



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA



“FACTORES QUE PREDISPONEN LA PREVALENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES INSCRITAS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN MATERNA EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD ESPECIALIZADA SENSUNTEPEQUE PERÍODO JULIO A DICIEMBRE DE 2015”.

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRO EN SALUD PUBLICA.

PRESENTAN:

Dra. Jessica Guadalupe Díaz González.

Dr. Wendel Alexander Martínez Ascencio

ASESOR:

Lic. Msp. Oscar Antonio Sánchez Velásquez.

SAN SALVADOR MARZO DE 201

AUTORIDADES UNIVERSITARIA.

Lic. Luis Argueta Antillón.
RECTOR INTERINO DE UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Dra. Maritza Mercedes Bonilla Dimas.
DECANA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Licda. Msp. Reina Araceli Padilla Mendoza.
COORDINADORA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA.

JURADO CALIFICADOR

- Licda. Msp. Reina Araceli Padilla Mendoza.
- Licda. Msp. Hilda Cecilia Méndez de García.
- Lic. Msp. Oscar Antonio Sánchez Velásquez.

RECONOCIMIENTO

Primeramente a DIOS TODO PODEROSO Y A LA VIRGUEN MARIA: por darme, las fuerza, sabiduría y paciencia en culminar la Maestría.

AMIS PADRES: Francisco Antonio Díaz Cruz y Sonia Eleonora de Díaz, Por Creer siempre en mí y darme apoyo incondicional en toda mi vida y en el transcurso de mis estudios.

MI HERMANO: Francisco Antonio Díaz González por estar Siempre apoyándome, incentivándome en que continuara y culminara mis estudios.

A MI FAMILIA: Por mantenerme en optimismo y superación personal para continuar con energía y fuerzas hasta en los momentos difíciles de mi carrera.

AMISTADES: por darme la iniciativa, que continuara con mis estudios académicos. MUCHAS GRACIAS.

Y A MIS QUERIDOS PROFESORES DE LA MAESTRIA: por tenerme paciencia, darme apoyo y sobre todo, darme ánimos en que continuara para culminar este carrera y aportar un cambio personal de superación, en inculcarme que todo se puede en esta vida, muchísimas gracias.

DÍAZ GONZÁLEZ, JESSICA GUADALUPE

RECONOCIMIENTO

A DIOS TODOPODEROSO a quien le debemos la vida y de quien recibimos día a día innumerables pruebas de su existencia y sabiduría,

AL BEATO MONSEÑOR OSCAR ARNULFO ROMERO quien a través de su martirio en su paso por esta tierra nos enseñó ser voz de los desamparados y lucha por los descalzos.

A MIS PADRES Hilda y Mario sin quienes a través de su guía a través de la vida me orientan para ser una persona de bien.

A MIS HERMANAS Xiomara y Elia por ser parte del motor que me ha empujado hacia ser lo que soy.

A MIS HIJOS: Fernando, Wendel y Mario quienes son la razón de ser y que cada día me demuestran que necesito ser mejor para seguir siendo una guía como persona, humano y profesional hacia ellos.

MARTÍNEZ ASCENCIO, WENDEL ALEXANDER.

RESUMEN

Título: "Factores que predisponen la prevalencia de embarazo en adolescentes inscritas en el programa de Atención Materna en la unidad comunitaria especializada de Sensuntepeque período Enero a Diciembre de 2015".

Propósito: Generar información veraz y contundente de los factores que predisponen la prevalencia de embarazo en adolescentes, elaborar una mejor guía a las políticas de salud sexual en adolescentes del municipio, orientaciones para mejoras de charlas y cuidados en educación sexual en las adolescentes para SIBASIS Cabañas.

Método y estudio: se realizó un método de estudio descriptivo el cual, deduce las circunstancias estudiadas con una población de mujeres embarazadas adolescentes entre 10 -19 años, inscritas en el programa de atención materna en UCSFE Sensuntepeque.

Resultados: Las adolescentes encuestadas, el 84% eran adolescentes entre las edades de 16-19 años y el 16% entre las edades de 13-15 años de edad. Utilizaron métodos de Planificación Familiar en un 100% tuvieron acceso a ellos ya sea por el MINSAL (91%) o en forma privada por Farmacias (9%). Se observó también que el 88.33% no habían hablado de sexualidad con sus padres o sobre temas sexuales y el 11.67% si habían hablado del tema.

Conclusión: La falta de conocimiento de métodos de planificación no incide en los embarazos en adolescentes inscritas en UCSFE Sensuntepeque. Los factores sociales que más influyeron son la edad entre las adolescentes medias y tardías, y que el factor cultural como la religión católica tiene una relación directamente proporcional con la no aceptación de método de planificación.

Recomendaciones: al Ministerio de Salud enfatizar al reforzamiento de educación sexual hacia las adolescentes, al Ministerio de Educación realizar talleres de educación sexual, charlas de tabúes sexuales para maestros de tercer ciclo y bachillerato. A los padres de familias promover e incentivar a la comunicación continua de educación sexual con sus hijos.

CONTENIDO

CAPITULO	PÁGINAS
RESUMEN.....	iv
I INTRODUCCION.....	1
II OBJETIVOS.....	3
III MARCO DE REFERENCIA.....	4
IV DISEÑO METODOLOGICO.....	26
V RESULTADOS.....	35
VI DISCUSION.....	44
VII CONCLUSIONES.....	53
VIII RECOMENDACIONES.....	54
IV REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	56
ANEXOS.....	61

I. INTRODUCCION.

La adolescencia es una etapa transicional de la vida adonde el cuerpo del niño poco a poco a través de cambios hormonales, conductuales, aportes generados en su entorno va cambiando hacia una etapa superior, dependerá de éstos cambios como se den van a influenciar el desarrollo tanto físico, emocional, conductual para el resto de su vida; es así como esta etapa de la vida puede marcar a un niño de una manera positiva o negativa.

El embarazo en una adolescente es una situación donde el cuerpo todavía no está adaptado para asumir tal responsabilidad en todas las esferas (bio-psico-social) por lo tanto esta situación crea dentro de la sociedad misma un error del sistema social, educativo y sanitario. El cual este problema en la adolescente acarrea grandes consecuencias psicológicas y sociales para los grupos familiares como para el sistema de salud publica el cual este hecho cambia la vida y destino de las mujeres adolescentes.

Existen muchas hipótesis de la causalidad del embarazo en las adolescentes, enfocados la mayoría a problemas de carácter social, aunque si lo viéramos de una manera más holística y desde los determinantes o determinaciones sociales de la salud es más amplia. Por otro lado también muchas de las adolescentes embarazadas llegan a engrosar el flagelo que, en el presente año se ha convertido en una epidemia de origen social, como lo son el flagelo de las “pandillas” como una válvula de escape para su situación familiar o personal.

El presente estudio tuvo la finalidad de conocer la situación por las cuales las adolescentes del municipio de Sensuntepeque del nuevo milenio han aumentado las tasas de embarazos los últimos años y que a pesar de todos los esfuerzos y programas de las instituciones.

No solamente nos enfocamos en las causas que inciden en los embarazos en adolescentes de la UCSF Sensuntepeque, sino también en determinar si a nivel de conocimientos de métodos de planificación familiar esta en verdad inciden en los embarazos en las adolescentes ya que estudios nacionales mencionan que la

falta de conocimientos de métodos de planificación familiar inciden en los embarazos.

Esto sirva, para replantearse el tema social del embarazo en la adolescencia para tratar de reducir lo más posible esta situación en una etapa de la vida donde las jóvenes necesitan ser libres, pensar en sí mismas y tal vez reducir así la violencia social que día a día va en creciendo.

La presente investigación fue realizó en la Unidad Comunitaria Especializada del Municipio de Sensuntepeque, con el propósito de analizar los factores que predisponen la prevalencia de embarazos en adolescentes, identificando los factores sociales, culturales, educativos y económicos de cada una. Así también en determinar si el conocimiento de métodos planificación familiar inciden en los embarazos en adolescentes, puesto que se quiere comparar los datos nacionales con los datos del municipio ya que no se cuenta con un estudio a nivel local de este problema.

Por lo antes expuesto, se anuncia lo siguiente ¿Cuáles son los factores que predisponen la prevalencia de embarazo en adolescentes inscritas en el Programa de Atención Materna en la Unidad Comunitaria de Salud Especializada Sensuntepeque Período Julio a Diciembre de 2015?

II. OBJETIVOS.

Objetivo General:

Analizar factores que predisponen la prevalencia de embarazo en adolescentes inscritas en el Programa de Atención Materna en la Unidad Comunitaria de Salud Especializada Sensuntepeque. Período julio a diciembre de 2015.

Objetivos Específicos:

- Identificar los factores sociales que influye en las adolescentes al embarazo precoz inscritas en programa de atención materna.
- Detectar los factores culturales que influyen en las adolescentes al embarazo precoz inscritas en programa de atención materna.
- Conocer los factores educativos que influyen en las adolescentes al embarazo precoz inscritas en programa de atención materna.
- Identificar factores económicos que influyen en las adolescentes al embarazo inscritas en programa de atención materna.
- Determinar el conocimiento de los métodos de planificación en embarazos en adolescentes inscritas en el programa de atención materna.

III. MARCO REFERENCIA.

3. FUNDAMENTACION TEORICA.

3.1 DEFINICIÓN DE 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).

La OMS define como adolescente; al periodo de la vida en el cual las y los adolescentes adquieren la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica y fija sus límites entre los 10 y 19 años. Es un periodo de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y preuncia la adultez.

Para muchos jóvenes la Adolescencia es un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación; para otros, es una etapa de amistades internas, de alojamiento de ligaduras con los padres, y de sueños acerca del futuro. ¹

El término adolescente se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 11 y 19 años de edad, periodo típico entre la niñez y la adultez. Asumida como la etapa de maduración entre la niñez y la condición de adulto. El término denota el periodo desde el inicio de la pubertad hasta la madurez y suele empezar en torno a la edad de catorce años en los varones y de trece años en las mujeres. Aunque esta etapa de transición varía entre las diferentes culturas, en general se define como el periodo de tiempo que los individuos necesitan para considerarse autónomos e independientes socialmente.

¹ Asociación para la autodeterminación y el desarrollo de mujeres salvadoreñas. explorando las determinantes sociales y de género del embarazo en adolescentes en el departamento de Morazán, san Salvador 2010. Pág.109.

3.2 ASPECTOS DE GÉNERO DE LA ADOLESCENCIA.

La adolescencia es una etapa crítica en la cual la imagen es el fundamento de la forma en que los y las adolescentes comienzan a adquirir identidad como hombres y mujeres porque los llevan a interiorizar patrones de conducta esperados socialmente, que determinan lo que deben ser los hombres y las mujeres.²

Los jóvenes adolescentes tratan de confirmar su virilidad adoptando conductas agresivas, de riesgo y muchas veces pondrán en peligro su vida, pasaran más tiempo libre fuera de la casa, y probablemente al formas su círculo de amigos iniciaran la presión para el inicio de la actividad sexual, que en la mayoría de casos serán si protección.

De las adolescentes se espera que adopten una actitud pasiva, que eviten los riesgos , se alentaran a que permanezca la mayor parte del tiempo dentro de la casa y que se identifiquen con los quehaceres del hogar, con una actitud de subordinación ante el hombre.

En la actualidad se da por entendido que las mujeres debemos ejercer la maternidad la conyugalidad y un oficio, una ocupación. Antes no era así. Se partía de que las mujeres ya tenían su destino (ser madre-esposa y esto le bastaba para " ser feliz"). Pero hoy día las jóvenes tienen, además de cumplir con los dos mandatos anteriores, formarse y desarrollarse en el campo profesional y/o laboral (fuera de la casa). (G.Cob).

Lo que se juega en este periodo de la vida es la posibilidad de vivir el presente. O sea, de dejar de ser el futuro de la patria, de la humanidad, de la familia, sobre todo de ser a través de las otras personas. Es parte de esta propuesta la construcción de espacios e identidades que den mayores posibilidades de libertad y diversidad para las mujeres jóvenes. (Ibíd).

² Ávila Gálvez, Aspectos Psicosociales del embarazo en la adolescencia; Revista Cubana de Pediatría Vol. 74 No. 4, Septiembre – Diciembre 2002.

Es necesario entonces que al concepto de juventud- es este caso- se le aplicara el enfoque de genero, pues como se ha visto, no es lo mismo ser mujer joven que hombre joven.

3.3 ETAPA DE LA ADOLESCENCIA:

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

- **Adolescencia Temprana: (10- 13 años)**

Caracterizada por el inicio de la maduración sexual, extrema curiosidad por su cuerpo, muchas fantasías sexuales, exploración acentuada del autoerotismo y se interrelaciona con una sexualidad donde lo físico predomina (coquetería, amor platónico, etc.).

- **Adolescencia Media: (14-17 años)**

Completa maduración sexual, manifestación de alta energía sexual con énfasis en el contacto físico y conducta sexual exploratoria (puede presentarse experiencias homosexuales, relaciones heterosexuales no planificadas), negación de las consecuencias de la conducta sexual (por sentimientos de invulnerabilidad), falta de información y educación sexual, relaciones intensas y fugaces.

- **Adolescencia Tardía: (De 18 a 20 años)**

Se caracteriza por la completa maduración física, social, legal; logros definidos en la maduración psicológica, conducta sexual expresiva y puede establecer relaciones íntimas y estables con definición de su rol sexual. Los adolescentes son vulnerables, porque tanto las características del ambiente familiar y social en que una persona se desenvuelve con sus propias particularidades, pueden hacerlos muy vulnerables, ya que es quien teme mayor riesgo de recibir determinada lesión o daño.

3.4 SALUD SEXUAL

La salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud".

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido la salud sexual como "la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad."

Ambos organismos consideran que, para que pueda lograrse y mantenerse la salud sexual, deben respetarse los derechos sexuales de todas las personas. En efecto, para lograrla, la OMS asegura que se requiere un "enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia."

SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA.

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

A pesar de las grandes diferencias existentes en la región en cuanto a la conceptualización y acciones referentes a esta temática, deben resaltarse las iniciativas realizadas hasta la fecha. En algunos países se han llegado a implementar servicios y programas a nivel gubernamental. No obstante, este tema aún genera conflictos por los tabúes y mitos existentes, tales como que brindar educación y atención en esta área generará libertinaje y no libertad; que aumentarán las relaciones coitales no protegidas y la precocidad sexual. Este fenómeno puede ocasionar que este tipo de programas pierdan continuidad y respaldo político.

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

DEFINICIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA DE LA OMS.

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 se define como 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 sexuales.

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.

3.5 CONCEPTUALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

La gestación o embarazo, es el proceso en el que crece y se desarrolla el feto en el interior del útero. El embarazo se inicia en el momento, de la anidación y termina con el parto. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica. Para la OMS, el embarazo inicia cuando termina la implantación. La implantación, es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero.

Embarazo adolescente o embarazo precoz:

En nuestro país ISDEMU define el embarazo en la adolescencia: como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer, entendiéndose edad ginecológica 0=edad de menarquía, y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parenteral.

El embarazo en adolescente es una consecuencia del desconocimiento de la propia sexualidad de los y las jóvenes, de la falta de información sobre sexualidad y presión ejercida del medio en el que se desarrolla.

Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, es habitual que suman la responsabilidad impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus pares y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo,

cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.³

La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados, En general el término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen.

3.6 FENOMENOLOGÍA DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE.

El embarazo de la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.

Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede optar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre. En tales contextos y ante esta situación, existe una expectativa cultural de las mujeres de ser madres y la identidad femenina está vinculada con el embarazo. Hay una mirada prevalente que el rol de las mujeres es ser madres y ser femeninas. Además, hay una mirada del embarazo como un reflejo del amor romántico. Esta es una de las razones por las que es difícil para las mujeres adolescentes adoptar prácticas de sexo seguro (Gogna et al. 2008). Esta idea está vinculada con las dinámicas e imágenes de género, en la que la mujer es femenina si está embarazada, y ella puede probar esto a través su fecundidad, añadiendo una presión social a quedarse embarazada (Gogna et al. 2008).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la adolescencia como la etapa que va desde los 10 años a los 19. No obstante, la auténtica adolescencia

³ MINSAL. Vice ministerio de servicios de salud. Plan intersectorial para la atención integral de la salud de la población adolescente y joven 2012 – 2014. 1ª edición. San Salvador. 2012. pág. 49

es un período que se caracteriza por profundos cambios físicos, psicológicos y sociales donde es difícil establecer límites cronológicos precisos para este período vital.

