



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA**  
**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**

*MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA 2008-2010. EL SALVADOR*

Tesis para optar al grado de Maestra en Salud Pública

**DETERMINANTES SOCIALES EN EMBARAZO ADOLESCENTE Y  
PLANIFICACION FAMILIAR, UNIDAD DE SALUD SAN ANTONIO ABAD.  
EL SALVADOR. SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DE 2011**

Autora: Yasira Ivet González Reyes

Tutor: Pablo Cuadra Ayala  
Especialista en Epidemiología

San Salvador, Noviembre de 2011

## ÍNDICE

Dedicatoria.....	i
Agradecimientos.....	ii
Resumen.....	iii
I.    Introducción.....	1
II.   Antecedentes.....	2
III.  Justificación.....	6
IV.  Planteamiento del problema.....	8
V.   Objetivos.....	9
VI.  Marco Teórico.....	10
VII.  Metodología.....	19
VIII.  Resultados.....	22
IX.  Discusión de resultados .....	27
X.   Conclusiones.....	30
XI.  Recomendaciones.....	31
XII.  Anexos .....	33
XIII.  Bibliografía.....	54

## **i. DEDICATORIA**

### **A DIOS NUESTRO SEÑOR:**

Gracias Señor por la Misión que me has confiado y por llenar de nuevos ideales mi corazón, y por todas las bendiciones que me has otorgado a lo largo de mi vida, dándome perseverancia, fuerzas y salud para concluir esta meta en mi vida.

**A MIS HIJOS: MIGUEL, ANGEL Y YASIRA**, que siendo adolescentes supieron valorar la importancia de éste trabajo, y el tiempo no dedicado a ellos, y por quienes decidí superarme, como un ejemplo de que cuando se quiere se pueden lograr las metas que uno se propone, siempre han sido mi fuente de inspiración. Para ustedes mi eterno e incondicional amor.

**A MI ESPOSO: MIGUEL ANGEL**, Quién me brindo su amor, apoyo incondicional, tolerancia en el proceso, por sus palabras de estímulo en el momento preciso y que comprende mis ansias y mis sueños.

**A MIS PADRES, MI TIA Y HERMANAS**, que cuando los necesité, estuvieron ahí para apoyarme sin reparos ni tiempos.

A todas las personas importantes en mi vida, que celebran mi logro conmigo, a todos, dedico esta tesis. Y a todos aquellos que no he mencionado pero que formaron parte de este sueño.

**Yasira Ivet González de Rodríguez**

## **ii. AGRADECIMIENTOS**

Al finalizar cada meta lograda es importante agradecer a quienes me impulsaron a culminar este trabajo.

A Dios todo poderoso por darme la fuerza y ser la luz y mi guía en este camino y hacerme crecer profesionalmente.

A mi tutor: DR. PABLO CUADRA, por las instrucciones impartidas, asesorías y revisiones, quien me oriento y apoyo en la realización de la tesis.

A todos los docentes del CIES- EL SALVADOR, que nos brindaron y apoyaron con sus conocimientos, acompañamiento y orientación durante la maestría, especialmente al Dr. Edgardo Platero por las instrucciones impartidas y oportunas recomendaciones convirtiéndose en una gran fuente de estímulo para el logro de esta meta.

A los docentes del CIES-MANAGUA, NICARAGUA por el apoyo, asesorías, enseñanzas y el esfuerzo de asistir a nuestro país, muchas gracias.

A la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Antonio Abad, que me permitieron realizar la presente tesis, por el apoyo en el desarrollo de este estudio, por su colaboración e información aportada especialmente a la Dra. Alejandra Ávila, Dr. Julio César Morales y Sra. Dina de Mena, mis infinitos agradecimientos.

A los usuarios externos que participaron en este estudio, que dedicaron su tiempo y valiosa información para concluir esta investigación.

A mis amigas/os y compañeras/os de estudio, especialmente a Carolina, mi amiga entrañable, mi compañera en esta lucha, con quien fortalecí lazos de amistad y hermandad, Mireya, Marleny y Luis, con quienes juntamos esfuerzos en la culminación de esta maestría.

A todas aquellas personas que de una u otra forma me desearon éxitos para terminar este proyecto

### **iii. RESUMEN**

Este trabajo de investigación se refiere a los determinantes sociales en el embarazo adolescente y la planificación familiar en la Unidad de Salud de San Antonio Abad, Municipio y departamento de San Salvador, El Salvador. Estudio realizado en dicha Unidad de Salud, entrevistando a 52 adolescentes embarazadas que asistieron a consulta durante los meses de septiembre y octubre del 2011 y que pertenecen al área geográfica de influencia de la Unidad de Salud.

Entre los aspectos del contexto social próximo se describen: el estado civil, la estructura familiar y la relación con los padres, otros familiares y el grupo de pares. También se abordan características individuales, entre las que se cuentan la edad de inicio de las relaciones sexuales, el estado socioeconómico y el nivel de educación. Por último, se analiza los conocimientos de las adolescentes embarazadas sobre aspectos de la reproducción y la anticoncepción, la percepción que se tiene de la atención de la Unidad de Salud en salud reproductiva y la anticoncepción, para finalizar con las razones por las cuales no utilizaron métodos anticonceptivos para protegerse de un embarazo no planificado.

Los resultados concuerdan con los parámetros que están documentados acerca de los determinantes sociales de América Latina, ya que en el área de San Antonio Abad, se cumplen las tendencias descritas en el marco teórico de este trabajo de investigación.

## **I. INTRODUCCIÓN**

La salud de los adolescentes y jóvenes ha ido adquiriendo relevancia progresivamente en el mundo entero, tanto por una mejor comprensión de la importancia de este grupo etáreo en salud pública como por el aumento de los riesgos en salud, debido a los cambios de patrones de conducta, especialmente en salud reproductiva.

La salud reproductiva es parte de la salud integral y es necesario conocer las necesidades y los problemas que los jóvenes enfrentan para así desarrollar programas de promoción, de protección y de prevención efectivos y eficaces.

La sexualidad es un componente del desarrollo humano y parte esencial de la salud integral. Los aspectos individuales y sociales incluidos en el concepto de salud reproductiva repercuten en la adolescencia. El lugar que los adolescentes tienen asignado en la sociedad y la forma cómo son tratados es determinante para su salud reproductiva. El bienestar físico y psicosocial contribuye al desarrollo de conductas sexuales y reproductivas saludables.

El inicio de la actividad sexual coital y el embarazo no deseado a edades tempranas, puede tener consecuencias negativas en el campo de la salud física y mental, tales como el riesgo de enfermedades sexuales transmisibles, el aborto, salud materno – infantil y el desajuste en la integración psicosocial.

Por tal motivo se desarrolla la presente investigación para obtener información a través de la aplicación de una guía de entrevista a las adolescentes embarazadas que visiten la Unidad de Salud de San Antonio Abad, en el municipio y departamento de San Salvador, El Salvador, sobre los determinantes sociales en las adolescentes embarazadas y la planificación familiar.

## II. ANTECEDENTES

En todo el mundo, las tasas de embarazo en la adolescencia varían desde las máximas de Níger y Congo (cerca de 200 embarazos por cada 1000 mujeres adolescentes) a tasas de 1 a 3 por 1000 en Corea del Norte, Corea del Sur y Japón.<sup>1</sup>

Es reseñable que entre los países desarrollados de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) Estados Unidos y Reino Unido tienen el nivel más alto de embarazos en adolescentes, mientras que Japón y Corea del Sur tienen los más bajos.

Según la organización Save the Children cada año nacen 13 millones de niños de mujeres menores de 20 años de edad en todo el mundo, más del 90% (11,7 millones) en los países denominados en desarrollo y en los países desarrollados el restante 10% (1,3 millones). Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad entre las mujeres entre las edades de 15 y 19 años en dichas zonas.

El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en su informe Estado Mundial de la Infancia 2009 concluye que las muertes maternas relacionadas con el embarazo y el parto constituyen la principal causa de mortalidad de niñas de entre 15 y 19 años en todo el mundo, ya que representan cerca de 70.000 muertes todos los años<sup>2</sup>. Además, cuanto más joven es la niña cuando queda embarazada, mayores son los riesgos para su salud. Las jóvenes que dan a luz antes de cumplir los 15 años tienen cinco veces más probabilidades de morir durante el parto que las mujeres mayores de 20 años y si la madre tiene menos de 18 años, el riesgo del bebé de morir durante su primer año de vida es de un 60% más que

---

<sup>1</sup> Meacham D. "Sexualidad y salud reproductiva del adolescente: El desafío del2000." 1998 pág 34- 35

<sup>2</sup> El estado mundial de la infancia 2009. UNICEF. Prefacio iii

en el caso de un bebé nacido de una madre mayor de 19 años. La UNICEF en su informe Estado Mundial de la Infancia 2010 destaca que 14 millones de mujeres jóvenes dieron a luz entre los 15 y los 19 años<sup>3</sup>.

Estados Unidos es el país industrializado con mayor tasa de embarazadas adolescentes, con una tasa de 42 nacimientos en 1000.<sup>4</sup>

Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia, han presentado un acusado descenso de embarazos en adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de los contraceptivos.<sup>5</sup>

La tasa de fecundidad en mujeres adolescentes en América Latina y el Caribe es una de las más altas del mundo y ocupa el segundo lugar, luego de África subsahariana. El 48% de las mujeres jóvenes sexualmente activas de América Latina y el Caribe tienen necesidades anticonceptivas insatisfechas.<sup>6</sup>

La O.M.S. analizó en fecha reciente 35 estudios sobre programas de educación sexual en escuelas de todo el mundo. El análisis llegó a la conclusión de que la educación sexual no conduce a una actividad sexual mayor o a una edad más temprana. De los 35 estudios citados, 16 encontraron que el inicio de la vida sexual se retrasó entre los jóvenes con educación y entre quienes ya eran sexualmente activos, hubo un descenso en el grado de actividad sexual o un aumento mayor en las prácticas de sexo seguro. La encuesta también encontró que los programas que promovían la actividad sexual retrasada y protegida eran más eficaces que los programas que subrayaban solamente la abstinencia.

En Chile se valoró el impacto de un programa de educación sexual en las escuelas, encontrando que tuvo un impacto significativo en conductas en relación

---

<sup>3</sup> El estado mundial de la infancia 2010. UNICEF. Pag.25

<sup>4</sup> Pinotti J.A. "Unwanted pregnancy: Challenges for health policy" 1997 pág 82- 88.

<sup>5</sup> Maddaleno M. "La Salud del adolescente y del joven". Publicación científica No. 552. 1995 pág 27- 30.

<sup>6</sup> UNICEF. (2001). A League Table of Teenage Births in Rich NationsPDF (888 KB). Retrieved July 7, 2006

con la prevención del embarazo, específicamente en uso de métodos anticonceptivos eficientes.<sup>7</sup>

En un estudio realizado en Perú se encontró que el 54% de las adolescentes sexualmente activas de 15-19 años no embarazadas y que deseaban evitar el embarazo usaron anticonceptivos. Muchas veces, para la adolescente usar un método anticonceptivo significa asumir la regularidad de su actividad sexual con todas las repercusiones emocionales y en el ámbito familiar que esto significa.

Las explicaciones más comunes para la no utilización de anticonceptivos fueron: falta de conocimientos, dificultades en el acceso a anticonceptivos, ambivalencia y miedo a discutir aspectos sexuales con los adultos.<sup>8</sup>

En Brasil, se realizó un estudio con 32 adolescentes y encontraron que 30 de ellas conocían algún método al momento de la primera relación sexual, pero sólo 15 usaron alguna protección.

Según datos de 2007, en Centroamérica, Nicaragua tiene la tasa más alta de partos de madres adolescentes (113 por 1000 nacimientos), le sigue Guatemala con una tasa de 93 y según el Ministerio de Salud, El Salvador es el tercer país de América Central con la mayor tasa de embarazo en adolescentes, siendo de 81. En 2007 de los casi 75 mil partos, el 30 % fueron madres adolescentes.

En El Salvador, para el 2008 los alumbramientos de mujeres de todas las edades incrementaron significativamente. Actualmente las madres jóvenes representan un 32% del total de partos atendidos. Más niñas se convirtieron en madres durante 2008.

El Hospital de Maternidad, atendió 4,609 partos de adolescentes. Fueron 505 partos más que los registrados en 2007. Al total de adolescentes que dio a

---

<sup>7</sup> “Resúmenes IV Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología de la infancia y la adolescencia” 1999.

<sup>8</sup> Guttmacher Institute y la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) (2010) Datos sobre la salud sexual y reproductiva de mujeres adolescentes en el mundo en desarrollo.

luz se suman 261 niñas entre 10 y 14 años que se convirtieron en madres. Hubo 50 casos más que en 2007, cuando Maternidad reportó 211 partos<sup>9</sup>.

