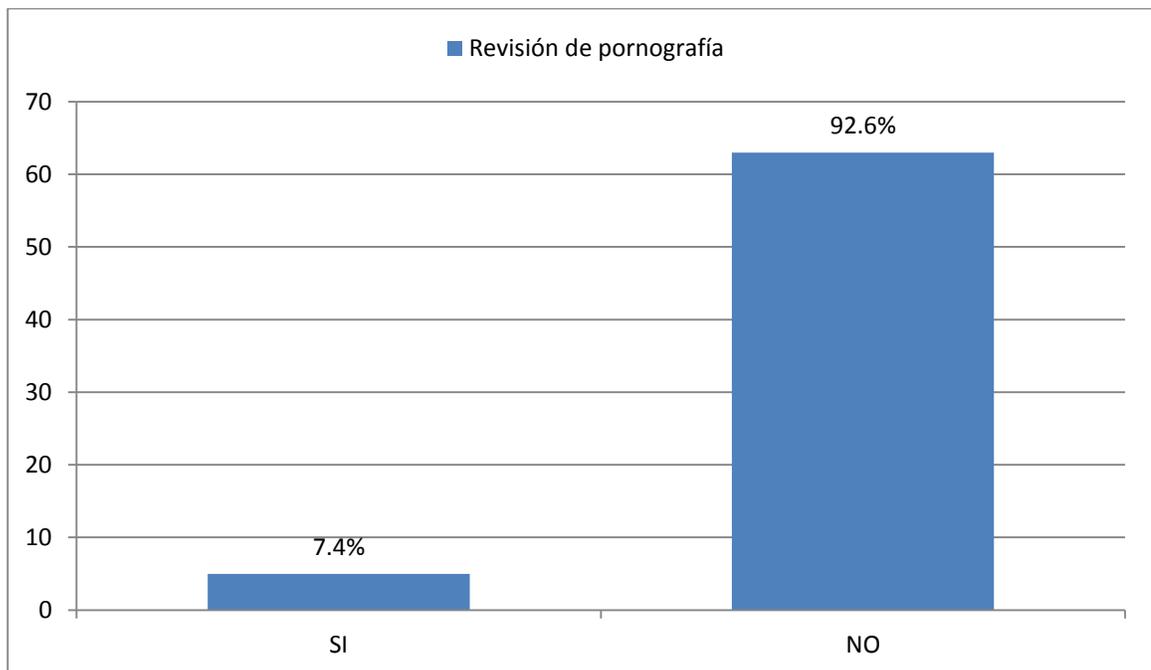
Análisis:

El 92.6% de la población asegura no haber visto pornografía; un 7.4% ha visto pornografía en algún momento de su vida.

Interpretación:

En artículos citados previamente en este estudio se observa que la pornografía es un factor de riesgo que genera en el adolescente la curiosidad de experimentar tempranamente las relaciones sexuales. En nuestra población en estudio la mayoría referían no haber visto pornografía, por lo que este factor no incidiría en el aumento de los embarazos en las adolescentes

Gráfica 30. Revisión de pornografía.



Fuente: Tabla 31

Tabla 32. Motivación para la revisión de pornografía.

| Motivo | Frecuencia | Resultado |
|---------------------------|------------|-----------|
| Curiosidad personal | 4 | 80% |
| Presión de novio o pareja | 1 | 20% |
| Influencia de un familiar | 0 | 0% |
| Total | 5 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

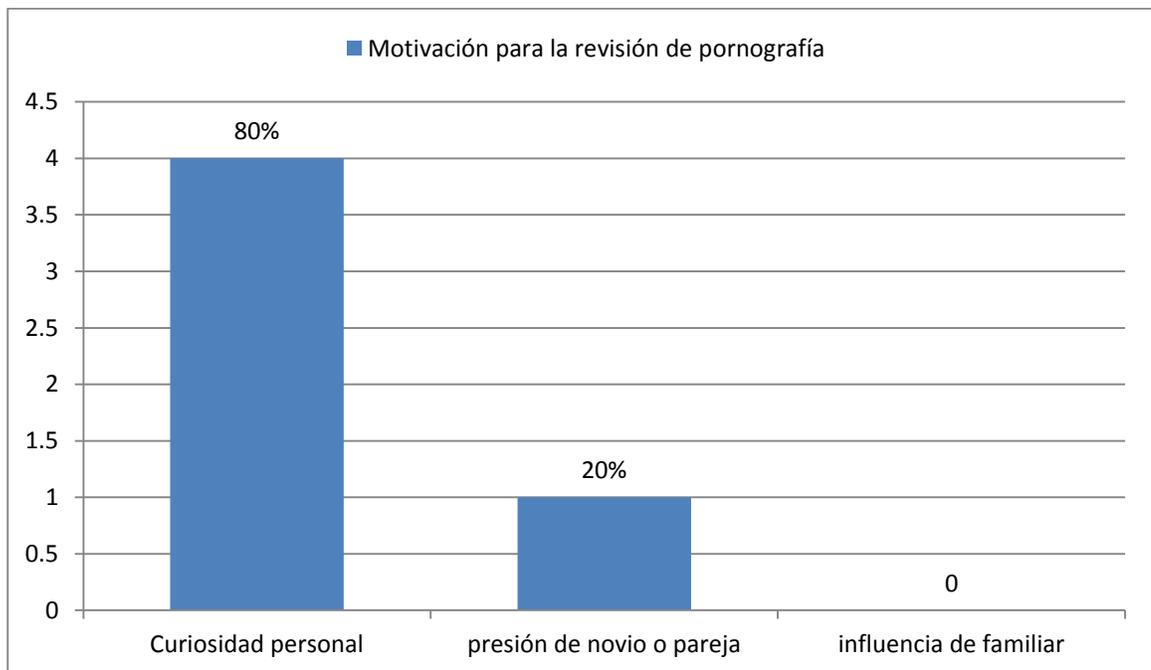
Análisis:

De las 68 pacientes en estudio solo 5 aseguran haber visto pornografía en algún momento. Y de este pequeño grupo el 80% fue la curiosidad personal la motivo. Un 20% asegura que fue por presión de novio o pareja y ninguna paciente fue influencia por un familiar.

Interpretación:

La mayoría de artículos que hablan de la pornografía refieren que lo que más motiva a las adolescentes es la curiosidad personal, en nuestro estudio la mayoría de pacientes que refieren haber visto pornografía argumentan que lo hicieron por curiosidad personal, dejando claro no verse influenciadas por ninguna otra persona para realizar dicha práctica.

Gráfica 31. Motivación para la revisión de pornografía.



Fuente: Tabla 32

Tabla 33. Medio utilizado para acceder al material pornográfico

| Medio | Frecuencia | Porcentaje |
|------------|------------|------------|
| Televisión | 0 | 0% |
| Internet | 4 | 80% |
| Revistas | 1 | 20% |
| | 5 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

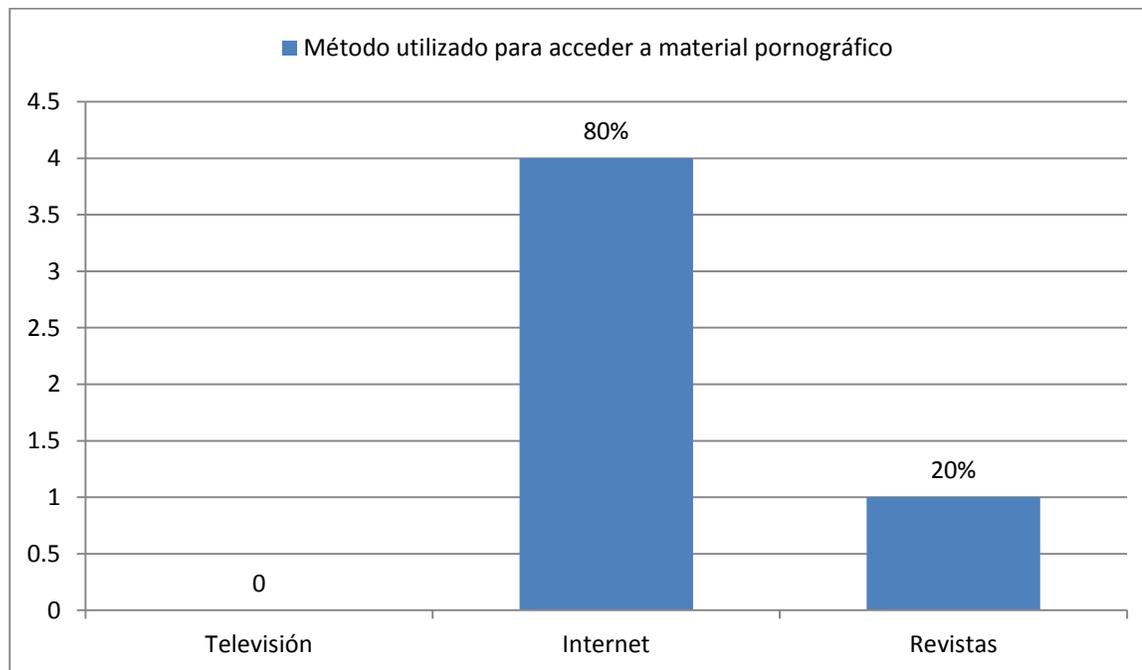
Análisis:

De las 5 pacientes que vieron pornografía. Un 80% tuvo acceso a pornografía a través del internet; un 20% a través de revistas.

Interpretación:

La mayoría de adolescentes tienen acceso a material pornográfico mediante el internet, esto según algunas literaturas citadas. De las adolescentes entrevistadas en nuestro estudio, la gran mayoría refería haber visto pornografía a través del internet, teniendo este medio gran impacto en el acceso que tienen las adolescentes a la pornografía.

Gráfica 32. Medio utilizado para acceder a material pornográfico.



Fuente: Tabla 33

Tabla 34. Persona con la que revisó material pornográfico.

| Compañía | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------|------------|------------|
| Amigos | 0 | 0% |
| Hermanos/as | 0 | 0% |
| Novio | 2 | 40% |
| Sola | 3 | 60% |
| Total | 5 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio

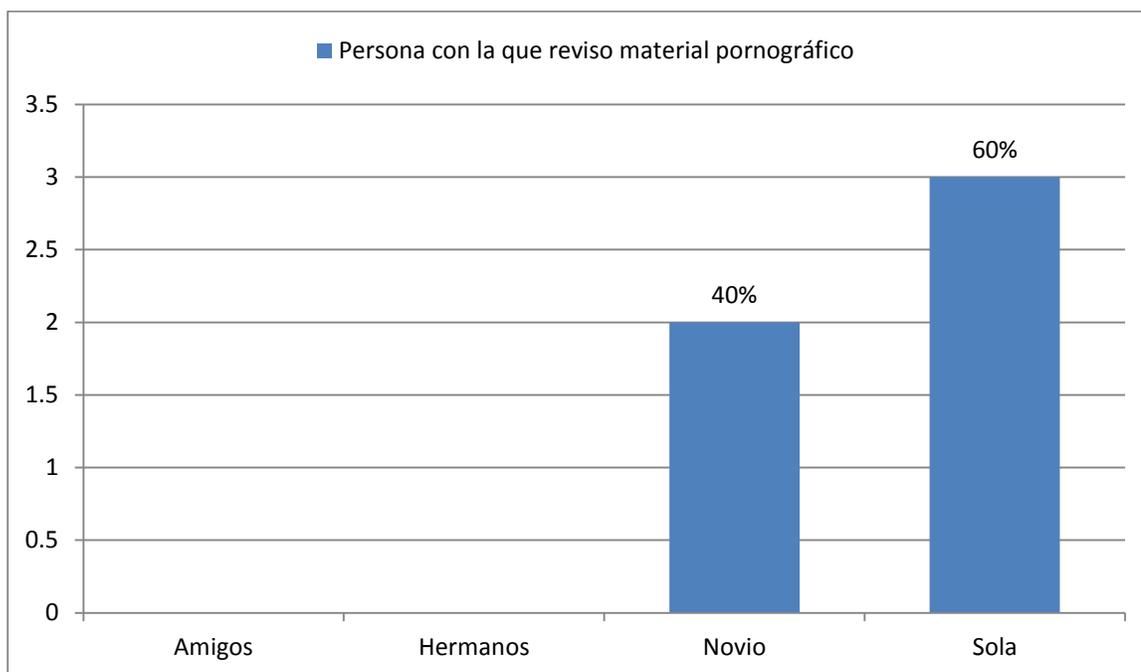
Análisis:

De las 5 pacientes que ha revisado pornografía. 60% la reviso sola en comparación con un 40% que la vio en compañía de su novio.