En esta etapa de la vida, el embarazo suele representar un problema desde el punto de vista sanitario y social.

Esto nos lleva a describir las características de las actitudes generales o frecuentes que se dan en los diferentes según la etapa de desarrollo de la adolescente en que se presente:

ETAPA DE ADOLESCENCIA TEMPRANA: 10-13 Años

El tema de la maternidad provoca depresión y aislamiento, como a la vez muy dependiente a su propia madre. No identifica a su hijo como un ser independiente de ellas y no asume su crianza. Puede presentarse una incidencia elevada de trastornos emocionales y negación patológica.

ETAPA DE ADOLESCENCIA MEDIA: 14-16-años.

Es muy común que dramaticen la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizando como poderoso instrumento que le afirme su independencia de los padres. Es frecuente el gran vaivén de los estados de ánimo, de sentirse aislada, rechazada, no querida pasa a la euforia sintiéndose querida y popular. El embarazo, por ende, puede ser visto el mismo día como una amenaza peligrosa o como una oportunidad que brindará madurez y crea expectativas. Su actitud es ambivalente, de orgullo y de culpa: la madre perfecta con su bebé y la desesperación por las responsabilidades que se le vienen encima.

Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptan actitudes de auto cuidado hacia un rol maternal, el padre tiene un lugar y es considerado importante como una esperanza en el futuro. Si el padre del bebe la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aun durante el embarazo.

ETAPA DE ADOLESCENCIA TARDÍA: 18-19 Años

Luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven

El foco del desarrollo es la consolidación de la identidad y de las relaciones interpersonales, por lo que el embarazo puede ser visto como una forma de consolidar la intimidad y comprometer al varón como un futuro compañero. Es en la etapa de la adolescencia tardía que se ve el impacto de la realidad y las jóvenes desarrollan gran preocupación por adaptarse a su rol de madre sentimientos maternales protectores y sensación de anticipación del hijo.

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y si aún es realmente una adolescente, necesitara mucha ayuda abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida.

3.7 CONSECUENCIAS DE LA MATERNIDAD EN LA ADOLESCENTE.

El embarazo y la maternidad de adolescentes es un problema social y es una de las experiencias más difíciles que afectan la salud integral de las adolescentes así como de los padres de familia, la sociedad y el niño que está por nacer ya que no se reduce solamente a una problemática de salud biológica.

El embarazo en la adolescencia es el resultado de la determinación social y se ha convertido en seria preocupación para varios sectores; para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables para las madres, su hijo o hija; y por las implicaciones del aborto y los suicidios.

En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares, tales como baja autoestima, falta de oportunidades

para continuar sus estudios o de encontrar un trabajo digno; discriminación y exclusión, estigmatización.⁴

En sí la maternidad implica cambios de identidad como mujeres, el tener un hijo cambia muchos aspectos de nuestra vida, debido a que el ser mamá será nuestra nueva identidad para siempre.

3.8 CONSECUENCIAS PARA EL HIJO O HIJA, EL PADRE Y DE LA MADRE ADOLESCENTE.

EL HIJO: Tiene un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de muerte súbita. Tiene un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional, muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud por su condición de extramatrimonial o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos.

EL PADRE ADOLESCENTE: Culturalmente la sociedad atribuye la responsabilidad del embarazo y crianza de hijos o hijas solamente a las mujeres, dejando de lado la responsabilidad que deben asumir los hombres frente a estas situaciones. Mayoritariamente la estigmatización y discriminación van enfocadas hacia las mujeres y se premia o fomenta la irresponsabilidad paterna, asumiéndola como algo natural.

Los adolescentes no se visualizan como padres porque no se les prepara para asumir las consecuencias de sus decisiones y su sexualidad la ejercen de forma irresponsable muchas veces por la presión social que los grupos de pares o su propia familia les inculcan.

Las instituciones como la familia, la iglesia, los medios de comunicación y todos aquellos agentes socializadores excluyen a los adolescentes de su rol paterno y

⁴ Grupo Internacional en sexualidad y VIH. "Un Solo" Currículo. Nueva york. 2010.

todo está orientado a destacar solamente el rol materno en las mujeres, aislándolos y llevándolos a que asuman conductas irresponsables como parte de su desarrollo de vida.

En el caso de asumir la paternidad, el adolescente se enfrenta a todos sus mandatos personales, sociales y a sus carencias. Por ello, busca trabajo para mantener su familia, y abandona sus estudios, postergando sus proyectos a largo plazo y confunde los de mediano con los de corto plazo. Se enfrenta a carencias por su baja escolaridad a esa edad, además de una capacitación muchas veces insuficiente, para acceder a trabajos de buena calidad y bien remunerados. Ello lo obliga a ser "adoptado" como un miembro más (hijo) de su familia política, o ser reubicado en su propia familia como hijo y padre. Esta situación hace ambigua la relación con su pareja, por su propia confusión, lo que le genera angustia.

El apoyo de la familia impactara positiva o negativamente en su futuro y la presencia de factores protectores en su entorno.⁴

LA MADRE: Dificultad para planear proyectos a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima y poca confianza, sentimientos de desesperanza, falta de actitud preventiva, menarquía precoz, conducta de riesgo, abuso de alcohol y drogas, abandono escolar, dificultad para mejorar sus condiciones de vida, insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento, antecedentes familiares, familias conflictivas o en crisis, madres que han estado embarazadas en su adolescencia.

3.9 FACTORES DE RIESGO EN EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE:

Los factores de riesgo se definen de acuerdo a la OMS cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

En epidemiología un factor de riesgo: es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o

⁴ Grupo Internacional en sexualidad y VIH. Un Solo Currículo. Nueva York. 2010.

cualquier otro problema de salud. Los factores de riesgo no son necesariamente las causas, sólo sucede que están asociadas con el evento. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en la comunidad.

Los jóvenes de la actualidad se enfrentan a un problema: la sociedad y grupos sociales en los que conviven, los cuales los llevan a tomar decisiones que repercuten en su juventud arrastrándolos al uso de drogas, pandillerismo y embarazos en adolescentes. La relación entre la conducta sexual del adolescente y otras preocupaciones más amplias son claras.

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

La necesidad de probar su fecundidad, estando influenciadas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia. Dentro de las causas psicológicas se mencionan:

1. 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 incompreensión.
4. Para irse de un hogar disfuncional, huir de un ambiente difícil.
5. Agradar al novio.

Los factores de riesgos en embarazo en la adolescente son multicausal, ya que estos pueden variar de acuerdo a la situación de cada adolescente y su estado social, económico cultural y educativo que son los factores que deseamos estudiar. A continuación se presentan los factores que se consideran los principales que favorecen el embarazo precoz o se asocia con él.

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

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.

Causas sociales:

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

También incluye la percepción de la sociedad sobre estos roles y el valor que esta le otorga. El estereotipo de la mujer de baja condición es la mujer con un niño al pecho, embarazada y varios niños más alrededor de su falda. Es la mujer para quien la maternidad ha sido el único destino desde su nacimiento, ella se ve mayor de la edad que tiene, su salud está revestida por embarazos a repetición,

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

En este trabajo se enfatiza los factores sociales que con mayor frecuencia se describen en determinantes sociales tales como la edad temprana del embarazo, integración familiar y su estado de pareja.

La Menarquía: la edad de la pubertad ha declinado desde 17 años en el siglo XIX alrededor de 12 a 13 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.

La familia: 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. La familia desde la perspectiva psicosocial 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 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. Las familias pueden ser clasificadas de diversas maneras.⁵

⁵ Gogna, M., Binstock, G., Fernández, S., Ibarlucía, I., & Zamberlinc, N. (2008). Embarazo en la adolescencia en Argentina: Recomendaciones de política basadas en la evidencia. *ReproductiveHealthMatters*, 16(31), 192-201.

- Familia nuclear, formada por la madre, el padre y su descendencia.
- Familia extensa, formada por parientes cuyas relaciones no son únicamente entre padres e hijos. Una familia extensa puede incluir abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines.
- Familia mono parental, en la que el hijo o hijos vive(n) sólo con uno de los padres.
- Familia homo parental, en la que el hijo o hijos vive(n) con una pareja homosexual.
- otros tipos de familias, aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros), etcétera, quienes viven juntos en el mismo espacio por un tiempo considerable.
- Familia disfuncional (tensión y conflicto familiar), familia en crisis, pérdida de un familiar, enfermedad crónica de algún familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, vínculo más estrecho con el padre, padre ausente, Las adolescentes se enfrentan a una diversidad de problemas dentro de la familia 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. Los problemas Psicológicos, como la soledad, conflictos familiares, alcoholismo, inestabilidad emocional y baja autoestima. Los problemas socioculturales: como el antecedente de embarazo de la madre o hermana antes de los 19 años de edad y el machismo.

FACTORES CULTURALES. Entre los factores socioculturales: el embarazo de la adolescente está relacionado con la condición de la mujer en las diferentes sociedades. El machismo y la necesidad del varón de probarse es un factor dinámico en el comportamiento del varón "preñador", en el que también se ha demostrado la exigencia de una gran carencia afectiva y necesidades no satisfechas. El machismo influye el patrón de conducta sexual y el uso de métodos anticonceptivos (especialmente entre los adolescentes). La imagen de una mujer pasiva, silenciosa, dependiente, es el resultado de una generación de privación y restricciones impuestas para mantener el dominio masculino en la vida diaria.

Freíd Said, dice que esto se expresa en la negación del derecho de la mujer a la realización sexual, independiente de la reproducción. Esto refleja un sistema de valores que iguala maternidad con reproducción. Las Presiones de grupo: tanto los varones como las muchachas, pueden verse presionados a tener relaciones sexuales para no sentirse excluidos de su grupo de pares.

La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente.

FACTORES EDUCATIVOS La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes. La precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, más bien la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones. La educación se ha descrito como el medicamento contra el fatalismo. La incidencia de embarazos es mayor en adolescentes de escasos recursos económicos, residentes en las regiones más pobres, emigrantes de zonas rurales y en poblaciones menos educadas. Las adolescentes embarazadas son privadas del desarrollo por disminuir sus capacidades para la educación. Los sistemas educacionales de buena parte de los países de Latinoamérica comparten en mayor o menor medida los siguientes rasgos: insuficiente cobertura de la educación preescolar, elevado acceso al ciclo básico, y escasa capacidad de

retención tanto en el nivel primario como en el secundario. Así, la repetición y el retraso escolar –fenómenos que con alta frecuencia anteceden a la deserción escolar unidos a un bajo nivel de aprendizaje de los contenidos básicos de la enseñanza, conspiran contra el aprovechamiento del potencial de los niños y niñas desde temprana edad.

Sus efectos negativos se acumulan a lo largo del ciclo escolar, incidiendo de manera muy desigual en las oportunidades de bienestar, sobre todo entre los sectores más pobres.

La deserción escolar genera elevados costos sociales y privados. Los primeros no son fáciles de estimar, pero entre ellos se mencionan los que derivan de disponer de una fuerza de trabajo menos competente y más difícil de calificar, cuando las personas no han alcanzado ciertos niveles mínimos de educación para aprovechar los beneficios de programas de entrenamiento ofrecidos por el Estado o por las empresas, y cuya manifestación extrema es el analfabetismo. 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.

FACTORES ECONOMICOS son actividades que tienden a incrementar la capacidad productiva de bienes y servicios de una economía, para satisfacer las necesidades socialmente humanas.

Periodo entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales.

Necesidades básicas insatisfechas: debido a presiones económicas la adolescente puede verse involucrada o impulsada a tener relaciones sexuales o quedar embarazada, basando en la pareja la resolución o superación de su precaria situación económica. Existen casos donde esta estimulada por la familia a buscar pareja de edad considerablemente mayor el impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación de pareja e ingresos inferiores de por vida. Constituye a perpetuar el ciclo de la pobreza y la “feminización de la miseria”. En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa o nula, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo. La pobreza o poca capacidad económica de las adolescentes, a la desnutrición y la mala salud de la madre, a la escasa supervisión médica o al rechazo de familiares, amigos o vecinos que reprueben su conducta.

También hay que agregar, el intercambio de sexo por dinero, por regalos, por paseos, entre adolescentes y hombres adultos.

3.10 DETERMINANTES DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos desfavorecidas, siendo un fenómeno transitorio que, de mejorarse las condiciones, podría descender.

Los padres de familias, los maestros y otros adultos incluyendo el personal de salud que tiene contacto directo con los adolescentes influyen en el desarrollo físico y psicosocial y juegan un papel importante en la discusión de temas de salud sexual y reproductiva, así como en el abordaje de la violencia, abuso, coerción y violación.

Otra determinante importante es la familia disfuncional uniparentales o con conductas promiscuas, la violencia intrafamiliar, falta de diálogo entre padres e hijos, lo cual genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

Culturalmente existe una mayor tolerancia del medio a la maternidad de adolescentes, ya que las poblaciones en el área rural consideran que las mujeres deben tener a sus hijos en su juventud.

Históricamente y culturalmente, el embarazo adolescente se ha considerado como una preocupación femenina, y al hombre se le ha tratado solamente como a un compañero silencioso. Como los varones no se embarazan ni enfrentan las mismas consecuencias que las muchachas que quedan embarazadas, y la mayoría de métodos anticonceptivos están diseñados para uso y cumplimiento por parte de la mujer, su papel en el uso de anticonceptivos es frecuentemente ignorado. Sin embargo, los varones adolescentes pueden influenciar positiva o negativamente a su joven pareja en la decisión de usar anticonceptivos. Muchas veces los adolescentes varones admiten sentirse presionados para ser independientes, asumir riesgos y esconder sus emociones, reforzando así los conceptos de machismo.

El bajo nivel educativo está relacionado con la falta de proyectos de vida, metas de superación, preparación para el empleo, lo cual incide principalmente para que las jóvenes vean en las uniones tempranas la forma de independizarse de la familia y económicamente.

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

La desinformación relacionada con la salud sexual y reproductiva en la población adolescente y joven incide en la persistencia de pensamientos mágicos, fantasías de esterilidad que les hace creer que al no tener relaciones sexuales frecuentes, con penetración incompleta, entre otros mitos, es otro factor determinante para el embarazo temprano, de igual forma, el uso de alcohol y drogas hace que la juventud adopte comportamientos de riesgo, como la falta de protección al momento de tener una relación sexo coital. También es sabido que la pobreza y la

inequidad social van asociadas con resultados poco saludables para los adolescentes, incluyendo su salud sexual. Estos resultados incluyen una mala nutrición, atención en salud inadecuada (incluyendo cuidados prenatales y salud reproductiva) y bajo rendimiento escolar. Las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser pobres, así como tienen mayor probabilidad de iniciar su vida sexual a una edad más temprana, quedar embarazadas y tener hijos.

Los adolescentes con menor educación y menos oportunidades para generar ingresos se convierten en víctimas de un ciclo continuo de pobreza, además de independencia económica limita la capacidad de las jóvenes para abandonar relaciones de riesgo y las predispone a intercambiar relaciones sexuales por beneficios económicos.

Aun persiste el mito: las mujeres más jóvenes (adolescentes) son buscadas para el comercio sexual por que no pueden estar infectadas con Infecciones de transmisión sexual o VIH y, por lo tanto, los hombres las consideran más deseables. La creencia en adolescentes de que los anticonceptivos producen infertilidad y daños a su salud, que no pueden quedar embarazadas en "la primera vez", aun son notorios, inclusive en áreas urbanas.