Según el Informe de FESAL 2009, del total de adolescentes con experiencia sexual, el 18% de mujeres y el 28% de hombres usan algún método de planificación familiar.

Se buscaron estudios a nivel departamental relacionados con embarazadas adolescentes y métodos de planificación familiar y no se encontró ninguno.

En el área de San Antonio Abad, que pertenece al municipio y departamento de San Salvador, la población adolescente femenina (según último censo 2007) es de 2,588 de un total de habitantes de 28,053. La incidencia de casos de embarazos en adolescentes en el área, en el último año refleja un aumento en el número de casos, ya que en el año 2009 se registraron 69 casos, la mayoría entre las edades de 15 a 19 años y en el año 2010 de un total de 382 inscripciones prenatales, el 30% (115 embarazos) fueron de adolescentes<sup>10</sup>.

En la Unidad de Salud hay lineamientos para formar un club de adolescentes, pero no funciona en la captación de este grupo en particular, es más, es difícil la captación de los adolescentes en general y entre los planes a desarrollar en dicho club, están los relacionados con la educación sexual y reproductiva.

---

<sup>9</sup> <http://www.laprensagrafica.com/index.php/el-salvador/10264.html>

<sup>10</sup> Informe Estadístico Mensual Automatizado, IEMA de la Unidad de Salud de San Antonio Abad, 2009 y 2010.

### **III. JUSTIFICACION**

El inicio de vida sexual activa se lleva a cabo cada vez más temprano, enfrentándose las adolescentes a estas relaciones sin ninguna preparación, pues no cuentan con una educación sexual estructurada y además no se acompaña del uso adecuado de métodos anticonceptivos, resultando un alto porcentaje de embarazos no planificados, que conllevan a consecuencias sociales como desintegración familiar, deserción escolar, desempleo o subempleo y económicas como bajos ingresos debido a su poca preparación académica, aumento de adolescentes que padecen enfermedades de transmisión sexual y SIDA y que contribuyen al incremento en las tasas de morbilidad materno - infantil.

Como médicos del primer nivel de atención, estamos en una posición privilegiada para educar y prevenir a nuestras adolescentes, las cuales muchas veces no cuentan con la asesoría necesaria para transitar por esa etapa tan difícil de sus vidas; así que se hace necesario adentrarse o indagar cuáles son las razones que llevan a que una adolescente no prevenga un embarazo no deseado, con todas las consecuencias que esto acarrea.

La importancia de la presente investigación radica en que existe un aumento de casos de embarazos en adolescentes que asisten a la Unidad de Salud de San Antonio Abad y es por esa razón que nos enfocamos en dicha población.

Además no existen estudios previos en la Unidad de Salud sobre esta temática, por lo que se podrá, con el presente trabajo, tener un enfoque sobre las características propias de los casos incidentes, reconocer también el área social más afectada y permitir así, brindar un reforzamiento en el área educativa y en base a los resultados obtenidos, dar el apoyo eficaz en el área individual y familiar.

Los resultados del estudio serán de utilidad al personal médico y enfermería de la Unidad de salud de San Antonio Abad, dependencia del Ministerio de Salud, a todos los estudiantes de salud que asisten a prácticas a la Unidad de Salud, también al grupo de trabajadores de salud materno infantil que hacen su año social en la institución y estudiantes particulares que se avoquen a la Unidad de Salud para conocer sobre esta problemática en esta área geográfica de influencia específica.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En la Unidad de Salud de San Antonio Abad, según el reporte epidemiológico, los principales problemas de salud de la institución son las infecciones respiratorias, las diarreas y las afecciones dérmicas; pero, en el área de ginecología y obstetricia se ha observado el aumento de embarazos en adolescentes, ya que como se había descrito anteriormente, el número de casos se ha incrementado al doble, de 2009 al 2010 y este año la tendencia se mantiene.

Además, hay que valorar las complicaciones físicas y psicológicas para la adolescente embarazada y para el bebé, ya que también esto genera preocupación en el sector salud.

En este trabajo se abordara el tema de los determinantes sociales de la planificación familiar y el embarazo adolescente en la Unidad de Salud de San Antonio Abad en el municipio y departamento de San Salvador, bajo el enfoque familiar, educativo e institucional.

**¿Cuáles son los determinantes sociales del embarazo adolescente y la planificación familiar en la Unidad de Salud de San Antonio Abad en el municipio de San Salvador, El Salvador. Septiembre-Octubre de 2011?**

## **V. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Conocer los determinantes sociales de la planificación familiar y de las adolescentes embarazadas que acuden a la Unidad de Salud de San Antonio Abad en el municipio de San Salvador durante los meses de Septiembre y octubre de 2011.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 1.- Caracterizar el contexto personal, social y económico de las adolescentes embarazadas que asisten a la Unidad de Salud de San Antonio Abad.
- 2.- Explorar el ambiente familiar de las adolescentes en estudio.
- 3.- Delimitar los conocimientos y la fuente de información que las embarazadas adolescentes tienen sobre planificación familiar.
- 4.- Establecer la percepción que las embarazadas adolescentes tienen de la atención del personal en la Unidad de Salud de San Antonio Abad.
- 5.- Precisar las razones que aducen las jóvenes estudiadas para no utilizar métodos de planificación familiar.

## **VI. MARCO TEORICO**

### **Determinantes sociales del embarazo en adolescentes**

La maternidad en la adolescencia representa un problema de salud pública, es considerada un indicador de desarrollo y es síntoma de múltiples problemas sociales.

Se encuentra vinculada a problemas de pobreza, educación, inequidad de género, vulneración de los derechos y contextos familiares adversos.

Asimismo, el impacto del embarazo en adolescentes trasciende al ámbito de la salud para ella y su hijo/a, con resultantes negativos para su escolarización, su inserción laboral y social, y que afectan el potencial de desarrollo, de autonomía, de participación y de ciudadanía de las personas jóvenes.

La prevención y la atención al embarazo adolescente desde la óptica de los derechos humanos y dentro del marco de la salud sexual y reproductiva debe ser un eje transversal de todas las políticas públicas que afectan a adolescentes y jóvenes, además de constituir componentes prioritarios en las políticas sectoriales de salud y educación.

En el nivel macrosocial se pueden mencionar las pautas culturales, la estructura socioeconómica o estratificación social, la estratificación por género y por etnia y las políticas públicas dirigidas a la salud reproductiva adolescente. El contexto social abarca también factores importantes más próximos al individuo, entre otros, el lugar de residencia, la estructura familiar y los grupos de sociabilidad integrados por docentes y grupos de pares, así como la existencia de servicios de prevención y atención en salud, especialmente en materia de salud sexual y reproductiva y la disponibilidad de recursos anticonceptivos.

Aún hoy, si las políticas destinadas a poner a disposición de los adultos los conocimientos y los medios para controlar su fecundidad encuentran resistencia

en las capas más conservadoras de la sociedad, las orientadas a la adolescencia son mucho más resistidas.

Según el lugar de residencia, existen diferencias entre los ámbitos rural y urbano en la fecundidad adolescente y es prácticamente universal.

Distintos grupos sociales ejercen influencia en la conducta adolescente. En particular, se ha postulado que el tipo de familia en que el adolescente ha sido socializado o con la que habita tiene una importante influencia sobre sus conductas sexuales y reproductivas. Así, las familias “bien constituidas”, con ambos padres biológicos presentes, ofrecerían un ámbito protector. Los adolescentes provenientes de esas familias tendrían una probabilidad menor de adoptar conductas de riesgo, es decir, de tener una iniciación sexual temprana y relaciones sexuales sin protección y, por lo tanto, de quedar embarazada o embarazar a su pareja.

En una investigación con adolescentes de 15-18 años se determinó que las mujeres que no conviven con la madre ni con el padre registran la mayor frecuencia de conductas de riesgo, su falta de cuidado en materia de anticonceptivos es tres veces más frecuente en la primera relación y casi nueve veces más frecuente en la última relación que la registrada por las chicas que conviven con ambos progenitores. Otro aspecto de la calidad de vida familiar que afecta las conductas reproductivas es la comunicación con los padres. La madre, suele brindar mensajes parciales. Al ejercer el rol precautorio, las madres tratan de proteger a las adolescentes de los riesgos que acarrea una vida sexual activa, procurando que las hijas adopten el modelo sexual que ellas consideran más beneficioso, que por lo general implica una concepción tradicional de los roles de género. Para alcanzar esos objetivos, la madre fundamentalmente transmite valores e impone límites. La transmisión de contenidos instrumentales para favorecer el ejercicio de una sexualidad responsable y protegida es, en cambio, mucho más limitada.

La fuente interpersonal preferida para hablar sobre temas de sexualidad (incluida la anticoncepción) es el grupo de pares y estos a menudo no son una fuente de información de buena calidad.

La disponibilidad de servicios de salud que atiendan las demandas en materia de sexualidad y anticoncepción de las adolescentes afecta las tasas y las modalidades de embarazo y fecundidad de esa población. La existencia de estos servicios depende en gran medida de la existencia de una política gubernamental en tal sentido, no sólo para establecer su legalidad, sino para que alcancen a los estratos más pobres, que solo tienen acceso a los servicios públicos de salud.

Resulta fundamental que los servicios que se instalen sean accesibles, tanto desde un punto de vista físico (localización) como subjetivo. Para que los adolescentes hagan efectivamente uso de éstos es crucial la actitud de los profesionales, que deben evitar la censura. Un clima cultural adverso a la sexualidad en la adolescencia puede verse reflejado en actitudes tales como la negativa de proveer anticoncepción o incluso atención.

Más allá de que en la adolescencia, la fecundidad aumenta con la edad, esta variable influye en la vulnerabilidad frente a situaciones de riesgo reproductivo. El uso de anticonceptivos en la iniciación, por ejemplo, aumenta con la edad a la que ocurre, de modo que, cuanto más temprana es mayor es el riesgo de embarazo, no sólo porque aumenta el tiempo total en que la mujer estará expuesta a embarazarse, sino porque es menor el porcentaje de las que adoptan conductas preventivas.

Aparte de la abstinencia, la única estrategia disponible de prevención de embarazos es el uso de anticonceptivos. El conocimiento sobre anticonceptivos es generalizado en la población adolescente de América latina. El problema de los embarazos no planeados, al menos en el caso de los adolescentes urbanos, parece no obedecer al conocimiento de los medios para evitarlos, sino en que dicho conocimiento no lleva necesariamente a una acción adecuada.

En relación con los anticonceptivos se ponen de manifiesto los miedos frente a los efectos secundarios de los métodos químicos y el rechazo al condón, por su interferencia con el placer y lo “natural”.

En el plano de la relación con la pareja, la iniciación sexual y el uso de anticonceptivos son producto de negociación. No se trata necesariamente de una negociación entre iguales en la que se tienen en cuenta los deseos de ambos miembros. En las sociedades latinoamericanas, el varón está todavía en mejores condiciones de imponer su voluntad, aun sin recurrir a la violencia.

La relación inversa entre nivel de educación y fecundidad es posiblemente la más documentada y parece cruzar las barreras culturales, pues se verifica en prácticamente todos los países.

Los vínculos entre maternidad temprana y pobreza deben considerarse en dos sentidos. Por una parte, la maternidad en la adolescencia obstaculiza la continuidad escolar y reduce las oportunidades de inserción laboral en condiciones que permitan generar los recursos necesarios para el desarrollo de los(as) hijos(as); de ahí que la reproducción durante la adolescencia esté considerada entre los eslabones de la reproducción intergeneracional de la pobreza. Por otra parte, la condición de pobreza suele significar ausencia de oportunidades y limitaciones para la construcción de proyectos de vida distintos a la maternidad como destino principal de la mujer.

### **Adolescencia.**

La O.M.S. define a la adolescencia como la segunda década de la vida, es decir, desde los 10 a los 19 años. Hoy en el mundo entero existen cerca de 1,600 millones de adolescentes, lo que corresponde a casi un 30% de la población total. Se estima que para el año 2025 esta cifra llegará a los 2000 millones. Tan solo en

América Latina y el Caribe la población de estas edades alcanzan hoy 148 millones lo que también equivale a un 30% de la población total de la región<sup>11</sup>.

El estudio de la adolescencia es la comprensión de los períodos adyacentes: La niñez y la adultez. Mientras el adulto y el niño tienen un concepto claro del grupo al que pertenecen, el adolescente queda entre ambos sin definirse claramente en ninguno de ellos dado que la sociedad lo trata ambiguamente. El adolescente tiene una franca dificultad para lograr su ubicación social y ejercer sus obligaciones por lo que su conducta refleja inseguridad<sup>12</sup>.

En la adolescencia comienza un largo proceso de autodefinición, siendo la definición sexual y de género dos procesos claves. El deseo y el interés sexual se incrementan en la medida que se acelera el desarrollo hormonal y al mismo tiempo enfrentan opuestas presiones de su familia, de sus pares y de la sociedad en general, en cuanto a aceptar ciertas normas de acuerdo a su rol estereotipado de género.