Interpretación:

Aunque la mayoría de nuestras adolescentes estudiadas refería no haber visto material pornográfico, de las pocas que dieron una respuesta afirmativa, manifestaron haberlo visto sola, un número similar manifestaron haber visto material pornográfico acompañadas de sus novios, por lo que dicho suceso podría motivar a ambos jóvenes a la práctica sexual, y así producir un auge en los embarazos en las adolescentes.

Grafica 33. Persona con la que reviso material pornográfico.



Fuente: Tabla 34

Tabla 35. Información sobre prevención del embarazo.

| Opinión | Frecuencia | Porcentaje |
|---------|------------|------------|
| Si | 63 | 92.6% |
| No | 5 | 7.4% |
| Total | 68 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio.

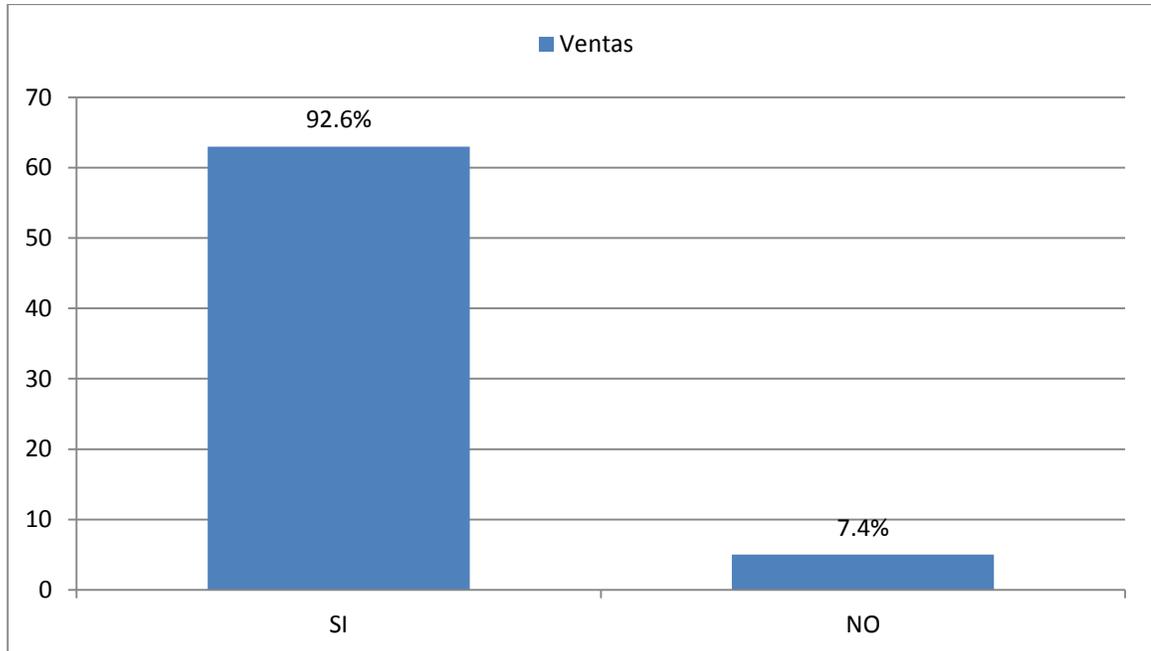
Análisis:

De las 68 paciente entrevistadas, el 92.6% manifestó que había recibido información sobre prevención del embarazo y solo un 7.4% manifestó que no se le había brindado esta información.

Interpretación:

Se ha considera que la falta de información sobre la prevención del embarazo es un factor predisponente para que estos se presente. Sin embargo en nuestro estudio logramos identificar que un alto porcentaje de adolescentes recibió información sobre la prevención, por lo que los embarazos en estas pacientes no se debieron a la falta de conocimiento sobre cómo prevenirlo.

Gráfica 34. Información sobre la prevención del embarazo.



Fuente: Tabla 35

Tabla 36. Persona que le proporcione información sobre prevención de embarazo.

| Persona | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------|------------|------------|
| Padres | 0 | 0% |
| Maestros | 10 | 15.9% |
| Personal de salud | 48 | 76.2% |
| Amigos | 5 | 7.9% |
| Total | 63 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio.

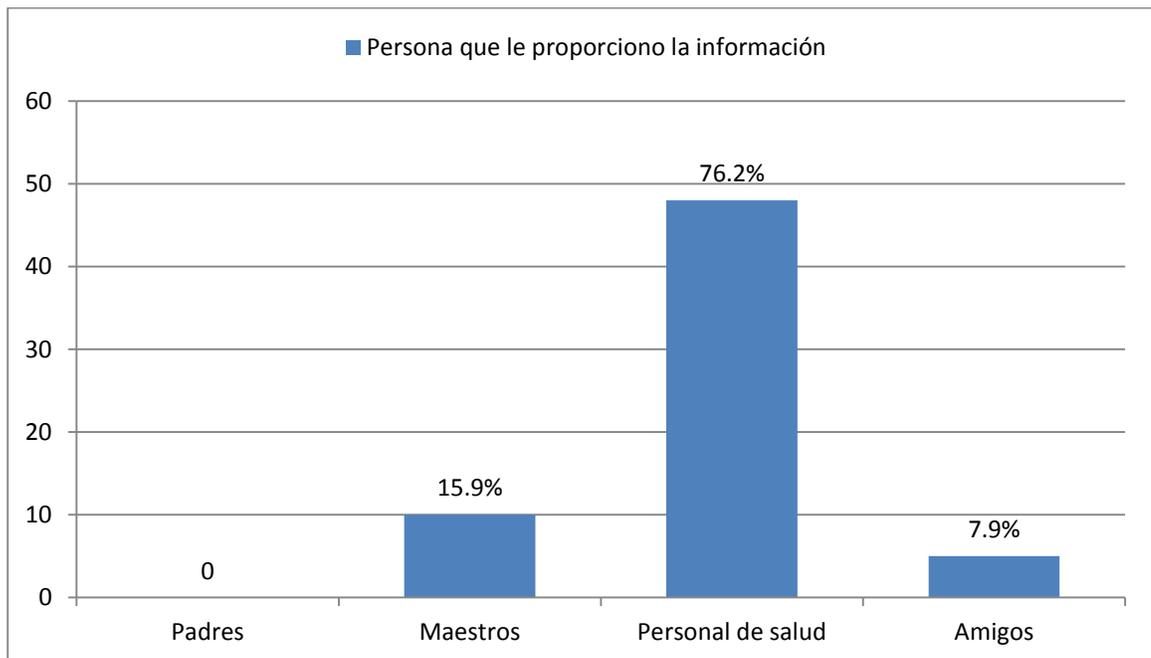
Análisis:

De las 68 pacientes en estudio, 63 afirmaron que recibieron información sobre prevención del embarazo. De estas un 76.2 asegura que la información la recibió de parte del personal de salud; 15.9% por maestros; 7.9% por amigos y ninguna de las pacientes recibió información sobre embarazo por parte de los padres.

Interpretación:

De las pacientes que recibieron información sobre la prevención del embarazo, estas fueron brindadas en un alto porcentaje por el personal de salud. En segundo lugar por maestros y amigos y un dato alarmante es que ninguna de las adolescentes refirió haber obtenido esta información por parte de sus padres, lo que indica que los padres no toman un papel significativo como orientadores de sus hijos. Pudiendo considerar esto como un factor de riesgo para la incidencia de embarazos.

Grafica 35. Persona que le proporcione información sobre prevención del embarazo



Fuente: tabla 36

Tabla 37. Conocimiento sobre métodos de planificación familiar

| Opinión | Frecuencia | Porcentaje |
|---------|------------|------------|
| Si | 58 | 85.3% |
| No | 10 | 14.7% |
| Total | 68 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio.

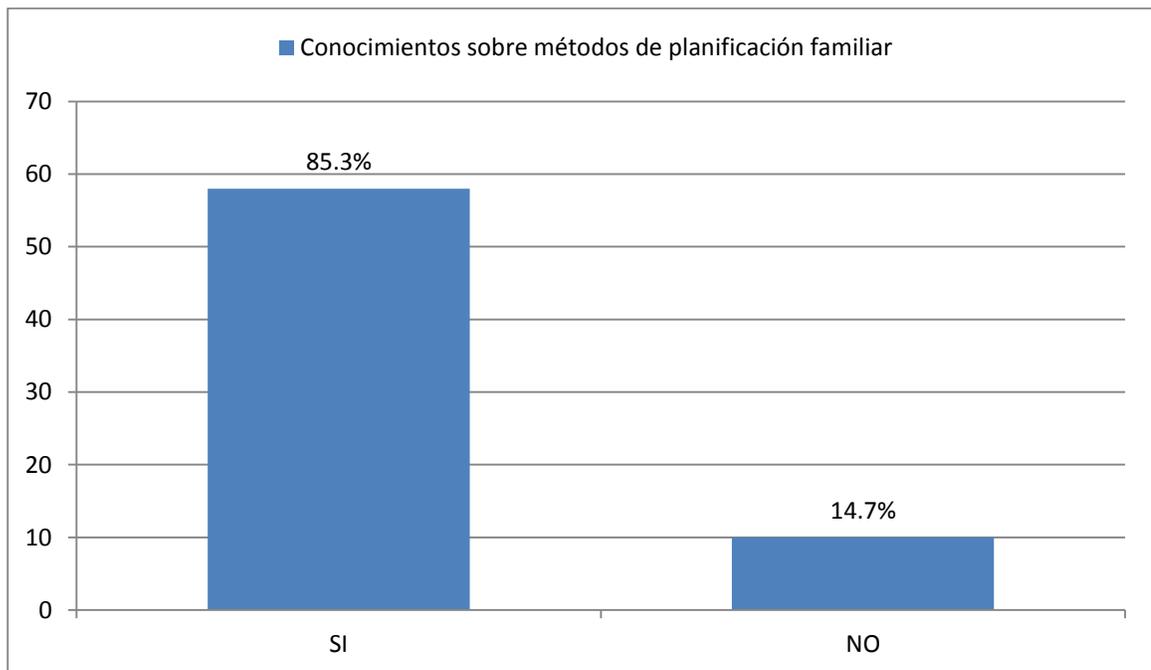
Análisis:

De las 68 pacientes entrevistadas. Un 85.3 % asegura conocer métodos de planificación familiar en comparación con el 14.7% que no posee estos conocimientos.

Interpretación:

La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos, resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades. En nuestro estudio se identificó que un alto porcentaje tiene conocimientos sobre métodos de planificación familiar por lo que se descarta que los embarazos en estas pacientes se hayan presentado por la falta de conocimientos de métodos anticonceptivos.

Gráfica 36. Conocimientos sobre métodos de planificación familiar.