La persistencia de mitos, tabúes y creencias en los adolescentes es más notoria dentro del grupo y persisten expresiones⁶:

- "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,

⁶ Programa Interagencial del empoderamiento de las mujeres adolescentes, Factores que inciden en el embarazo en adolescentes en El Salvador, Año 2005.

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 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 gozarlos". 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.

IV. DISEÑO METODOLOGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO.

HIPOTÉTICO DEDUCTIVO, ESTADÍSTICO O CUANTITATIVO:

Deductivo porque parte de lo general a lo específico, de lo abstracto a lo concreto, a través de un proceso de análisis que permite al investigador ir delimitando cada vez más el objeto de estudio, tanto en lo teórico como en lo práctico. Es una forma de pensamiento de la que se desprende una conclusión a partir de varias premisas

El presente estudio parte de lo dicho anteriormente ya que existen muchas premisas que nos hacen mención de la posible causa del aumento de los embarazos en las adolescentes que en años anteriores no se daba, estas premisas se han venido acumulando en muchos aspectos o contextos que nos hacen pensar que alguna de ellas es la más cercana a la realidad, Es decir partimos de varias premisas generales de pensamiento sobre el tema y lo aplicaremos hacia algunas posibles teorías de ésta causalidad que se está convirtiendo en una epidemia. También podríamos inferir que partimos de algo abstracto causante de los Embarazos en las adolescentes y nos gustaría concretar en dos puntos específicos como lo son los factores socio-culturales

Cuantitativo Trata de determinar la fuerza y asociación o correlación entre las variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede. Supone la recolección sistemática y el análisis de la información numérica, generalmente en situaciones controladas. Tras el estudio de la asociación o correlación pretende, a su vez, hacer inferencia causal que explique por qué las cosas suceden o no de una forma determinada.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.

POBLACIÓN. Adolescentes con primer embarazo que se encuentren inscrita en el programa de atención en UCSFE Sensuntepeque en el periodo de enero a junio

2015 ya sea en la zona rural o urbana, la cual con revisión de libros y sistema de información del ministerio de salud es de 197 inscritas.

MUESTRA. La muestra fué de 130 adolescentes embarazada, se utilizó la siguiente fórmula:

$$n: \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{(N-1) E^2 + Z^2 \times P \times Q}$$

Donde:

n = Tamaño adecuado de la muestra o número de elementos de la muestra.

Z =Nivel de confianza requerido para generalizar la consistencia y valor de los resultados a toda la población, que es del 95% y cuyo valor crítico es de 1.96.

P =Proporción poblacional de la ocurrencia de un fenómeno (generalmente el valor de P en una investigación no se conoce; en estos casos asumimos que P vale 50% o sea 0.5).

Q =Proporción poblacional de la no ocurrencia de un fenómeno (generalmente el valor de P en una investigación no se conoce; en estos casos asumimos que P vale 50% o sea 0.5)

PQ =Se refiere a la variabilidad del fenómeno.

E =Indica la precisión con que se generalizan los resultados.

N =Población total.

$$N: \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 197}{(197 - 1) \times (0.05)^2 + (1.96)^2 \times 0.50 \times (1 - 0.50)}$$

$$N: \frac{0.96 \times 197}{(196) 0.0025 + 1.92 \times 0.5}$$

$$N: \frac{1\ 89.12}{0.49 + 0.96}$$

$$N: \frac{1\ 89.12}{1.45}$$

N: 130

Probabilidad de ocurrencia 50%

Probabilidad de no ocurrencia 50%

Margen de error 5%

Confianza 95%

Muestra: 130

CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION.

CRITERIO DE INCLUSION	CRITERIO DE EXCLUSIÓN	CRITERIO DE ELIMICACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Jóvenes del sexo femenino ➤ Edades de 10 a 19 años ➤ Que se encuentren embarazadas. ➤ Que sea primigesta. ➤ Que se encuentren inscritas en el programa de atención materna. ➤ Que sean originarias del municipio de Sensuntepeque 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Que hayan cumplido los 20 años o vayan a cumplir los 20 años en los años presente. ➤ Que no pertenezcan al municipio o no sean originarias del municipio. ➤ Que no deseen participar al estudio. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Embarazada con grávida dos en adelante. ➤ Embarazada que cumplan 20 años en este año.

4.3 UNIDAD DE ANALISIS.

Adolescentes embarazadas.

4.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES.

OE1. Identificar factores sociales que influyen en las adolescentes al embarazo precoz inscritas en programa de atención materna de UCSFE Sensuntepeque.

Variabl e	Indicadores	Valor	Fuente	Instrumento	Técnica
Factor social	edad	10-12 13-15 15-19	Adolescentes embarazadas	entrevista	Guía del instrumento
	Área geográfica	Rural urbano	Adolescentes embarazadas	entrevista	Guía del instrumento
	Estado civil	Soltera Casada Acompañada sola	Adolescentes embarazada	entrevista	Guía del instrumento
	Tipo de familia	Extensa Nuclear Homoparental Monoparental	Adolescentes embarazada	entrevista	Guía del instrumento
	presencia de padres	Fallecimiento de alguno Presentes ambos Separados	Adolescentes embarazadas	entrevista	Guía del instrumento

		Uno /ambos			
	Tipo de convivencia	Paterna/materna Creció con otra familia Vivió en hogares múltiples	Adolescentes embarazadas	entrevista	Guía del instrumento

OE 2 Detectar factores culturales que influyen en las adolescentes al embarazo precoz inscritas en programa de atención materna de UCSFE Sensuntepeque

Variable	Indicador	Valor	Fuente	Instrumento	Técnica
Factor cultural	Religión	Católica Evangélica Otras Ninguna	Adolescentes embarazadas	entrevista	Guía del instrumento

OE 3 Conocer factores económicos que influyen en las adolescentes al embarazo precoz inscritas en programa de atención materna de UCSFE Sensuntepeque

Variable	Indicador	Valor	Fuente	Instrumento	Técnica
Facto Económico	Actividad económica	Ocupación	Adolescentes embarazadas	entrevista	Guía del instrumento

OE 4 Identificar factores educativos que influyen en las adolescentes al embarazo precoz inscritas en programa de atención materna de UCSFE Sensuntepeque

Variable	Indicador	Valor	Fuente	Instrumento	Técnica
Factor educativo	escolaridad	Primaria Secundaria Tercer ciclo Bachillerato Universidad ninguno	Adolescentes embarazadas	entrevista	Guía del instrumento

	Tipo de escuela	Publica privada	Adolescentes embarazadas	entrevista	Guía del instrumento .
	Educación sexual	Comunicación de sexualidad. Con los padres. Orientación de sexualidad.	Adolescentes embarazadas	entrevista	Guía del instrumento .
OE5: Determinar la falta de conocimiento de métodos de planificación que inciden en los embarazos en adolescentes inscritas en programa de atención de UCSFE Sensuntepeque.					
Variable	indicador	Valor	Fuente	Instrumento	Técnica
Conocimiento de métodos de planificación familiar	Utilización de método	Si no	Adolescente embarazada	entrevista	Guía del instrumento
	Métodos de planificación utilizados	Naturales orales Barrera Inyectables Parches permanentes	Adolescente embarazada	entrevista	Guía del instrumento
	Obtención de métodos de planificación familiar	MINSAL Otro proveedor del sistema nacional Farmacias otros	Adolescente embarazada	entrevista	Guía del instrumento

4.5 PROCEDIMIENTO.

Este trabajo surgió con la siguiente pregunta ¿Qué afecta en Sensuntepeque Y que necesidades se podría investigar profundamente en la población Sensuntepequecana por el aumento de embarazos en adolescentes en los últimos 3 años? Con esto, interrogante se inicio la investigación de fuentes anteriores y estudios similares que puedan ser comparativo con la población de Sensuntepeque, por lo cual nos hicimos estas preguntas, si los estudios nacionales nos mencionan los factores que hemos descritos en los objetivos específicos y la comprobación de la relación entre la falta de conocimiento sobre métodos de planificación familiar y el embarazo en adolescentes.

Se realizó reunión con la dirección del establecimiento y dirección de nivel Paracentral, explicando el desarrollo del proceso de la investigación, para su respectiva autorización, haciendo referencia a que este servirá para mejorar las acciones en salud y/o reorientar las estrategias para la disminución de los embarazos en adolescentes. Luego de la autorización por parte de la dirección de nivel Paracentral y del establecimiento, se elaboraron guías para la entrevista y la revisión de documentos, siendo estos, el libro de atención materna y expedientes clínicos de las adolescentes.

Posteriormente se presentó un anteproyecto del tema para evaluar si el problema tiene viabilidad del contenido por lo que se llegó a la conclusión de su viabilidad con el instrumento tomado y la muestra con sus criterios de inclusión y exclusión en las adolescentes embarazos descritos a continuación. Con esto se revisaron libros de inscripción de Atención Materna junto con promotores de salud de del periodo Enero a junio de 2015 con los cuales se trabajaron para el instrumento.

Para este estudio cuantitativo se ocupó la técnica de encuesta y el instrumento a utilizar es el cuestionario de acuerdo a las variables establecidas para la recolección propia de los datos de la investigación, el cual tendrá preguntas de forma que las adolescentes y promotores colaboradores, comprendan mejor el léxico para obtener las respuestas adecuada, el cual al captar las adolescentes el

número de grupos captadas fueron de 120 ya que 10 presentaron inconvenientes como: están fuera del país, no quisieron participar en el estudio o se trasladaron al interior del país; las cuales se les dio una codificación para presentarlo en gráfica. Se elaboró de acuerdo a las variables que se presenta el instrumento esta descrito de acuerdo a un lenguaje simple se enumeraran para mejor recolección de los datos el cual se colocaron en tabla de Excel 2007 o EpiInfo 7 para mejor elaboración de descripción de cada uno de los factores a investigar y de hipótesis.

Técnicas aplicadas en la recolección de la información. Instrumentos de medición. Se pidió autorización del coordinador de Sensuntepeque del ministerio de salud para pasar la entrevista a los adolescentes que son beneficiarias con la estrategia de extensión de cobertura, seleccionadas según criterios, además de consentimiento propio de las adolescentes para obtener la información propia, se pedirá apoyo a los médicos y enfermeras de los equipos comunitarios.

La preparación del instrumento se basó en el cuestionario sugerido por las variables ya determinadas en la operativización. Se pasó un instrumento para evaluar sus pros y contras para el cuestionario final y poder tener una mejor redacción y tabulación de las preguntas que se realizaran a las encuestadas.

Este apartado se organizó y clasifíco los datos de acuerdo a las variables y sus respectivas dimensiones que estarán en las encuestas, se registrara en programa Microsoft Excel 2007. En el proceso de la tabulación de la información.

Cada una de las encuesta esta enumeradas de acuerdo a la fechas que se realizaron cada uno de las encuesta, por lo que cuando se tabulo esta con su número respectivo para no tener confusiones al tabular en Excel 2007 o Epi Info 7 y tener mejor ordenamiento de las encuesta.

El estudio es descriptivo y Analítico ya que se exploró por primera vez en este departamento el embarazo precoz por lo que se realizará en base a descripción de análisis en tablas y gráficas comparativas de variables a si como la comprobación de la hipótesis.

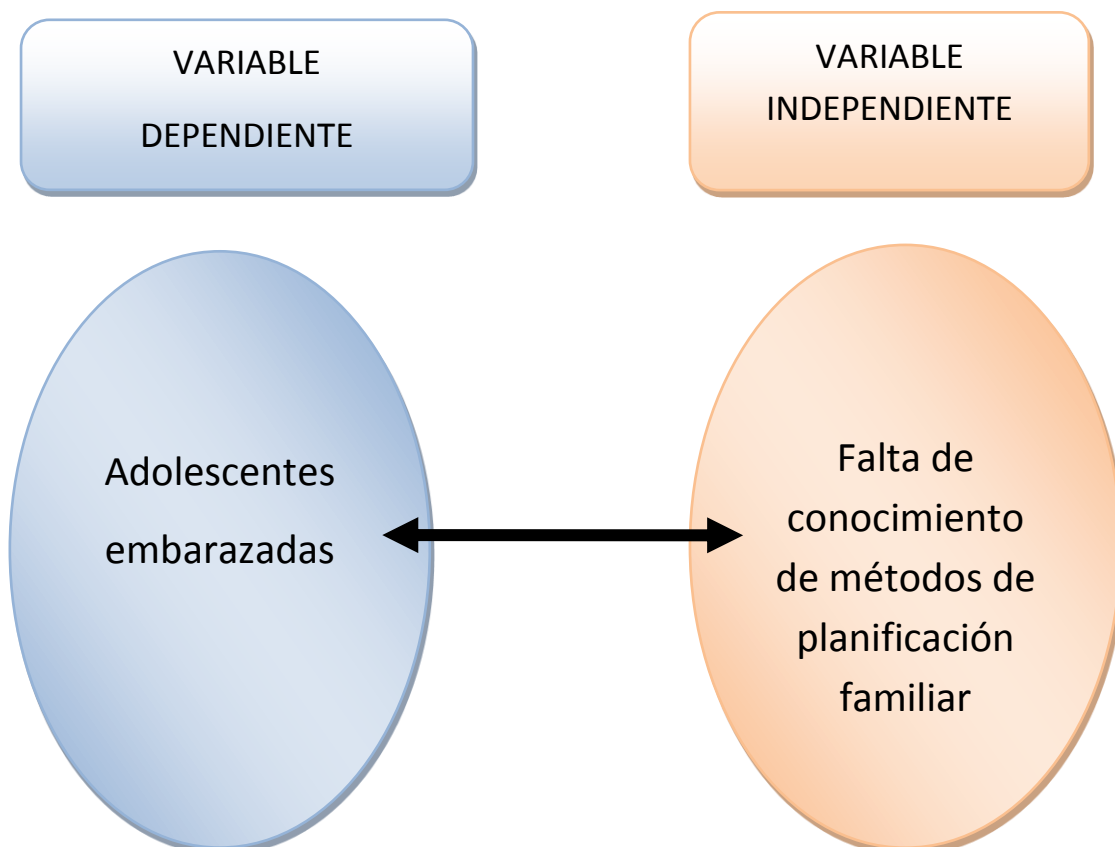
4.6 HIPOTESIS Y OPERACIONALIZACION DE INDICADORES Y VARIABLES.

- **HIPÓTESIS.**

H1: La falta de conocimiento de métodos de planificación incide en los embarazos en adolescentes inscritas en UCSFE Sensuntepeque.

Ho: La falta de conocimiento de métodos de planificación no incide en los embarazos en adolescentes inscritas en UCSFE Sensuntepeque.

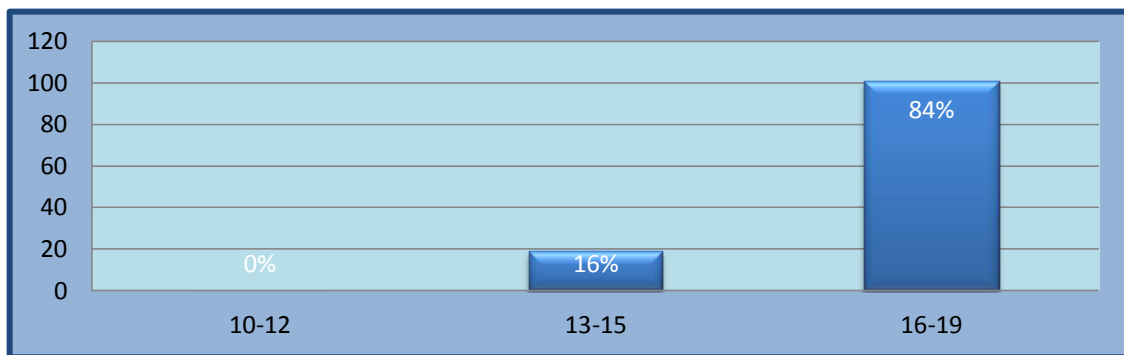
Esquema No. 1. Representación de variable dependiente e independiente de hipótesis.