### **Educación sexual.**

La educación sexual es el proceso educativo vinculado estrechamente a la formación integral de los niños y los jóvenes que les aporta elementos de esclarecimiento y reflexión para favorecer el desarrollo de actitudes positivas hacia la sexualidad, que puedan reconocer, identificarse y aceptarse como seres sexuales y sexuados, sin temores, angustias, ni sentimientos de culpa, para que favorezcan las relaciones interpersonales y la capacidad de amar, destacando el valor del componente afectivo para el ser humano y para proporcionar la vida en pareja y la armonía familiar<sup>13</sup>.

---

<sup>11</sup> Meacham D. "Sexualidad y salud reproductiva del adolescente: El desafío del 2000." 1998 pág 34- 35

<sup>12</sup> Maddaleno M. "La Salud del adolescente y del joven". Publicación científica No. 552. 1995 pág 27- 30.

<sup>13</sup> Marhler H. "Simposio latinoamericano, de planificación familiar" 1995 pág 42.

La educación sexual debería comenzar lo más pronto posible, no en el momento del nacimiento sino en el momento de la concepción del nuevo ser y continuar de nuevo de forma armónica y progresiva durante toda la vida<sup>14</sup>.

Tradicionalmente los/las adolescentes constituyen un grupo sexualmente activo pero desinformado o mal informado respecto al tema sexual. Dicha información puede ser limitada o simplemente prohibida por la familia, por la comunidad, por la iglesia, por los valores culturales imperantes, etc. Como resultado muchas mujeres y varones jóvenes que tienen vida sexual no utilizan métodos anticonceptivos.

### **Planificación Familiar.**

La planificación familiar es permitir a las parejas y las personas ejercer libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y obtener la información y el medio necesario para hacerlo, asegurando que se ejerza sus acciones con conocimiento de causa y tenga a su disposición una gama de métodos seguros y eficaces<sup>15</sup>.

El acceso a la planificación familiar está concebido como un derecho sin distinción de cultura, condición social, raza, estado civil, religión o género. Sin embargo este servicio no se brinda a todos por igual, siendo el período de la adolescencia el más expuesto a la falta de información y servicios de contracepción.

La anticoncepción es poco accesible para la población adolescente a causa de tabúes sociales que la obstaculizan, barreras económicas, falta de servicios confidenciales y por el inadecuado conocimiento acerca de los métodos y dónde obtenerlos. También persisten temores respecto a los efectos secundarios de los

---

<sup>14</sup> "Manual de Medicina de la adolescencia "O.P.S.- O.M.S. 1996 pág. 58.

<sup>15</sup> Marhler H. "Simposio latinoamericano, de planificación familiar" 1995 pág 42.

métodos, lo que puede desincentivar a las adolescentes que quieren regular su fecundidad<sup>16</sup>.

Por otra parte, tomando en cuenta que las relaciones sexuales en esta etapa de la vida son frecuentemente esporádicas y de una naturaleza no planificada, esto también constituye un obstáculo para el uso consistente de los métodos y predispone a adquirir enfermedades de transmisión sexual y el Sida.

El uso de anticonceptivos en la adolescencia es poco frecuente, irregular y esporádico. La elección de un método contraceptivo exige colocar en un platillo de la balanza la seguridad del mismo y en el otro platillo los riesgos que produce. No obstante en todo caso, los contraceptivos tienen menos riesgo que la gestación que justamente tratan de evitar, es decir, que dejando a la naturaleza obrar espontáneamente y tener todos los hijos que quiera hay más riesgo para la mujer que regulando la natalidad aún cuando los procedimientos reguladores puedan tener inconvenientes.

## **Embarazo y Adolescencia**

Se define como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica cero o edad de la menarquía) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. Ha sido llamado también el síndrome del fracaso o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza<sup>17</sup>.

El tema de los embarazos adolescentes es un motivo de gran preocupación para muchas personas en todo el mundo. Es por ello que se han llevado a cabo

---

<sup>16</sup> Meacham D. "Sexualidad y salud reproductiva del adolescente: El desafío del 2000." 1998 pág 41

<sup>17</sup> "Familia y Adolescencia: Indicadores de salud" O.P.S. - O.M.S. 1997 pág.4

innumerables esfuerzos para educar a los jóvenes acerca de todo lo pertinente al sexo y a los diferentes métodos de control de la natalidad. La disminución de las tasas de embarazos adolescentes en los países occidentales industrializados ha demostrado que dichos esfuerzos han dado buenos resultados, a pesar de que los números están lejos de ser los esperados.

Aunque los Estados Unidos están entre los países con las tasas de embarazos adolescentes más bajas a nivel mundial, aún poseen la tasa de embarazos adolescentes más alta entre todos los países del Primer Mundo o países industrializados<sup>18</sup>.

En América Latina cada año tres millones trescientos doce mil adolescentes llevan a término un embarazo, donde un tercio de las mujeres son madres en su adolescencia, con la excepción de Nicaragua y Guatemala donde la mitad ya es madre al llegar los veinte años.

De acuerdo al VI Censo Nacional de Población de El Salvador, para el año 2007 se encontró un total de 560,722 mujeres de 15 a 24 años de edad, que constituye un segmento poblacional de importancia considerable en salud pública, tanto por su relación con la fecundidad, como en el avance de la epidemia del VIH-sida, si no existe acceso adecuado a la educación y los servicios en salud sexual y reproductiva. De acuerdo a los datos de FESAL-2008, del total de mujeres adolescentes de 15 a 19 años, el 24 por ciento está o estuvo en unión conyugal y el 18 por ciento tiene al menos un(a) hijo(a)<sup>19</sup>.

Los embarazos de las adolescentes salvadoreñas son una realidad documentada con datos estadísticos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social que arrojan cifras, según los expertos en salud, alarmantes.

---

<sup>18</sup> [http://espanol.pregnancy-info.net/estadisticas\\_de\\_embarazos\\_adolescentes.html](http://espanol.pregnancy-info.net/estadisticas_de_embarazos_adolescentes.html)

<sup>19</sup> Informe final. FESAL 2008. Pag viii

De hecho, en la encuesta FESAL 2008, señala que la tasa de fecundidad de la población adolescente es de 104 por cada 1,000 nacidos vivos, es decir, que hay 104 mujeres entre los 15 y 19 años que están dando a luz.

Más allá de las cifras estadísticas, médicamente, los embarazos en adolescentes conllevan una serie de problemas que, de no ser atendidos a la mayor brevedad, pueden traer consecuencias negativas para las jóvenes, sus bebés y sus familias. Según el Hospital Nacional de Maternidad en agosto del 2008 las estadísticas del Hospital registraban 350 casos más de embarazos en niñas entre los 10 y 19 años de edad, ya que en el año 2007 entre los meses de enero a agosto se atendieron a 2, 019 adolescentes y en el 2008, en el mismo período ya llevaban 2, 369.

El llamado es para que las jóvenes utilicen algún método anticonceptivo para evitar embarazos a temprana edad y las autoridades del Hospital de Maternidad además invitan a las jóvenes que están embarazadas a asistir al Club de Embarazadas, a donde podrán ser educadas sobre los cambios que se dan durante los nueve meses.

## **VII. METODOLOGIA**

### **Tipo de estudio.**

La investigación es descriptiva. Serie de casos.

### **Área de estudio.**

Unidad de Salud de San Antonio Abad, departamento de San Salvador, El Salvador.

### **Período en que se realizó el estudio.**

Durante los meses de septiembre y octubre del 2011.

### **Población en estudio**

Población adolescente embarazada que consulta a la Unidad de Salud de San Antonio Abad, departamento de San Salvador.

### **Muestra**

Son 52 adolescentes embarazadas que acudieron a la Unidad de Salud de San Antonio Abad durante los meses de septiembre y octubre del 2011 y que pertenecen al área geográfica de influencia (AGI) de la Unidad de Salud.

### **Criterios de inclusión**

Adolescentes embarazadas, entre los 10 y 19 años, que asistan a control prenatal en la Unidad de Salud de San Antonio Abad.

### **Criterios de exclusión**

Adolescentes que no pertenezcan al AGI de la Unidad de Salud.

Adolescentes que no quieran colaborar.

## **Ética**

Se contó con el consentimiento informado escrito de todas las personas incluidas en el estudio. Se mantuvo una estricta confidencialidad en los datos aportados en la entrevista y se conservó además privacidad adecuada durante la realización de las entrevistas.

## **Recolección de la información.**

La fuente de datos fue primaria, pues se realizó a través de una guía de entrevista con preguntas cerradas, a las adolescentes embarazadas que asistieron a control prenatal en la Unidad de Salud entre los meses de septiembre y octubre de 2011, se solicitó el consentimiento a cada paciente para realizar la entrevista. Se explicó el objetivo de ésta y la importancia de que respondan con la verdad, la utilidad que va a generar el estudio y por supuesto la confidencialidad de la información que nos brinden. En la entrevista se utiliza un instrumento elaborado para el presente estudio.

Las entrevistas se realizaron de forma individual, con una paciente a la vez. Fueron llevadas a cabo en un cubículo cerrado que brindó la privacidad y condiciones necesarias para este fin.

## **Procesamiento y análisis de la información.**

Los datos fueron introducidos en el programa estadístico EPI INFO versión 3.5 expresando los resultados en tablas y gráficos y utilizando porcentajes como medida de resumen.

## **Trabajo de terreno**

Se envió una carta a la Región Metropolitana de Salud para solicitar la autorización del estudio en la Unidad de Salud de San Antonio Abad y posteriormente se le presentó dicha autorización a la dirección de la Unidad de Salud para que se me permitiera realizar las entrevistas con la población en estudio.

## VIII. RESULTADOS

Se realizó entrevista a 52 adolescentes embarazadas, pertenecientes al área geográfica de influencia de la Unidad de Salud de San Antonio Abad.

El 60% (31 pacientes) de las adolescentes entrevistadas están entre las edades de los 17 a los 19 años.

El 54% del grupo estudiado están solteras, el 37% en unión libre y el 8%, casada, lo que implica un alto porcentaje de embarazadas adolescentes que legalmente no poseen una estabilidad familiar, ya que o están solteras o en ocasiones por el embarazo se han ido a vivir con su pareja. **Ver anexo tabla 1**

El 56% (29 adolescentes) solo cursó la primaria o parte de ella; del total de adolescentes el 40% (21) estudia actualmente y el 46% (24) piensa seguir estudiando después del embarazo; aquí hay que hacer referencia a que muchas pacientes, están terminando el año escolar porque todavía no es notoria su gestación. También, las adolescentes que manifestaron que pensaban seguir estudiando después del parto, dicen que ellas lo desean así, pero que todo dependerá de la ayuda de sus familiares y pareja. Además, el 60 % de la población en cuestión, interrumpió sus estudios a causa de un embarazo el cual fue “no planeado” en un 75 % de los casos.

El inicio de la vida sexual en este grupo es muy temprano, ya que el 79% (41 adolescentes), tuvieron sus primeras relaciones sexuales antes de los 17 años, lo que concuerda con las estadísticas del resto de países de América Latina.

De 29 adolescentes que cursaron la primaria solamente, 28 iniciaron relaciones sexuales antes de los 17 años. Las relaciones sexuales iniciadas a temprana edad, tienen relación con el bajo nivel de escolaridad, lo que conlleva a que tienen menos información y además, posiblemente distorsionada, de lo que es salud sexual y reproductiva **(Gráfico 1)**

El estudio indica que el 61% (32 pacientes) de las embarazadas adolescentes asiste a una iglesia o congregación, mientras que el 39% restante (20 adolescentes) refieren no practicar ninguna religión. Un alto porcentaje asiste a las iglesias, pero se sabe que la educación sexual no es un tema que se aborde, al contrario, se reprime y se toma como falta a la moral. **Ver anexo tabla 2.**

El 77% de las pacientes se encuentra cursando su primer embarazo, el 23% acude con su segundo embarazo y ninguna tiene 3 hijos o más.