Fuente: Tabla 37

Tabla 38. Métodos de planificación conocidos.

| Tipo de método | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------|------------|------------|
| Naturales | 1 | 1.7% |
| Hormonales | 40 | 69% |
| DIU | 1 | 1.7% |
| Quirúrgicos | 1 | 1.7% |
| Todos los anteriores | 15 | 25.9% |
| Total | 58 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio.

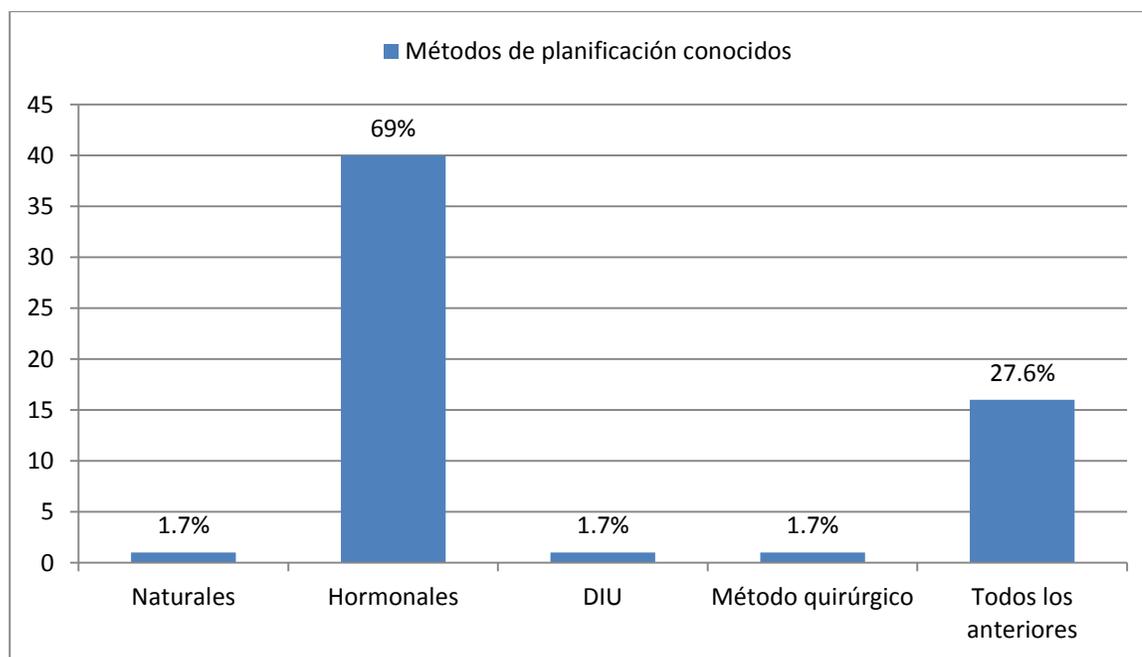
Análisis:

De las 58 pacientes que conocen los métodos de planificación familiar. El 69% asegura conocer métodos hormonales; 27.6% conoce métodos hormonales, naturales, DIU y métodos quirúrgicos; 1.7% solo métodos naturales; 1.7% solo DIU. Y un 1.7% conoce solo el método quirúrgico como método de planificación familiar.

Interpretación:

Del total de pacientes en estudio que poseen conocimientos sobre métodos de planificación familiar, más de la mitad refirió conocer los métodos hormonales (orales e inyectable). En general la mayoría de adolescentes refiere conocer por lo menos uno o más métodos de planificación familiar, por lo que vemos nuevamente que el embarazo no es consecuencia del desconocimiento de alternativas de planificación familiar.

Gráfica 37. Método de planificación conocido.



Fuente: Tabla 38

Tabla 39. Utilización de métodos de Planificación familiar

| Opinión | Frecuencia | Porcentaje |
|---------|------------|------------|
| Si | 28 | 41.2% |
| No | 40 | 58.8% |
| Total | 68 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio.

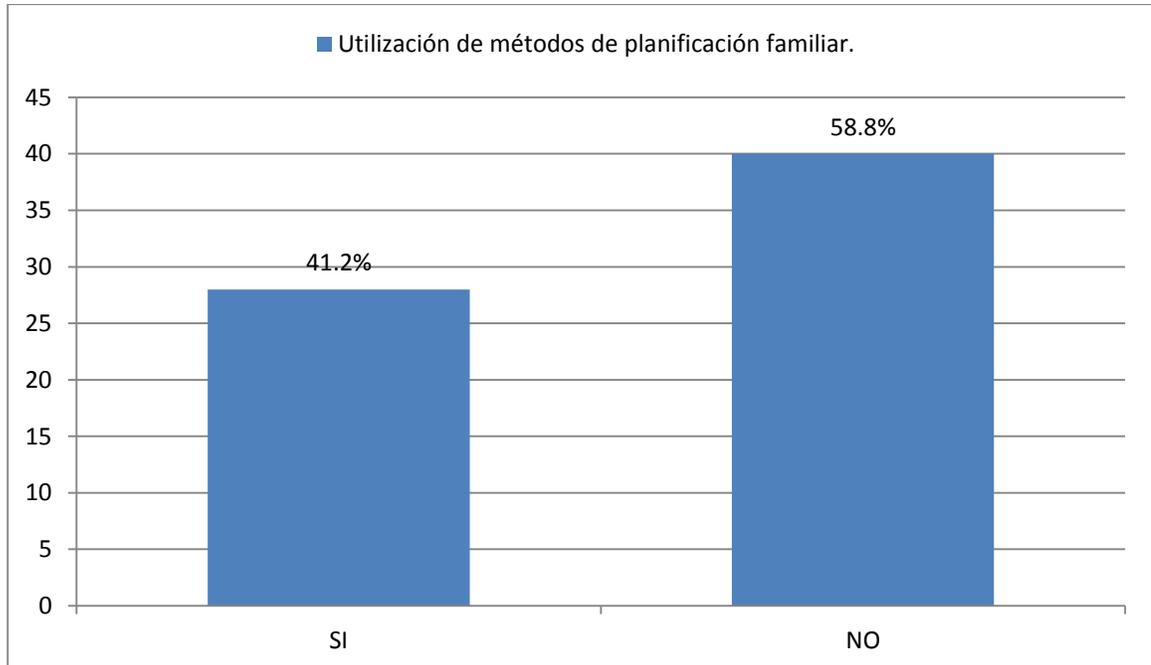
Análisis:

De las 68 pacientes entrevistadas el 58.8% asegura no haber utilizado métodos de planificación familiar en comparación con el 41.2% que manifestó haber utilizado métodos de planificación familiar en algún momento.

Interpretación:

De la totalidad de los pacientes en estudio, más de la mitad asegura no haber utilizado métodos de planificación familiar, a pesar de poseer conocimientos sobre ellos, lo que indica que la decisión de no usarlos es personal y mantiene una vida sexualmente activa sin considerar como riesgo el factor reproductivo.

Gráfica 38. Utilización de métodos de planificación familiar.



Fuente: Tabla 39

Tabla 40. Entidad que le proporcione métodos de planificación familiar.

| Entidad | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------|------------|------------|
| Farmacia | 7 | 25% |
| MINSAL | 21 | 75% |
| Médico particular | 0 | 0% |
| Total | 28 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio.

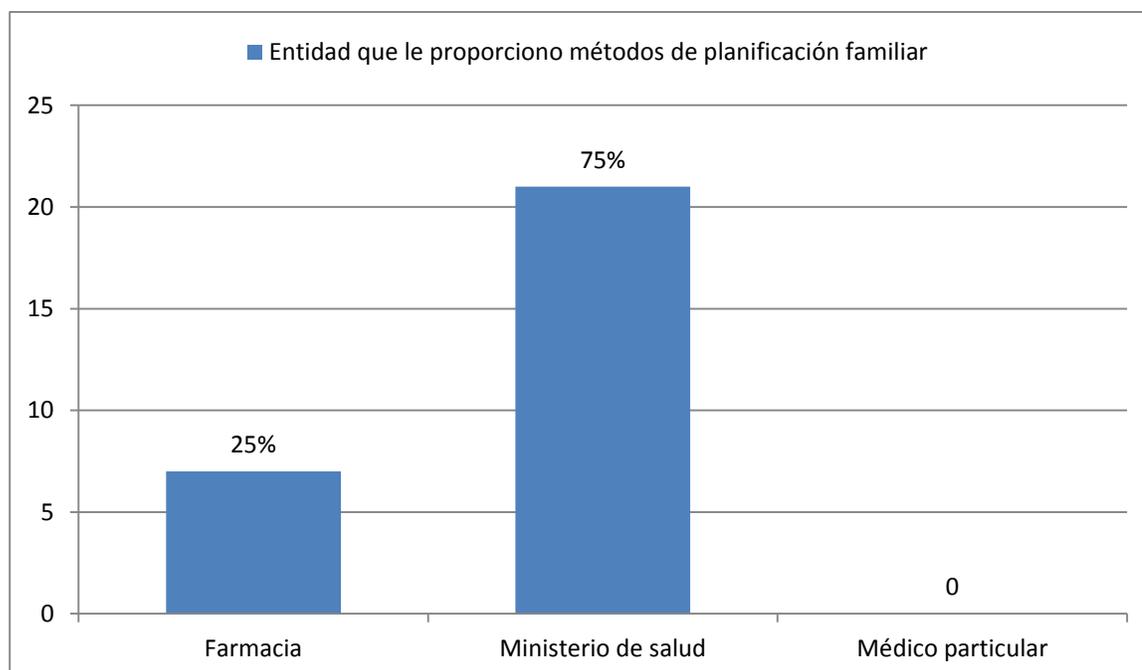
Análisis:

De las 68 pacientes entrevistadas, solo 28 ha utilizado métodos de planificación familiar, de estas el 75% asegura haberlo recibido de parte del MINSAL, el 25% lo adquirió en farmacia. Y ninguna a través de médico particular.

Interpretación:

Del total de pacientes que han utilizado métodos de planificación familia, un alto porcentaje de estas lo han adquirido por medio del ministerio, lo que indica que hay accesibilidad a través del sistema de salud, no siendo esta la causa del aumento en la incidencia del embarazo de la adolescente.

Grafica 39. Entidad que le proporcione métodos de planificación familiar.



Fuente: Tabla 40

Tabla 41. Conocimiento sobre indicaciones y efectos adversos de los métodos de planificación familiar.

| Opinión | Frecuencia | Porcentaje |
|---------|------------|------------|
| Si | 22 | 78.6% |
| No | 6 | 21.4% |
| Total | 28 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio.