V. RESULTADOS.

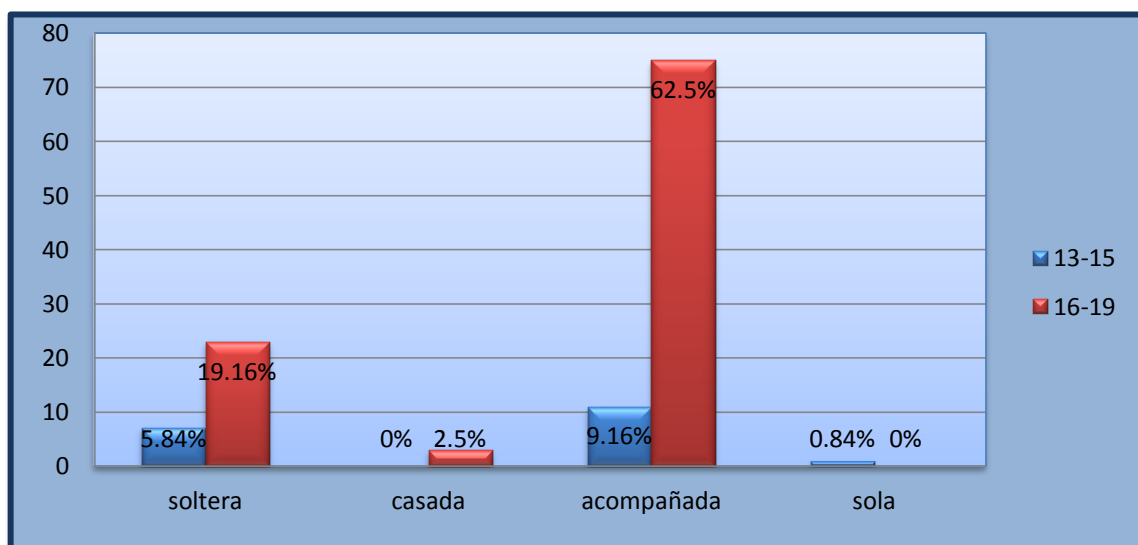
5.1 FACTORES SOCIALES

Gráfico 1: Edades de adolescentes embarazadas inscritas en programa de Atención Materna en la UCSFE Sensuntepeque.



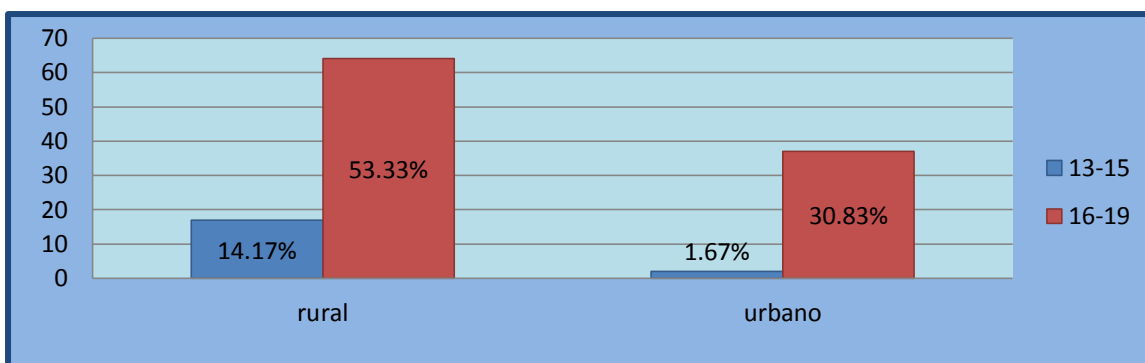
Se observó predominancia en los rangos de 16-19 años de edad obteniendo el 84 % y un 16% de 13 a 15 años.

Gráfico 2: Estado civil de adolescentes inscritas en programa de Atención Materna en la UCSFE Sensuntepeque.



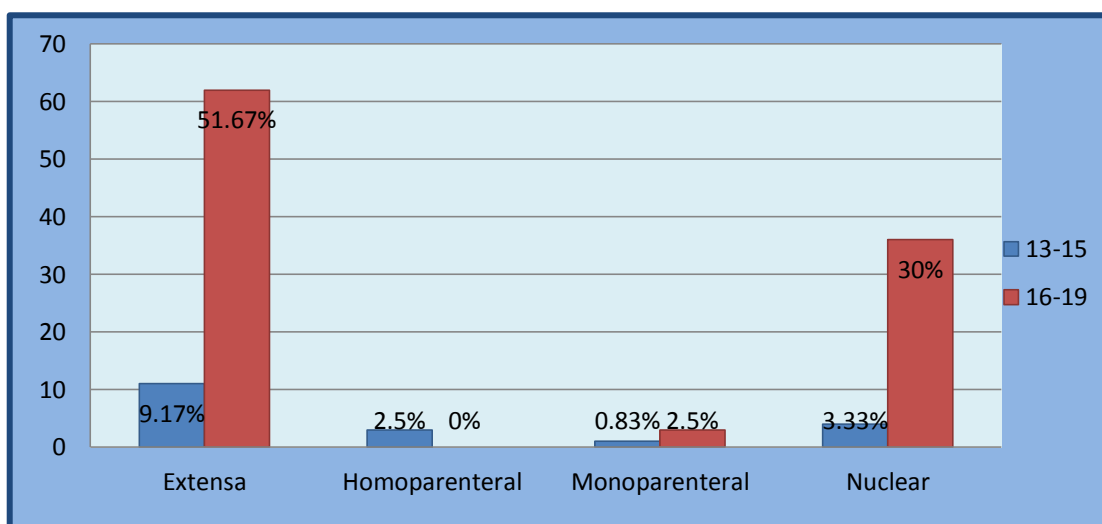
El mayor porcentaje de adolescentes embarazada estuvo en una relación de Unión estable predominantemente las de edades de 16-19 años con un 62.5% seguidas de las solteras en el mismo rango de edad con un 19.16%.

Gráfico 3: Area geográfica de adolescentes embarazadas inscritas en programa de Atención Materna en la UCSFE Sensuntepeque.



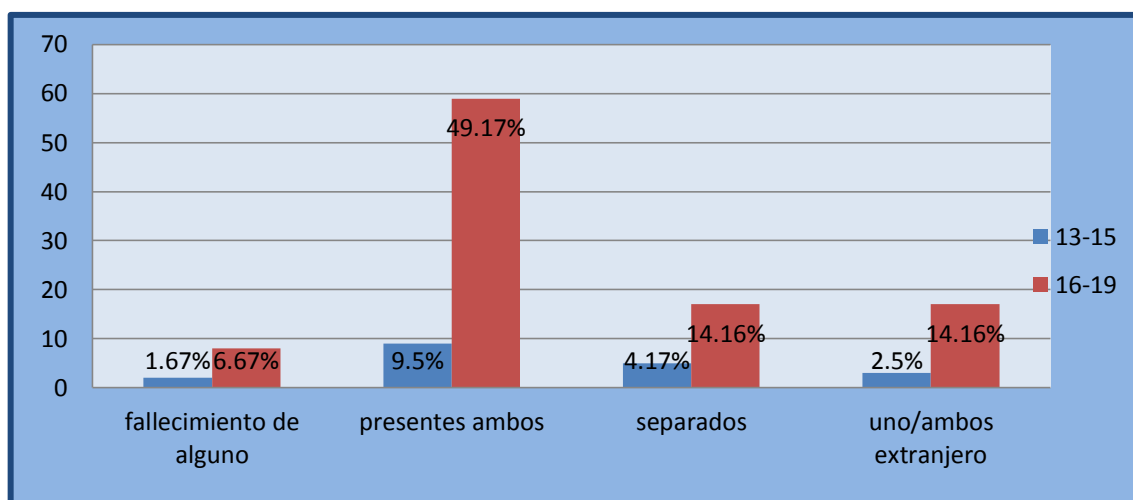
Se observó un predominio de adolescentes embarazada en el área rural y de estas predominan en los rango de edad 16-19 de 53.33%, y se observó también en la zona urbana predomino el rango de 16-19 años con un 30.83%.

Gráfico 4: Tipos de familias que pertenecen las adolescentes inscritas en programa de Atención Materna en la UCSFE Sensuntepeque.



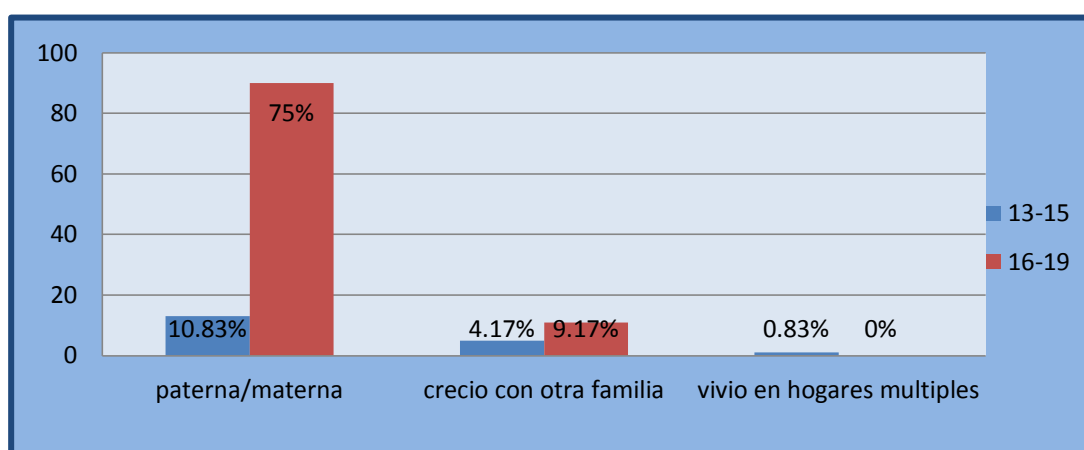
Las embarazadas adolescentes en su mayoría fueron de familia extensa obteniendo predominio de edades de 16-19 con un 51.67% seguidas de la familia nuclear con un predominio de las de 16-19 años del 30%. Llama la atención que se encontró casos de familia homoparenteral.

Gráfica 5: Presencia de padres en el núcleo familiar de las adolescentes inscritas en programa de Atención Materna en la UCSFE Sensuntepeque.



En las adolescentes embarazadas existió la figura de ambos padres con el 56.7%, de este porcentaje predomina en las edades de 16-19 años de edad con un 86.76%.

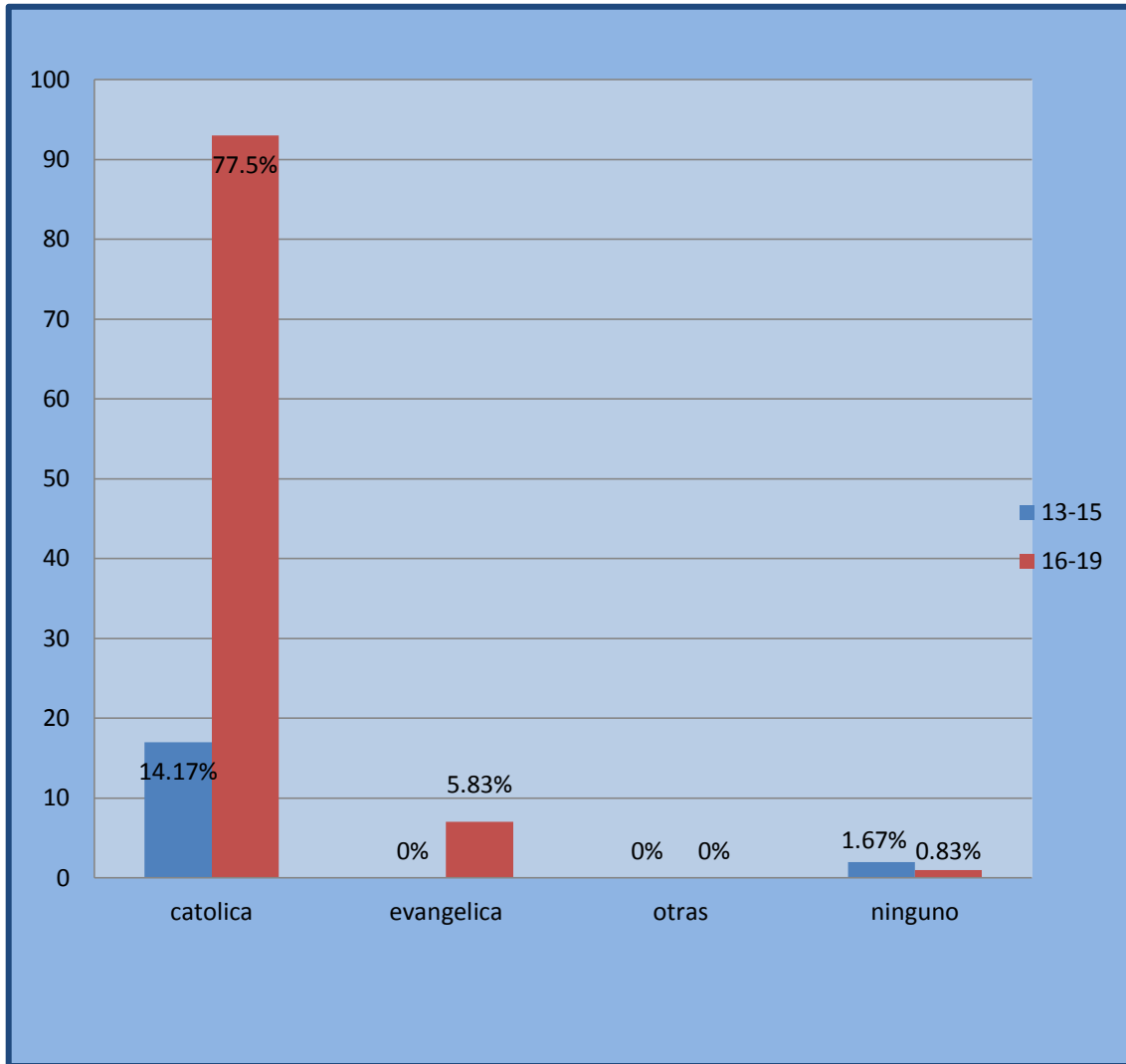
Gráfica 6: Tipo de convivencia Familiar donde se desarrolla las adolescente embarazadas inscritas en programa de Atención Materna en la UCSFE Sensuntepeque.



En las adolescentes embarazadas se encuentra una figura de jefatura del hogar (padre o madre) a predominio de 16-19 años de edad con un 75% y la minoría crecieron con otra familia predominando la edad de 16-19 años con el 9.17%.