Se investigó si la población en estudio tenía amigas que fueran madres adolescentes y los datos arrojan que casi la mitad de ellas (48%) si conocen y tienen amistad con otras adolescentes que han pasado por un embarazo, por lo que se deduce que efectivamente el círculo social de las adolescentes influye en la conducta sexual de los jóvenes. **(Gráfico 2)**

Al investigar sobre el nivel educativo de los padres de las adolescentes, se observa que el mayor porcentaje se encuentra en los que han cursado grados de primaria y un poco menor los de secundaria y muy pocos son técnicos y universitarios. **(Gráfico 3)**

En cuanto a lo económico, el 37% son independientes económicamente, el 42% son los padres los que cubren ese rubro, 37% ella misma y el 19%, la pareja. Es importante saber que el ingreso mensual del grupo familiar, en su mayoría ronda entre los 100 Y 300 dólares, cantidad que en este país no cubre las necesidades básicas de la población; además, la baja escolaridad alcanzada les bloquea el acceso a trabajos mejor remunerados. **(Gráfico 4)**

Un 29% de pacientes viven con ambos padres y del 71% restante (37 adolescentes), 15 viven con su pareja, 10, con su madre y 9 con otro familiar, que generalmente es la abuela, ya que sus padres han emigrado a Estados Unidos, han quedado huérfanas por la violencia o simplemente no se han hecho responsables de su crianza. **(Gráfico 5)**

En cuanto al ámbito familiar, se observa que 30 de las pacientes (58%) dicen tener una relación regular con su familia; mala, 7 adolescentes (13%); indiferente, 4

(8%) y buena, 11(21%). Además, las reacciones que tomaron los familiares ante el embarazo son en orden de frecuencia: **(Gráfico 6)**

Se enojaron	18 pacientes (35%)
Le ayudarán con el hijo	15 pacientes (29%)
Indiferencia	7 pacientes (13%)
Están contentos	5 pacientes (10%)
La corrieron de la casa	4 pacientes (8%)
Aceptaron el embarazo	3 pacientes (5%)

Sin embargo, aun llevando una regular relación con la familia, 15 de esas adolescentes (29%) serán apoyadas por su familia, también se captó que pocas familias les dieron la espalda, porque aunque muchas respondieron que sus familiares se enojaron, dieron por sentado que eso era transitorio y que después tendrían que aceptar la situación.

El 67% (35 pacientes) dice conocer acerca de los métodos anticonceptivos y el 33% (17 pacientes) no recibió información alguna sobre planificación familiar. Cabe aclarar que este “conocer” no es en realidad así, ya que ellas se refieren a que “han oído hablar” de tal o cual método pero en realidad desconocen su uso correcto. **(Gráfico 7)**

Los conocimientos que poseen sobre planificación familiar son escasos, imprecisos e incompletos. Hay adolescentes que conocen sobre el uso correcto de los métodos por la experiencia del uso y no porque hayan recibido información previa al respecto.

En cuanto a los conocimientos de métodos de planificación familiar, de acuerdo con la escolaridad de la paciente, se observa que de 17 adolescentes (100%) que dicen no conocen sobre planificación familiar, 14 (82%) cursaron solamente

primaria; 3 (18%), secundaria y ninguna universitaria, lo que hace ver que a mayor nivel educativo, las adolescentes conocen más sobre planificación familiar.

Se observa que de las 35 embarazadas adolescentes (100%) que dicen conocer sobre planificación familiar, el 35% (14) recibió información del personal de salud, un 30% (12) de amigos y, de los padres o familiares un 5% (2), lo que indica que no se cumple con el rol educativo de la familia, si se toma en cuenta que la primera escuela es el hogar.

El 60% opina que es el personal de salud quien debe dar información sobre planificación familiar, seguida de los padres con un 19% y solo un 10% piensa que esa educación debe impartirse en los centros de estudios.

El método de planificación familiar más conocido es el condón, luego las que dicen conocerlos todos y pocas se refieren a los inyectables solamente. **(Gráfico 8)**

El 62% de las pacientes han pensado planificar después de este embarazo, mientras que el 38% restante aduce que no lo han pensado porque no tienen pareja y no piensan tenerla en algún tiempo.

La fuente de información sobre métodos de planificación familiar, entre las que dicen conocer de ellos, principalmente fue el personal de salud, seguido de los amigos, la escuela, los padres y por último, los medios de comunicación, hubo un pequeño porcentaje que no contestó. **(Gráfico 9)**

Al relacionar la escolaridad de las adolescentes con saber si tienen o no conocimientos de planificación familiar se encuentra que entre las que dicen conocer del tema, pocas son universitarias y es porque las que llegan a este nivel educativo sin salir embarazadas, tienen más claros los métodos para evitar embarazos no deseados. **(Gráfico 10)**

La percepción que las adolescentes en estudio tienen de la Unidad de Salud es en un 83% (44 pacientes) buena y un 79% (41 pacientes) de ellas acudirían a solicitar atención en planificación familiar a esta Unidad de Salud ya que les queda cerca y dicen que es el lugar adecuado donde buscar no solo la atención, sino la información. **(Gráfico 11)**

Las razones que las participantes expresan del por que se embarazaron son (en orden de frecuencia) principalmente porque no se lo esperaban, era la primera vez, no quería usar métodos de planificación y algunas que estaban buscando el embarazo. **(Gráfico 12)**

Del total de pacientes un 37% ha usado alguna vez métodos de planificación familiar y las razones que aducen del por que dejó de usarlos son en orden de frecuencia: Por descuido en un 38%; por efectos secundarios, 24%; su pareja no quería, 14%; por la atención en la unidad de salud y porque ella no quiso, ambas con un 9.5% y finalmente un 5% no manifiesta las razones. **(Gráfico 13)**

También se preguntó al 63% de entrevistadas que nunca habían usado métodos de planificación familiar, las razones para no usar anticonceptivos y sus respuestas fueron en orden de frecuencia: Que no querían que la gente se enterara que tenían relaciones sexuales, no sabía con que evitar el embarazo, no le queda tiempo para ir a la Unidad de Salud para planificar, su pareja no quería y algunas de ellas no contestaron. **(Gráfico 14)**

Para finalizar se les pidió que dieran sugerencias para el personal de salud, para que pudieran ayudar a otras adolescentes a evitar embarazos no deseados y muchas fueron hacia la mecánica de charlas educativas, dirigidas a los jóvenes, pero también a los adultos, para que sepan aconsejar y dar información clara y adecuada; además, dichas charlas no solo se deben impartir en la Unidad de Salud, sino en las escuelas. También dijeron que sería bueno que haya información en las calles, promoviendo el uso de anticonceptivos y que la atención en la Unidad de Salud sea más ágil y más confidencial.

## IX. DISCUSIÓN

El conocimiento por sí solo no es suficiente para poder cambiar conductas. Los programas que se basan en brindar información sobre preceptos morales y sexuales (como funciona el sistema sexual del cuerpo, que es lo que los jóvenes deben y no deben hacer) han fallado. ¿Deberíamos hacer lo posible por suprimir la conducta sexual de los jóvenes o reconocer que muchos de ellos son sexualmente activos para así prepararlos a enfrentar las consecuencias negativas de sus actos?

La orientación y calidad de la educación sexual en nuestra sociedad es pobre y confusa, principalmente para los adolescentes.

Dados los resultados sobre la escolaridad de las adolescentes embarazadas, es imperativo que la educación sexual empiece en las etapas más tempranas en la escuela.

El problema es que entre la educación, la información y el comportamiento hay una enorme brecha, además hay mitos y tabúes que van contra el conocimiento franco y abierto de la sexualidad en los adolescentes. La realidad es que el gobierno, las instituciones religiosas y las de salud no han logrado disuadir eficazmente a los adolescentes de iniciar su actividad sexual con responsabilidad. Es necesario que en los centros de salud, las escuelas o en la comunidad haya un diálogo más abierto sobre la sexualidad para que los adolescentes hagan uso de los servicios existentes.

Existe un alto nivel de desinformación y desconocimiento entre los adolescentes en cuanto a sexualidad se refiere y todo lo que ésta implica. Desde siempre se ha venido tradicionalmente heredando de una generación a otra como norma el que los niños, adolescentes y jóvenes no deben conocer asuntos referentes a su sexualidad como una forma de protegerlos, pues se ha creído erróneamente que

al ignorar esta información se bloquearían impulsos, se inhibiría la curiosidad por experimentar y por consiguiente la búsqueda de una relación sexual.

La incorporación de la educación sexual en los planes de enseñanza debe ser una preocupación constante del gobierno, los grupos religiosos, los educadores y los padres ya que a través de ella se forman actitudes, se adquiere información y conocimientos acerca de la identidad con respecto a la sexualidad.

La primera medida que los padres deben adoptar para la sana educación sexual de sus hijos consiste en contestar directamente con franqueza y naturalidad las preguntas que les hagan los niños. Los conflictos de los adolescentes se ven agravados por los conceptos falsos o deformados que les han enseñado sobre lo sexual. Aquí, se marca la situación de que la mayoría de la población en estudio proviene de una familia no estructurada, debido a abandonos, separaciones a causa de la migración, divorcios, defunciones, etc.

Los adultos se ven enfrentados a los requerimientos de los jóvenes con una información sexual no estructurada, ya sea por no haber una educación formal al respecto, por su propia estructura moral y psicológica o por pertenecer a una generación en la que no se discutió el tema en forma amplia.

La edad de la primera relación sexual da una pauta para estimar el riesgo que corre la adolescente, ya que a menor edad el riesgo para un embarazo precoz, es mayor. Se observa que en El Salvador, como en el resto de América Latina, cada vez se inicia a más temprana edad la actividad sexual.

La mayoría de las adolescentes conocen de los anticonceptivos hasta que llegan al centro de salud para su control prenatal, pues ni sus padres, ni sus maestros les hablaron de planificación familiar y tuvieron fuentes de información poco apropiadas como sus amigos o su pareja.

Además no existe una comunicación adecuada entre los padres o los familiares a cargo y las adolescentes, donde estos últimos sienten temor a preguntar y les avergüenza mostrar su interés por el tema.

En comparación a informes de población en El Salvador, respecto a cuantas adolescentes han utilizado métodos de planificación familiar, la tendencia es similar en San Antonio Abad, ya que la gran mayoría no los ha usado y es que expresaron que no pensaban o no esperaban que pudieran salir embarazadas y además para muchas era su primera vez.

Una madre adolescente tiene menos oportunidades de continuar sus estudios y sus posibilidades de salir de la pobreza o independizarse económicamente son bajas.

Las instituciones educativas y de salud informan parcialmente acerca de aspectos biológicos, como el ciclo menstrual y la planificación familiar; son los amigos y la pareja, los que en muchas ocasiones se constituyen en los educadores sexuales más importantes.

En su mayoría, las adolescentes identifican al condón como método de planificación familiar, seguido de las inyecciones, pero existe un importante porcentaje que dijo desconocer sobre el tema.

## **X. CONCLUSIONES**

1.- La desinformación sobre planificación familiar, la falta de empatía por parte de los agentes educadores hacia los adolescentes, están presentes en un gran porcentaje en el embarazo adolescente en la comunidad de San Antonio Abad, ya que las adolescentes todavía piensan que en la primera relación sexual no pueden salir embarazadas y en ocasiones son influenciadas a no protegerse a petición de su pareja, lo que las lleva a tener relaciones sexuales sin protección contra el embarazo, por lo que éste se sucede al poco tiempo de haber iniciado vida sexual.

2.- El embarazo adolescente se ve influenciado por determinantes sociales como baja escolaridad, vivir en un hogar desintegrado, bajos ingresos económicos familiares, trabajos a temprana edad, fuerte influencia por su círculo social y en ocasiones por las exigencias de su pareja.

3.- La ausencia de una buena comunicación familiar, que llega hasta la indiferencia, marcan de manera errónea, la forma como los adolescentes ven la sexualidad.

4.- La Unidad de Salud se convierte, para las adolescentes, en un ente educador y de apoyo en el área de salud reproductiva, pero hay que mejorar la forma en que el tema se maneja con este grupo.

## **XI. RECOMENDACIONES**

### **AL MINISTERIO DE EDUCACION**

Que los programas de educación sexual inicien en la escuela primaria, ya que tienen la ventaja adicional de llegar a los jóvenes antes de iniciar una vida sexual y que sea continua e ininterrumpida a lo largo de su vida escolar, adecuando la información al nivel de comprensión del adolescente.

Que en las ya formadas "escuelas para padres", en cada centro educativo, se realicen talleres y seminarios donde se impartan temas de educación sexual y se haga énfasis en mecanismos a utilizar para mejorar las relaciones de comunicación con los hijos.

Se debe preparar y dar educación sexual a los maestros para que de esta forma estén capacitados para impartir estos conocimientos a los alumnos.

También se debe establecer programas de información, comunicación y educación en la salud sexual para y con los adolescentes: radial, televisado y material impreso que pueda llegar a los jóvenes que están fuera del sistema educativo formal.

### **A LAS UNIDADES DE SALUD**

Activar los Clubes de adolescentes para contribuir a una sólida orientación educativa sobre salud sexual y reproductiva, por medio de charlas impartidas por profesionales capacitados y motivados y que sean los mismos adolescentes los que se vuelvan multiplicadores de dichos conocimientos.

Identificar entre el personal, profesionales que brinden confianza a los adolescentes y que respeten los principios de confidencialidad, consentimiento, pudor y dignidad del paciente.

Capacitar y concientizar al personal de salud sobre la problemática del embarazo adolescente, para realizar acciones con enfoque integral (cuerpo-espíritu-mente-sociedad) y que respeten los principios básicos de educación dirigida a los adolescentes: con acción participativa del propio joven, con enfoque individual, familiar e institucional, haciendo énfasis en el cambio de actitudes y comportamiento.

Ofrecer servicios de alta calidad, al igual que métodos anticonceptivos apropiados y accesibles.

Se deben realizar campañas informativas a la comunidad en general a fin de educar, informar, sensibilizar e involucrar a los adultos en el tema para que cumplan un rol informativo y preventivo.

# XII. ANEXOS

## ANEXO 1

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA**  
**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**  
*MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA 2008-2010. EL SALVADOR*

DETERMINANTES SOCIALES EN EMBARAZO ADOLESCENTE Y PLANIFICACION FAMILIAR,  
UNIDAD DE SALUD SAN ANTONIO ABAD. EL SALVADOR.

Objetivo: Conocer los determinantes sociales

Numero de entrevista \_\_\_\_\_ Fecha llenado del cuestionario: \_\_\_\_/\_\_\_\_de 2011

### **I. Contexto personal, social y económico:**

1. Edad: \_\_\_\_\_

2. Estado Civil: Casada: \_\_\_\_ Unión Libre: \_\_\_\_ Soltera: \_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

3. Escolaridad: Ninguno\_\_\_\_ Primaria\_\_\_\_ Secundaria\_\_\_\_ Universidad\_\_\_\_

4. Ocupación: Estudiante\_\_\_\_ Empleada\_\_\_\_ Ama de casa\_\_\_\_ Otro\_\_\_\_\_

5. Religión que practica: Católica\_\_\_\_ Evangélica\_\_\_\_ Otro\_\_\_\_\_ Ninguna\_\_\_\_

6. ¿Estudia actualmente?: Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

7. Piensa seguir estudiando? Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

8. Cuantos hijos desea? 1\_\_\_\_ 2\_\_\_\_ 3\_\_\_\_ no sabe\_\_\_\_

9. Como hará para lograr ese número de hijos?

Planificar\_\_\_\_ Esterilizarme\_\_\_\_ Abstinencia \_\_\_\_ Remedios caseros\_\_\_\_ No sabe\_\_\_\_

10. El embarazo actual fue planeado? Si\_\_\_\_ No \_\_\_\_

11. A qué edad tuvo sus primeras relaciones sexuales?

Antes de los 11 años \_\_\_\_ 11- 13 años \_\_\_\_ 14 –16 años \_\_\_\_ 17-19 años \_\_\_\_

12. Cuantas parejas sexuales ha tenido: 1\_\_\_\_ 2\_\_\_\_ 3 o más \_\_\_\_

13. Cuantas veces se ha embarazado: 1\_\_\_ 2\_\_\_ 3 ó más\_\_\_

14. Tiene amigas que son madres siendo adolescentes? Sí\_\_\_ No \_\_\_

15. Fuente de ingresos: Padres\_\_\_ Pareja\_\_\_ Ella misma\_\_\_ Otros\_\_\_

16. Ingreso mensual (aprox): < \$ 100 \_\_\_ 100-300\_\_\_ > 300 \_\_\_

17. Nivel educativo de su madre:

Ninguno \_\_\_ Primaria \_\_\_ Secundaria \_\_\_ Técnico \_\_\_ Universidad \_\_\_

18. Nivel educativo de su padre.

Ninguno \_\_\_ Primaria \_\_\_ Secundaria \_\_\_ Técnico \_\_\_ Universidad \_\_\_

## II. Ambiente familiar

19. Vive con ambos padres: Si \_\_\_ No\_\_\_

20. Si la pregunta anterior es **No**, con quien vive:

Mamá\_\_\_ Papá \_\_\_ Otro familiar\_\_\_ Pareja\_\_\_ Otro \_\_\_

21. Como considera la relación con su familia:

Buena\_\_\_ Regular\_\_\_ Mala\_\_\_ Indiferente\_\_\_

22.Cuál es la reacción de la familia con el embarazo?

Están contentos \_\_\_ Le ayudaran con el hijo \_\_\_ Aceptaron el embarazo \_\_\_

Se enojaron \_\_\_ La corrieron de casa \_\_\_ Indiferencia \_\_\_

## III. Conocimientos sobre educación sexual

23. Tiene conocimientos de métodos de planificación familiar? Si \_\_\_No \_\_\_

24. De ser SI su respuesta, ¿Quién le ofreció la información?

Padres o familiares \_\_\_ Amigos \_\_\_ TV, radio y prensa \_\_\_ Personal de salud \_\_\_

Escuela \_\_\_

25. Que métodos de planificación familiar conoce?

Naturales \_\_\_\_ Orales \_\_\_\_ Inyectables \_\_\_\_ Condón \_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_ Todos \_\_\_\_

26. Ha pensado usar algún método de planificación familiar después de su embarazo?

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

27. Quien considera que debe darle información sobre planificación familiar:

Padres o familiares \_\_\_\_ amigos \_\_\_\_ TV y radio \_\_\_\_ Personal de salud \_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_

28. Le han hablado de planificación familiar en la Unidad de Salud? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

29. Conoce las consecuencias de un embarazo en adolescentes? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

30. Que consecuencias conoce:

Complicaciones de embarazo \_\_\_\_ Dejar de estudiar \_\_\_\_ Problemas familiares \_\_\_\_

Problemas económicos \_\_\_\_ Frustración de metas \_\_\_\_ No sabe \_\_\_\_

#### **IV. Percepción de la adolescente embarazada sobre la atención de la Unidad de Salud**

31. Como es la atención en la Unidad de Salud?

Excelente \_\_\_\_ Buena \_\_\_\_ Regular \_\_\_\_ Mala

32. Acudiría a esta Unidad de Salud para solicitar planificación familiar?

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

#### **V. Razones para no utilizar métodos de planificación familiar.**

33. Porqué se embarazó?

No quiso usar métodos de planificación \_\_\_\_ Pareja no quiso usarlos \_\_\_\_

Quería embarazarse \_\_\_\_ No se lo esperaba \_\_\_\_ Era la primera vez \_\_\_\_

34. Ha utilizado algún método de planificación familiar? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

35. Si la respuesta es SI, por que deajo de usarlos?

Por efectos secundarios\_\_\_\_ Ella ya no quiso\_\_\_\_ Su pareja no quería\_\_\_\_ Por la atención en la Unidad de salud\_\_\_\_ Descuido\_\_\_\_ No se enteraran los padres\_\_\_\_ No sabe\_\_\_\_ No corresponde \_\_\_\_

36. Si la respuesta es NO, porque no los utilizo:

No sabía\_\_\_\_ Su pareja no quería\_\_\_\_ No le queda tiempo de ir a U/S\_\_\_\_ No quiere que se enteren\_\_\_\_ No corresponde \_\_\_\_

37. Que sugerencias daría al personal de salud para ayudar a las jóvenes adolescentes a evitar un embarazo no planificado

---

---

## ANEXO 2

### MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

**Para el objetivo 1:** Caracterizar el contexto personal, social y económico de las adolescentes embarazadas que asisten a la Unidad de Salud de San Antonio Abad.

VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA	VALOR	ESCALA
Edad	Edad cronológica en años del usuario desde su nacimiento	10-12 13-15 16-18 19-	Cuantitativa discreta
Estado civil	Situación legal con la pareja	Soltera, Casada Unión libre, Otro	Cualitativa nominal
Escolaridad	Ultimo grado escolar alcanzado por la usuaria	Ninguno, primaria, secundaria, técnico, universidad	Cualitativa nominal
Ocupación	Es el trabajo que desempeña la persona para vivir.	Estudiante Empleada formal Ama de casa, Otro	Cualitativa nominal
Religión	Es la Iglesia en donde se congrega	Católica, Evangélica, Otra, ninguna	Cualitativa nominal
Estudia actualmente		Si, no	dicotómica
Piensa seguir estudiando		Si-No	dicotómica
Cuantos hijos desea	Tamaño de la familia que desea formar	1, 2, 3, no sabe	Cuantitativa discreta

Como hará para lograr ese número de hijos		Planificar, Esterilizarme, Abstinencia, Remedios caseros, No sabe	Cualitativa nominal
El embarazo actual fue planeado		Si-No	dicotómica
Edad de primera relación sexual	Edad de primer coito	Antes de los 11, 11-13 años, 14 –16 años, 17-19 años	Cuantitativa discreta
Parejas sexuales	Número de personas con las que ha tenido sexo	1, 2, 3 o mas	Cuantitativa discreta
Embarazos	Cuántas veces se ha embarazado	1, 2, 3 o mas	Cuantitativa discreta
Amigas que son madres adolescentes	Relaciones con otras adolescentes que pasaron por un embarazo	Si-No	dicotómica
Fuente de ingresos	Quien lleva el dinero a la casa	Padres, Pareja, Ella misma, Otros	Cualitativa nominal
Ingreso mensual (aprox)	Promedio de ingreso monetario al mes	< \$ 100, 100-300, > 300	Cuantitativa discreta
Nivel educativo de su mamá	Grado de escolaridad alcanzado por la madre	Ninguno, Primaria, Secundaria, Técnico, Universidad	Cualitativa nominal
Nivel educativo de su papá	Grado de escolaridad alcanzado por el padre	Ninguno, Primaria, Secundaria, Técnico, Universidad	Cualitativa nominal

**Para el objetivo 2:** Explorar el ambiente familiar de las adolescentes en estudio.

VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA	VALOR	ESCALA
Vive con ambos padres	La familia esta normalmente estructurada	Si-No	Dicotómica
Con quien vive	Personas encargada del lugar donde habita	Madre, Padre Otro familiar, Pareja, Otra	Cualitativa nominal
Relación con su familia	Lazo afectivo con sus parientes	Buena, Regular, Mala, Indiferente	Cualitativa nominal
Reacción de la familia con el embarazo	Acciones de familiares con la adolescente y el embarazo	Están contentos, Le ayudaran con el hijo, Aceptaron el embarazo, Se enojaron, La corrieron de casa, Indiferencia	Cualitativa nominal

**Para el objetivo 3:** Delimitar los conocimientos y la fuente de información que las embarazadas adolescentes tienen sobre planificación familiar.

VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA	VALOR	ESCALA
Conocimientos de métodos anticonceptivos	Sabe cómo evitar un embarazo	Si-No	Dicotómica

Quién le ofreció la información	Donde se le dio a conocer sobre métodos anticonceptivos	Padres o familiares, Amigos, TV, radio y prensa, Personal de salud, Escuela	Cualitativa nominal
Métodos de planificación familiar que conoce	Identifica los diferentes métodos de planificación familiar	Naturales, Orales, Inyectables, Condón, Ninguno, Todos	Cualitativa nominal
Uso de planificación familiar después de embarazo	Deseo de planificar posterior al presente embarazo	Si-No	Dicotómica
Quien debe dar información sobre planificación familiar	Personal idóneo para transmitir la información	Padres o familiares, Amigos, TV, radio y prensa, Personal de salud, Escuela	Cualitativa nominal
Le han hablado de planificación familiar en la Unidad de Salud		Si-No	Dicotómica
Consecuencias de un embarazo en adolescentes		Complicaciones de embarazo, Dejar de estudiar, Problemas familiares, económicos, Frustración de metas, No sabe	Cualitativa nominal

**Para el objetivo 4:** Establecer la percepción que las embarazadas adolescentes tienen de la atención del personal en la Unidad de Salud de San Antonio Abad.

VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA	VALOR	ESCALA
Atención en la Unidad de Salud	Calidad de atención en la unidad de salud	Excelente, Buena, Regular, Mala	Cualitativa nominal

Acudiría a la Unidad de Salud para solicitar planificación familiar		Si-No	Dicotómica
---	--	-------	------------

**Para el objetivo 5:** Precisar las razones que aducen las jóvenes estudiadas para no utilizar métodos de planificación familiar.

VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA	VALOR	ESCALA
Porqué se embarazó	Razón de embarazo actual	No quiso usar métodos de planificación, Pareja no quiso usarlos, Quería embarazarse, No se lo esperaba, Era la primera vez	Cualitativa nominal
Ha utilizado algún método de planificación familiar		Si-No	Dicotómica
Por que dejo de usarlos		Por efectos secundarios, Ella ya no quiso, Su pareja no quería, Por la atención en la Unidad de salud, Descuido, No se enteraran los padres, No sabe, No corresponde	Cualitativa nominal

Porque no los utiliza		No sabía, Su pareja no quería, No le queda tiempo de ir a U/S, No quiere que se enteren, No corresponde	Cualitativa nominal
Sugerencias al personal de salud		Respuesta espontanea	Cualitativa nominal

### ANEXO 3

#### CRUCE DE VARIABLES

A partir de los objetivos se propone el siguiente cruce de variables:

**Para el objetivo 1:** Caracterizar el contexto personal, social y económico de las adolescentes embarazadas que asisten a la Unidad de Salud de San Antonio Abad.

- Nivel educativo y edad de inicio de relaciones sexuales.
- Amigas que son madres adolescentes
- Nivel educativo de los padres
- Fuente de ingresos

**Para el objetivo 2:** Explorar el ambiente familiar de las adolescentes en estudio.

- Vive con ambos padres
- Relación con su familia y reacción de la familia por el embarazo

**Para el objetivo 3:** Delimitar los conocimientos y la fuente de información que las embarazadas adolescentes tienen sobre planificación familiar.

- Conocimientos de anticoncepción
- Que métodos de planificación familiar conoce
- Quien le ofreció la información sobre PF
- Conocimiento de PF y nivel educativo

**Para el objetivo 4:** Establecer la percepción que las embarazadas adolescentes tienen de la atención del personal en la Unidad de Salud de San Antonio Abad.

- Calidad de atención percibida
- Acudir a unidad de salud para planificar

**Para el objetivo 5:** Precisar las razones que aducen las jóvenes estudiadas para no utilizar métodos de planificación familiar.

- Porqué se embarazó?
- Por que dejo de usar los métodos de planificación familiar?
- Porque no utilizo métodos de planificación familiar?

## ANEXO 4. TABLAS Y GRÁFICOS

**Tabla 1.** Estado civil de adolescentes embarazadas que acuden a la Unidad de Salud de San Antonio Abad, San Salvador. Septiembre- Octubre 2011.

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>CASADA</b>	4	7.7%
<b>OTRA</b>	1	1.9%
<b>SOLTERA</b>	28	53.8%
<b>UNION LIBRE</b>	19	36.5%
<b>Total</b>	52	100.0%

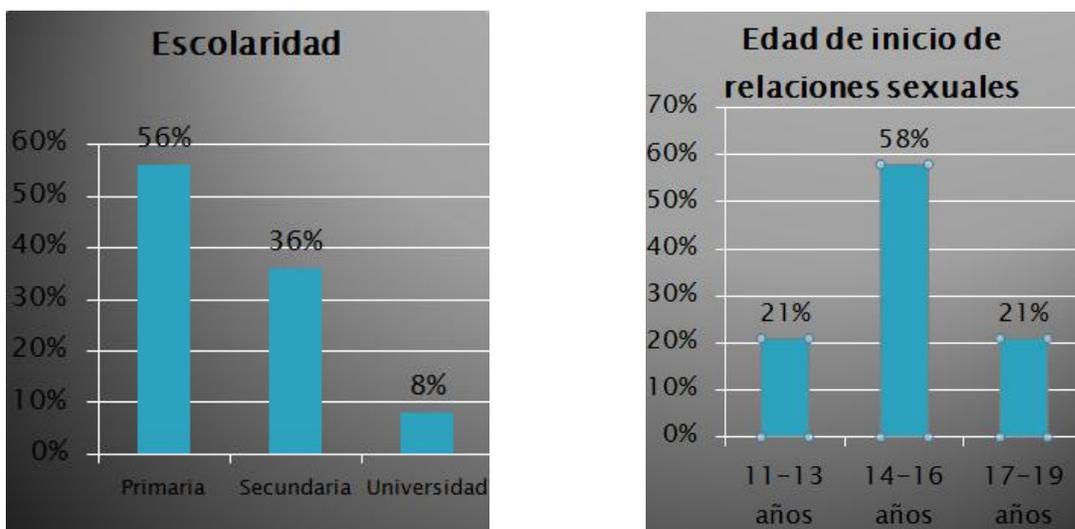
Fuente primaria

**Tabla 2.** Religión practicada por las adolescentes embarazadas que acuden a la Unidad de Salud de San Antonio Abad, San Salvador. Septiembre- Octubre 2011.

<b>RELIGIÓN QUE PRACTICA:</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>CATOLICA</b>	18	34.6%
<b>EVANGELICA</b>	13	25.0%
<b>NINGUNA</b>	20	38.5%
<b>OTRA</b>	1	1.9%
<b>Total</b>	52	100.0%

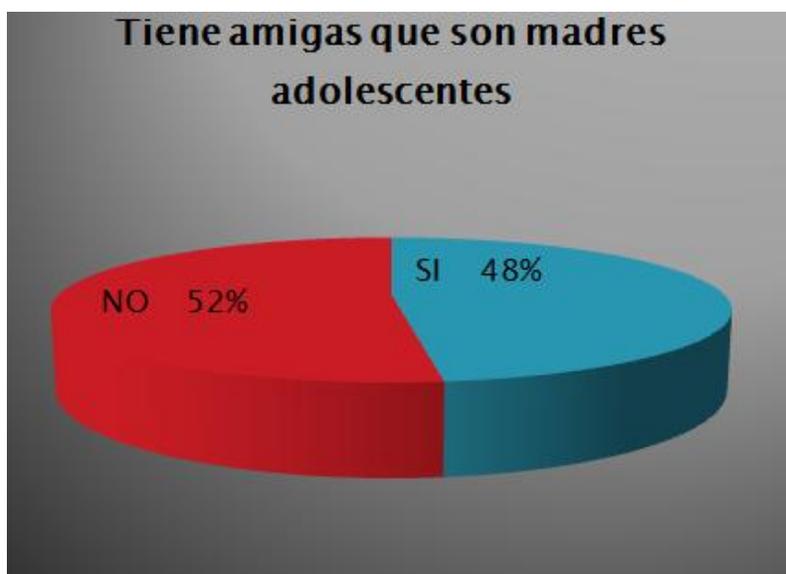
Fuente primaria

**Grafico 1.** Porcentaje de escolaridad y edad de inicio de relaciones sexuales de las adolescentes embarazadas que acuden a la Unidad de Salud de San Antonio Abad, San Salvador. Septiembre- Octubre 2011.



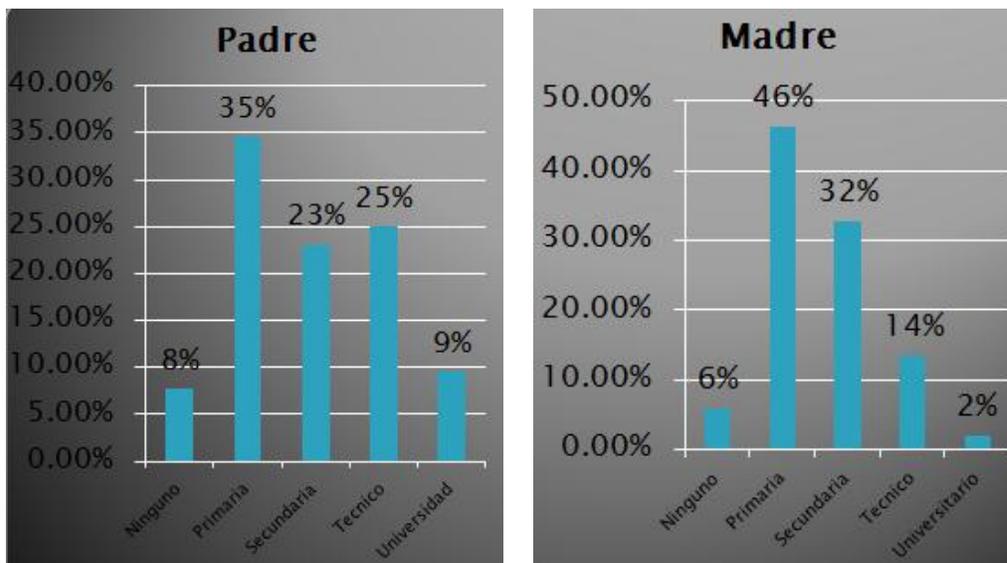
Fuente primaria

**Grafico 2.** Porcentaje de amigas que son madres adolescentes de las adolescentes embarazadas que acuden a la Unidad de Salud de San Antonio Abad, San Salvador. Septiembre- Octubre 2011.



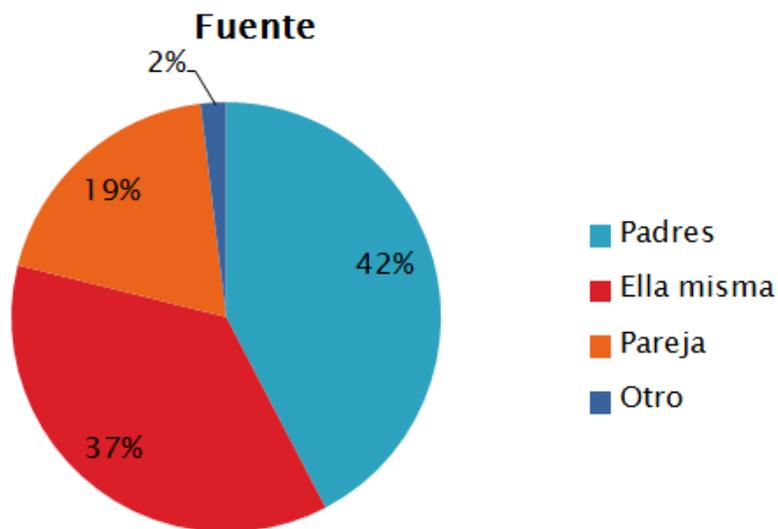
Fuente primaria

**Grafico 3.** Porcentaje del nivel educativo de los padres de las adolescentes embarazadas que acuden a la Unidad de Salud de San Antonio Abad, San Salvador. Septiembre- Octubre 2011.



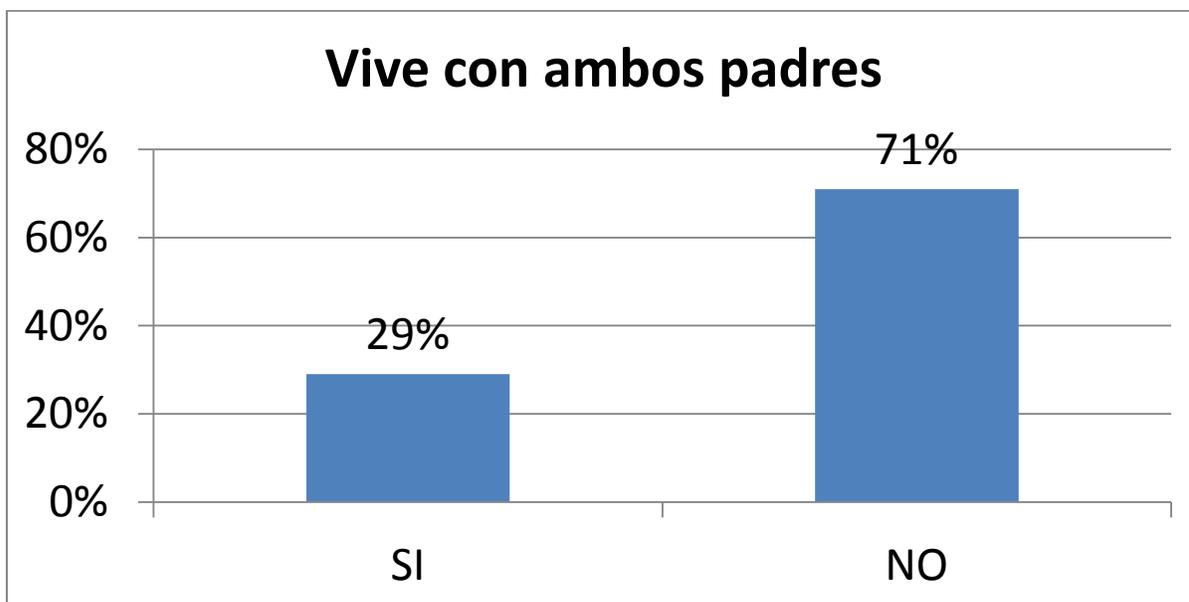
Fuente primaria

**Grafico 4.** Fuente de ingresos de las adolescentes embarazadas que acuden a la Unidad de Salud de San Antonio Abad, San Salvador. Septiembre- Octubre 2011.



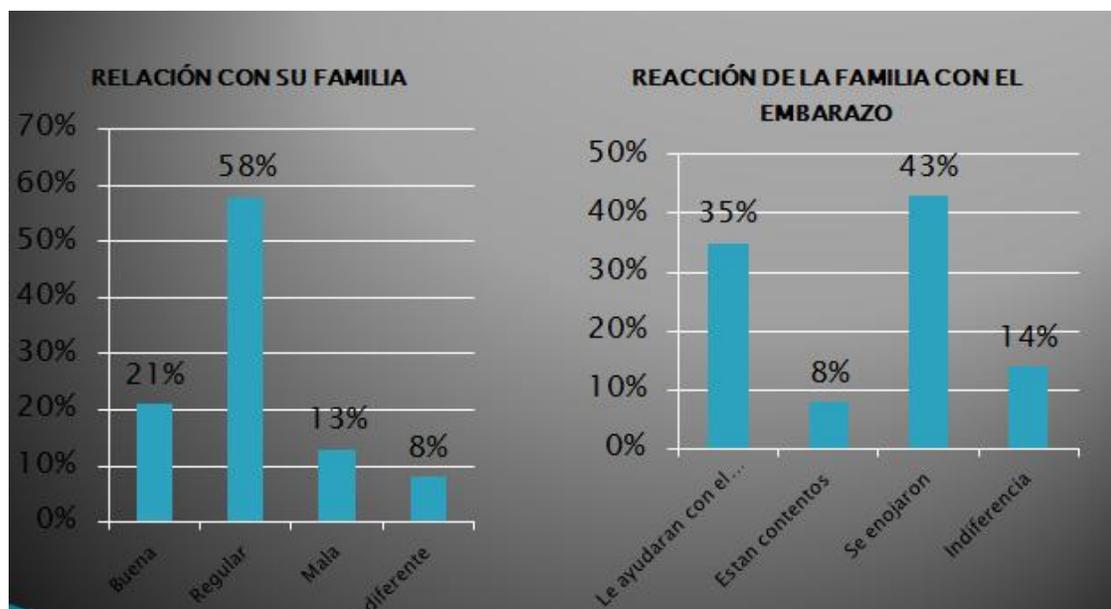
Fuente primaria

**Grafico 5.** Porcentaje de estructura familiar de las adolescentes embarazadas que acuden a la Unidad de Salud de San Antonio Abad, San Salvador. Septiembre- Octubre 2011.



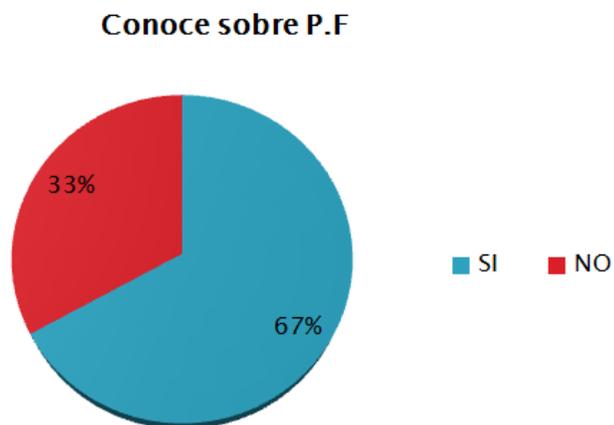
Fuente primaria

**Grafico 6.** Porcentaje de la relación familiar y la reacción de los familiares ante el embarazo de las adolescentes embarazadas que acuden a la Unidad de Salud de San Antonio Abad, San Salvador. Septiembre- Octubre 2011.



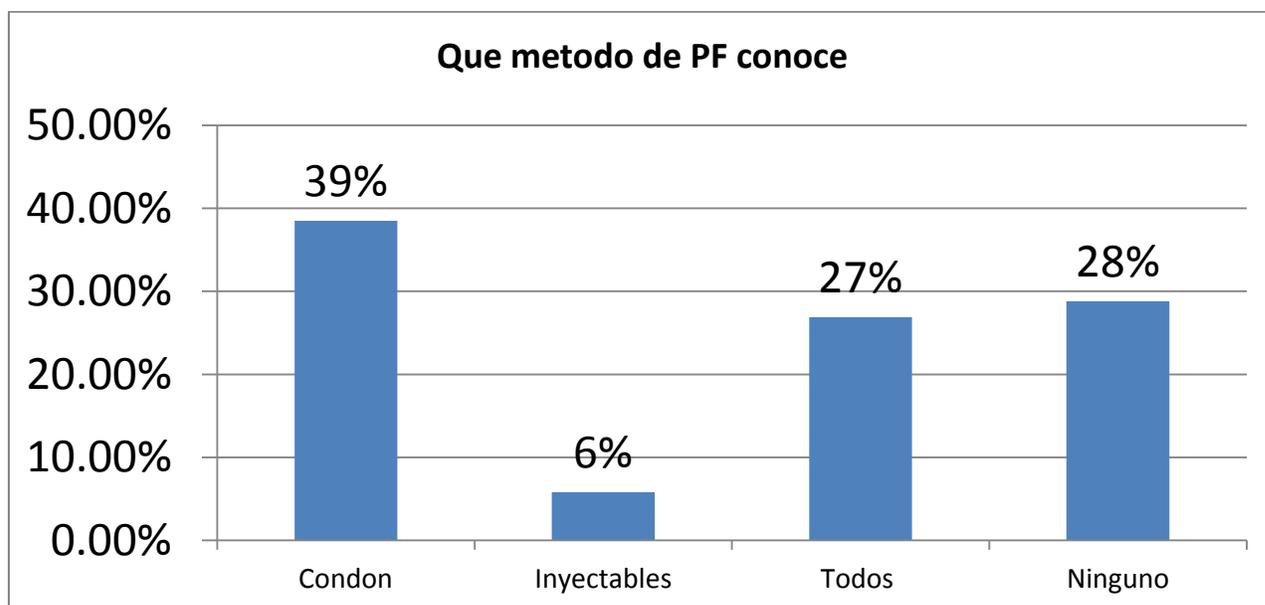
Fuente primaria

**Grafico 7.** Porcentaje de las adolescentes embarazadas que dicen conocer sobre planificación familiar. Unidad de Salud de San Antonio Abad, San Salvador. Septiembre- Octubre 2011.



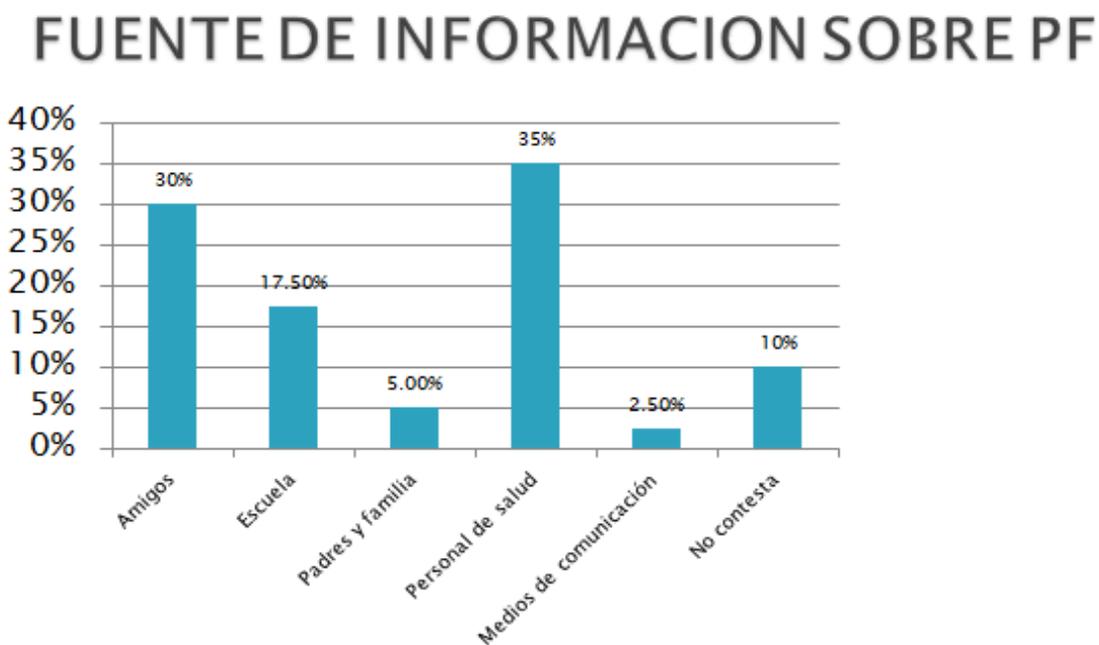
Fuente primaria

**Grafico 8.** Porcentaje de adolescentes embarazadas que dicen conocer los métodos de planificación familiar. Unidad de Salud de San Antonio Abad, San Salvador. Septiembre- Octubre 2011.



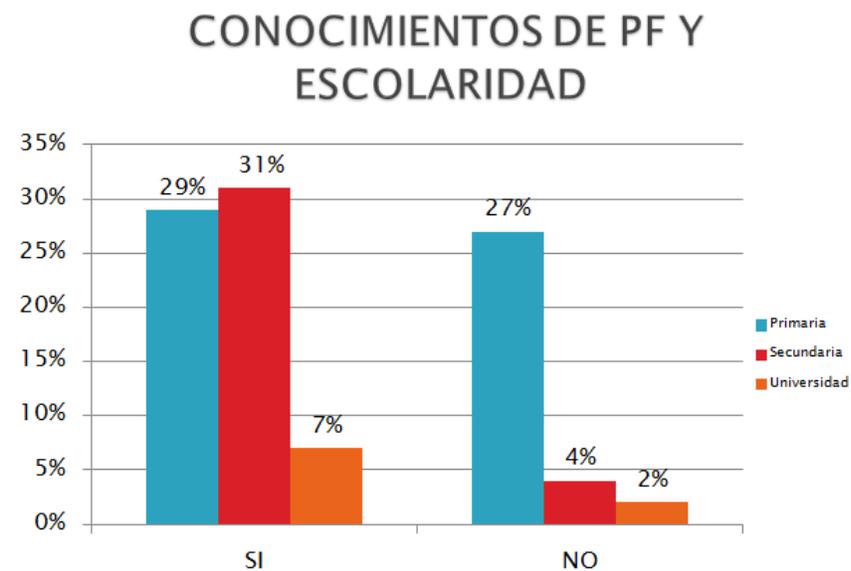
Fuente primaria

**Grafico 9.** Porcentaje de la fuente de información sobre planificación familiar que tuvieron las adolescentes embarazadas que acuden a la Unidad de Salud de San Antonio Abad, San Salvador. Septiembre- Octubre 2011.



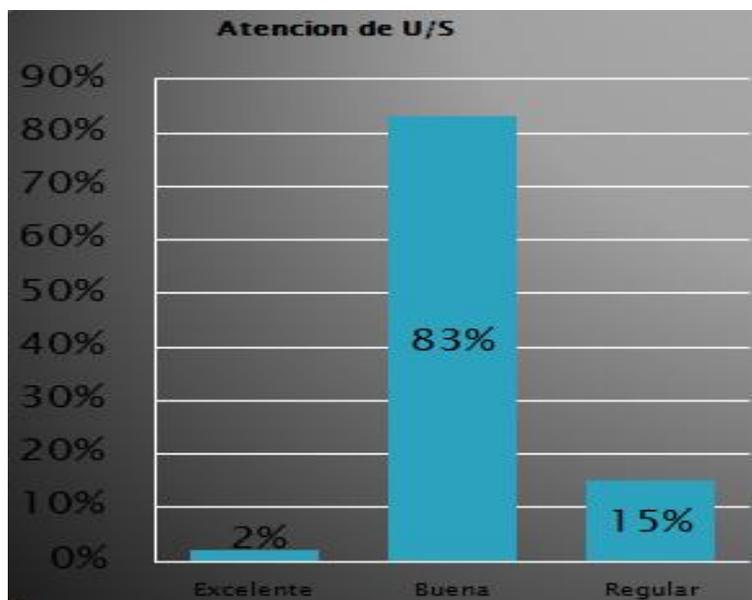
Fuente primaria

**Grafico 10.** Porcentaje de adolescentes embarazadas según escolaridad y conocimientos sobre planificación familiar. Unidad de Salud de San Antonio Abad, San Salvador. Septiembre- Octubre 2011.



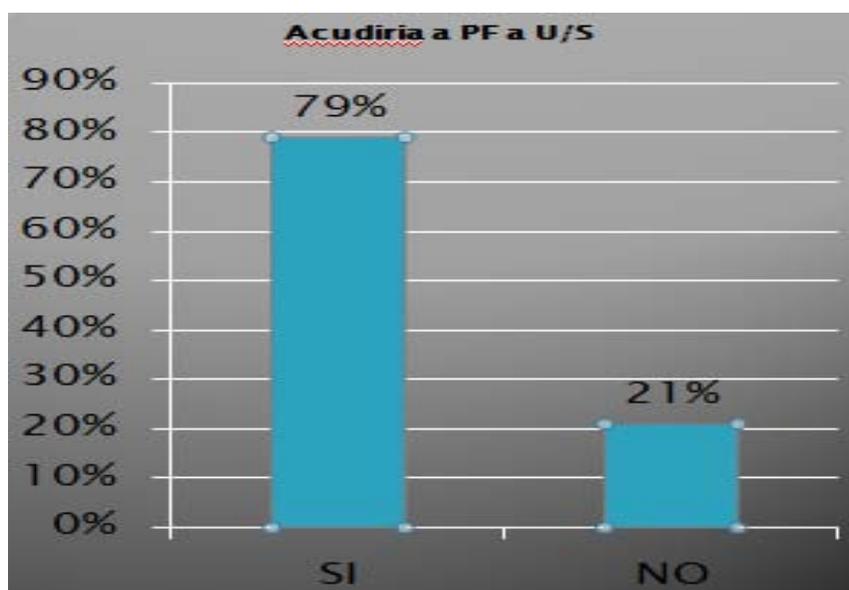
Fuente primaria

**Grafico 11.** Porcentaje de calidad de atención percibida por las adolescentes embarazadas que acuden a la Unidad de Salud de San Antonio Abad, San Salvador. Septiembre- Octubre 2011.



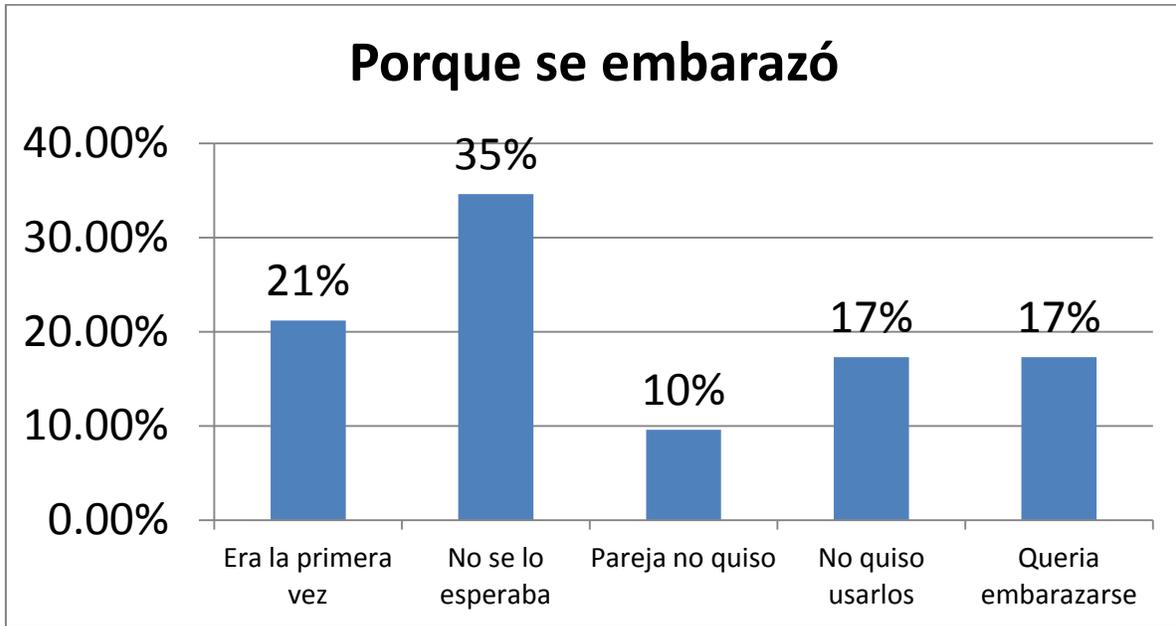
Fuente primaria

**Grafico 11.** Porcentaje de adolescentes embarazadas que acudirían a planificación familiar a la Unidad de Salud de San Antonio Abad, San Salvador. Septiembre- Octubre 2011.



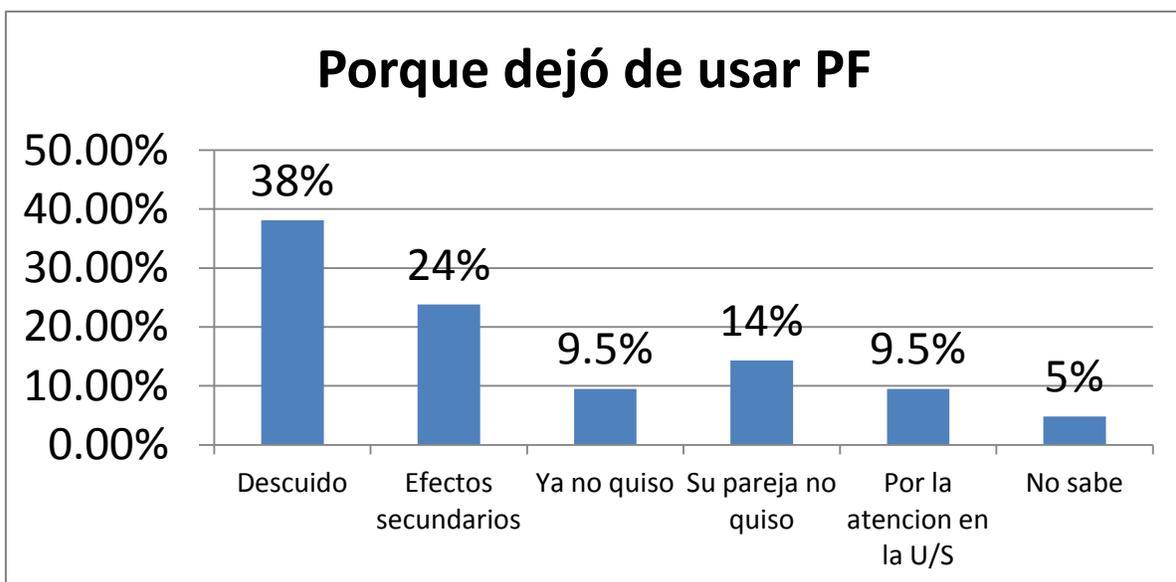
Fuente primaria

**Grafico 12.** Porcentaje de las razones del embarazo de las adolescentes embarazadas que acuden a la Unidad de Salud de San Antonio Abad, San Salvador. Septiembre- Octubre 2011.



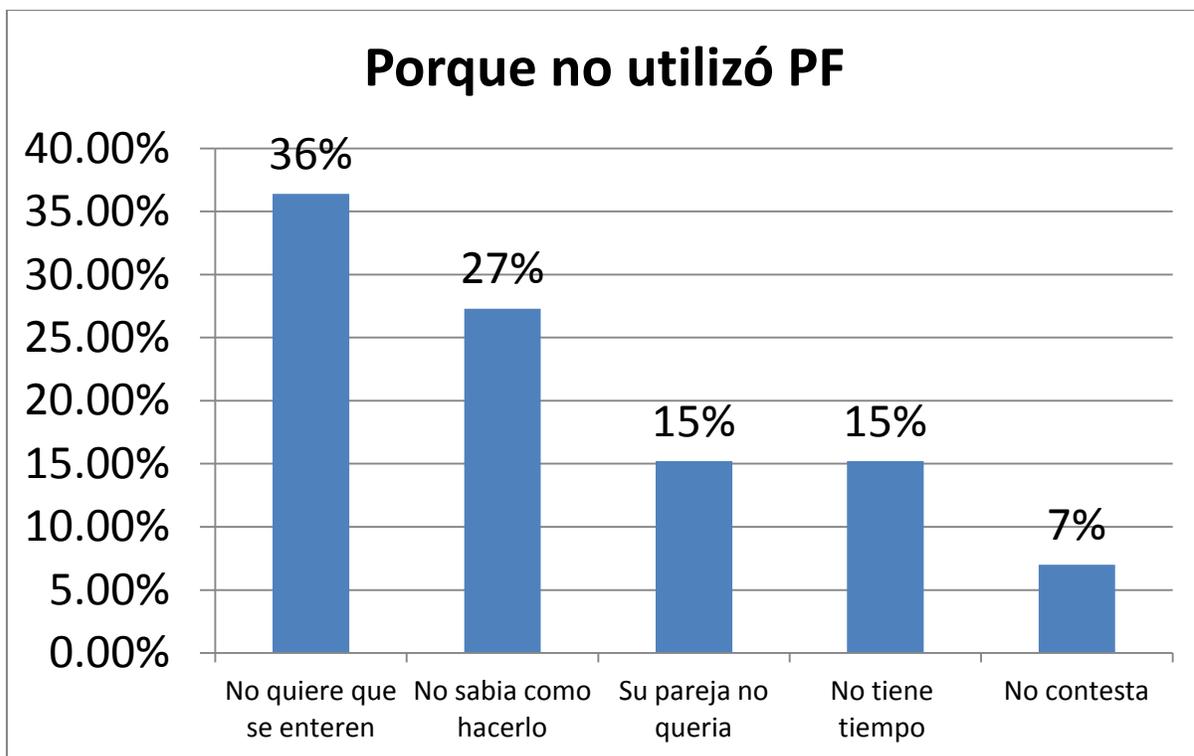
Fuente primaria

**Grafico 13.** Porcentaje de las causas de abandono de planificación familiar por las adolescentes embarazadas que acuden a la Unidad de Salud de San Antonio Abad, San Salvador. Septiembre- Octubre 2011.



Fuente primaria

**Grafico 14.** Porcentaje de razones de ausencia de PF en las adolescentes embarazadas que acuden a la Unidad de Salud de San Antonio Abad, San Salvador. Septiembre- Octubre 2011.



Fuente primaria

### **XIII. BIBLIOGRAFIA**

Berganza C.E “Sexual attitudes and behavior of Guatemala teenagers Births per 1000 women (15-19 ys) - 2002, en Global Virtual University, UNEP/GRID.

CEPAL. *Panorama Social de América Latina, 2005*, Capítulo III: Desigualdades demográficas y desigualdad social: tendencias recientes, factores asociados y lecturas de política.

Di Silvestre Paradizo, M.C. (1997), *Procesos y estructura familiar asociados con el embarazo y con conductas sexuales de alto riesgo en adolescentes*, Santiago de Chile, Universidad del Pacífico.

División de Población de las Naciones Unidas (2009) citado en Guttmacher (2010) *Datos sobre la salud sexual y reproductiva de mujeres adolescentes en el mundo en desarrollo*. Disponible en: [www.guttmacher.org](http://www.guttmacher.org)

FESAL. Informe final. 2008. 586 pág.

Geldstein, Rosa, Graciela Infesta Domínguez y Nena Delpino (2000), “La salud reproductiva de las adolescentes frente al espejo: discursos y comportamientos de madres e hijas”, *Reproducción, salud y sexualidad en América Latina*, Edith Pantelides y S. Bott (eds), Buenos Aires, Biblos/OMS.

Guttmacher Institute y la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) (2010) *Datos sobre la salud sexual y reproductiva de mujeres adolescentes en el mundo en desarrollo*. 12 pág.

Guttmacher. *Aborto a nivel mundial: Una década de progreso desigual*. Nueva York. 1996. 78 pág.

Informe Estadístico Mensual Automatizado, IEMA de la Unidad de Salud de San Antonio Abad, 2009 y 2010.

Luker, K., (1997), "Dubious conceptions", The politics of teenage pregnancy, Cambridge y Londres, Harvard University Press.

Maddaleno M. "La Salud del adolescente y del joven". Publicación científica. No. 552. 1995. 56 pág.

Marhler H. "Simposio latinoamericano, de planificación familiar" 1995. 27 pág.

Meacham D. "Sexualidad y salud reproductiva del adolescente: El desafío del 2000." 1998. 24 pág.

O.P.S. - O.M.S. "Familia y Adolescencia: Indicadores de salud". 1997. 23 pág.

O.P.S.- O.M.S. "Manual de Medicina de la adolescencia "1996. 10 pág.

Pantelides, A. "Aspectos sociales del Embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina". En: *Notas de Población* Año XXXI, N° 78, Naciones Unidas, CEPAL, Santiago de Chile, 2004.

Pantelides, Edith y M.S. Cerrutti (1992), "Conducta reproductiva y embarazo en la adolescencia", Cuaderno del CENEP, N° 47, Buenos Aires, Centro de Estudios de Población/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (CENEP/UNICEF).

Pick S. "Planeando tu vida" 7ma edición. 1998. 204 pág.

Pinotti J.A. "Unwanted pregnancy: Challenges for health policy" 1997. 102 pág.

Red- ada Boletín Dossier No. 6. Mayo 1996. 60 pág.

Resúmenes IV Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología de la infancia y la adolescencia 1999. 62 pág.

Singh, S. y D.Wulf (1990), *Adolescentes de hoy, padres del mañana: un perfil de las Américas*, Washington, D.C., The Alan Guttmacher Institute.

Treffers PE (November 2003). «[Teenage pregnancy, a worldwide problem]» (en Dutch; Flemish). *Ned Tijdschr Geneesk* 147 (47): pp. 2320–5. PMID 14669537.

UNFPA. *Estado de la Población Mundial 2005*. Nueva York: UNFPA, 2005.

UNICEF. (2001). *A League Table of Teenage Births in Rich Nations* PDF (888 KB). Retrieved July 7, 2006

UNICEF. *El estado mundial de la infancia 2009*. 160 pág.

UNICEF. *El estado mundial de la infancia 2010*. 94 pág.

Welti Chanes, C. (2000), “Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México”, *Papeles de Población*, vol. 6, N° 26.

Zelaya E. “ Teenage Sexuality and reproduction in Nicaragua” Resumen 1996.

[http://espanol.pregnancy-info.net/estadisticas\\_de\\_embarazos\\_adolescentes.html](http://espanol.pregnancy-info.net/estadisticas_de_embarazos_adolescentes.html)

<http://www.laprensagrafica.com/index.php/el-salvador/lodeldia/10264.html>