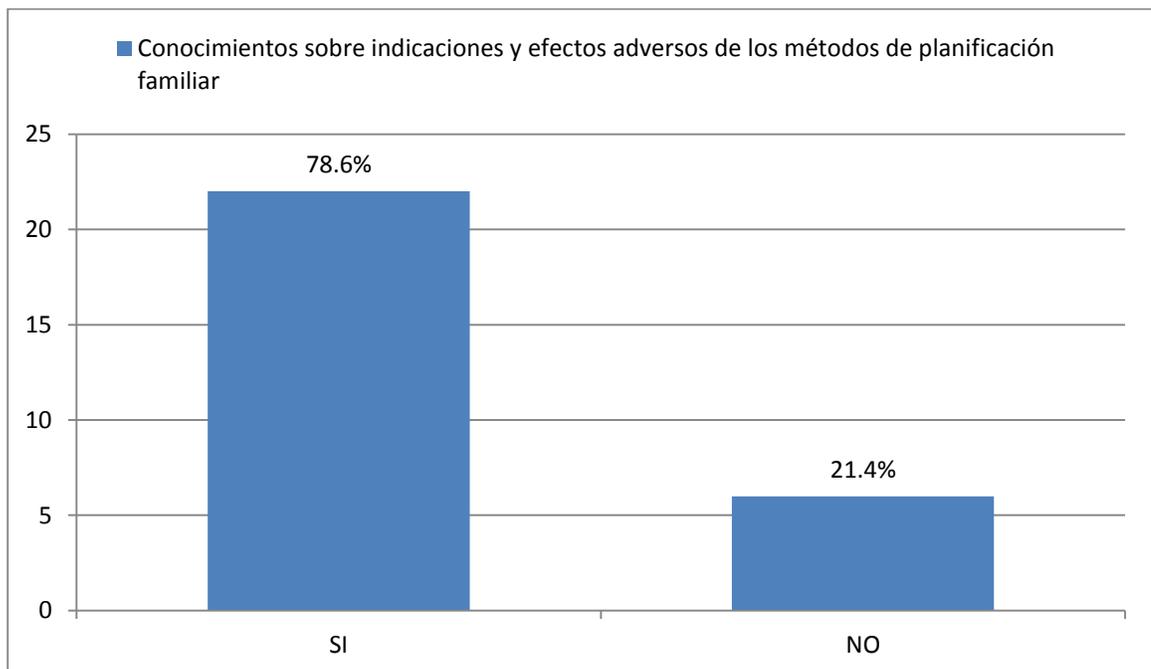
Análisis:

De las 68 pacientes entrevistadas, solo 28 han utilizado métodos de planificación familiar, de estas un 78.6% asegura haber recibido orientación sobre indicaciones y efectos adversos en comparación con el 21.4% que no recibió esta información.

Interpretación:

De la cantidad de pacientes en estudio que han utilizado algún método de planificación familiar, a un mayor porcentaje les proporcionaron información acerca de las indicaciones y efectos adversos del método utilizado, por lo q se puede determinar que el servicio que se les brindo fue bastante integral, de tal manera que se considera que las pacientes poseen el conocimiento necesario para la adecuada utilización de métodos de planificación familiar.

Gráfica 40. Conocimiento sobre indicaciones y efectos adversos de los métodos de planificación familiar.



Fuente: Tabla 41

Tabla 42. Abastecimiento de métodos de planificación familiar.

| Opciones | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------|------------|------------|
| Siempre | 14 | 66.6% |
| Algunas veces | 6 | 28.6% |
| Nunca | 1 | 4.8% |
| Total | 21 | 100% |

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio.

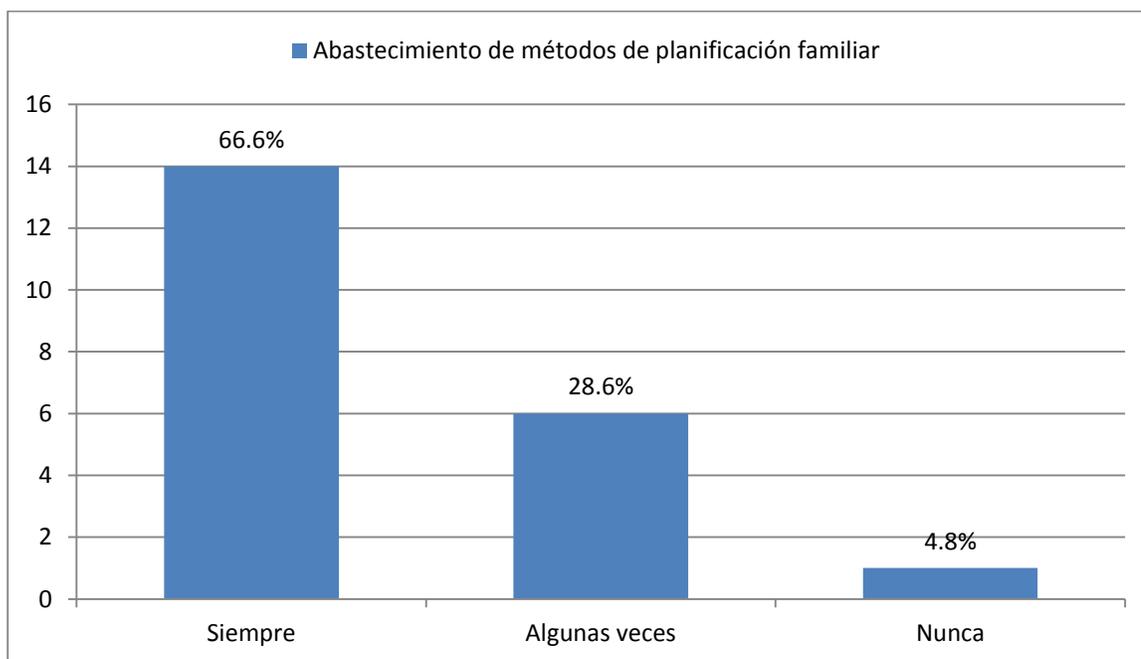
Análisis:

De las 28 pacientes que han utilizado métodos de planificación familiar, 21 lo han recibido de parte del MINSAL. De estas el 66.6% asegura haberlo recibido siempre; el 28.6% algunas veces y el 4.8% nunca.

Interpretación:

Se considera que la accesibilidad a métodos de planificación familiar es un factor determinante en la prevención de embarazos en adolescentes; en relación a nuestras pacientes en estudio se logro identificar que al porcentaje de ellas que han utilizado algún métodos de planificación familiar siempre se les fue proporcionado en el momento que lo solicitaron al ministerio de salud, por lo que no se puede asegurar que la falta de abastecimiento en el sistema de salud sea la causa de estos embarazos.

Gráfica 41. Abastecimiento de métodos de planificación familiar.



Fuente: Tabla 42

5.2 PRUEBA DE HIPOTESIS

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Hi. Los factores biopsicosociales son los determinantes de los embarazos en las adolescentes de 12 a 19 años que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Lolotique, Tierra Blanca del municipio de Chirilagua y Equipo Comunitario de Salud La Trinidad del municipio de Chapeltique, San Miguel, año 2013.

HIPOTESIS NULA.

Ho. Los factores biopsicosociales no son los determinantes de los embarazos en las adolescentes de 12 a 19 años que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Lolotique, Tierra Blanca del municipio de Chirilagua y Equipo Comunitario de Salud La Trinidad del municipio de Chapeltique, San Miguel, año 2013.

Para comprobar la hipótesis de trabajo se hizo uso de la prueba de proporciones de Z dado que la variable dependiente embarazo en adolescente sería una constante, ya que todas las entrevistadas están o han estado embarazadas, además se hizo uso de una tabla de frecuencia en donde se detalla cada uno de los factores tanto individual como asociado con los demás.

Tabla 43. **Frecuencia de los factores biopsicosociales tanto individualizados como relacionados entre si**

| Factor de Incidencia | Frecuencia de adolescente embarazadas | Porcentaje | Porcentaje Acumulado |
|------------------------------|--|-------------------|-----------------------------|
| Solamente el Biológico | 10 | 14.7% | 14.7% |
| Solamente el Psicológico | 3 | 4.4% | 19.1% |
| Solamente el Social | 13 | 19.1% | 38.2% |
| Biológico-Psicológico | 2 | 2.9% | 41.1% |
| Biológico-Social | 5 | 7.4% | 48.5% |
| Psicológico-Social | 3 | 4.4% | 52.9% |
| Biológico-Psicológico-Social | 9 | 13.2% | 66.2% |
| Otros factores | 23 | 33.8% | 100% |
| Total | 68 | 100% | |

Fuente: Resultados de guía de entrevista.

Al observar la tabla presentada se puede analizar los siguientes datos:

- Los factores Biopsicosociales intervienen en el 66.2% (45) de los casos de adolescentes embarazadas, lo que significa que en más de la mitad de estos casos o

sea un equivalente a casi 2/3 de las adolescentes en estudio quedo embarazada debido a estos factores.

- El 13.2% de la adolescente embarazadas se vio afectada al mismo tiempo por los tres factores planteados.
- El 14.7% de las adolescentes embarazadas fue afectada exactamente por dos factores de los tres planteados en la investigación.
- El 38.2% de las adolescentes embarazadas fue afectada solamente por uno de los tres factores planteados en la investigación.
- El 33.8% de las adolescentes en estudio señalaron que su embarazo no se debió a los factores Biopsicosociales y que fueron otras causas diferentes las que la llevaron a estar embarazadas.

Prueba de proporción

En este caso el objetivo del estudio del muestreo de adolescentes embarazadas es evaluar la validez de una afirmación la cual es la hipótesis de investigación la cual plantea que los factores biopsicosociales son los determinantes de los embarazos en las adolescentes de 12 a 19 años que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de los lugares anteriormente mencionados.

Para esta prueba se tomo como válida las siguientes proporciones:

- Si el valor de la proporción del estudio es $>50\%$ se resuelve como validez que los factores biopsicosociales son los determinantes de los embarazos en las adolescentes de 12 a 19 años que consultan en dichas Unidades de Salud.
- Si el valor de la proporción es $\leq 50\%$ se resuelve como validez que los factores biopsicosociales no son los determinantes de los embarazos en las adolescentes de 12 a 19 años que consultan en dichas Unidades de Salud

Esta prueba proporción comprende el cálculo del valor estadístico de prueba Z

$$Z_{prueba} = \frac{\frac{x}{n} - P}{\sqrt{\frac{P(1-P)}{n}}}$$

Donde:

x = son la ocurrencia del fenómeno o hecho en estudio, en este caso el numero de adolescentes embarazadas que están determinadas por el factor biopsicosocial de las cuales son 45.

n = es el valor de la muestra en este caso 68 adolescentes.

$\frac{x}{n}$ = es la proporción de la muestra en este caso $\frac{45}{68} = 0.662$

P= es la proporción propuesta en este caso del 50% o sea 0.5

$\sqrt{\frac{P(1-P)}{n}}$ = Es la desviación estándar de la proporción.

Cálculo del Z de prueba:

$$Z_{Prueba} = \frac{\frac{x}{n} - P}{\sqrt{\frac{P(1-P)}{n}}}$$

$$Z_{Prueba} = \frac{\frac{45}{68} - 0.5}{\sqrt{\frac{0.5(1-0.5)}{68}}}$$

$$Z_{Prueba} = \frac{0.162}{\sqrt{\frac{0.25}{68}}}$$

$$Z_{Prueba} = \frac{0.1617}{\sqrt{0.003676470588}}$$

$$Z_{Prueba} = \frac{0.1617}{0.060633906}$$

$$Z_{Prueba} = 2.67$$

El valor de Z de prueba es comparado con el valor de Z crítico o de tabla, el cual se obtiene a partir de una tabla normal a un nivel de significación de un 5% seleccionado, dado que el nivel de confianza para la prueba es del 95% para una prueba de cola derecha.