5.2 FACTORES CULTURALES.

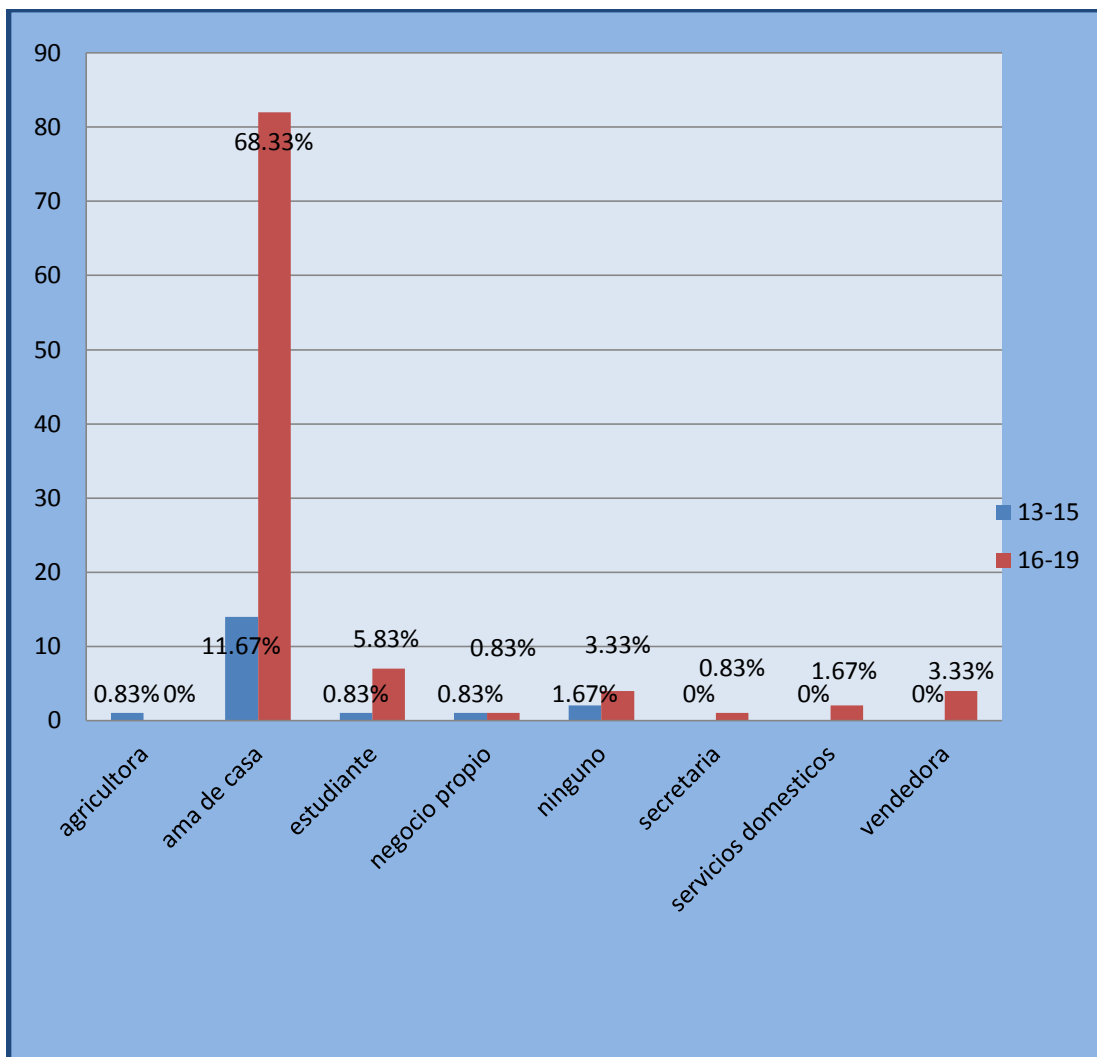
Gráfica 7: Tipo de Religión practicada por la adolescente embarazada inscritas en programa de Atención Materna en la UCSFE Sensuntepeque.



Existió un fuerte componente de religión en las adolescentes embarazadas dándonos un predominio fuertemente la católica, observando en ella que el 77.5% están entra las edades de 16-19 años y un 14.17 % ente las edades de 13-15 años. La evangélica predominó con un 5.83% en la edad de 16-19 años. También se observó que el 1.67% entre las edad de 13-15 años no pertenecen a ninguna religión como también las edades de 16-19 años con el 0.83%.

5.3 FACTORES ECONÓMICOS.

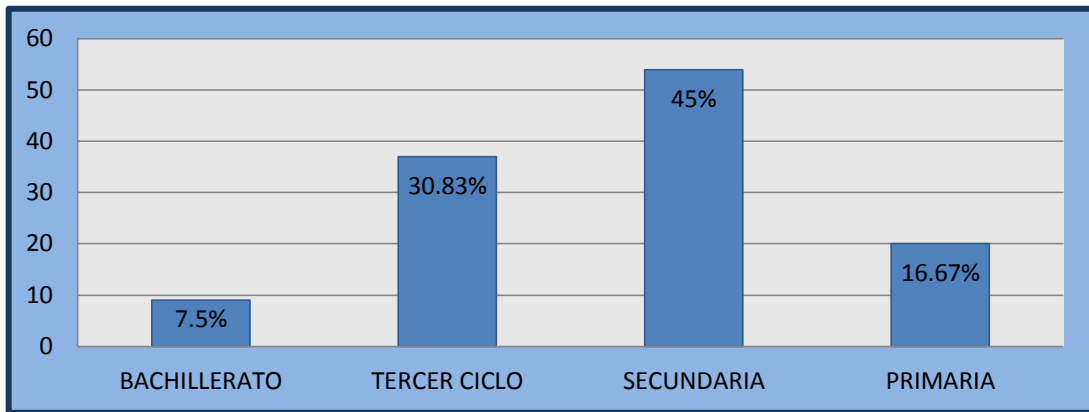
Grafica 8: Actividad económica que desarrolla la adolescente embarazada inscritas en programa de Atención Materna en la UCSFE Sensuntepeque.



Se observa que en las adolescentes embarazadas con la actividad económica que desarrollan predomina las amas de casas dandonos que el 68.33% están entre las edades de 16-19 años y el 11.67% son de edades de 13-15 años, le siguen las que continúan estudiando con el 5.83% de edades 126-19 años. La minoría tienen un negocio propio con un 0.83% cada uno de los rangos de las edad y solo el 0.83% entre la edad de 16-19 años es secretaria o agricultora de edades de 13-15 años, 3.33% de ella son vendedora informales.

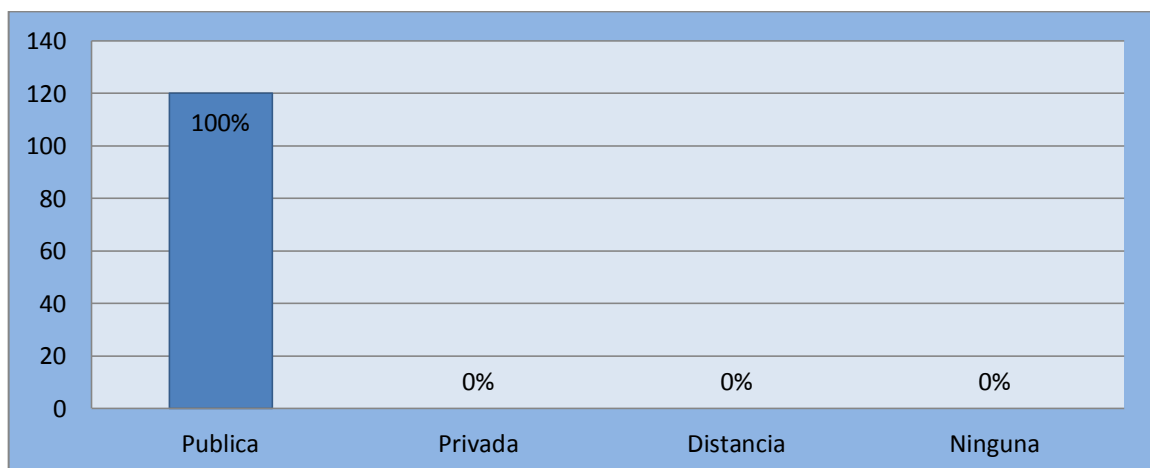
5.4 FACTORES EDUCATIVOS.

Grafica 9: Grado de escolaridad de las adolescentes embarazadas inscritas en programa de Atención Materna en la UCSFE Sensuntepeque.



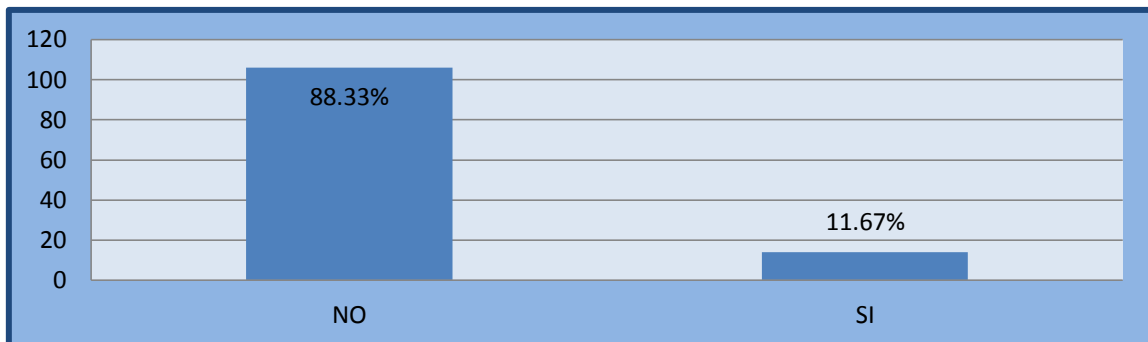
Las adolescentes embarazadas encuestadas tuvieron acceso en un 100% a cualquier tipo de nivel educativo encontrando que las mayoría estudian/estudiaron nivel secundarios con un 45% seguido de tercer ciclo con un 30.83%, primaria un 16.67% y 7.5% han finalizado bachillerato.

Grafica 10: Tipo de Escuela al que asiste o asistió la embarazada inscritas en programa de Atención Materna en la UCSFE Sensuntepeque.



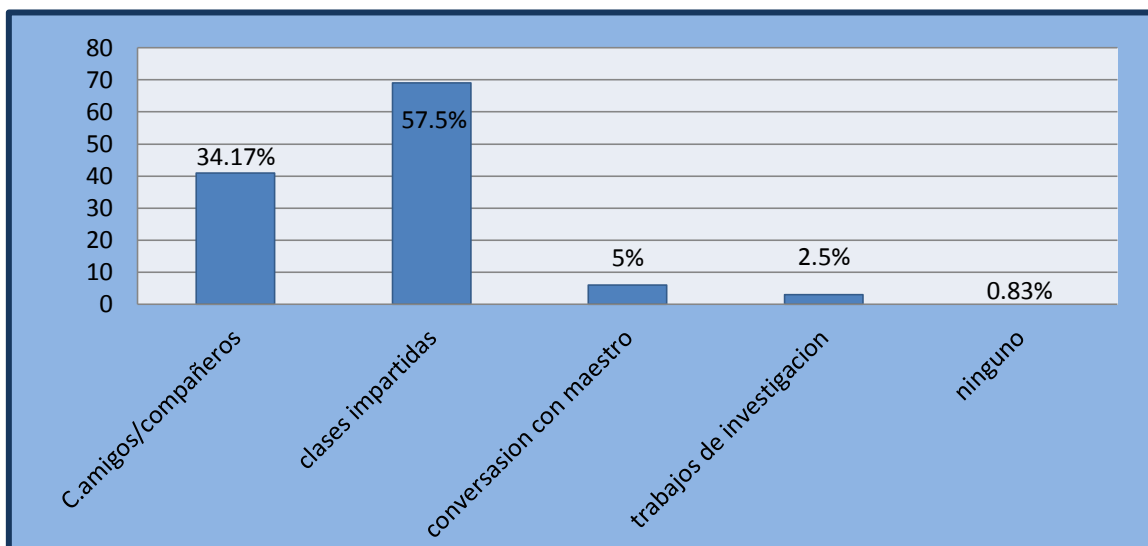
Se observó que las adolescentes embarazadas asisten/asistieron en un 100% a escuelas públicas sin tener evidencia de adolescentes embarazadas en niveles privados y en distancia.

GRAFICA 11: Se tuvo Comunicación sobre sexualidad con los padres inscritas en programa de Atención Materna en la UCSFE Sensuntepeque.



Hay un alto porcentaje de adolescentes embarazadas 88.33% que no habían hablado de sexualidad con sus padres o sobre tema sexuales. Y solamente el 11.67% SI habían hablado del tema.

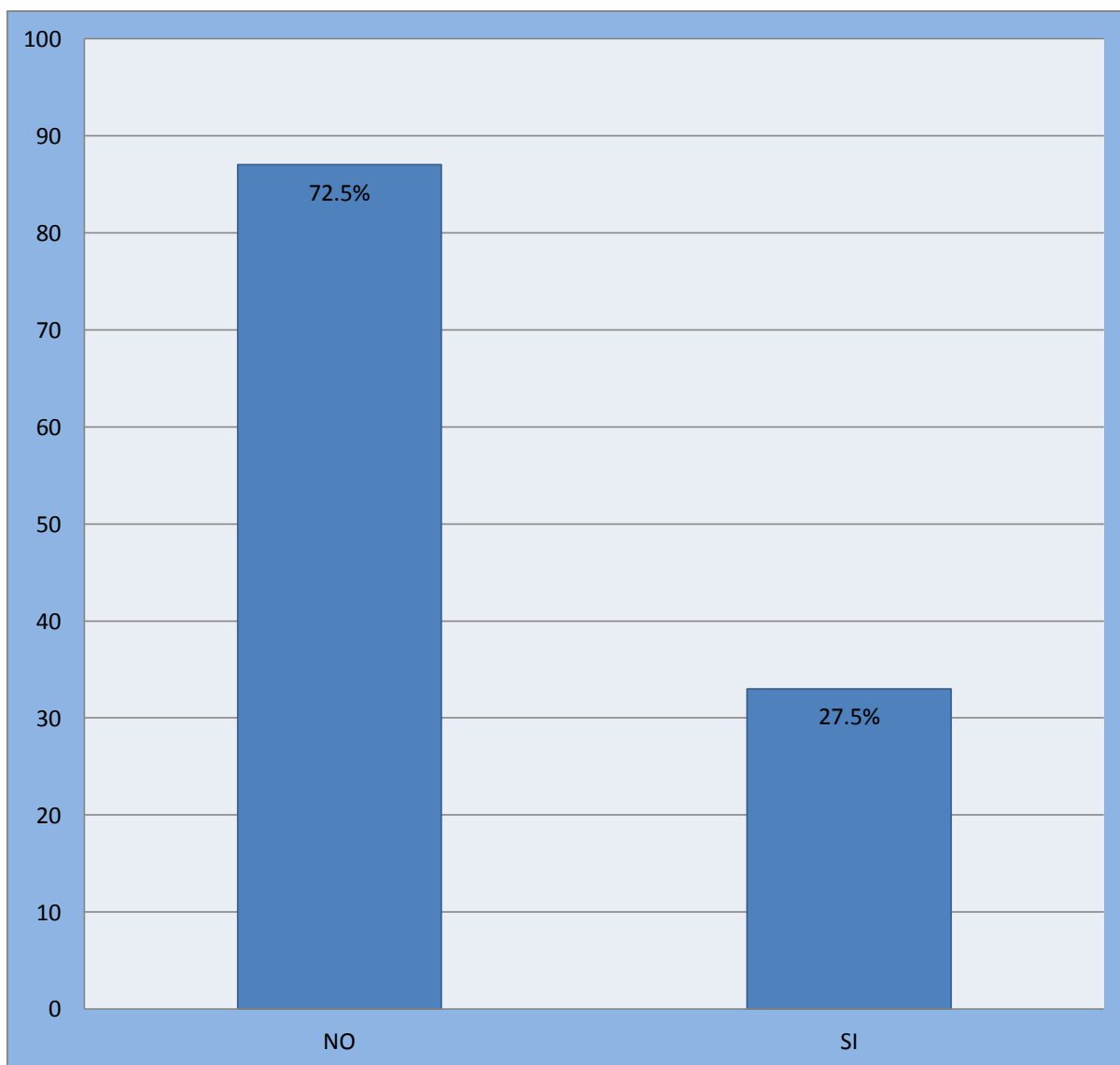
GRAFICA 12: De quien/quienes han recibido orientación sobre sexualidad las adolescentes embarazadas inscritas en programa de Atención Materna en la UCSFE Sensuntepeque.



En relación a orientación calificada sobre sexualidad de adolescentes embarazadas se observó que un 57.5% la obtuvo a través de clases impartidas, el 34.17% fueron por conversaciones con amigos y un 5% conversación con maestro, trabajos de investigación 2.5% o ninguno que fue de 0.83%.