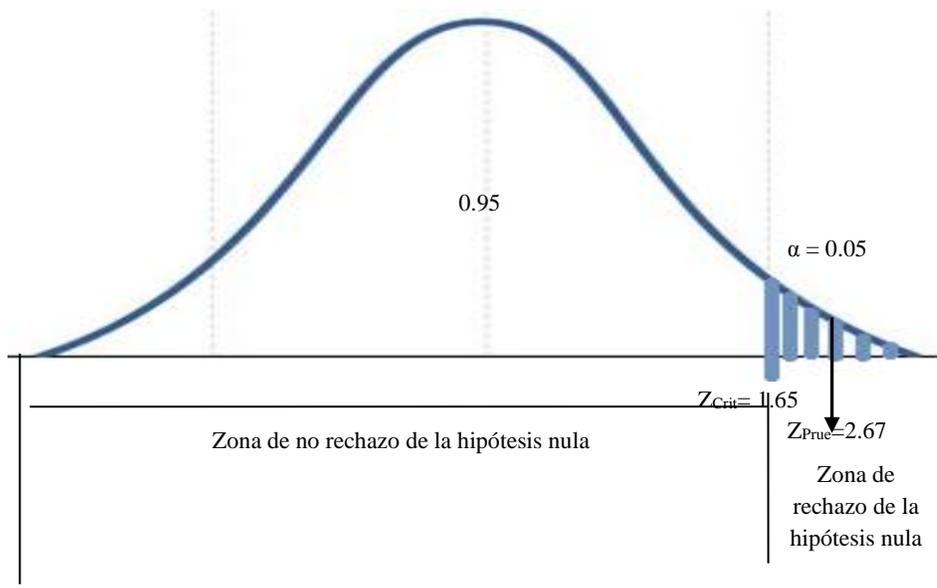
El valor de $Z_{Crítico} = 1.65$, con el 5% de significancia y prueba de cola derecha

Condiciones a Evaluar si:

$Z_{Prueba} > Z_{Crítico}$ Se acepta la hipótesis de investigación

$Z_{Prueba} \leq Z_{Crítico}$ No se rechaza la hipótesis nula

Figura 1. Comprobación de hipótesis



Anexo 6.

Dado que el valor de del Z_{Prueba} es mayor que el $Z_{Critico}$ y al analizar su grafica de distribución normal se puede observar que el valor de Z de prueba cae en la zona de rechazo de la hipótesis nula, por tanto, se acepta la hipótesis de investigación que los factores biopsicosociales son los que tiene mayor determinación en los embarazos en las adolescentes de 12 a 19 años que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Lolotique, Tierra Blanca del municipio de Chirilagua y Equipo Comunitario de Salud La Trinidad del municipio de Chapeltique, San Miguel, año 2013

6. DISCUSIÓN

El embarazo se está dando a edades cada vez menores, siendo el grupo poblacional de mayor incidencia en este estudio en de las adolescentes entre 17 a 19 años. Dato que concuerda con un estudio realizado en Perú en el 2008 “Factores biopsicosociales relacionados al embarazo en adolescentes del centro materno Juan Pablo II” en donde se destaca el mismo rango de edades.⁽¹²⁾

Además se tomo en cuenta como aspecto biológico la menarquia de las pacientes (primera menstruación), y el grupo de edad en el cual se registró un mayor porcentaje fue el que comprendía las edades de los 11 a 13 años, lo que equivale a un 30.8%, este dato es muy importante, ya que la menarca traduce madurez reproductiva, por lo tanto las adolescentes son fértiles a más temprana edad; si lo comparamos con el rango de edad de menarca a nivel nacional que comprende los 12 a 14 años vemos que son muy similares ⁽¹³⁾; una variable que también se tomó en cuenta fue la edad de inicio de relaciones sexuales y en este punto, el grupo que corresponde a la etapa de la Adolescencia Media que comprende de los 14 a 16 años fue en el que se registró mayor número de pacientes con un total del 54.3% lo que se asemeja a los datos obtenidos en un estudio realizado en el 2010 en Unidad de salud de Alta Vista, San Salvador.”Factores que influyen en el embarazo de las adolescentes, inscritas en el programa de atención materno de Unidad de Salud Alta Vista de enero a junio de 2010” donde resulto que el mayor número de adolescentes entrevistadas, iniciaron su vida sexual entre este mismo rango de edad⁽¹⁴⁾, por lo que este grupo de pacientes desde el punto de vista biológico es vulnerable a presentar un embarazo, ya que los adolescentes carecen de madurez emocional para tomar medidas encaminadas a prevenir el embarazo, lo que podría tomarse como grupo etario donde hacer acciones de prevención a través de charlas orientativas de educación sexual. En estas pacientes no se registró en el estudio hechos de coacción para el inicio de relaciones sexuales, ni prácticas de promiscuidad, ya que aseguraron haber tenido una sola pareja sexual, con quienes mantuvieron relaciones sin ser presionadas y negaron haber sido víctimas de abuso sexual.

En relación al aspecto psicológico se observo, que las pacientes en su mayoría tienen una buena percepción sobre ellas mismas y nunca se vieron afectadas por pensamientos de inferioridad, refirieron además haberse sentido apoyadas emocionalmente durante su desarrollo sexual, principalmente por sus padres, y a la vez aceptadas en su entorno social, sin embargo todas tenían en común la carencia de un proyecto de vida claro, previo a su embarazo, no teniendo entre sus expectativas a futuro mayores aspiraciones, y limitándose a ser madres siguiendo un patrón cultural, común a su entorno social. Diversos estudios refieren que la baja autoestima de las jóvenes podría ser la causante de crear apatía por la superación escolar y perdida de interés por superarse, y que además hay mayor riesgo de embarazos en la adolescencia en aquellas pacientes con personalidad débil, y que tiende a

no tener estabilidad emocional por el hecho de buscar afecto y apoyo en su pareja o la necesidad de adquirir una identidad adulta.⁽¹³⁾ Sin embargo es curioso destacar, que las pacientes en nuestro estudio refieren una buena percepción de sí misma y alta autoestima; sienten orgullo de ser madres y de estar ya acompañadas; lo cual puede explicarse más por los patrones culturales que predominan en el área rural, donde la mujer se autorealiza al ser madre, sin dársele mayor importancia al estudio y/o trabajo formal. En comparación con el estudio realizado en Alta vista, la mayoría de las pacientes tenían un proyecto de vida previo al embarazo.

En lo social identificamos que la mayoría de las paciente en estudio provienen de áreas rurales y de hogares integrados por ambos padres, con ingresos económicos mayores a 100 dólares mensuales provenientes principalmente del padre y solo un pequeño porcentaje recibía remesas familiares, lo que demuestra que estas pacientes no se vieron afectadas por pobreza extrema: se identificó también que estas paciente alcanzó una baja escolaridad, en quienes el nivel más alto obtenido correspondía al sexto grado; un resultado similar se obtuvo en un estudio citado anteriormente, donde se observó que las adolescentes embarazadas pertenecían a un nivel socioeconómico bajo, y con respecto a la escolaridad, el promedio de grado de estudio fue de 7º grado, en áreas urbanas. Pero en el área rural como es de esperarse el promedio de grado de estudio fue menor, resultando a 5º grado para las adolescentes, de igual forma el porcentaje de personas con ningún grado de estudio fue el doble en el área rural. Vemos nuevamente que el aspecto educativo es significativamente influyente en estas jóvenes las cuales al no continuar sus estudios se vuelven más propensas a salir embarazadas y acompañarse con sus novios.

En general las pacientes refirieron pertenecer a un grupo religioso, con predominio la Iglesia Católica, sin embargo se observó que la mayoría poseen una religiosidad baja, lo que se traduce en q sus creencias religiosas no constituyen un factor de peso para las toma de sus decisiones en su vida sexual, por lo que el hecho de no usar métodos anticonceptivos como preventivos de embarazos obedece más a cuestiones personales de gusto, más que a factores religiosos.

Prácticas de riesgo nocivas cómo la pornografía no fue identificada; la mayoría de las adolescentes refirieron no haber revisado material pornográfico previo a su embarazo, las pocas que lo hicieron refieren que usaron el internet como principal medio de acceso motivadas por la curiosidad personal.

En aspectos de prevención de embarazo y anticoncepción se identificó que de las pacientes en estudio recibieron orientación sobre prevención del embarazo, brindada en la mayoría de los casos por el personal de salud; refirieron conocer más de un método de planificación

familiar; sin embargo solo un pequeño porcentaje afirmó haberlos utilizado en algún momento, Se constató que todas las unidades de salud están abastecidas con algún método de planificación; a aquellas pacientes que los utilizaron, les fue proporcionado por el ministerio de salud en la mayoría de las ocasiones que fueron solicitados. Esto nos traduce una vez más que la causa de embarazos en este estudio, no obedece a falta de acceso a métodos de planificación, sino más bien a un patrón cultural repetitivo donde la joven a temprana edad madura, y por decisión propia conforma su núcleo familiar.

7. CONCLUSIONES

Al realizar la prueba de hipótesis, concluimos que la hipótesis de investigación es aceptada, debido a que un 66.2% de las pacientes en estudio se vieron influenciadas por uno o más factores biopsicosociales para presentar embarazo.

En el aspecto biológico, podemos concluir que el principal factor para que sucedan los embarazos, fue el inicio temprano de las relaciones sexuales, presentándose entre los 13 a 16 años, viéndose que se relaciona a mayor número de embarazos entre los 17 y 19 años y que durante este periodo se mantuvo una vida sexualmente activa. Aspectos como menarca precoz, paridad, número de parejas sexuales fueron menos concluyentes en este estudio.

En el aspecto psicológico se determina que el 89.7% de las adolescentes señala buena percepción en cuanto a su autoestima, al preguntarles si tenían pensamientos de inferioridad un 83.9 % refirió no tenerlos, respecto al tema de aceptación por parte de familia y grupos de amigos un 91.2% de las adolescentes refirieron sentirse aceptadas y apoyadas durante su desarrollo, y en cuanto a los proyectos de vida el 66.2% de estas adolescentes refirió no tener un proyecto de vida previo a su embarazo, por lo que concluimos que de los factores psicológicos estudiados la carencia de proyecto de vida previo al embarazo resulta ser el más influyente, para que las adolescentes obtén por embarazarse y formar un hogar tempranamente.

De los factores sociales investigado se tomaron en cuenta el área geográfica de procedencia de las pacientes en la que se determinó que el 88.2% pertenecen al área rural, el 94 % refieren saber leer y escribir, sin embargo casi la mitad de las pacientes ha realizado únicamente estudios de primaria, en cuanto a la ocupación de estas el 89% refiere dedicarse a ser amas de casa, al indagar sobre su estado familiar el 75% de las pacientes están acompañadas, manteniendo uniones estables con su pareja; el grupo religioso al que pertenecen es la religión Católica constituyendo un 66.2%, sin embargo el 86.2% refirieron una religiosidad baja, que se traduce en que los principios morales de su religión no influyen en ellas significativamente a en cuanto a las decisiones de su vida sexual. Por lo

que de acuerdo a lo investigado concluimos que de los factores sociales más determinantes de embarazo en adolescentes fueron el nivel bajo de escolaridad y su procedencia de un entorno familiar rural, donde existen pocas oportunidades de vida, en el aspecto educativo y laboral.

En cuanto al tema de conocimiento y acceso a los métodos de planificación familiar, se pudo determinar que las pacientes en su mayoría refirieron conocer sobre los tipos de métodos que existen y sobre su uso adecuado constituyendo un 85% aproximadamente, cuando se les pregunto acerca del abastecimiento de métodos de planificación familiar refirieron que siempre han estado abastecidas de ellos en sus unidades, lo que corresponde a un 66.6%, pese a esto la mayoría respondió no usar ningún método previo al embarazo correspondiendo al 58.8 %, lo que nos indica que el problema de los embarazos poco o nada se ve afectado en cuanto al tema de acceso, cobertura y conocimiento de dichos métodos, sino más bien a las creencias y prácticas que determinan de forma personal el no uso de estos, por lo que concluimos que de este aspecto el factor más influyente no es la falta de uso de métodos de planificación familiar en la vida sexual de estas adolescentes.

8. RECOMENDACIONES

Para las Unidades de Salud:

- Impartir talleres sobre salud sexual y reproductiva que orienten a las adolescentes de una forma precisa y certera, en la afectividad, noviazgo y lo que constituye un embarazo y las responsabilidades que ello representa.
- Crear club de adolescentes en las diferentes unidades en estudio. Y realizar evaluaciones periódicamente tanto física y psicológicamente para detectar tempranamente cualquier alteración que las pacientes puedan presentar.
- Reportar a las autoridades competentes las adolescentes embarazadas, que asistan a inscribirse a controles prenatales, siguiendo la normativa que la ley establece en casos de estupro o abuso de menores; para tomar las medidas legales correspondientes.

Para el Ministerio de Salud:

- Creación de programas para adolescentes en coordinación estrecha entre las unidades de salud y centros educativos para el desarrollo de talleres en temas de salud sexual y reproductiva con participación de padres, docentes y adolescentes.

- Encaminar políticas de prevención de embarazos en adolescentes de forma más integral, incluyendo aspectos como la afectividad, el noviazgo, valores, la importancia de la educación y el beneficio de postergar el inicio de las relaciones sexuales y embarazos, para prepararse más y ofrecer mejores condiciones de vida a sus familias.

Para el Ministerio de Educación:

- Impartir talleres motivacionales y realizar pruebas de actitud a los adolescentes, para incentivar a estos a crearse un proyecto de vida claro.
- Incorporar conductas saludables sociales, recreativas y ocupacionales que mantengan a las adolescentes realizando actividades que las alejen de prácticas de riesgo
- Promover en las escuelas de padre la importancia que tiene de la culminación de los estudios para el desarrollo integral de las adolescentes, su autorrealización personal y como medida de prevención de embarazos a temprana edad.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Rosselot J. Adolescencia, **Problemática de Salud del Adolescente y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe**. Revista de Pediatría [en línea] Vól 2 Menebello. Inter-Médica, 1993. Disponible: <http://www.com/trabajos60/embarazo-adolescente/embarazo-adolescente2.shtml#xrefer#ixzz2jTw0Nqii>
- (2) OPS. **Las condiciones de la salud en las Américas. Washington, D.C.** OPS- 1994 Vól.1 [Publicación científica 549]. Disponible en: <http://www/trabajos60/embarazo-adolescente2.shtml#xrefer#ixzz2!TyOiG9m>
- (3) Informe estadístico. departamento de estadísticas, Unidad de monitoreo y evaluación de MSPAS.
- (4) Ena Isabel Merino. **Factores que influyen en el embarazo en la adolescente, inscrita en el programa de atención materna de Unidad de Salud Alta Vista** [Tesis doctoral], Facultad de Medicina humana, Universidad de Lima, Perú. 2010.
- (5) Jhones Cabrales HA. **Embarazo en la adolescencia: modificación de conocimientos en un grupo de adolescentes** [Tesis]. Santiago de Chile, 2001. Citado en abril 12.
- (6) Organización Panamericana de la Salud; **Perfil de Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes y jóvenes de América Latina y El Caribe**. Serie OPS/FNUAP No. 1
- (7) Camacho A.V. **Perfil de salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes y jóvenes de América Latina**, [en línea] 2010 [fecha de acceso abril de 2013] se encuentra en URL: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil-salud-sexual-adolescentes-LAC--bibliografia--1988-1998.pdf>
- (8) Dias A, Sanhueza P, Yacksic N. **Riesgos Obstétricos en el embarazo adolescente**. Rev. chil. obstet. ginecol. [en línea] 2002. [citada: 2013 Julio] 67(6) Disponible en: URL [://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000600009](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000600009)
- (9) Menendez Guerrero G, Navas Cabrera I, Hidalgo Rodríguez Y, Castellanos JE. **El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente** Revista cubana obstétrico ginecológica [en línea]. Vól. 38 número 3. Ciudad de La Habana de julio a septiembre de 2012. [fecha de acceso 23 de agosto de 2013].

URL://http://scielo.sld.cu/scielo.php?escript=sci_arttextpid=s0138-600x20120003000006.

- (10) Balestena Sanchez JR, Balestena Sanche, S. **Impacto de la menarquía en los resultados maternos perinatales en la adolescencia.** Revista cubana de obstetricia y ginecología[en línea] Vól.31 número 1 De enero a abril de 2005. [Citado el 11 de mayo de 2013] URL://http://scielo.sld.cu/scielo.php?escript=sci_arttextpid=s0138-600x2005000100002.
- (11) **Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo,** Boletín de la Organización Mundial de la Salud Recopilación de artículos, Volumen 87, junio 2009, 405-484 [citada en 2013 julio] URL ://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/
- (12) Miranda Palacios R, **Factores biopsicosociales relacionados a embarazo en adolescentes del Centro Materno Infantil “Juan Pablo II”** [en línea]de villa el Salvador publicado en 2005 [citado en junio de 2013] Junio, URL://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2005/miranda_pr/pdf/miranda_pr.pdf
- (13) Ena M, Ernesto R.I. **Factores que influyen en el embarazo de las adolescentes inscritas en el programa de atencion materna de unidad de salud altavista, enero a junio de 2010** [en línea] Alta Vista, San Salvador [citado en septiembre de 2013] 2010. URL://embarazocar.blogspot.com/2009/10/factores-que-influyen-en-el-embarazo-de.html
- (14) Marina Padilla de Gil. **Aspecto médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia en El Salvador,**[en línea] Revcog vol.6 No 2 pagina 63. Mayo-agosto de 2005.URL:// http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2000/VII1aspectos.pdf
- Ávila Gálvez. Aspectos **Psicosociales del embarazo en la adolescencia.** **Revista Cubana de Pediatría.**[en línea] 2002 Septiembre – Diciembre; 74 (4). [Fecha de acceso]Marzo 2013 se consigue en: URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312002000400008&script=sci_abstract
- Merino E. I, Rosales Inestroza E. **Factores que influyen en el embarazo de las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de Unidad de Salud**

altavista enero a junio 2010 [tesia doctorl] citado en Abril 2013.URL:
<https://www.google.com/sv/search?q=Organizaci%C3%B3n+Panamericana+de+la+Salud%3B+Perfil+de+Salud+Sexual+y+Reproductiva+de+los+adolescentes+y+j%C3%B3venes+de+Am%C3%A9rica+Latina+y+El+Caribe.+Serie+OPS%2FFNUAP+No.+1.+Noviembre+2002.&aq=Organizaci%C3%B3n+Panamericana+de+la+Salud%3B+Perfil+de+Salud+Sexual+y+Reproductiva+de+los+adolescentes+y+j%C3%B3venes+de+Am%C3%A9rica+Latina+y+El+Caribe.+Serie+OPS%2FFNUAP+No.+1.+Noviembre+2002.&aq=chrome.0.69i57.1856j0&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

- Ulanowicz G.M, Parra E.K, Wendler E.G, Monzon T.L **Riesgos en el embarazo adolescente**. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina.[en línea] 2006 enero(153)13-17 [citado en Abril 2013] URL://med.unne.edu.ar/revista/revista153/4_153.htm
- García Sánchez M. H., Hernández Hernández M. L., Manjon Sánchez A."**Embarazo y adolescencia**. Rev. sobre Salud Sexual y Reproductiva [en línea] Dto. Obst. y Ginec. Hptal. Clín. Univers. de Salamanca. junio 2.000; (2):10-12 – [fecha de acceso 30 de agosto de 2013] Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva(AASSER).
- Toro Merlo J, Uzcátegui Uzcátegui O. "**Embarazo en la adolescente**" – Rodriguez Armas O., Santiso Gálvez R., Calventi [en línea] año 2007 [abril 2013] V.: Ginecología, Fertilidad y Salud Reproductiva, FLASOG, Vol. 1, Cap. 32 – Edit. ATEPROCA, Caracas, Venezuela. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/61491441/Embarazo-en-La-Adolescente>.
- Routi, A **Patología Obstetrica en la Adolescente Embarazada**.Rev.SOGIA,1994. Boletin de la OMS [en línea] Vol. 87 junio 2009 405'484. [fecha de acceso 23 de septiembre de 2013] URL://http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5_EMBAZAZO%20ADOLESCENTE.pdf
- Pelaez Mendoza J. **Consideraciones del uso de Anticonceptivos Orales en la adolescencia**. Rev. Cubana de Obstetricia y Ginecologia.[en línea] 1996; 22:11- [fecha de acceso 24 de septiembre de 2013] URL:// <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=185436&indexSearch=ID>
- Garita, Carlos. **Sexualidad en adolescentes: Apuntes para una discusión**. Revista Adolescencia y Salud.[en línea] Programa de Atención Integral de la Adolescencia, San

José, Costa Rica.1999; 1 (2). [fecha de acceso 23 de agosto de 2013] URL://<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=185436&indexSearch=ID>

- Guzmán, José Miguel, Juan Manuel Contreras y Ralph Hakkert. **La situación actual del embarazo y el aborto en la adolescencia en América Latina y el Caribe.** Adolescencia y juventud en América Latina. Libro universitario regional [en línea], primera reimpresión publicado en Costa Rica Pag 10 a la 54 citado en: marzo de 2013. Se encuentra en: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/Adolescenciayjuventud.pdf>
- Krauskopf, Dina **Participación social y desarrollo en la adolescencia.** Segunda edición. San José Costa Rica: Editorial EUNED; 2002. Página 27 a 72
- Coll, Ana. **Embarazo en la adolescencia ¿Cuál es el problema? Adolescencia y Juventud en América Latina.** Libro universitario regional, primera reimpresión. San José, Costa Rica: Editorial Tecnológica de Costa Rica;2001. Página 34 a 175
- Krauskopf, Dina. **El Desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios.** En revista Adolescencia y Salud[en línea]. Programa de Atención Integral de la Adolescencia. San José, Costa Rica. 1999;1[citado en julio 2013] disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-41851999000200004&script=sci_arttext.
- Cortés Alfaro A, Del Pino A, Sánchez M, Alfonso A, Fuente J. **Comportamiento sexual, embarazo, aborto y regulación menstrual en adolescentes de tecnológicos de Ciudad Habana.** Rev Cub Obst Ginecol [en línea] 1999;25(1):35. [fecha de acceso a la información 12 de septiembre de 2013] disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X1999000100007&script=sci_arttext
- Haida TA, Masoz FR, Hochstetter AE. **Embarazo y adolescencia.** Rev Soc Chil Obstet Ginecol Infant Adolesc [en línea] 1996;3(1):9-12 [fecha de acceso 24 de agosto 2013] URL://<http://scielo.sld.cu/scieloOrg/php/reference.php?pid=S0138-600X2001000200012&caller=scielo.sld.cu&lang=es>
- Vázquez Marquez, Ángela et al. **Embarazo y adolescencia: Factores biológicos materno y perinatal más frecuentes.** Rev Cubana Obstet Ginecol [en línea]. 2001, vol.27, n.2, pp. 158-164. ISSN 1561-3062. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2001000200012&script=sci_abstract.

- Hung Bridó Y. **Algunos factores epidemiológicos asociados a la ocurrencia del embarazo en la adolescencia.** [tesis doctoral] Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en MGI. Santiago de Cuba, 1999, citado en febrero 2013, se encuentra en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25_1-2_09/enf071_209.htm

- Molina MS, Ferrada CN, Pérez RV, Cid L, Casanueva VE, García AC. **Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar.** Rev Med Chile[en línea]. 2004; 132:65-70.[citado en septiembre de 2013] Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista156/4_156.htm

- Balestena Sánchez JM, Balestena Sánchez SG. **Impacto de la menarquia en los resultados perinatales en la adolescencia.** Rev Cubana Obstet Ginecol[en línea].2005;31(1) [citado en agosto de 2013]:URLdisponible:http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_1_05/gin02105.htm

- Soto Martínez O, Franco Bonal A, Franco Bonal A, Silva Malido J, Velazquez Zuñiga GA. **Embarazo en la adolescencia y conocimientos sobre sexualidad.** Rev Cubana Med [en línea] Gen Integr. 2005;19(6):URL disponible en:http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_6_03/mgi02603.htm

- Díaz A, Sanhueza R, Yaksic N. **Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas.** Rev Chil Obstet Ginecol [en línea]2002; 67(6):481-487.