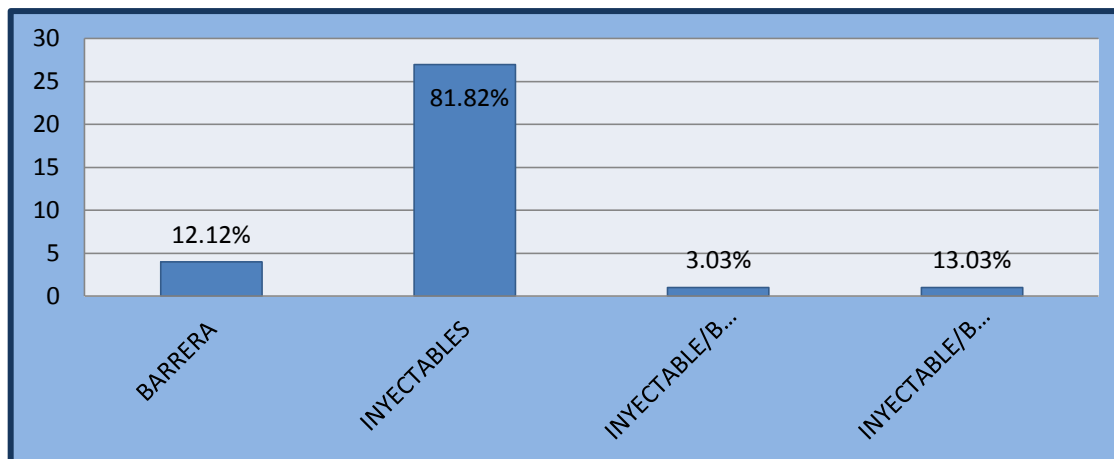
5.5 CONOCIMIENTO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

Grafica 13: Han utilizado alguna vez algún/algunos métodos de Planificación Familiar adolescentes embarazadas inscritas en programa de Atención Materna en la UCSFE Sensuntepeque.



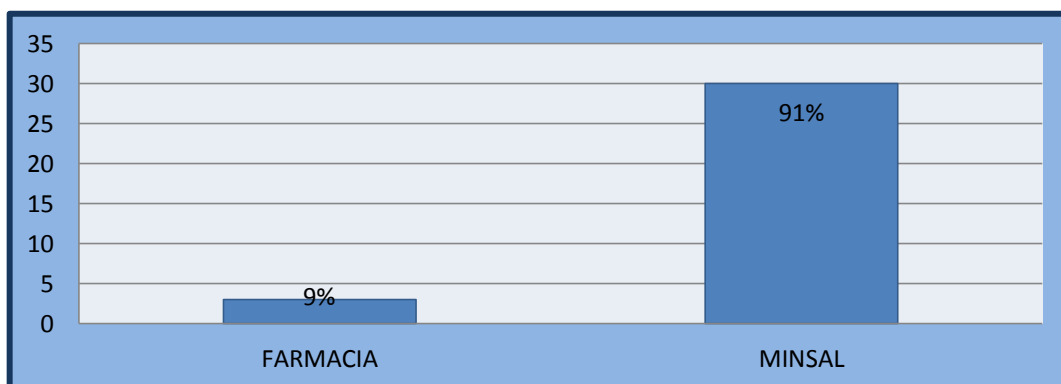
De las embarazos adolescentes, se observó que la mayoría de ellas con un 72.5% no había utilizado algún métodos de planificación familiar, en cambio el 27.5% si había utilizado métodos de planificación familiar.

GRAFICA 14: Si utilizaron algún método de Planificación Familiar las adolescentes embarazadas inscritas en programa de Atención Materna en la UCSFE Sensuntepeque.



Del total de pacientes embarazadas que utilizaron métodos de planificación familiar un la mayoría utilizó un solo método de planificación familiar el cual un 81.82% fueron inyectables y el restante utilizó más de un método de planificación familiar.

Grafica 15: Si utilizaron algún/algunos métodos de Planificación Familiar y abastecimiento de las adolescentes embarazadas inscritas en programa de Atención Materna en la UCSFE Sensuntepeque.



De las embarazadas adolescentes que utilizaron algún método de planificación familiar un 91% de ellas se abastecieron a través de la red MINSAL y solo un 9% lo obtuvieron en farmacias.

VI. DISCUSION.

Las adolescentes embarazadas el 85.83% tenían figuras paternas/materna como jefes/jefas de hogar en su convivencia diaria a predominio de 16-19 años de edad con el 75%, y en cuanto al tipo de familia la mayoría pertenecía a familias extensas con un 60.84%. Aunque esto no puede descartar la calidad de tiempo que estas adolescentes tenían o el tiempo que le dedicaban sus familias a estar con ellas en el ambiente familiar. De igual forma el 65% tenían conocimientos sobre educación sexual y planificación a través de personal calificado, es decir fueron clases impartidas por maestros, trabajos de investigación en las escuelas o charlas con maestros. Además, en el país el programa de planificación familiar del MINSAL no tiene discriminación o restricción hacia la población adolescente, y dentro de las encuestas las que utilizaron métodos de Planificación Familiar en un 100% tuvieron acceso a ellos ya sea por el MINSAL (91%) o en forma privada por Farmacias (9%). También los factores Culturales que influyen en otros estudios para los embarazos en adolescentes es la Religiosidad, tomándolo como una barrera para este tipo de embarazos, aunque en este punto es muy difícil medirlo, debido que existen ciertas iglesias que éste tema es tabú y por lo tanto no se habla o discute dentro de la misma, por otro lado esto abonaría al miedo que algunas religiones colocan sobre este tema y positivamente sería una barrera para bloquearlo. Pero en las encuestas el 97.5% de las adolescentes practicaban algún tipo de religión a predominio la católica con el 91.67%.

Por lo que la tesis que la Religiosidad reduce los embarazos en adolescentes la descartaríamos si fuera objeto de estudio de la presente tesis. Estos factores son congruentes en el planteamiento de la OMS que sustenta dentro de los factores encontrados en las adolescentes embarazadas.

En el marco de los factores educativos señalados por la OMS esta el siguiente elemento es la escolaridad de las adolescentes, el 100% obtuvieron algún grado de escolaridad, aunque si tomáramos como base la baja escolaridad aquellas que estudian/estudiaron primaria y secundaria esta tesis sería aceptable ya que el 61.67% de las encuestadas están dentro de este rango de grado de escolaridad.

Por otro lado, sustenta que las adolescentes embarazadas que obtuvieron acceso a niveles superiores de enseñanza (Tercer ciclo y Bachillerato) fueron el grupo que presentó menos embarazos con un 38%. En relación Comunicación de Sexualidad con Padres, en este tema se observa claramente que la falta de esta comunicación vinculante entre padre/hijos sobre la sexualidad es muy importante en los embarazados ya que más del 88.33% de las adolescentes encuestadas no tuvieron algún tipo de comunicación sobre el tema. Esto es relevante puesto que son los padres los que tiene la responsabilidad de orientar a sus hijos sobre la sexualidad según la OMS.

También la Comunicación de Sexualidad en los centros escolares. Se puede decir que una gran mayoría de las adolescentes encuestadas si recibieron cierta orientación de parte de los maestros en diferentes metodologías, pero a pesar de ello siempre tuvieron un embarazo precoz, aunque es de hacer ver que la mayoría que recibieron la orientación utilizaron algún método de Planificación Familiar. Si Bien es cierto el Ministerio de Educación cuenta desde el 2008 dentro de su formación una materia llamada "Orientación para la Vida" dentro de la cual se abordan temas sobre la Sexualidad, la Planificación Familiar y el Embarazo Precoz, tendría que valorarse la calidad de los temas impartidos, personal calificado, metodología empleada, etc. A si también que se realice un convenio entre Ministerio de Educación y Salud para que las políticas de salud sexual y reproductiva que implementa el Ministerio de Salud a nivel nacional e intersectorial, para lograr cambios en las mentes de los/las adolescentes.

En relación entre conocimientos de Sexualidad y tipo de método de planificación utilizado (ANEXO 8) observamos que la técnica de clases impartidas por maestros causó mayor impacto a la hora de utilizar un método de planificación con un 72.73% versus el 24.24% de aquellos que se informaron a través de amigos o compañeros y su mejor utilización fue para los métodos inyectables.

Otra relación entre Comunicación de Sexualidad con sus padres y métodos de planificación utilizados (ANEXO 9) la mayoría de adolescentes embarazadas que utilizaron métodos de planificación (75.76%) no tenían comunicación sobre

sexualidad con sus padres contrario a las que Si tuvieron esta comunicación y utilizaron métodos de planificación familiar (24.24%). Predominando en ambos grupos la utilización de los Inyectables.

Entre Conocimientos de Tipos de Métodos de Planificación familiar con el tipo de método utilizado (ANEXO 10) de las embarazadas encuestadas que tenían conocimientos de Métodos de Planificación Familiar el método que más utilizaron fueron los inyectables con un 81.82% seguidos de los de barrera con un 12.12%.

La relación entre Grado de Escolaridad y Métodos de Planificación Familiar (ANEXO11) al parecen entre más nivel educativo tiene menos utilizaron los métodos de planificación familiar ya que las que más alto porcentaje de no utilización de éstos métodos son las que tuvieron el nivel más alto (Bachillerato) con un 88.89% del total para esa edad, mientras que las del nivel más bajo (Primaria) el 70% del total no utilizaron métodos. Pudiendo concluir que el grado de escolaridad es inversamente proporcional a la utilización de métodos de planificación familiar.

Entre Escolaridad y Tipo de Métodos de Planificación utilizados (ANEXO 12) las adolescentes que utilizaron Métodos de Planificación Familiar el menor porcentaje que lo utilizaron fueron las que tenían Mayor grado de escolaridad (Bachillerato) con un 3% del total, seguidas de las de Primaria con un 18.18%, siendo las de secundaria con un 45.45% las de mayor utilización de métodos de Planificación Familiar.

Otra relación entre Grado de escolaridad y Conocimiento de Métodos de Planificación Familiar (ANEXO 13) Quienes presentaron mayores conocimientos de Tipos de Métodos de Planificación Familiar son las adolescentes de secundaria y tercer ciclo con 45% y 30.83% Respectivamente, siendo las de Bachillerato las que menor porcentaje presentaron con un 7.5%. En términos generales podemos decir que solamente un 8.33% No tenía conocimientos de Tipos de Métodos de Planificación Familiar.

Relación entre Grado de escolaridad y comunicación sobre sexualidad con sus padres (ANEXO 14) las adolescentes que en su mayoría tuvieron comunicación de sexualidad con sus padres fueron las de Bachillerato con 22.22% seguidas de las de tercer ciclo con un 13.51% siendo las de Secundaria las que tuvieron menos grado de comunicación del tema con sus padres con un 9.26%.

- **COMPROBACION DE HIPOTESIS.**

COMPROBACION DE HIPÓTESIS ESTADÍSTICAMENTE:

Probando la hipótesis nula (Ho) de la hipótesis específica 1 (H1):

H1: “La falta de conocimiento de métodos de planificación incide en los embarazos en adolescentes inscritas en UCSFE Sensuntepeque.”

Ho: “La falta de conocimiento de métodos de planificación no incide en los embarazos en adolescentes inscritas en UCSFE Sensuntepeque.”

Para realizar la prueba de esta hipótesis, primeramente se determinó el grado de relación de las variables en estudio; en este caso las variables de la hipótesis específica 1 son:

Variable Independiente (VI): La falta de conocimiento de métodos de planificación.

Variable Dependiente (VD): embarazos en adolescentes.

Y para su comprobación se relacionaron las preguntas de datos generales y 9 del cuestionario aplicando como prueba estadística el coeficiente “Q” de Kendall:

Pregunta 9 (VI): ¿Ha utilizado algún método de planificación familiar?

Pregunta en datos generales (VD): ¿edad de la embarazada?

Para cada una de estas preguntas se establecieron variables independientes y dependientes, son para el caso:

VI: Utilización de métodos de planificación.

VD: Edad de la embarazada.

CUADRO NO 1. Cuadro teórico para el coeficiente “Q” de Kendall:

		VI	
		Si	NO
VD	13-15	A	B
	16 -19	C	D

Fuente: Raúl Rojas Soriano. “*Guía para realizar investigaciones sociales*”. 26 ediciones. pp. 245-248.

Estableciendo relación en frecuencias de respuestas para cada una de las preguntas (datos generales y 9) se tiene:

Pregunta:	datos generales	→	9
Frecuencia 1:	13-15	Sí :	2
Frecuencia 2:	13-15	No :	17
Frecuencia 3;	16-19	Sí :	31
Frecuencia 4:	16-19	No :	<u>70</u>
Total:			120

Sustituyendo los datos:

		VI	
		Si	NO
VD	13-15	2	17
	16 -19	31	70

Aplicando la fórmula del coeficiente “Q” de Kendall:

$$Q = \frac{AD - CB}{AD + CB}$$
$$Q = \frac{(2)(70) - (31)(17)}{(2)(70) + (31)(17)} = \frac{140 - 527}{140 + 527} = \frac{-387}{667}$$
$$Q = -0.58$$

Interpretando el valor que arroja el coeficiente “Q” de Kendall indica que existe una baja asociación entre el conocimiento de métodos de planificación con el embarazo en adolescentes⁷.

Para determinar si esta relación es significativa o se debe al azar, es necesario emplear la prueba de significación “Chi Cuadrado (X²)”

La fórmula para su obtención es:

$$X^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

Donde:

f_o: es la frecuencia observada y

f_e: la frecuencia esperada

⁷ Raúl Rojas Soriano. “*Guía para realizar investigaciones sociales*”. 26 edición..México, 2001. pp. 245 –248.

Cuadro teórico:

VI

		Si	NO	
VD	SI	2	17	19 (n1)
	NO	31	70	101 (n2)
		33 (n3)	87 (n4)	120 (n)

$$A = \frac{n1 \times n3}{n} = \frac{(19)(33)}{120} = 5.23$$

$$B = \frac{n1 \times n4}{n} = \frac{(19)(87)}{120} = 13.77$$

$$C = \frac{n2 - n3}{n} = \frac{(101)(33)}{120} = 27.77$$

$$D = \frac{n2 - n4}{n} = \frac{(101)(87)}{120} = 73.23$$

Aplicando fórmula:

fo	fe	fo - fe	(fo - fe) ²	$\frac{\Sigma(fo - fe)^2}{fe}$
2	5.23	-3.23	10.43	1.99
17	13.77	3.23	10.43	0.76
31	27.77	3.23	10.43	0.38
70	73.23	-3.23	10.43	0.14
				3.27

Obteniendo el valor de Chi Cuadrado teórico:

Grados de libertad (gl) = (número de columnas –1) (número de filas –1)

$$gl= (2-1) (2-1)$$

$$gl= 1$$

Nivel de confianza= 95%

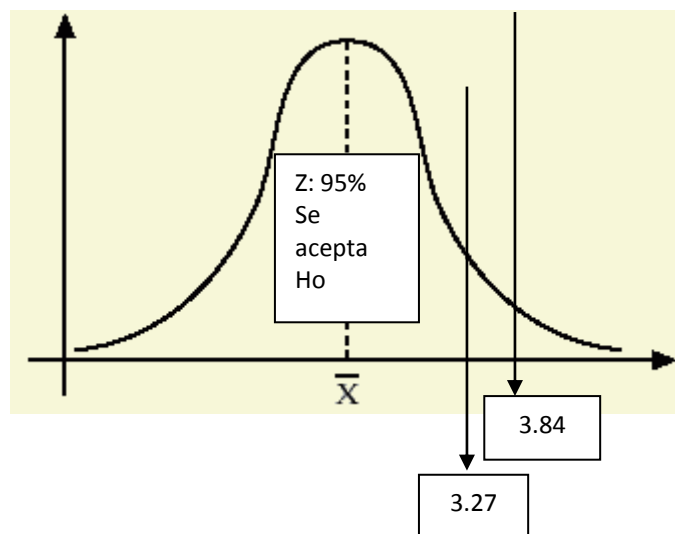
Por tablas de Chi cuadrado teórico se obtuvo que X^2 teórico sea de 3.84.

Regla de decisión:

“Si el valor de X^2 calculado es mayor que el valor de X^2 teórico se rechazará la hipótesis nula” y si es menor el valor de X^2 calculado que el valor de X^2 teórico se aceptará la hipótesis nula⁸.

Para la siguiente relación= $3.27 < 3.84$ puede observarse que el valor de Chi cuadrado calculado es menor que el Chi cuadrado teórico. Expresando lo anterior en una campana de Gauss se representa lo siguiente:

Gráfica No1. Gráfica de distribución de chi cuadrado



⁸ Gildaberto Bonilla. Estadística II. Métodos prácticos de inferencia estadística.UCA Editores. Quinta edición. El Salvador. 2000.

Interpretación:

La prueba de significación de Chi cuadrado (X^2) reveló que la relación encontrada entre las dos variables objeto de análisis no es significativa con un 95% de confianza. La muestra es muy pequeña, lo cual no le permite verificar y probar la hipótesis.

Es decir, que se acepta la hipótesis nula: “La falta de conocimiento de métodos de planificación no incide en los embarazos en adolescentes inscritas en UCSFE Sensuntepeque.” Y se rechaza la hipótesis específica 1 que reza:

“La falta de conocimiento de métodos de planificación incide en los embarazos en adolescentes inscritas en UCSFE Sensuntepeque.”

Por lo antes sustentado la hipótesis anteriormente planteada:

“La falta de conocimiento de métodos de planificación incide en los embarazos en adolescentes inscritas en UCSFE Sensuntepeque.”

SE RECHAZA.

A partir de los siguientes hallazgos:

Las adolescentes embarazadas del municipio de Sensuntepeque a pesar que tienen conocimientos sobre métodos de planificación familiar, éstos no están incidiendo en que ellas estén o salgan embarazadas.

Habría que determinar en estudios posteriores las situaciones que determinen estos hallazgos, de los cuales se pueden inferir que no todo conocimiento lleva a una actitud y una actitud a una práctica.

VII. CONCLUSIONES.

La falta de conocimiento de métodos de planificación no incide en los embarazos en adolescentes inscritas en UCSFE Sensuntepeque.

Las adolescentes que participaron en el estudio refieren que es a través del personal de salud de quien se han informado sobre educación sexual y reproductiva, esto incluye los métodos de planificación familiar.

Los factores sociales que más influyeron son: la edad de adolescentes medias y tardías, pero más las tardías con presencia de la zona rural, además de estar en uniones estables (acompañadas) y no están solas.

El estudio permitió descubrir que muchas mujeres adolescentes prefieren el método de planificación inyectable, lo anterior no quiere decir que no hayan usado otros o hayan hecho una mezcla de varios.

Dentro de los factores culturales que se observaron es que la religión católica es la que en su gran mayoría en este municipio practican las adolescentes. Lo anterior tiene una relación directamente proporcional con la no aceptación en el uso de cualquier método de planificación familiar que dispone el sistema de salud.

Los factores educativos que se observaron es la baja escolaridad que se encuentran en la mayoría de las adolescentes y que todas estudiaron en los servicios públicos de Educación. La falta de proyectos de vida en las y los adolescentes están incidiendo en la agudización de este problema, además de sus repercusiones en la morbi-mortalidad materna e infantil.

El factor económico que se estudió, fue la dependencia que tienen, se observó que la mayoría de ellas están dependiendo de su pareja; las ocupaciones identificadas en las adolescentes embarazadas fueron: ama de casas, estudiantes, agricultoras, negocios propios y servicios domestico. (a temprana edad de acompañamiento).

VIII RECOMENDACIONES:

Al Ministerio de Salud:

Reforzamiento de educación sexual, enfatizando el trabajo con la adolescencia para poder incidir en la concientización y utilización adecuada de métodos de planificación familiar.

Conformación de clubes de adolescentes donde una de las temáticas-problemáticas a desarrollar es el de salud sexual y reproductiva.

Al Ministerio de Educación:

Realizar talleres de educación sexual, charlas de tabúes sexuales, sobre todo, a maestros de Tercer Ciclo y Bachillerato; principalmente al profesorado que da la asignatura de: Ciencia Salud y Medio Ambiente y Orientación para la vida, donde se tenga una calidad de educación sexual para nuestros adolescentes, evitando el aumento de embarazadas en este grupo de edad. Como también reforzar y enfatizar en la unidad proyecto de vida. En reuniones de padres de familia dar charlas educativas de educación sexual para incentivar al padre, madre y cuidadora que tenga comunicación con sus hijos sobre la sexualidad.

Dar a conocer y realizar convenios con el Ministerio de Educación sobre las Políticas de Salud Sexual y reproductiva, para que se tenga un objetivo más intersectorial enfocado a las necesidades del Adolescente de este Municipio.

A las congregaciones Religiosas:

Concientizar en la importancia de prevenir y dar oportunidad al tema de educación sexual en su itinerario religioso para prevenir embarazos en adolescente como uniones familiares a temprana edad.

A las Autoridades del municipio de Sensuntepeque:

Realizar reuniones con todas las autoridades del municipio que compete a este problema y realizar un plan estratégico intersectorial para que en corto y mediano tiempo prevenir e disminuir los embarazos en adolescentes.

A padres de familia:

Promover e incentivar a la comunicación continua de educación sexual con sus hijos permitiéndoles una comunicación de confianza, calidad y responsabilidad para evitar los embarazos en adolescentes.

Concientizar la conversación del tema proyecto de vida en los adolescentes ya que se tienen que enfatizar en no depender de alguien, ni de los padres, ni de una pareja a temprana edad que puede lograr todo por ellos mismos.

A Las Universidades:

Continuar investigaciones de educación sexual, como proyectos de mejoras para las normativas de métodos de planificación familiar, la asignatura de Orientación para la Vida de acuerdo a las necesidades de los adolescentes.

VIII. BIBLIOGRAFIA.

1. Asociación para la autodeterminación y el desarrollo de mujeres salvadoreñas. explorando las determinantes sociales y de género del embarazo en adolescentes en el departamento de Morazán, san Salvador 2010.Pág.109.
2. Ávila Gálvez, Aspectos Psicosociales del embarazo en la adolescencia; Revista Cubana de Pediatría Vol. 74 No. 4, Septiembre – Diciembre 2002.
3. ASAMBLEA LEGISLATIVA REPUBLICA DE EL SALVADOR. Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia. Decreto N°839. Imprenta Nacional 2014. Pag.68.
4. ASAMBLEA LEGISLATIVA REPUBLICA DE EL SALVADOR. ley general de la Juventud. Decreto 910. Imprenta Nacional Febrero 2012. Pag.21.
5. Asociación Demográfica Salvadoreña. Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL- 2008. 1ª edición. San salvador 2009. pág.630.
6. Cabral, Ana Clàudia de Farías Araujo, Verbena Santos. Percepción del Embarazo en las adolescentes Embarazadas. Universidad Rio de janeiro. Brasil abril- junio 2015. Pág. 2526-2536.
7. Dirección General de Estadística y Censo. encuestas de hogares de propósitos múltiples el salvador 2013. DIGESTYC Junio 2014.pág. 32.
8. Grupo Internacional de Curriculum en sexualidad y VIH. “Un sólo currículo: Pautas y actividades para un enfoque integrado hacia la educación en sexualidad, género, VIH y derechos humanos”. Population Council. Nueva York 2010. Pág.296.
9. Gogna, M., Binstock, G., Fernández, S., Ibarlucía, I., &Zamberlinc, N. (2008). Embarazo en la adolescencia en Argentina: Recomendaciones

de política basadas en la evidencia. *ReproductiveHealthMatters*, 16(31), 192-201.

10. Gildaberto Bonilla. Estadística II. Métodos prácticos de inferencia estadística". UCA Editores. Quinta edición. El Salvador. 2000.
11. INFORME DE LABORES MINSAL 2014-2015. Ministerio de Salud Mayo 2015.
12. MINSAL. Vice ministerio de servicios de salud. Plan intersectorial para la atención integral de la salud de la población adolescente y joven 2012 – 2014. 1ª edición. San Salvador. 2012. pág. 49
13. MINSAL. Dirección de apoyo a la gestión y programación sanitaria, unidad de atención integrales e integrada a la salud sexual y reproducción. plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna perinatal y neonatal 2011-2014. el salvador. 2011. pág. 84.
14. MINSAL. Lineamientos Técnicos para el Desarrollo de Círculos Educativos con Adolescentes Embarazadas. 2015. Pag. 116.
15. MINSAL. vice ministerio de servicios de salud. Dirección de apoyo a la gestión y programación sanitaria. Situación del adolescente. San Salvador. 2010. Pág. 45.
16. MINSAL. vice ministerio de Políticas y servicios de salud. Salud y Equidad hasta el último rincón de El Salvador. Informe de labores 2014-2015. 1ª edición. San Salvador. 2015. Pag. 202.
17. MINSAL. Informe de labores 2013 – 2014. San Salvador. 2014. Pág. 232.
18. MINSAL. CDC Atlanta USA. PAHO es USA. programa nacional de adolescentes. el salvador. encuesta mundial de salud escolar resultados. edición. san salvador. 2013. pág. 48.

19. MINSAL. Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Parto, Puerperio y al Recién nacido. Agosto 2012. Pág. 107.
20. Odean, Isabel, "Los Factores Sociales que Influyen en el Embarazo y en el uso de Anticonceptivos de Adolescentes en el Barrio 25 de Mayo, Maipú, Mendoza." (2012). Independent Study Project (ISP) Collection. Pág. 1472.
21. 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. Noviembre 2002.
22. Organización Mundial para la Salud; Boletín de la Organización Mundial para la Salud, Embarazo en adolescentes un problema cultural complejo, junio 2009.
23. PRISMA. Retos para el Desarrollo Territorial del Oriente de Cabañas. 2013. Pág. 28.
24. Roberto Hernández Sampieri. Metodología de investigación. 5° edición. México DF. 2010. Pág. 656.
25. Programa Inter agencial del empoderamiento de las mujeres adolescentes, Factores que inciden en el embarazo en adolescentes en El Salvador, Año 2005.
26. Roberto Muñoz Campo. La investigación científica pasó a paso. 4° edición. El Salvador. 2009. Pag. 255.
27. Raúl Rojas Soriano. "Guía para realizar investigaciones sociales". 26 ediciones. pp. 245-248.
28. Universidad de El Salvador. Maestría de educación sexual. principales factores asociados a embarazos en adolescentes del área rural de dos

municipios del SIBASI: Cuscatlán de septiembre 2010 a febrero de 2011. San salvador 2012.Pág. 105.

29. UNICEF. Progreso para la infancia. Un balance sobre la mortalidad materna. 7ª edición. Nueva York 2008. Pág. 46.
 30. UNICEF. Progreso para la infancia. Un boletín sobre los Adolescentes. 10º edición. Nueva York Abril 2012.pág. 56.
 31. UNICEF.OMS.UNESCO. para la vida. 4ª edición 2010.Pág. 194.
 32. universidad tecnológica de el salvador. facultad de ciencias sociales. diseño y aplicación de un programa psico-educativo para la prevención de la maternidad y paternidad precoz en alumnos de nuevo ingreso. san salvador. 2004. Pag. 1015.
 33. Universidad salvadoreña Alberto Masferrer. Facultad de Medicina. Influencia de conocimiento básico e información sobre salud sexual y reproductiva en la incidencia de embarazo precoz en unidad de salud de santa Elena 2002 – 2003. San salvador 2003. Pag.122.
 34. Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer. Facultad de Medicina. Estudio de adolescentes embarazadas en control prenatal en unidad de salud casa del niño Santa Ana. Febrero 1999. San salvador. Pág. 102
 35. Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer. Facultad de Medicina. Factores de riesgo psicosociales en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Nacional de Zacamil en el periodo Abril de 2005, mayo 2005. San Salvador. Pág. 134.
1. www.paho.org/els/
 2. <http://www.who.int>.
 3. <http://www.unicef.org.el salvador>.

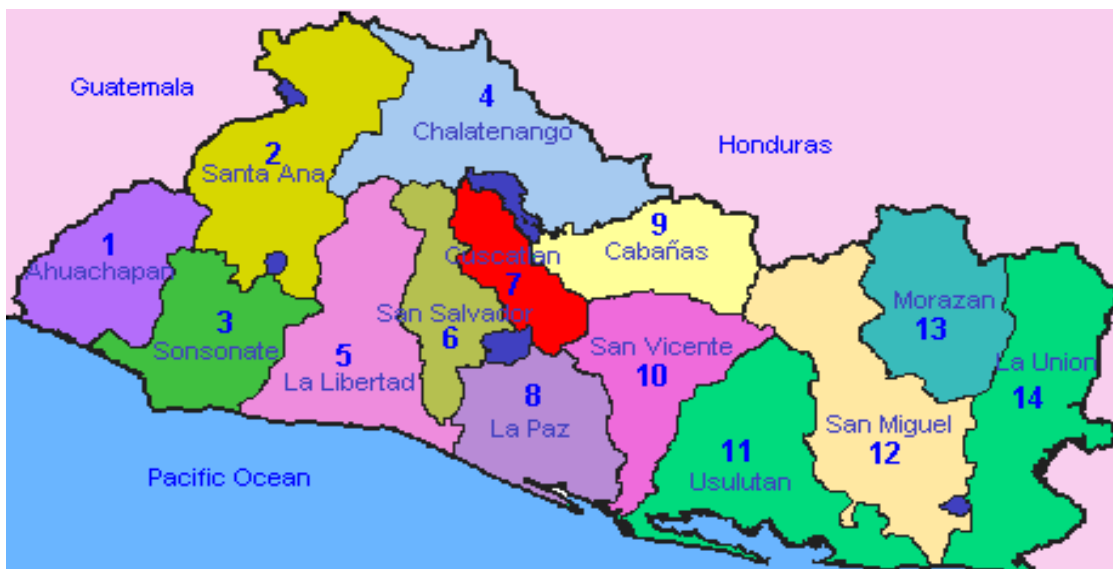
4. www.salud.gob.sv
5. <http://www.simmow.salud.gob.sv>.
6. <http://bvsalud.isciii.es/>
7. <http://www.factsforlifeglobal.org>
8. <http://www.ams.org.sv>.
9. <http://www.isdemu.gob.sv>.
10. <http://www.fesal.org.sv/>
11. <http://www.prisma.org.sv>.
12. <http://www.es.wikipedia.org/wiki/familia>.
13. <http://www.laprensagrafica.com/2013/10/30/en-el-salvador-cada-30-minutos-una-adolescente-da-a-luz>
14. <http://www.lapagina.com.sv/nacionales/84029/2013/07/09/alarmante-incidencia-de-embarazos-en-adolescentes-en-el-pais-reporta-salud>
15. http://www.paho.org/els/index.php?option=com_joomlabook&itemid=1&task=display&id=223.
16. http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/.
17. http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection
18. <http://www.researchgate.net>.

ANEXOS

ANEXO 1: TABLA DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS USADAS EN EL ESTUDIO.

ABREVIATURAS	SIGNIFICADO
BM	Banco Mundial.
FESAL	Encuesta Nacional de Salud Familiar.
ISDEMU	Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Mujer.
MINSAL	Ministerio de Salud de El Salvador
OMS	Organización Mundial para la Salud.
UCSFI	Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia.
UCSFE	Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada.

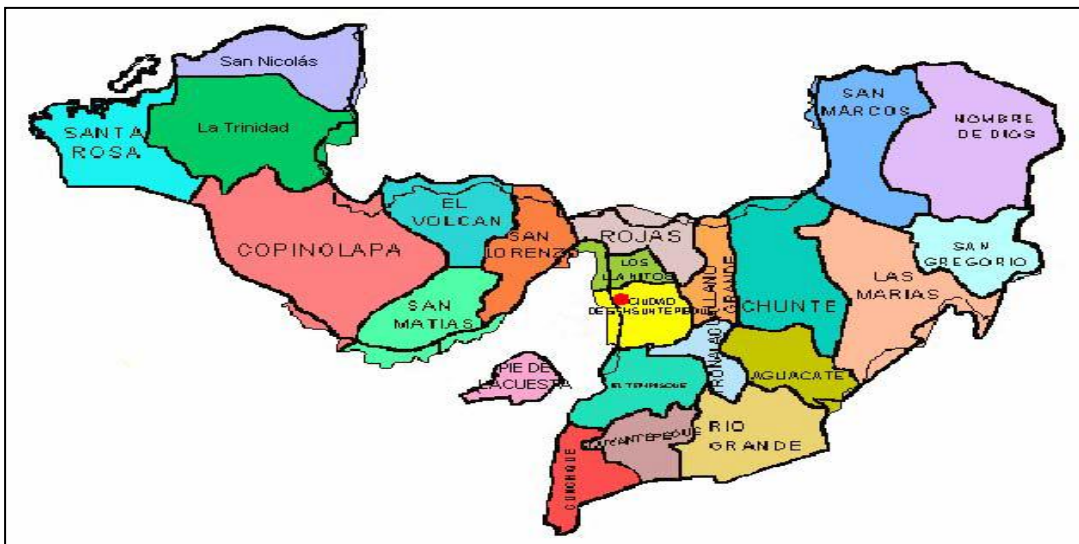
Anexo 2: DEPARTAMENTO DE CABAÑAS.