- Wenstron K. D, Gilstrap L. C, Hauth J. C, Blom S. L, Leveno K. J, Cunningham f. g. Vigésimosegunda edición, sección 2 Anatomía y fisiología, pag. 39. Obstetricia de Williams.

- De Irala, Jokin. **Adolescentes Con Cultura, Estilo de vida de los estudiantes adolescentes de El Salvador.** Consejo Nacional para la Cultura y el Arte CONCULTURA-Universidad de Navarra-InteMedia Consulting. Universidad de Navarra,España2008[enlinea]http://fadep.org/documentosfadep_archivos/Adolescentes_ESV.pdf

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 2. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

| CANTIDAD | DESCRIPCIÓN | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|--------------|--------------------------------------|-----------------|-----------------|
| 40 | Servicio de internet | \$1.00/hora | \$40.00 |
| 1500 | Impresiones | \$0.10/pág. | \$150.00 |
| 21 | Anillados | \$2.00 | \$42.00 |
| 7 | Empastados de informe final. | \$6.00 | \$42.00 |
| 3 | Recursos de papel Bond tamaño carta. | \$5.00/resma | \$15.00 |
| 8 | Lápices. | \$0.25 | \$2.00 |
| 8 | Bolígrafos. | \$0.25 | \$2.00 |
| 1 | USB | \$8.00 | \$8.00 |
| 20 | Folder. | \$0.20 | \$4.00 |
| 20 | Fastener. | \$0.10 | \$2.00 |
| 4 | Tinta negra | \$10.00 | \$40.00 |
| 288 | Fotocopias | \$0.05 | \$14.40 |
| 10% | Imprevistos (10%) | | \$36.14 |
| TOTAL | | | \$397.54 |

ANEXO 3.

CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, he sido elegido para participar en la investigación” Factores biopsicosociales que conllevan a embarazos en adolescentes de 12 a 19 años que consultan en las unidades comunitarias de salud familiar Lolotique, Tierra Blanca del municipio de Chirilagua y Equipo Comunitario de Salud Familiar la Trinidad del municipio de Chapeltique, San Miguel de 2013”. Se me ha explicado en qué consiste la investigación y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecha con las respuestas brindadas por los investigadores. Consiento de manera voluntaria a participar en esta investigación.

Nombre del participante: _____

Firma o huella del participante: _____

Fecha: _____

ANEXO 4
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
GUIA DE ENTREVISTA

Tema: "Factores biopsicosociales que conllevan a embarazos en adolescentes de 12 a 19 años en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, Lolotique, Tierra Blanca del municipio de Chirilagua, y Equipo Comunitario de Salud Familiar La Trinidad del municipio de Chapeltique, San Miguel, en el periodo de julio a septiembre de 2013.

OBJETIVO: Recopilación de datos sobre los factores biopsicosociales que influyen en los embarazos de adolescentes.

PARTE I

ASPECTO BIOLÓGICO

1) Edad: _____

2) ¿A qué edad tuvo su primera menstruación?
_____ Años

3) Fórmula obstétrica: G_P_P_A_V_

4) ¿A qué edad inicio relaciones sexuales?
_____ Años

5) ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?

PARTE II

PERFIL PSICOLÓGICO:

6) ¿Cuál es la percepción que tiene sobre usted misma?

a) Buena

b) Regular

c) Mala

7) ¿Alguna vez ha tenido pensamientos de inferioridad?

a) Si

b) No

- 8) ¿Durante su infancia y adolescencia se sintió aceptado?
a) Si
b) No
- 9) ¿Durante su desarrollo sexual ha tenido apoyo emocional?
a) Si
b) No
- 10) Si la respuesta es SI, de parte de quién: _____
- 11) ¿Se había planteado un proyecto de vida previo a su embarazo?
a) Si
b) No
- 12) ¿Recibió charlas alguna vez sobre autoestima y valores?
a) Si
b) No
- 13) ¿Quién le brindó estas charlas?
a) Maestros
b) Trabajadores de la salud
c) Psicólogos.
- 14) ¿Alguna vez se ha sentido presionada para tener relaciones sexuales?
a) Si
b) No
- 15) ¿Sufrió algún tipo de abuso sexual antes de quedar embarazada?
a) Si
b) No

PARTE III

CONDICIÓN SOCIAL

- 16) Procedencia:
a) Rural
b) Urbana
- 17) ¿Sabe leer y escribir?
a) Si
b) No
- 18) ¿Actualmente está estudiando?
a) Si
b) No

19) ¿Cuál es su último grado de estudio?

20) Ocupación:

- a) Ama de casa
- b) Comerciante
- c) Empleada
- e) otros Especifique _____

21) Estado familiar:

- a) Casada
- b) Acompañada
- c) Soltera.
- d) Separada.

22) ¿Antes del embarazo, vivía con ambos padres?

- a) SI
- b) NO

23) Si la respuesta es no, cual fue la causa:

- a) Divorcio
- b) Migración
- c) Muerte

24) ¿Cuántas personas vivían en su casa antes del embarazo?

- a) Más de 4
- b) Menos de 4

25) ¿De quién dependía económicamente previo al embarazo?

- a) Padres
- b) Pareja
- c) Abuelos
- d) Otros Especifique: _____

26) Ingresos económicos al mes

- a) Menos de \$100.00.
- b) De \$100.00 a 200.000
- c) Más de \$200.00

27) ¿Recibe remesas?

- a) Si
- b) no

- 28) ¿A qué grupo religioso pertenece?
- a) Católica
 - b) Evangélicos
 - c) Otro grupo religioso
 - d) No pertenece a ningún grupo religioso

29) Grado de religiosidad:

a) Alta: Asiste semanalmente a su iglesia/templo y da un grado alto a su fe en las decisiones de su vida.

b) Baja: Asiste ocasionalmente o nunca a los servicios religiosos, y/o no considera su fe como una influencia importante para su vida.

30) ¿Ha visto alguna vez material pornográfico?

- a) Si
- b) No

31) ¿Qué la motivo para ver pornografía?

- a) curiosidad personal
- b) influencia de un familiar
- c) presión de novio o pareja

32) ¿Que medio ha utilizado para acceder al material pornográfico?

- a) Televisión
- b) Internet
- c) Revistas

33) ¿En compañía de quien ha visto pornografía?

- a) Amigos
- b) Hermanos
- c) Novios
- d) Sola

PARTE IV

ASPECTO SEXUAL

34) Ha recibido alguna orientación sobre prevención del embarazo

- a) Si
- b) No

35) Quien le proporcionó la información:

- a) Padres
- b) Maestros
- c) Personal de salud
- d) Amigos

36) ¿Conoce usted métodos de planificación familiar?

- a) Si
- b) No

37) Si la respuesta es Si, cuales conoce:

- a) Naturales
- b) Hormonales
- c) Diu
- e) Métodos quirúrgicos
- f) Todos los anteriores

38) ¿Ha utilizado métodos de planificación familiar?

- a) Si
- b) no

39) ¿Quién le ha proporcionado métodos de planificación familiar?

- a) Farmacia
- b) Ministerio de salud
- c) Medico particular

40) ¿Le explicaron sobre indicaciones y efectos adversos?

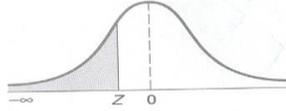
- a) Si
- b) No

41) ¿Cuándo ha solicitado métodos de planificación familiar a la unidad de salud, se los han proporcionados?

- a) Siempre
- b) Algunas veces
- c) nunca

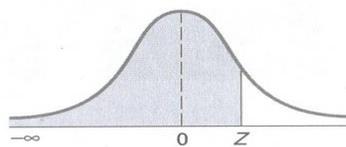
Anexo 6

Tabla de la Distribucion Normal Estandarizada.



| Z | 0,00 | 0,01 | 0,02 | 0,03 | 0,04 | 0,05 | 0,06 | 0,07 | 0,08 | 0,09 |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| -3,4 | 0,0003 | 0,0003 | 0,0003 | 0,0003 | 0,0003 | 0,0003 | 0,0003 | 0,0003 | 0,0003 | 0,0002 |
| -3,3 | 0,0005 | 0,0005 | 0,0005 | 0,0004 | 0,0004 | 0,0004 | 0,0004 | 0,0004 | 0,0004 | 0,0003 |
| -3,2 | 0,0007 | 0,0006 | 0,0006 | 0,0006 | 0,0006 | 0,0006 | 0,0006 | 0,0005 | 0,0005 | 0,0005 |
| -3,1 | 0,0010 | 0,0009 | 0,0009 | 0,0009 | 0,0008 | 0,0008 | 0,0008 | 0,0008 | 0,0007 | 0,0007 |
| -3,0 | 0,0013 | 0,0013 | 0,0013 | 0,0012 | 0,0012 | 0,0011 | 0,0011 | 0,0011 | 0,0010 | 0,0010 |
| -2,9 | 0,0019 | 0,0018 | 0,0018 | 0,0017 | 0,0016 | 0,0016 | 0,0015 | 0,0015 | 0,0014 | 0,0014 |
| -2,8 | 0,0026 | 0,0025 | 0,0024 | 0,0023 | 0,0023 | 0,0022 | 0,0021 | 0,0021 | 0,0020 | 0,0019 |
| -2,7 | 0,0035 | 0,0034 | 0,0033 | 0,0032 | 0,0031 | 0,0030 | 0,0029 | 0,0028 | 0,0027 | 0,0026 |
| -2,6 | 0,0047 | 0,0045 | 0,0044 | 0,0043 | 0,0041 | 0,0040 | 0,0039 | 0,0038 | 0,0037 | 0,0036 |
| -2,5 | 0,0062 | 0,0060 | 0,0059 | 0,0057 | 0,0055 | 0,0054 | 0,0052 | 0,0051 | 0,0049 | 0,0048 |
| -2,4 | 0,0082 | 0,0080 | 0,0078 | 0,0075 | 0,0073 | 0,0071 | 0,0069 | 0,0068 | 0,0066 | 0,0064 |
| -2,3 | 0,0107 | 0,0104 | 0,0102 | 0,0099 | 0,0096 | 0,0094 | 0,0091 | 0,0089 | 0,0087 | 0,0084 |
| -2,2 | 0,0139 | 0,0136 | 0,0132 | 0,0129 | 0,0125 | 0,0122 | 0,0119 | 0,0116 | 0,0113 | 0,0110 |
| -2,1 | 0,0179 | 0,0174 | 0,0170 | 0,0166 | 0,0160 | 0,0158 | 0,0154 | 0,0150 | 0,0146 | 0,0143 |
| -2,0 | 0,0228 | 0,0222 | 0,0217 | 0,0212 | 0,0207 | 0,0202 | 0,0197 | 0,0192 | 0,0188 | 0,0183 |
| -1,9 | 0,0287 | 0,0281 | 0,0274 | 0,0268 | 0,0262 | 0,0256 | 0,0250 | 0,0244 | 0,0239 | 0,0233 |
| -1,8 | 0,0359 | 0,0351 | 0,0344 | 0,0336 | 0,0329 | 0,0322 | 0,0314 | 0,0307 | 0,0301 | 0,0294 |
| -1,7 | 0,0446 | 0,0436 | 0,0427 | 0,0418 | 0,0409 | 0,0401 | 0,0392 | 0,0384 | 0,0375 | 0,0367 |
| -1,6 | 0,0548 | 0,0537 | 0,0526 | 0,0516 | 0,0505 | 0,0495 | 0,0485 | 0,0475 | 0,0465 | 0,0455 |
| -1,5 | 0,0668 | 0,0655 | 0,0643 | 0,0630 | 0,0618 | 0,0606 | 0,0594 | 0,0582 | 0,0571 | 0,0559 |
| -1,4 | 0,0808 | 0,0793 | 0,0778 | 0,0764 | 0,0749 | 0,0735 | 0,0721 | 0,0708 | 0,0694 | 0,0681 |
| -1,3 | 0,0968 | 0,0951 | 0,0934 | 0,0918 | 0,0901 | 0,0885 | 0,0869 | 0,0853 | 0,0838 | 0,0823 |
| -1,2 | 0,1151 | 0,1131 | 0,1112 | 0,1093 | 0,1075 | 0,1056 | 0,1038 | 0,1020 | 0,1003 | 0,0985 |
| -1,1 | 0,1357 | 0,1335 | 0,1314 | 0,1292 | 0,1271 | 0,1251 | 0,1230 | 0,1210 | 0,1190 | 0,1170 |
| -1,0 | 0,1587 | 0,1562 | 0,1539 | 0,1515 | 0,1492 | 0,1469 | 0,1446 | 0,1423 | 0,1401 | 0,1379 |
| -0,9 | 0,1841 | 0,1814 | 0,1788 | 0,1762 | 0,1736 | 0,1711 | 0,1685 | 0,1660 | 0,1631 | 0,1611 |
| -0,8 | 0,2119 | 0,2090 | 0,2061 | 0,2033 | 0,2005 | 0,1977 | 0,1949 | 0,1922 | 0,1894 | 0,1867 |