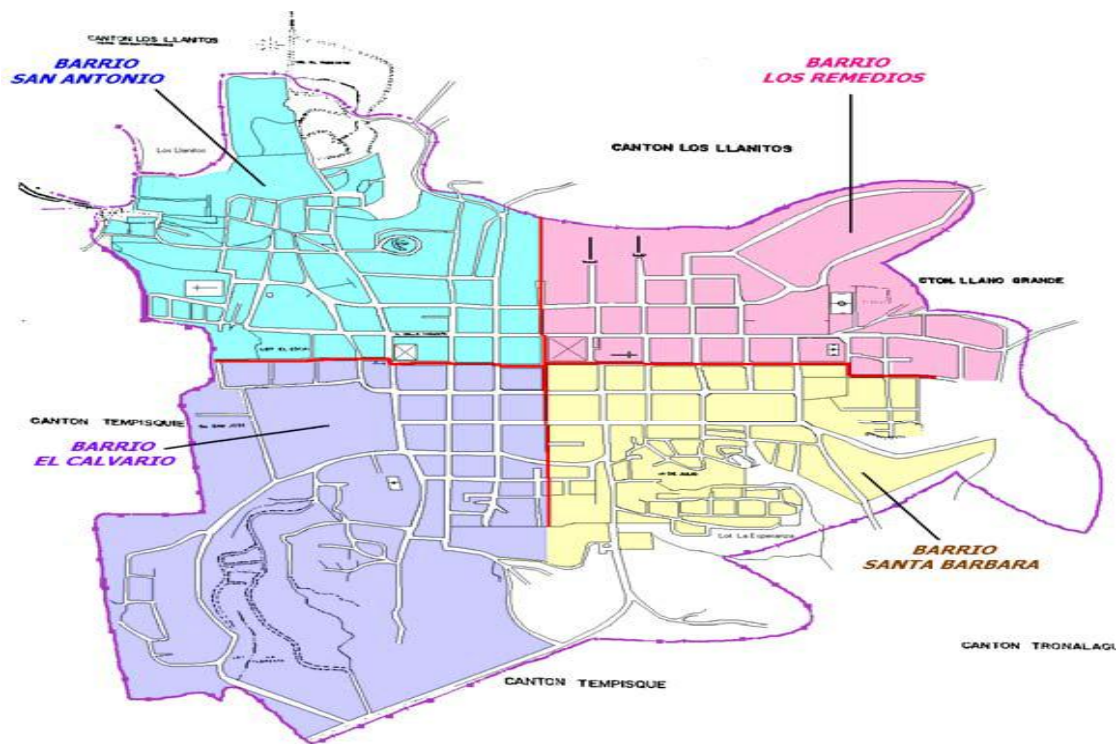
ANEXO N. 3 MUNICIPIOS DE CABAÑAS



ANEXO 4 CANTONES DEL MUNICIPIO DE SENSUNTEPEQUE



ANEXO 5 ZONA URBANA DE SENSUNTEPEQUE



ANEXO 6 CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR		
FACULTAD DE MEDICINA		
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA		
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES		
TEMA: Factores que predispone la prevalencia de embarazo en adolescentes inscritas en el Programa de Atención Materna del municipio de Sensuntepeque del período enero a junio del 2014.		
FECHA	HORA	LUGAR
<i>NOMBRE DE LA ENCUESTADA</i>		
<i>NOMBRE DEL ENCUESTADOR.</i>		
Yo, la arriba firmante autorizo a los de la Maestría de la Universidad de El Salvador a realizarme el presente estudio de embarazos en Adolescentes consiente e informada que será con fines académicos sin fines de lucro, a la vez que se guardará la respectivo discrecionalidad de mis datos y mi persona. Caso contrario acorde a la LEPINA estaré en toda la potestad de demandar a las personas encuestadoras ante los tribunales de menores.		



ANEXO 7 INSTRUMENTO.

<p>UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR</p> <p>FACULTAD DE MEDICINA</p> <p>MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA</p> <p>CUESTIONARIO DE PARTICIPANTES</p> <p>OBJETIVO GENERAL: Describir los factores que predispone la prevalencia de embarazo en las adolescentes inscritas en programa de atención materna de UCSFE Sensuntepeque del período Enero a diciembre del 2015.</p>
<p><i>Indicaciones.</i> Lea cuidadosamente las preguntas y solicítele al entrevistado(a) que sus respuestas sean objetivas y veraces; explíquelo al entrevistado(a) el objetivo de la presente investigación, así como el tiempo necesario para el desarrollo de la entrevista.</p>
<p>I DATOS GENERALES</p> <p>Fecha: _____</p> <p>Lugar: _____</p> <p>Edad: 10-12 <input type="checkbox"/> 13-15 <input type="checkbox"/> 16-19 <input type="checkbox"/></p> <p>Estado civil: Soltera___ Casada___ Acompañada___ Sola _____</p> <p>Área Geográfica de Habitación: Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Marginal <input type="checkbox"/></p> <p>Religión pertenece: Católica <input type="checkbox"/> evangélica <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> ninguna <input type="checkbox"/></p> <p>Ocupación: _____</p> <p>II CUALIDADES FAMILIARES</p> <p>¿tipo de familia que pertenece la encuestada?</p> <p>Nuclear <input type="checkbox"/> Extensa <input type="checkbox"/> Monoparental <input type="checkbox"/> Homoparental <input type="checkbox"/></p> <p>2. ¿los padres actualmente de la encuestada están?</p> <p>Presentes ambos <input type="checkbox"/> Fallecimiento de alguno <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/></p> <p>Uno/ambos en el extranjero <input type="checkbox"/></p>

3 ¿qué tipo de crecimiento familiar pertenece la encuestada?

Creció con figura paterna/materna Creció con otra Familiar

Vivió en Hogares múltiples

III NIVEL EDUCATIVO

4. ¿grado que ha finalizado la encuestada?

Primaria Secundaria Tercer Ciclo Bachillerato

estudios Superiores ninguno

5 ¿escuela a la que asistió?

Pública Privada A distancia

IV EDUCACION SEXUAL

6 ¿Hablaba de Sexualidad con alguno de sus padres? SI NO

7 ¿conocimiento sobre sexualidad a través de?

Clases Impartidas Trabajos de Investigación

Conversación con Maestros Conversación con Amigos/compañeros

ninguno

V CONOCIMIENTOS DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

8 ¿Qué tipo de Métodos de Planificación Familiar Conoce?

Naturales ACOS Inyectables De Barrera Parches

Permanentes ninguno

9 ¿Haz utilizado algún método de planificación familiar? SI NO

10 Si su respuesta es Positiva. ¿Cual tipo de método ha utilizado?:

Naturales ACOS Inyectables De Barrera Parches

Permanentes

11 ¿Si utilizó métodos de Planificación Familiar como los obtuvo?:

MINSAL Otro proveedor del SNS Farmacia Otro

ANEXO 8: Tabla Relación entre conocimientos de Sexualidad y tipo de método de planificación utilizado.

CONOCIMIENTO SOBRE SEXUALIDAD	TIPO DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN UTILIZADO				Total
	barrera	inyectable/barrera	inyectable/barrera/naturales	inyectables	
Conversaciones amigos/compañeros	3	0	0	5	8
Row%	37.50%	0.00%	0.00%	62.50%	100.00%
Col%	75.00%	0.00%	0.00%	18.52%	24.24%
clases impartidas	1	1	1	21	24
Row%	4.17%	4.17%	4.17%	87.50%	100.00%
Col%	25.00%	100.00%	100.00%	77.78%	72.73%
conversación con maestro	0	0	0	0	0

Row%	NaN%	NaN%	NaN%	NaN%	100.00%
Col%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
ninguno	0	0	0	0	0
Row%	NaN%	NaN%	NaN%	NaN%	100.00%
Col%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
trabajos de investigación	0	0	0	1	1
Row%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	100.00%
Col%	0.00%	0.00%	0.00%	3.70%	3.03%
TOTAL	4	1	1	27	33
Row%	12.12%	3.03%	3.03%	81.82%	100.00%
Col%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

ANEXO 9: Relación entre Comunicación de Sexualidad con sus padres y métodos de planificación utilizados.

	TIPO DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN UTILIZADO				Total
	barrera	inyectable/ barrera	inyectable/ba rrera/naturale s	inyectables	
COMUNICACION DE SEXUALIDAD CON LOS PADRES					
no	4	1	0	20	25
Row%	16.00%	4.00%	0.00%	80.00%	100.00%
Col%	100.00%	100.00%	0.00%	74.07%	75.76%
si	0	0	1	7	8
Row%	0.00%	0.00%	12.50%	87.50%	100.00%
Col%	0.00%	0.00%	100.00%	25.93%	24.24%
TOTAL	4	1	1	27	33
Row%	12.12%	3.03%	3.03%	81.82%	100.00%
Col%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

TABLA 10: Relación entre Conocimientos de Tipos de Métodos de Planificación familiar con el tipo de método utilizado.

CONOCIMIENTO DE TIPO DE METODOS FAMILIARES	TIPO DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN UTILIZADO				Total
	barrera	inyectable/barrera	inyectable /barrera/naturales	inyectables	
ACOS	0	0	0	0	0
Row%	NaN%	NaN%	NaN%	NaN%	100.00%
Col%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
ACOS/de barrera	0	0	0	0	0
Row%	NaN%	NaN%	NaN%	NaN%	100.00%
Col%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
ACOS/inyectables	0	0	0	0	0

Row%	NaN%	NaN%	NaN%	NaN%	100.00%
Col%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
de barrera	2	0	0	0	2
Row%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%
Col%	50.00%	0.00%	0.00%	0.00%	6.06%
inyectables	1	1	0	21	23
Row%	4.35%	4.35%	0.00%	91.30%	100.00%
Col%	25.00%	100.00%	0.00%	77.78%	69.70%
inyectables/ de barrera/naturales	0	0	1	1	2
Row%	0.00%	0.00%	50.00%	50.00%	100.00%

Col%	0.00%	0.00%	100.00%	3.70%	6.06%
inyectables/ACOS	0	0	0	3	3
Row%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	100.00%
Col%	0.00%	0.00%	0.00%	11.11%	9.09%
inyectables/ACOS/ barrera	0	0	0	1	1
Row%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	100.00%
Col%	0.00%	0.00%	0.00%	3.70%	3.03%
inyectables/ACOS/ naturales	0	0	0	0	0
Row%	NaN%	NaN%	NaN%	NaN%	100.00%

Col%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
inyectables/de barrera	0	0	0	1	1
Row%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	100.00 %
Col%	0.00%	0.00%	0.00%	3.70%	3.03%
naturales	1	0	0	0	1
Row%	100.0 0%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00 %
Col%	25.00 %	0.00%	0.00%	0.00%	3.03%

ninguno	0	0	0	0	0
Row%	NaN %	NaN%	NaN%	NaN%	100.00 %
Col%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
TOTAL	4	1	1	27	33
Row%	12.12 %	3.03%	3.03%	81.82%	100.00 %
Col%	100.0 0%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00 %

TABLA 11: Relación entre Grado de Escolaridad y Métodos de Planificación Familiar.

GRADO	UTILIZACIÓN DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN		Total
	no	si	
bachillerato	8	1	9
Row%	88.89%	11.11%	100.00%
Col%	9.20%	3.03%	7.50%
primaria	14	6	20
Row%	70.00%	30.00%	100.00%
Col%	16.09%	18.18%	16.67%
secundaria	39	15	54
Row%	72.22%	27.78%	100.00%
Col%	44.83%	45.45%	45.00%
tercer ciclo	26	11	37
Row%	70.27%	29.73%	100.00%
Col%	29.89%	33.33%	30.83%

TOTAL	87	33	120
Row%	72.50%	27.50%	100.00%
Col%	100.00%	100.00%	100.00%

TABLA12: Relación entre Grado de escolaridad y Conocimiento de Métodos de Planificación Familiar.

CONOCIMIENTO DE TIPO DE METODOS FAMILIARES	GRADO				Total
	bachillerato	primaria	secundaria	tercer ciclo	
ACOS	0	1	1	0	2
Row%	0.00%	50.00%	50.00%	0.00%	100.00%
Col%	0.00%	5.00%	1.85%	0.00%	1.67%
ACOS/de barrera	2	0	0	3	5
Row%	40.00%	0.00%	0.00%	60.00%	100.00%
Col%	22.22%	0.00%	0.00%	8.11%	4.17%

ACOS/inyectables	0	0	0	1	1
Row%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	100.00%
Col%	0.00%	0.00%	0.00%	2.70%	0.83%
de barrera	0	0	8	0	8
Row%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	100.00%
Col%	0.00%	0.00%	14.81%	0.00%	6.67%
inyectables	3	15	32	28	78
Row%	3.85%	19.23%	41.03%	35.90%	100.00%
Col%	33.33%	75.00%	59.26%	75.68%	65.00%
inyectables/ de barrera/naturales	2	0	1	0	3
Row%	66.67%	0.00%	33.33%	0.00%	100.00%
Col%	22.22%	0.00%	1.85%	0.00%	2.50%

inyectables/AC OS	0	1	5	0	6
Row%	0.00%	16.67%	83.33%	0.00%	100.00%
Col%	0.00%	5.00%	9.26%	0.00%	5.00%
inyectables/AC OS/barrera	0	1	1	0	2
Row%	0.00%	50.00%	50.00%	0.00%	100.00%
Col%	0.00%	5.00%	1.85%	0.00%	1.67%
inyectables/AC OS/naturales	0	0	0	1	1
Row%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	100.00%
Col%	0.00%	0.00%	0.00%	2.70%	0.83%
inyectables/de barrera	2	0	0	1	3
Row%	66.67%	0.00%	0.00%	33.33%	100.00%
Col%	22.22%	0.00%	0.00%	2.70%	2.50%

naturales	0	0	0	1	1
Row%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	100.00%
Col%	0.00%	0.00%	0.00%	2.70%	0.83%
ninguno	0	2	6	2	10
Row%	0.00%	20.00%	60.00%	20.00%	100.00%
Col%	0.00%	10.00%	11.11%	5.41%	8.33%
TOTAL	9	20	54	37	120
Row%	7.50%	16.67%	45.00%	30.83%	100.00%
Col%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

TABLA 13: Relación entre Grado de escolaridad y comunicación sobre sexualidad con sus padres.

	Grado				
Comunicación de sexualidad con los padres	bachillerato	primaria	secundaria	tercer ciclo	Total
no	7	18	49	32	106
Row%	6.60%	16.98%	46.23%	30.19%	100.00%
Col%	77.78%	90.00%	90.74%	86.49%	88.33%
Si	2	2	5	5	14
Row%	14.29%	14.29%	35.71%	35.71%	100.00%
Col%	22.22%	10.00%	9.26%	13.51%	11.67%
TOTAL	9	20	54	37	120
Row%	7.50%	16.67%	45.00%	30.83%	100.00%
Co%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

ANEXO 14. Relación entre Grado de escolaridad y comunicación sobre sexualidad con sus padres.

COMUNICACION DE SEXUALIDAD CON LOS PADRES	GRADO				Total
	bachillerato	primaria	secundaria	tercer ciclo	
no	7	18	49	32	106
Si	2	2	5	5	14
TOTAL	9	20	54	37	120