| | | | | | | | | | | |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| -0,7 | 0,2420 | 0,2389 | 0,2358 | 0,2327 | 0,2296 | 0,2266 | 0,2236 | 0,2206 | 0,2177 | 0,2148 |
| -0,6 | 0,2743 | 0,2709 | 0,2676 | 0,2643 | 0,2611 | 0,2578 | 0,2546 | 0,2514 | 0,2483 | 0,2451 |
| -0,5 | 0,3085 | 0,3050 | 0,3015 | 0,2981 | 0,2946 | 0,2912 | 0,2877 | 0,2843 | 0,2810 | 0,2776 |
| -0,4 | 0,3446 | 0,3409 | 0,3372 | 0,3336 | 0,3300 | 0,3264 | 0,3228 | 0,3192 | 0,3156 | 0,3121 |
| -0,3 | 0,3821 | 0,3783 | 0,3745 | 0,3707 | 0,3669 | 0,3632 | 0,3594 | 0,3557 | 0,3520 | 0,3483 |
| -0,2 | 0,4207 | 0,4168 | 0,4129 | 0,4090 | 0,4052 | 0,4013 | 0,3974 | 0,3936 | 0,3897 | 0,3859 |
| -0,1 | 0,4602 | 0,4562 | 0,4522 | 0,4483 | 0,4443 | 0,4404 | 0,4364 | 0,4325 | 0,4286 | 0,4247 |
| 0,0 | 0,5000 | 0,4960 | 0,4920 | 0,4880 | 0,4840 | 0,4801 | 0,4761 | 0,4721 | 0,4681 | 0,4641 |



| Z | 0,00 | 0,01 | 0,02 | 0,03 | 0,04 | 0,05 | 0,06 | 0,07 | 0,08 | 0,09 |
|-----|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 0,0 | 0,5000 | 0,5040 | 0,5080 | 0,5120 | 0,5160 | 0,5199 | 0,5239 | 0,5279 | 0,5319 | 0,5359 |
| 0,1 | 0,5398 | 0,5438 | 0,5478 | 0,5517 | 0,5557 | 0,5596 | 0,5636 | 0,5675 | 0,5714 | 0,5753 |
| 0,2 | 0,5793 | 0,5832 | 0,5871 | 0,5910 | 0,5948 | 0,5987 | 0,6026 | 0,6064 | 0,6103 | 0,6141 |
| 0,3 | 0,6179 | 0,6217 | 0,6255 | 0,6293 | 0,6331 | 0,6368 | 0,6406 | 0,6443 | 0,6480 | 0,6517 |
| 0,4 | 0,6554 | 0,6591 | 0,6628 | 0,6664 | 0,6700 | 0,6736 | 0,6772 | 0,6808 | 0,6844 | 0,6879 |
| 0,5 | 0,6915 | 0,6950 | 0,6985 | 0,7019 | 0,7054 | 0,7088 | 0,7123 | 0,7157 | 0,7190 | 0,7224 |
| 0,6 | 0,7257 | 0,7291 | 0,7324 | 0,7357 | 0,7389 | 0,7422 | 0,7454 | 0,7486 | 0,7517 | 0,7549 |
| 0,7 | 0,7580 | 0,7611 | 0,7642 | 0,7673 | 0,7704 | 0,7734 | 0,7764 | 0,7794 | 0,7823 | 0,7852 |
| 0,8 | 0,7881 | 0,7910 | 0,7939 | 0,7967 | 0,7995 | 0,8023 | 0,8051 | 0,8078 | 0,8106 | 0,8133 |
| 0,9 | 0,8159 | 0,8186 | 0,8212 | 0,8238 | 0,8264 | 0,8289 | 0,8315 | 0,8340 | 0,8365 | 0,8389 |
| 1,0 | 0,8413 | 0,8438 | 0,8461 | 0,8485 | 0,8508 | 0,8531 | 0,8554 | 0,8577 | 0,8599 | 0,8621 |
| 1,1 | 0,8643 | 0,8665 | 0,8686 | 0,8708 | 0,8729 | 0,8749 | 0,8770 | 0,8790 | 0,8810 | 0,8830 |
| 1,2 | 0,8849 | 0,8869 | 0,8888 | 0,8907 | 0,8925 | 0,8944 | 0,8962 | 0,8980 | 0,8997 | 0,9015 |
| 1,3 | 0,9032 | 0,9049 | 0,9066 | 0,9082 | 0,9099 | 0,9115 | 0,9131 | 0,9147 | 0,9162 | 0,9177 |
| 1,4 | 0,9192 | 0,9207 | 0,9222 | 0,9236 | 0,9251 | 0,9265 | 0,9279 | 0,9292 | 0,9306 | 0,9319 |
| 1,5 | 0,9332 | 0,9345 | 0,9357 | 0,9370 | 0,9382 | 0,9394 | 0,9406 | 0,9418 | 0,9429 | 0,9441 |
| 1,6 | 0,9452 | 0,9463 | 0,9474 | 0,9484 | 0,9495 | 0,9505 | 0,9515 | 0,9525 | 0,9535 | 0,9545 |
| 1,7 | 0,9554 | 0,9564 | 0,9573 | 0,9582 | 0,9591 | 0,9599 | 0,9608 | 0,9616 | 0,9625 | 0,9633 |

| | | | | | | | | | | |
|-----|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1,8 | 0,9641 | 0,9649 | 0,9656 | 0,9664 | 0,9671 | 0,9678 | 0,9686 | 0,9693 | 0,9699 | 0,9706 |
| 1,9 | 0,9713 | 0,9719 | 0,9726 | 0,9732 | 0,9738 | 0,9744 | 0,9750 | 0,9756 | 0,9761 | 0,9767 |
| 2,0 | 0,9772 | 0,9778 | 0,9783 | 0,9788 | 0,9793 | 0,9798 | 0,9803 | 0,9808 | 0,9812 | 0,9817 |
| 2,1 | 0,9821 | 0,9826 | 0,9830 | 0,9834 | 0,9838 | 0,9842 | 0,9846 | 0,9850 | 0,9854 | 0,9857 |
| 2,2 | 0,9861 | 0,9864 | 0,9868 | 0,9871 | 0,9875 | 0,9878 | 0,9881 | 0,9884 | 0,9887 | 0,9890 |
| 2,3 | 0,9893 | 0,9896 | 0,9898 | 0,9901 | 0,9904 | 0,9906 | 0,9909 | 0,9911 | 0,9913 | 0,9916 |
| 2,4 | 0,9918 | 0,9920 | 0,9922 | 0,9925 | 0,9927 | 0,9929 | 0,9931 | 0,9932 | 0,9934 | 0,9936 |
| 2,5 | 0,9938 | 0,9940 | 0,9941 | 0,9943 | 0,9945 | 0,9946 | 0,9948 | 0,9949 | 0,9951 | 0,9952 |
| 2,6 | 0,9953 | 0,9955 | 0,9956 | 0,9957 | 0,9959 | 0,9960 | 0,9961 | 0,9962 | 0,9963 | 0,9964 |
| 2,7 | 0,9965 | 0,9966 | 0,9967 | 0,9968 | 0,9969 | 0,9970 | 0,9971 | 0,9972 | 0,9973 | 0,9974 |
| 2,8 | 0,9974 | 0,9975 | 0,9976 | 0,9977 | 0,9977 | 0,9978 | 0,9979 | 0,9979 | 0,9980 | 0,9981 |
| 2,9 | 0,9981 | 0,9982 | 0,9982 | 0,9983 | 0,9984 | 0,9984 | 0,9985 | 0,9985 | 0,9986 | 0,9986 |
| 3,0 | 0,9987 | 0,9987 | 0,9988 | 0,9988 | 0,9989 | 0,9989 | 0,9989 | 0,9989 | 0,9990 | 0,9990 |
| 3,1 | 0,9990 | 0,9991 | 0,9991 | 0,9991 | 0,9992 | 0,9992 | 0,9992 | 0,9992 | 0,9993 | 0,9993 |
| 3,2 | 0,9993 | 0,9993 | 0,9994 | 0,9994 | 0,9994 | 0,9994 | 0,9994 | 0,9995 | 0,9995 | 0,9995 |
| 3,3 | 0,9995 | 0,9995 | 0,9995 | 0,9996 | 0,9996 | 0,9996 | 0,9996 | 0,9996 | 0,9996 | 0,9997 |
| 3,4 | 0,9997 | 0,9997 | 0,9997 | 0,9997 | 0,9997 | 0,9997 | 0,9997 | 0,9997 | 0,9997 | 0,9998 |

ANEXO 6

GLOSARIO.

Aborto: El aborto es la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto de *menos de 500* gramos de peso, que se alcanza a las 22 semanas

Adolescencia: La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.

Autoestima: es la valoración, generalmente positiva, de uno mismo. Para la psicología, se trata de la opinión emocional que los individuos tienen de sí mismos y que supera en sus causas la racionalización y la lógica.

Embarazo: La definición legal del embarazo sigue a la definición médica. Para la organización mundial de la salud el embarazo cuando termina la implantación. Que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero, (de 5 a 6) después de la fecundación. Entonces este atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de anidación, comenzado así el embarazo. Esto ocurre entre los 12 a 16 días después de la fecundación

Embarazo en la adolescencia: según la OMS es el embarazo que se presenta entre los 12 y 19 años.

Fecundación: es la unión de dos gametos en el transcurso de la reproducción sexual, óvulo y espermatozoide.

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

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

Hacinamiento: Hogares con más de tres personas por habitación utilizada para dormir

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

Pobreza extrema: es la condición en la que la población vive de más de un dolor al día

Menarca: Primera menstruación. Suele aparecer entre los 13 y 16 años, dependiendo de factores genéticos y ambientales

Pobreza extrema es el estado más severo de pobreza. Cuando las personas no pueden satisfacer varias de las necesidades básicas para vivir como alimento, agua potable, techo, sanidad, y cuidado de la salud. Para determinar la población afectada por la pobreza extrema, el Banco Mundial define la pobreza extrema como personas viviendo con menos de \$1.25 al día

Planificación Familiar: es el conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores, orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales.

Salud reproductiva: condición de bienestar físico, mental y social. En los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida.