



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



**MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGIA**

**2013 - 2015**

**Tesis para optar al título de máster en epidemiología**

**TITULO**

**“Epidemiología del embarazo en adolescentes que consultaron la Unidad Comunitaria de Salud Familiar intermedia del Municipio de San Marcos, San Salvador, El Salvador, Enero a Diciembre, 2014”.**

**Autora:**

**Dra. Astrid Lorena Magaña de Olano**

**Asesor:**

**Dr. Ezequiel Provedor**

**Docente investigador**

**CIES-UNAN Managua**

**Junio de 2015**

## ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	2
III. JUSTIFICACIÓN.....	5
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
V. OBJETIVOS.....	7
VI. MARCO REFERENCIAL.....	8
VII. DISEÑO METODOLOGICO.....	26
VIII. RESULTADOS.....	31
IX. DISCUSIÓN Y ANALISIS.....	36
X. CONCLUSIONES.....	39
XI. RECOMENDACIONES.....	41
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	43
ANEXOS	

**i. DEDICATORIA**

**A Dios todopoderoso**

**A mis padres**

**A mi amado esposo que me dio animo hasta el final**

**A mis adorados hijos**

## **ii. AGRADECIMIENTOS**

**Al Dr. Provedor que colaboro con sus conocimientos para que terminara satisfactoriamente**

**A mi familia que con toda su voluntad me apoyaron ayudándome a superar mis dificultades.**

**A mis amigos que me dieron ánimo y me apoyaron con sus muestras de cariño.**

### **iii. RESUMEN**

El presente estudio de la epidemiología del embarazo en adolescentes en edades 12 a 18 años que consultaron al Unidad Comunitaria de Salud Familiar intermedia del Municipio de San Marcos, San Salvador, El Salvador. Tuvo como objetivos específicos 1) caracterizar el perfil socio-demográfico de las adolescentes que consultaron por embarazo, 2) ubicar la distribución geográfica donde se presentan la mayor incidencia 3) Identificar los determinantes de salud de las adolescentes embarazadas.

En el año 2009 se realizaron estrategias a nivel del Sistema de Salud y luego continuaron en el año 2011 con la creación de los equipos comunitarios de salud familiar. La siguiente investigación fue de tipo descriptivo y de corte transversal. La población de estudio las adolescentes jóvenes adolescentes embarazadas en la edad 12 a 18 años, que pertenecen al municipio y que llenaron criterios de inclusión. Se tomó este rango de edad porque la fuente secundaria de información, así lo determina y se obtuvo una muestra aleatoria de 60 usuarias. El objetivo general el estudio determinar la epidemiología del embarazo en adolescentes en edades 12 a 18 años que consultaron al Unidad Comunitaria de Salud Familiar intermedia del Municipio de San Marcos, San Salvador, El Salvador. En el mes de Enero a Diciembre 2014. Las fuentes de información fueron secundarias a partir de los expedientes. Se recopiló la información en una hoja de recolección de datos, se tabuló y gráfico con el programa EPI\_INFO® versión 7 y Excel. Se realizaron cruces de variables. Entre las recomendaciones está promover políticas públicas y sociales educación en salud sexual y en valores, mejorar las competencias de los educadores, personal de salud y la familia. Los hallazgos serán socializados a las autoridades locales e intersectorial para que realicen acciones y estrategias en mejora de este grupo poblacional.

Determinantes salud perfil epidemiológico adolescentes

**“Epidemiología del embarazo adolescentes que consultaron la Unidad Comunitaria de Salud Familiar intermedia del Municipio de San Marcos, San Salvador, El Salvador, Enero a Diciembre, 2014”.**

## **I. INTRODUCCION**

Se realizó un estudio epidemiológico sobre el embarazo en adolescente de las usuarias que consultaron en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Marcos de Enero a Diciembre en el año 2014. Se ha detecto un aumento en la inscripción y control subsecuente de adolescentes embarazadas en el Municipio.

El embarazo en adolescente es un problema de salud que se presenta en todo el mundo, en Latinoamérica y en nuestro país.

Los cambios demográficos a nivel mundial afectan algunas regiones ya que la población promedio es joven, ósea en edad productiva. Plan Internacional en El Salvador en el año 2012, confirmó que las niñas y adolescentes representa un poco más de 104 millones en América Latina y de esa cifra un total de 723 mil 660 viven en nuestro país. A nivel local la población total del municipio es de 70183 habitantes, la población de jóvenes 13470. En el año 2014 según las fuentes locales de la UCSF de San Marcos fueron de 106 embarazadas inscritas en control prenatal. <sup>1</sup>

Lo anterior evidencia la necesidad de realizar un estudio para conocer la epidemiología de las adolescentes embarazadas en el municipio de San Marcos y compararlo con los resultados de otros estudios similares. En este municipio nunca se había realizado investigaciones sobre esta temática. Se trató de poner en evidencia las implicaciones, los determinantes familiares y comunitarios que inciden para que se presente esta problemática.

---

<sup>1</sup> MINSAL (2014).libro de inscripción de Embarazadas Adolescentes.

## **II. ANTECEDENTES**

El embarazo en adolescente es un tema de importancia mundial, se presenta en todos los estratos sociales bajos, condiciones económicas, latitudes y zonas. Sus causas son multifactoriales y revela una situación de causalidad compleja que requiere un abordaje integral solamente posible a través de una alianza intersectorial e interdisciplinaria.

Están involucrados los gobiernos con sus políticas, los municipios y sus comunidades y las familias. Está presente a nivel regional en América latina y en nuestro país El Salvador.

El presente estudio brinda evidencia valiosa para la toma de decisiones y diseño de intervenciones por parte de las autoridades de salud y gobierno local y así pueden realizar acciones preventivas a nivel de la comunidad. Ya que es un problema social de consecuencias en económicas, educación, demográficas y políticas. En los últimos años se le ha dado más importancia a este tema, se ha capacitado personal de salud para atender este grupo de usuarias tratando de educar a las jóvenes embarazadas para que se inscriban en el control prenatal (edad de inscripción en el libro de adolescentes 12 a 18 años). Y de esta manera prevenir la mortalidad materna.

Se ha capacitado para atender la embarazada adolescente pero no para prevenir el embarazo precoz y no deseado y también para prevenir embarazos subsecuentes no deseados. El embarazo en adolescente no debe significar una condena a embarazos subsecuentes o a perder definitivamente las oportunidades de educación y de desarrollo humano de las adolescentes o de los niños.

Al momento se cuenta con los recursos locales, enfermeras graduadas capacitadas con cursos de habilidades obstétricas, médicos generales con entrenamiento y dos médicos ginecólogos que atienden los casos de riesgo. Pero

no solo se atienden pacientes del municipio sino referidas de municipios cercanos, que no cuentan con especialistas.

Luego de una revisión exhaustiva este es el primer estudio sobre este tema realizado en el municipio de San Marcos con la población consultante de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar intermedio. Se han realizado en otras zonas del país así como Ahuachapán, SIBASI norte (Sistema Básico de Salud Integral.) y a nivel nacional.

En este municipio hay una población de 70183 en el año 2014, es un área 100% urbana, con una población de adolescentes con problemas de delincuencia, deserción escolar, subempleo, violencia intrafamiliar, marginación y pobreza.<sup>2</sup>

El total de las inscripciones hospitalarias de los embarazos en El Salvador en 2012 fue 82.547, el 32% fueron adolescentes. De cada diez mujeres inscrita tres son adolescentes de 10 a 18 años, (Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud MINSAL).

En El Salvador en el año 2012-2014 se formó el Plan Intersectorial para la Atención Integral de la Salud de la Población Adolescente y Joven en el periodo , ejecutado por la alianza para adolescentes y jóvenes, entidad técnica e interinstitucional e intersectorial conformada por varias instituciones como PASMO, Save the Children, Plan Internacional, Instituto Nacional de la Juventud (INJUVE), Asociación Salvadoreña de Pediatría, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Están especializados en jóvenes y brindan servicios de salud sexual y reproductiva y salud integral combinada con deportes y programas de prevención de violencia. Mario Soriano, Técnico de la unidad de Atención a las Enfermedades Relevantes del MINSAL refiere que Según los últimos datos del 2008 recolectados por el FESAL, existe una población de jóvenes entre 15 y 24 años de edad que ya

---

<sup>2</sup> USAID. Diagnóstico. (2011). Breve Sobre el Municipio de San Marcos. Departamento de San Salvador.

iniciaron relaciones sexuales, donde el desafío es prevenirla y él otros es darles esfuerzos sobre que herramientas se pueden utilizar para prevenir enfermedades (XVI Congreso Nacional de Ginecología y Obstetricia. 06-08 de Marzo de 2013 San Salvador- El Salvador).

El porcentaje en los últimos años de adolescentes embarazadas se ha mantenido entre el 31% (Plan Internacional).

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

Plan Internacional en su investigación realizada en el año 2012 sobre el embarazo en adolescentes a nivel nacional encontró que este problema está asociado a la violencia doméstica y sexual, y a la carencia de educación como las principales barreras que limitan el desarrollo de las niñas y adolescentes de América Latina que marcan su exclusión, situación que impacta en su derecho de culminar oportuna y adecuadamente sus estudios secundarios. El 31% en el rango de edades de 10 a 18 años han estado embarazados alguna vez, y este tuvo alguna vinculación directa con la violencia sexual. El 85% no termina sus estudios, lo que la condena a la pobreza.

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

### **III. JUSTIFICACION**

El propósito de este estudio es determinar cuál es la epidemiología que presentaron las usuarias embarazadas adolescentes, su ubicación geográfica, educación, nivel socio-económico, datos demográficos comunes y los determinantes de salud que influyen en este problema. Se justifica realizar esta investigación ya que los planes y estrategias implementados a nivel nacional solamente en 5 centros de salud, no se han aplicado en esta unidad con toda la complejidad necesaria, actualmente solamente se llena la hoja de inscripción del adolescente pero no se han evidenciado con datos actualizados el problema del embarazo. Algunas instituciones han desarrollado proyectos para educación en la prevención del embarazo y han tenido un limitado éxito, entre ellas instituciones públicas, ONG, UNFPA y Fondo canadiense para la niñez. Estas han tratado de tomar como ejes transversales la planificación familiar, educación en valores y sexual, pero es muy difícil si no se ponen de acuerdo con las autoridades que dirigen las iglesias, el sistema educativo, salud, los gobiernos locales y la comunidad. Las instituciones de salud están limitadas a recibir a la adolescente cuando ellas se acercan a la inscripción del embarazo, donde las acciones de prevención ya han tenido logros limitados. Por lo que hay que continuar mejorando las nuevas estrategias y aplicando las experiencias de otros países e instituciones como la del Hospital Leonardo Martínez en San Pedro Sula y el programa de CERCA en Nicaragua.

Este trabajo servirá de utilidad para que las autoridades municipales y de salud local, tomadoras de decisiones utilicen la información para la implementación de acciones y estrategias efectivas locales para la prevención del embarazo en adolescentes, así como para mejorar las intervenciones exitosas ya establecidas.

**IV. CON BASE A LO ANTERIOR SE PLANTEA EL SIGUIENTE PROBLEMA  
DE INVESTIGACION:**

**“¿Cuáles es el comportamiento epidemiológico del embarazo en adolescentes que consultaron la Unidad Comunitaria de Salud Familiar intermedia del Municipio de San Marcos, San Salvador, El Salvador, Enero a Diciembre, 2014?”.**

## **V. OBJETIVO**

**A.OBJETIVO GENERAL:** “Determinar la epidemiología del embarazo en adolescentes que consultaron la Unidad Comunitaria de Salud Familiar intermedia del Municipio de San Marcos, San Salvador, El Salvador, Enero a Diciembre, 2014”.

### **B.OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- 1- Caracterizar el perfil, socio-demográfico de las adolescentes que consultaron por embarazo.
- 2-Ubicar la distribución geográfica donde se presentan la mayor incidencia.
- 3-Identificar las determinantes de salud de las adolescentes embarazadas.

## **VI. MARCO REFERENCIAL**

La etapa que llega después de la niñez y que abarca desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo es conocida como adolescencia. El término proviene de la palabra latina adolescencia.<sup>3</sup>

Adolescencia es, en otras palabras, la transformación del infante antes de llegar a la adultez. Se trata de un cambio de cuerpo y mente, pero que no sólo acontece en el propio adolescente, sino que también se conjuga con su entorno social.

Cabe destacar que la adolescencia no es lo mismo que la pubertad, que se inicia a una edad específica a raíz de las modificaciones hormonales. La adolescencia varía su duración en cada persona. También existen diferencias en la edad en que cada cultura considera que un individuo ya es adulto.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), en todo el mundo la estadística revela que uno de cada cinco individuos transita la adolescencia. Dentro de ese total, el 85% habita en naciones de escasos recursos o de ingresos medios. Por otra parte, cerca de 1,7 millones de adolescentes mueren cada año.

Embarazo en adolescente se define como: *“aquella condición de gestación que ocurre en la edad de la adolescencia, que comprende mujeres desde los 11 años hasta de 19 años de edad, independiente de la edad ginecológica”*. La OMS define como adolescencia al *“período de la vida en el cual el individuo adquiere 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 20 años”*.

Cuando se habla de la etapa de la adolescencia, se hace referencia a una serie fundamental de cambios tanto psicológicos como físicos. En este último aspecto es necesario subrayar que los más obvios son el crecimiento en altura, el

---

<sup>3</sup>Definición/adolescencia(2013).321Jv41JR.Revista de Posgrado de la Cátedra.

aumento de peso y de grasa corporal, la evolución de lo que es la dentición o el crecimiento de los músculos.

Es necesario señalar que aunque estos cambios se producen tanto en los niños como en las niñas, cada género tiene además sus propias evoluciones físicas. Así, por ejemplo, los individuos masculinos ven cómo les va apareciendo el vello en áreas como los genitales, el bigote o las axilas y además son testigos del crecimiento de sus órganos sexuales.

Las adolescentes del género femenino, por su parte, además de experimentar el crecimiento del vello en su cuerpo, sufren lo que se conoce con el nombre de menarquia que es la primera menstruación. Un hecho este último especialmente significativo que marcará de manera indudable una nueva etapa en sus vidas.

Entre los principales cambios que experimenta una persona en su adolescencia, aparecen el desarrollo del pensamiento abstracto y formal, el establecimiento de la identidad sexual y la solidificación de amistades con la probable experimentación grupal con las bebidas alcohólicas, el cigarrillo e incluso las drogas.

De acuerdo a la psicología, los adolescentes luchan por la identificación del yo y por la estructuración de su existencia basada en esa identidad. Se trata de un proceso de autoafirmación, que suele aparecer rodeado de conflictos y resistencias, en los cuales el sujeto busca alcanzar la independencia.

En este sentido, la psicología propone una clasificación de los principales problemas que tienen lugar durante la adolescencia. Así, esta determina que existen problemas de tipo sexual, emocionales, escolares, conductuales, de alimentación, de drogas o incluso de abuso.

Y todos ellos se deben en gran medida al conjunto de cambios físicos y al desarrollo mental que experimentan los jóvenes. Unas situaciones a las que deben ir adaptándose pero que de primera instancia les significa el esfuerzo de ir asimilando por lo que se encuentran en complejo conflicto consigo mismos.

La pobreza, una baja calidad escolar, la desigualdad y la poca capacidad de decisión y control sobre sus propios planes de vida ponen a las niñas en América Latina y el Caribe (ALC) en mayor riesgo ante el embarazo adolescente y la maternidad temprana. Eso, a su vez, se asocia con menores oportunidades educativas, económicas y laborales, de acuerdo con un nuevo estudio del Banco Mundial.

El estudio *“Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe: sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos”*<sup>4</sup> señala que el embarazo adolescente y la maternidad temprana continúan siendo un gran desafío para la región, a pesar de los avances registrados en los indicadores de educación y salud de las mujeres en la última década y la creciente participación femenina en el mercado laboral.

América Latina y el Caribe es la región con la tercera tasa más alta de fertilidad adolescente (72 nacimientos por cada 1000 mujeres entre los 15 y 19 años de edad), por debajo de África y el Sur de Asia (108 y 73, respectivamente). De hecho, la mayoría de los países de la región se ubican dentro de los 50 países con los mayores índices de fecundidad en adolescentes en el mundo y ocho de éstos (Nicaragua, República Dominicana, Guatemala, Honduras, Venezuela, Ecuador, El Salvador y Panamá) están dentro de los primeros 40.<sup>5</sup>

*“La pobreza y la falta de oportunidades están directamente asociadas con el embarazo adolescente y la maternidad temprana, que pueden convertirse en impedimentos para que las mujeres aprovechen al máximo sus oportunidades de desarrollo”*, dijo Luis-Felipe López-Calva, economista líder del Banco Mundial para

---

<sup>4</sup> ALC:(2013).Pobreza, baja educación y falta de Oportunidades aumentan riesgo de embarazo en adolescente Banco Mundial.

<sup>5</sup> ALC:(2013).Pobreza, baja educación y falta de Oportunidades aumentan riesgo de embarazo en adolescente Banco Mundial.

América Latina y el Caribe y parte del equipo autor del estudio. Esto representa un reto para la región, pues si bien los embarazos adolescentes han disminuido en todo el mundo durante la última década, en América Latina y el Caribe disminuyen a un ritmo más lento que en otras regiones.

*La Coalición Salvadoreña por la Educación Integral de la Sexualidad* surge después de la firma de la Declaración Ministerial "Prevenir con Educación" pronunciada en agosto de 2008, por los Ministros y Ministras de Educación y Salud de América Latina y el Caribe.

Esta declaración constituye una herramienta estratégica para fortalecer los esfuerzos de prevención del VIH, a través de asegurar el acceso a Educación Integral en Sexualidad (EIS) y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva de calidad con énfasis en la población joven.

En El Salvador, este espacio de participación está integrado por diversas organizaciones de la sociedad civil entre estas: Asociación Demográfica Salvadoreña/Pro-Familia, el Foro de ONG's.

Para la lucha contra el VIH, la Alianza para la Salud Sexual y Reproductiva en El Salvador y la Red Nacional COINCIDIR: Incidencia política en juventudes por los derechos sexuales y reproductivos.

Desde su conformación la Coalición ha realizado múltiples esfuerzos a favor de la Educación integral en Sexualidad, por ejemplo la elaboración de un anteproyecto de Ley Marco de Educación Integral en Sexualidad y la evaluación de los avances de país en lo que respecta a los compromisos establecidos en la Declaración Ministerial "Prevenir con Educación".

Entre las acciones de mayor relevancia durante el 2014 resalta la realización de una reunión con la Ministra de Salud, Dra. María Isabel Rodríguez, con quien se abordó las acciones de incidencia a favor del Anteproyecto de Ley

Marco de Educación Integral en Sexualidad y la Declaración Ministerial "Prevenir con Educación".

## **DETERMINANTES SOCIALES.**

Concepto: la determinación es un concepto que tiende a usarse muchas veces como sinónimo de responsable, y por lo tanto en los modelos una determinante vendría ser una causa. En la literatura epidemiológica anglosajona suele definirse determinante como sinónimo de factor de riesgo (Susser ,2001)

La ciencia ha denominado determinación causal que denota la existencia de una conexión constante y univoca entre cosas o acontecimientos, o entre estados o cualidades de las cosas, así como entre objetos ideales. En este sentido determinación es sinónimo de conexión necesaria, como la que se da en un proceso que pasa por etapas sucesivas que siguen una a otra inmutablemente, sin variación. Sobre esta base pueden realizarse predicciones cuantitativas.

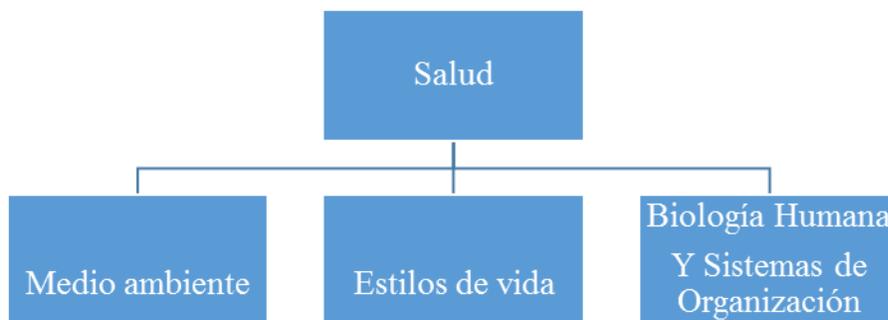
## **DETERMINACION GENERAL Y DE SALUD**

Desde la perspectiva de la determinación general, puede afirmarse que, como el resto de la realidad, los procesos de salud-enfermedad son determinados por un conjunto de contradicciones (determinación dialéctica) que corresponden a varios dominios y que ocurren como emergencia de otros procesos ocurridos a niveles inferiores (determinación estadística y determinación causal) y en niveles superiores(determinación funcional). Los procesos de salud enfermedad devienen interaccionada mente (determinación funcional) ya sea que esté buscando una finalidad explícitamente definida (determinación teológica) o no (BreilH, 1991)

Existe una jerarquía dentro de la determinación, una jerarquización según la complejidad y los ámbitos o espacios donde se dan los procesos de salud-enfermedad. La realidad sanitaria puede concebirse sistemáticamente como una situación que comprende procesos que se dan en espacios de diferente nivel.

Entre dichos procesos existen relaciones de jerarquía, según los cuales los procesos mayores determinan a los menores. Igualmente los procesos se producen en diferentes espacios poblacionales relacionados, entre también existen relaciones jerárquicas según las cuales las estructuras mayores determinan los procesos en las menores. Para entender e intervenir en la realidad sanitaria se requiere tener una visión integrada y explicaciones multinivel (Susser y Susser, 1996: Breihlh, 1991, Matus ,1997). En la realidad, en general, y en la salud de la población en particular los procesos de los dominios más complejos incorporan a los más simples, sometiéndolos a sus propias determinaciones y leyes, por consiguiente las leyes que rigen el dominio más complejo de los social, determinan las leyes de los biológico y de los físico (Breilh, 1995).

### GRAFICO 1. EL CONCEPTO DEL CAMPO DE LA SALUD



El modelo Laframboise (1973)

El modelo Laframboise (1973) conocido como concepto del campo de la salud, que se utilizó para realizar la política sanitaria de Canadá en las décadas de los ochenta y noventa del siglo anterior, fue un avance significativo sobre el modelo anterior, conocido como la triada ecológica, cuya base era la un

causalidad. El concepto del campo de la salud sostiene que la salud está determinada por una cantidad de factores que se pueden agrupar en cuatro divisiones primarias: estilos de vida, medio ambiente, organización de la salud y biología humana.

También los grupos sociales pueden también presentar diferencias e influencias así por ejemplo: Un grupo social puede entenderse como una colección de individuos que comparten ciertos rasgos biológicos, económicos, políticos y culturales. Se manifiesta en los grupos sexuales, ocupacionales, según ingreso económico, político y religioso. Y algunos grupos constituirán clases sociales en la medida que domina o es dominado por otro grupo social en algún aspecto biológico, económico, político o cultural: y los miembros del grupo dominante se benefician a su pertenencia al mismo, más de lo que lo hacen los dominados por la pertenencia al suyo. Asimismo, es sumamente importante comprender que todas las clases no son homogéneas, están fraccionadas según lineamientos, étnicos, políticos y religiosos.

Entonces es necesario el estudio de los diferentes espacios de salud, el particular, ha recibido múltiples aportes en las últimas décadas, que han permitido comprender mejor el porqué de las brechas que se observan en la salud de los grupos sociales en los diferentes países y sobre todos han tenido un nuevo enfoque explicativo, el de la determinación general de la salud, que da origen a estrategias mayores y diferentes que el enfoque de los factores de riesgo, en particular, y el determinismo causal, en general.

**DETERMINANTES FAMILIARES:** es la afirmación de que la familia y el ambiente del hogar influyen en la conducta de los adolescentes, este es un hecho ampliamente aceptado. El marco familiar es el primer entorno social en el que se desenvuelve a vida del individuo, el primer órgano de modelo, de aprendizaje, y de socialización estas características familiares afectan a los adolescentes: ausencia de relaciones afectivas, modelos directos y patrones de disciplina

**DETERMINANTES COMUNITARIOS:** El enfoque de estos determinantes proporciona un marco conceptual para valorizar el significado que tiene la comunidad una determinada condición en la realización a su derecho a la salud. Las características de la vida humana inciden en los estilos de vida saludables, la necesidad de tiempo para trabajo y tiempo para ocio, el uso razonable de los recursos naturales y finalmente tener un estilo de vida saludable.<sup>6</sup>

### **DESIGUALDADES SOCIALES Y DE SALUD EN AMERICA LATINA:**

Dentro del amplio contexto de la salud, los determinantes sociales, el progreso democrático, y un desarrollo sostenible, están íntimamente relacionados. Como cualquier cambio en uno de estos terrenos afecta a los otros, para el diseño de políticas públicas y sistemas de salud que logren niveles de salud y bienestar justos se necesitan acciones complementarias a nivel de salud, social, y económico. Los países de América Latina tienen una experiencia substancial respecto a acciones intersectoriales de diferente alcance e intensidad, y a estrategias de dirección para mejorar la salud de la población. Así como también, Las acciones gubernamentales a corto plazo, una inversión en capacitación política y de dirección, un fuerte compromiso a nivel político y de dirección, y la elaboración de programas estatales han sido cruciales para apoyar este éxito. Los países latinoamericanos han utilizado la participación social de manera efectiva mediante mecanismos institucionalizados de participación deliberativa (Brasil) y acciones Intersectoriales (Cuba), a fin de mejorar la equidad. Sin embargo, los logros en salud de la población, y los resultados sociales expresados en forma de promedios de los países, ocultan las injusticias sociales y en salud, inaceptablemente generalizadas y persistentes.<sup>7</sup> La Comisión sobre los

---

<sup>6</sup> Programa comunitario. (2013) Argentina.

<sup>7</sup> Monteiro de Andrade. (2014.). Determinantes Sociales de Salud, Cobertura Universal de Salud y Desarrollo Sostenible. Estudio de Casos en Países Latinoamericanos. Publicado en línea en The Lancet

Determinantes Sociales de la Salud identificó las estrategias participativas como un componente decisivo del sistema de salud para hacer frente a las desigualdades en salud.

### **OTROS ESTUDIOS SIMILARES.**

En el año 2011-2014 se inició el proyecto *“Cuidados de la Salud Reproductiva para Adolescentes Enmarcado en la Comunidad”*. Documentó de Referencia. Nicaragua. Consorcio de investigación. CIES-UNAN Managua. Con el que se describe el *“Proceso de implementación del proyecto CERCA (siglas en inglés)*, financiado por la Unión Europea dentro del Séptimo programa Marco. El consorcio de la investigación fue coordinado por varias instituciones entre ellas el CIES-UNAN Managua (Centro de Investigaciones y Estudios de Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua). Para que sirva como recurso práctico de actores del primer nivel de atención del sistema de salud. El tema central de CERCA es la promoción de la salud sexual del adolescente. En el marco de este tema el equipo CERCA aborda específicamente el embarazo en adolescente por la importancia en el contexto regional latinoamericano y de Nicaragua en lo particular. No pretende reducir la promoción de la salud sexual en adolescentes, únicamente a la prevención de embarazos o infecciones de transmisión sexual, sino más bien identificar elementos útiles para la promoción de la salud sexual integral, que aborda todos los aspectos relacionados con el bienestar sexual incluyendo el desarrollo de destrezas para vivir y disfrutar su sexualidad libre y sanamente. Nicaragua tiene la más alta tasa de natalidad y fertilidad de Latinoamérica; según los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) para el año 2007 por cada 1000 mujeres de edades de 15 a 19 años se registraron 106 nacimientos lo que equivale al 27% de las mujeres embarazadas del país.

Presenta el 86% de los embarazos antes de los 20 años y la mayoría de ellas que iniciaron una unión viven en zonas rurales (73.1%), tiene menor escolaridad (79.2%) y proviene de zonas de bajo nivel socioeconómico (79.1%). Un reporte realizado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en el 2011 demostró que el nivel educativo es un indicador significativo de la edad en la que contraen el primer matrimonio. De aquellas adolescentes que no recibieron educación o que solo recibieron una educación primaria 63% a 69% estaban casadas o en unión de hecho antes de cumplir los 18 años. Estas cifras sugieren que las uniones tempranas en Nicaragua son alimentadas por la pobreza, la falta de educación y la falta de oportunidades. Entre los factores determinantes que se encuentra el embarazo temprano, la coacción sexual y la falta de acceso y uso de anticonceptivos.

El proyecto de investigación *“Cuidado de la salud Reproductiva para Adolescentes Enmarcado en la Comunidad”*(CERCA siglas en inglés) orientó sus acciones a mejorar el acceso de las y los adolescentes de los servicios de salud y a los métodos anticonceptivos, fortalecer la comunicación de padres, parejas y amigos en temas de sexualidad mejorando la calidad de la información mediante diversas intervenciones que modificaron los determinantes de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes.

Los beneficiarios directos de este proyecto fueron seis barrios de Managua, y se realizaron intervenciones en dos unidades de salud que dan cobertura a los barrios seleccionados. La selección de los barrios se realizó en base a tres criterios fundamentales: barrio entre población de 1500 a 5000 habitantes, cuyo porcentaje de no pobres no fuese mayor de 50% y que el porcentaje de población en extrema pobreza no supere el 30%.

El modelo metodológico de CERCA es una guía, un proceso participativo complejo, por la interacción de los determinantes, sociales, comunitarios, medio ambientales e individuales que participan en la génesis y solución de problemas de salud. El desarrollo posee un enfoque comunitario basadas en teorías aplicadas para la modificación del comportamiento y centrada en las necesidades personales y alineadas con los sistemas de salud. El modelo metodológico que se aplicó contiene lo siguiente: análisis de situacional, desarrolló de estrategias, implementación de estrategias, evaluación y monitoreo. La ejecución de las actividades conjuntas, promoción y prevención específicas de la salud sexual y reproductiva.

Los resultados fueron los siguientes: se actuó en base a los determinantes más importantes de las zonas a intervenir y en base a ello las estrategias a seguir que dependieron del entorno. Por medio de encuestas en los barrios de intervención con 662 adolescentes se observó que hay mejora en la comunicación en los adolescentes en un 2.5%, la comunicación con la pareja mejoro en 10%, más manejo de información 34%, importancia de la religión en sus vidas, y 25% usan inyecciones hormonales. El uso de los servicios de salud no ha aumentado. Se logró a nivel comunitario alianzas, la implementación del proyecto, compromiso de los actores, se construyó un ambiente familiar y comunitario.<sup>8</sup>

## **DETERMINANTES EN EL EMBARAZO**

Los factores de riesgo asociados con el embarazo adolescente están relacionados con los determinantes sociales. Las tasas de fertilidad adolescente están directamente relacionadas con condiciones de pobreza y con factores asociados a la desigualdad.

---

<sup>8</sup> Consorcio de Investigación. CÍES. (2011-2014). Cuidados de la Salud Reproductiva para Adolescentes Enmarcado en la Comunidad. Documentó de Referencia. Nicaragua.

Según algunas investigaciones las adolescentes que tienen más educación, viven en zonas urbanas y las que provienen de familias con mayores recursos económicos tienen una menor probabilidad de quedar embarazadas. Las adolescentes embarazadas son más vulnerables y más pobres que adolescentes que no tienen hijos, lo que se explica en parte porque pertenecen a distintos grupos de riesgo.

Un factor importante de riesgo es la falta de agencia, entendida como la libertad y capacidad de una mujer para elegir efectivamente metas y tomar decisiones libres acerca de sus planes de vida. La mujer adolescente tiene más probabilidades de quedar embarazada debido a falta de agencia (al seguir normas existentes por presión, o por tener bajo poder de negociación en su relación para que su pareja acepte utilizar anticonceptivos). Además, el acceso a información y a educación son factores determinantes para el uso de métodos anticonceptivos.

Otros estudios revisan además las consecuencias del embarazo adolescente. Destacan que las madres adolescentes tienen menos probabilidades de culminar la educación secundaria y que el embarazo adolescente reduce los años de escolaridad, la asistencia a la escuela y las horas laborales. Además, se evidencian un mayor riesgo de mortalidad materna, muerte del feto, mortalidad infantil y suicidio cuando la madre es adolescente.

“El embarazo adolescente es relevante desde el punto de vista del desarrollo porque es una manifestación de la falta de oportunidades y porque la maternidad temprana puede tener implicaciones que fomenten círculos viciosos de pobreza entre generaciones, exclusión social y altos costos sociales. Atender este reto demandará políticas mejor diseñadas que tomen en cuenta la complejidad del fenómeno”, agregó López-Calva.

Las evidencias indican que reducir la desigualdad y crear mejores oportunidades para las mujeres a cualquier edad pueden contribuir a disminuir el riesgo de ocurrencia del embarazo adolescente y mitigar los efectos de la maternidad temprana. Las políticas y programas de protección social que reducen pobreza e inequidad de género son cruciales en este sentido.

Los factores de riesgo también pueden atenderse con intervenciones de políticas que se enfoquen en los programas de educación, salud y empleo en las comunidades. Por ejemplo, el acceso a una mayor cantidad de horas y a una variedad más recreativa de actividades en la escuela reducen las tasas de embarazo adolescente. El objetivo de las políticas de protección social debería ser ampliar el conjunto de opciones disponibles para las mujeres, así como su capacidad de poseer el control efectivo sobre sus vidas, con el fin de que puedan tomar decisiones económicas y de fecundidad sobre la base de los planes de vida que valora.<sup>9</sup>

En cambio, desde la movilización que existe en los grupos familiares en la actualidad, intervienen otras variables como:

- la desintegración familiar
- la poca comunicación con los padres
- la falta de enseñanza sobre la capacidad de medir riesgos
- La realidad es que estas adolescentes se convierten en madres antes de afianzar su propio proyecto de vida, sin tener aún madurez física ni emocional.

Otros factores que juegan en la actualidad: crisis de valores y una angustia muy alta.

---

<sup>9</sup> ALC (2013). Pobreza, baja educación y falta de oportunidades aumentan riesgo de embarazo en adolescente banco mundial.

Solo 4 de cada 10 madres menores de 18 años finalizan la educación secundaria superior. Casi el 80% de los padres no se casa con la joven madre de su hijo.

Solo perdura un 30% de los matrimonios de madres adolescentes contraídos tras el nacimiento del niño. El índice de fracaso entre los matrimonios adolescentes es el doble que entre las parejas en que la esposa es mayor de 25 años.

## **EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

Se lo define como: *"el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquia, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen"*.

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender.

Para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda.

La proporción de jóvenes que han iniciado relaciones sexuales va en aumento y que la edad de inicio está disminuyendo, pero la capacidad para evitar el embarazo no acompaña a este comportamiento. En otros países en encuestas realizadas a una población estudiantil en 1995, se observó que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales, fue de 14.9 años para varones y 15.7 años para mujeres, variando la proporción según el tipo de escuela a la que asistían (religiosas, laicas de sectores populares). El 95% de los adolescentes de la

encuesta manifestó tener información sobre cómo evitar el embarazo. Un 70% de los que mantenían relaciones sexuales utilizaban algún método efectivo para evitar el embarazo en la primera relación, disminuyendo ese porcentaje en las siguientes relaciones, siendo el preservativo el método más utilizado. Además, el consenso social sobre la maternidad adolescente se ha ido modificando con los años y los cambios sociales que los acompañan.

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hacen ya unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares. El embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral biopsicosocial y multisectorial por equipos interdisciplinarios capacitados y muy motivados y comprometidos personal e institucionalmente con la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad paternidad.

### **Consideraciones psicosociales para el aumento de los embarazos en adolescentes.**

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

- a. – Sociedad Represiva**
- b. – Sociedad Restrictiva**
- c. – Sociedad Permisiva**
- d. – Sociedad Alentadora**

Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en

todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones:

1. – Estratos medio y alto: la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.
2. – Estratos más bajos: donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse.

#### **A. – Factores predisponentes**

1. – Menarquia temprana
2. – Inicio precoz de relaciones sexuales
3. – Familia disfuncional
4. – Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y /o sola
5. – Bajo nivel educativo
6. – Migraciones recientes
7. – Pensamientos mágico
8. – Fantasías de esterilidad.
9. – Falta o distorsión de la información
10. – Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres

11. - Aumento en número de adolescentes

12. - Factores socioculturales

13. – Infecciones de Transmisión Sexual.

**B. – Factores determinantes: Violencia expresada en:**

1. – Relaciones sin anticoncepción

2. – Abuso sexual

3. – Violación

**CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DEL MUNICIPIO DE SAN MARCOS**

**CARACTERÍSTICAS DEL MUNICIPIO**

**A. Aspectos geográficos**

El municipio de San Marcos (pertenece al departamento de San Salvador).Y se encuentra ubicado a 4.5 kilómetros al sur de San Salvador entre las faldas del Cerro San Jacinto y Planes de Renderos, está limitado al norte con el municipio de San Salvador. (Anexo N°1 mapa)

El municipio de San Marcos cuenta con una población de 70,183 habitantes en un área geográfica de 14.7 km<sup>2</sup>, lo que equivale a una densidad poblacional de 4,774x km<sup>2</sup>habitantes. Hay datos históricos de 1930 a1992 donde sí se reporta área rural.

**B. Morbi mortalidad del municipio**

Dentro del perfil de morbilidad en el municipio, la tabla 6, muestra dentro de las primeras diez causas de morbilidad, las enfermedades infecciosas encabezan las primeras causas en comparación de las enfermedades crónicas no transmisibles.

En relación a la morbilidad en menores de 5 años la tabla 5, muestra que la principal causa de consulta son las infecciones respiratorias agudas, seguida de diarreas y parasitismo intestinal, lo que demuestra que son enfermedades infecciosas prevenibles y algunas de ellas están relacionadas con las condiciones de higiene y hacinamiento que se encuentra la población.

### **C. Aspectos ambientales**

En el municipio de San Marcos existen diferentes fuentes de contaminación, así mismo es un área donde se ubican muchas industrias principalmente de la maquila, textiles y productos agroindustriales.

### **D. Aspectos económicos y educativos**

Existen actividades económicas primarias como la agricultura, la industria, comercio formal y centros de educación privados y públicos.

### **E. Principales problemas del municipio**

Entre los principales problemas sociales del municipio se encuentran la falta de seguridad en las comunidades por grupo de riesgo (maras, delincuencia) y existencia de puntos de asalto, múltiples puntos de venta de drogas y de bebidas alcohólicas, alto índice de desempleo, bajo ingreso, proliferación de comunidades en aéreas de riesgo y con condiciones urbano marginales, presencia de quebradas con aguas residuales y sitios de deslave.



## VII. DISEÑO METOLOGICO

### A) TIPO DE ESTUDIO

Diseño: Descriptivo y de corte transversal.

**B) POBLACION DE ESTUDIO:** 106 adolescentes embarazadas de 12 a 18 años  
Unidad de análisis: adolescentes embarazadas que cumplieron los criterios de inclusión.

Muestra: se aplicó la fórmula para determinar el número de la muestra pero el número que resulto era 20 por lo que se tomó un número mayor para que fuera más significativo, 60 usuarias (del total de 106 población total que cumplan los criterios de inclusión). Por medio del método aleatorio se tomaron los datos y el número de expediente clínico, en el libro de inscripción de adolescentes embarazadas a partir luego con el número de expediente clínico se recoge la información para la hoja de vaciamiento de datos.

Unidad de observación: datos de usuarias el libro de inscripción de embarazadas

Fuentes de datos secundarias:

- Libro de inscripción de embarazadas adolescentes año 2014 de enfermería.
- Libro de inscripción de embarazadas adolescentes año 2014 de médico.
- Revisión de tarjeta de control de prenatal.
- Revisión de cuadros clínicos en número de 60 será la muestra (de la población total 106)
- El Diagnostico de Salud de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar intermedia.
- Censo de población 2008<sup>10</sup> que aporta datos de los determinantes sociales.

---

<sup>10</sup> Censo de población. (2008).

### **C) CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION, METODOS PARA EL CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS:**

#### **CRITERIOS DE INCLUSION:**

- Edad de 12 a 18 años
- Pacientes con embarazo no importando las semanas de amenorrea en la inscripción.
- Pacientes originarias del municipio
- Con cuadro clínico en la UCSF de San Marcos
- Año de control de Enero a Diciembre 2014
- Control prenatal completo de acuerdo e independiente de la edad gestacional.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSION:**

- Paciente no pertenezca a el municipio
- Que no se encuentre en el rango de edad de 12 a 18 años
- Datos incompletos en el cuadro clínico, número, dirección.
- Control incompleto prenatal para su edad gestacional.

### **D) METODOS PARA EL CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS:**

El investigador será el responsable de la recopilación de los datos, la digitación y el lleno de los formularios.

- Elaborar una matriz de análisis de datos para la recopilación de la información. Ver. (anexo 4)

### **E) METODOS, TECNICAS Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS.**

#### **METODOS:**

- Se procesaron los datos utilizando el formato establecido, con la utilización de Word, Excel y Epi-info 7 se realizara el análisis e interpretación de los datos simples y relación de variables.
- Se realizaran gráficas y cuadros de acuerdo al tipo de variable.

## **TECNICAS:**

- Se utilizó para recoger la información las fuentes secundarias el libro de inscripción de adolescentes embarazadas, del total de usuarias inscritas en el mes de Enero a Diciembre del año 2014, luego se tomó como muestra 60 en forma aleatoria se recogieron los datos y se revisó cada una por número de expediente clínico y de esta forma se obtuvieron los datos que se vaciaron en una hoja prediseñada para la captura de los datos.
- Recopilación y digitación de datos se realizó de acuerdo al formulario prediseñado por el investigador.
- La información socioeconómica del municipio se recopiló de fuentes secundarias el diagnóstico de salud de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar intermedia y del Censo de población del año 2008.

## **PLAN DE ANALISIS:**

Se analizó la frecuencia de las principales variables (económicas, escolaridad, sociodemográficas y los determinantes sociales) y posteriormente se harán cruces de variables de acuerdo a los objetivos planteados:

Se analizaron y se realizaron cruces de las variables, se organizaron de la siguiente manera:

1. Socio-demográficas: Estado civil, edad, sexo, tipo de familia, edad del compañero de vida y, lugar de origen, ingreso mensual, oficio y nivel de estudio.
2. Salud: Tipo de parto, lugar del parto, complicaciones del parto, complicaciones del hijo, control prenatal, semanas de parto, semanas de inscripción del control.
3. El cruce de variables se realizó entre las edad-complicaciones pos-parto, edad-complicaciones del hijo, y escolaridad-edad.
4. Se realizó una tabla y grafica de Pareto para mejor claridad de los resultados.

## **VARIABLES POR OBJETIVO.VARIABLES CORRESPONDIENTES A CADA OBJETIVO:**

Para cada objetivo específico se seleccionaron un conjunto de variables que a continuación se enumeran:

- Objetivo 1: edad, escolaridad, tipo de familia, pareja (escolaridad, ingresos y oficio)
- Objetivo 2: procedencia y ubicación geográfica.
- Objetivo 3: Tipo de parto, lugar de atención, complicaciones del parto, complicaciones del hijo, control prenatal, semanas de parto, semanas de inscripción del control.

Se han construido tablas donde se describen la operacionalización de estas variables.

### **CONTROL DE SESGOS**

- 1- Para evitar sesgos se procedió de la siguiente manera; se tomó los datos del libro de inscripción de embarazadas de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar intermedia de San Marcos y de la tarjeta de control prenatal en forma aleatoria, se anotó el número de expediente clínico.
- 2- Se seleccionaron del grupo de usuarias 60, se buscó por medio del número de expediente el cuadro clínico, se comparó con la información de la web del SIS (Sistema Único de Información). Todo con el fin de mejorar el error y los sesgos.

### **CONSIDERACIONES ETICAS**

- Autorización del director de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar intermedia de San Marcos para recopilar la información de los expedientes clínicos y tarjeta de control prenatal, ya que la mayoría son menores de edad y son dependientes jurídicamente de los padres.

- No se tomaran nombres de usuarias, para garantizar la privacidad de las pacientes y se tomó como referencia el número de expedientes para garantizar que no hay forma de ubicar esa usuaria.
- Se divulgara la información solamente a las personas pertinentes de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar intermedia de San Marcos y autoridades municipales tomadores de decisiones.
- La información se utilizara con fines de estudio.

#### **PLAN DE RECOLECCION DE LOS DATOS:**

1. Se validó el instrumentes de recolección de datos en la consulta externa una semana antes, con cinco pacientes del año 2014, que no formaron parte de la muestra seleccionada.
2. Se hicieron los ajustes y modificaciones necesarias.
3. Se realizó la recolección de datos por medio de la hoja de vaciamiento de datos de los expedientes médicos y la tarjeta del control prenatal.
4. El informe final y los cuadros de salida, se hicieron en el programa Microsoft Word. Se utilizó Excel y Epi-info 7 para la base de datos, se realizaron las tablas y gráficas, y se analizaron los resultados encontrándose lo siguiente:

## **VIII .DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS**

### **CARACTERIZAR EL PERFIL SOCIODEMOGRAFICO LAS ADOLESCENTES QUE CONSULTARON POR EMBARAZO.**

El promedio de edad que se encontró fue 12 años 3%(2) ,13 años 2%(1),14 años 3%(2), 16 años 28%(17), 17 años 30%(18),18 años 30%(17) y 18 años 2%(1). La edad más frecuente es de 17 años y 18 años. La menos frecuente de 12 y 15 años .Es importante resaltar que se presentaron dos casos en la edad de 12 años. (Gráfico 2)

La escolaridad de la adolescente la más frecuente encontrada primaria incompleta el 67%(40), secundaria 22%(13), ninguna 3%(2) y terciaria 8%(5).

La relación de las variables edad y escolaridad, el 3%(2) con edad de 12 años la escolaridad que se encontró es de primaria, el 2%(1) de 13 años escolaridad de primaria, de 14 años el 13 %(2) escolaridad primaria, de 15 años el 3%(2) escolaridad primaria, de 16 años el 28% con escolaridad, de 17 años el 30%(17) con escolaridad, y de 18 años el 30%(18) con escolaridad. Y dos casos de edad de 16 y 17 sin ninguna escolaridad.

El estado civil encontrado fue acompañada 50%(30), separada 2%(1), soltera 48%(29) y casada 0%(0). (Gráfico 3)

La edad de la pareja 16 años 5%(3), 17 años 13%(8), 18 años 10%(6), 19 años 10%(6), 20 años 10%(6), 21 años 2%(1), 22 años 5.0%(3), 23 años 15.0%(9), 24 años 5%(3), 25 años 8%(5), 30 años 3%(2), 33 años 2%(1), 35 años 3%(2), 36 años 2%(1) y 40 años 7%(4).

La escolaridad de la pareja el 12%(7) no presenta ninguna escolaridad, el 50%(30) presento estudios de primaria, el 32%(19) estudios de secundaria, el 2%(1) superior técnica y el 5%(3) educación terciaria. (Gráfico 4)

El ingreso mensual de la pareja menos de un salario mínimo 43%(26), ninguno 23%(14), otros 12%(7) y un salario mínimo 22%(13). (Gráfico 5)

El tipo de trabajo de la pareja formal 13%(8), informal 48%(29), no trabaja 13%(8), preso 8%(5) y renta 17%(10), es la forma de extorción de las maras que se ha convertido en esta zona en un medio de vida.

El ingreso mensual familiar menos de una salario mínimo es del 65%(39), otros formas de ingresos el 5%(3), remesas familiares 10%(6), un salario mínimo 20%(12). El más frecuente es de menos de un salario mínimo (empleos informales).

### **UBICAR LA DISTRIBUCION GEOGRAFICA DONDE SE PRESENTAN LA MAYOR INCIDENCIA.**

El 100% de los casos estudiados pertenecen al área urbana de San Marcos. La distribución de frecuencia por colonia es colonia 10 de Octubre 16%(8 casos), colonia Los Alpes 16%(8), colonia El Transito 5%(5) colonia El Cafetalito 4%(2) colonia el Carmen 4%(2), colonia Florencia 4%(2), los Ángeles 4%(2), Los Andes 4%(2).

Las menos frecuentes con un solo caso son Las campanitas 2%, colonia Alcaine 2%, colonia San Antonio 2%, colonia Buena Vista 2% y colonia Cruz Roja 2%. Las colonias con más frecuencia son las que tienen mayor población y problemas delincuenciales. Entre las menos frecuentes se encuentra la urbanización San Marcos y Jardines de San Marcos 2%(1). (Mapa 1)

## **IDENTIFICAR LAS DETERMINANTES DE SALUD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS.**

Solamente una paciente tuvo parto extra hospitalario, todas las demás fueron partos intrahospitalarios. Las semanas de inscripción del control prenatal la más frecuente fue a las 9 semanas de amenorrea 15%(9), 7 semanas 12%(7), 11 semanas de amenorrea 8%(5), y las menos frecuentes fueron las primeras 4 semanas.

La gravidez de la mayoría de las pacientes fue de 1 en un 82%(49), dos 15%(9) y de tres 3%(2). Las semanas del parto fueron 2 semanas 5%(3) ,34 semanas 2%(1), 35 semanas 3%(2),37 semanas 15%(9),38 semanas 22%(13),39 semanas 25%(15),40 semanas 28%(17).El mayor porcentaje fue de 40 semanas.

La mayoría del tipo de parto en un 73% (44) fue vaginal y un 27%(16) cesárea. Fueron atendidas intrahospitalariamente un 98%(59) y 2%(1) extra hospitalario.

La frecuencia de ser víctima de abuso es el 18%(30) aunque no se describe el tipo pues no fue el objetivo del estudio, y el 70%(42) no han sido víctimas.

Las complicaciones que se presentaron pos parto el 22%(13) infección de vías urinarias 22%(13), depresión 10.0%(6) ,vaginosis10%(6), preclamsia 5%(3), ruptura prematura de membrana 3%(2), aborto 5%(3), retardo en segundo periodo2%(1), prematurez3%(2), sufrimiento fetal agudo 2%(1) y ninguna complicación 37%(22).

El diagrama de Pareto muestra la frecuencia acumulada de las primeras seis complicaciones pos-parto de las adolescentes embarazadas que corresponden a un total de 82%, se excluyen el porcentaje de pacientes que no presentó ninguna complicación 35%(22) para que se vea más clara la evidencia de las complicaciones y no se presente error en el dato. El 80% del porcentaje acumulado representan las pocas viables y fueron las infecciones vías urinarias,

seguida de la vaginosis, aborto, depresión, preclamsia y ruptura prematura de membranas. (Diagrama N°1)

Las complicaciones posparto más frecuentes en primer lugar se presentó la infección de vías urinarias 22%(13), el segundo en frecuencia la depresión con 10%(6) y en tercero la vaginosis 10%(6). El 80% en el eje horizontal son los responsables de la mayoría de complicaciones según el principio de Pareto está señalado con línea roja y se corta en los casos de ruptura prematura de membranas. El porcentaje de “las pocas vitales” que representan en donde hay que realizar las acciones y con la flecha negra se muestran “los muchos triviales” donde no tiene sentido realizar estrategias. (Gráfico 1)

### **Variables relacionadas**

#### **Edad –complicaciones pos-parto.**

La relación de las variables edad y complicaciones posparto en el rango de 12 a 13 el porcentaje fue de 4%(6), el 21%(35) en el rango de 14 a 15 años, en el rango de 16 a 17 años el 4%(6) y en el rango de 18 a 19 años 7%(12).

Al relacionar la edad de las adolescentes de 12 a 13 años la frecuencia de las complicaciones es de 4%(6), de 14 a 15 años 21%(35), 16 a 17 años 4%(6) y de 19%(12).

La edad con mayores complicaciones que se presentó es del rango de 14 a 15 años con un 21%(35). (Gráfico 6)

#### **Edad-complicaciones de hijo**

Al relacionar la edad y las complicaciones del hijo en el rango de 12 a 13 años se presentaron 27%(16). De 14 a 15 años 22%(13), de 16 a 17 años 31%(19) y en la edad de 18 años 20%(12). El rango que se presentó con más frecuencia complicaciones en el hijo fue de 16 a 17 años un total de 31%(19).

Las complicaciones del hijo anormalidades congénitas 5%(3), el 18%(10) bajo peso, aborto 5%(3), ictericia 9%(5), neumonía 2%(1), ninguna complicaciones 33%(18), óbito 4%(2), onfalitis 5%(3), otros 7%(4) y prematurez 11%(6) y otros 7%(6).la mas frecuente fue bajo peso, aunque solo 18 niños no presentaron complicaciones. (Gráfico 7)

### **Edad-escolaridad**

La relación de las variables edad y escolaridad, el 3%(2) con edad de 12 años la escolaridad que se encontró es de primaria, el 2%(1) de 13 años escolaridad de primaria, de 14 años el 13%(2) escolaridad primaria, de 15 años el 3%(2) escolaridad primaria, de 16 años el 28% con escolaridad, de 17 años el 30%(17) con escolaridad, y de 18 años el 30%(18) con escolaridad. Y dos casos de edad de 16 a 17 años sin ninguna escolaridad. (Ver Gráfico 9)

## **IX. DISCUSIÓN Y ANALISIS**

La presente investigación demuestra que hay una relación directa y proporcional entre los determinantes individuales, familiares y comunitarios y el embarazo en adolescente entre las edades de 12 a 18 años. Por lo que en la investigación se estudiaron estos factores sociales, demográficos y área geográfica del municipio que se consideran que todos ponían en riesgo al grupo de adolescentes.

El nivel económico del núcleo familiar es en su mayoría menos de un salario mínimo (\$240.00) en El Salvador. Esto es de suma importancia y jerarquía pues determina a otros factores como el área geográfica, estilos de vida, recursos, el micro entorno, educación, cultura, salud y pobreza que también a la vez son determinantes tanto para el embarazo y el inicio precoz de las relaciones sexuales. El estilo de vida de esta comunidad es de tolerancia a el embarazo precoz ya que las madres la mayoría han tenido también la misma experiencia además su nivel cultural es aún menor que el de sus hijas.

En estudios anteriores realizados en este municipio sobre el tema de la violencia se encontró que las adolescentes y los niños son víctimas de sus mismos familiares o parientes cercanos como hermanos o padres. Y la mayoría de veces estos casos no se denuncian, por lo que las jóvenes van creciendo con problemas psicológicos que nunca superan y repiten los ciclos en la adultez. Ninguna de las usuaria realiza alguna actividad económica productiva la mayoría son dependientes de su familia o de su pareja. Se encontró que también cierto porcentaje depende remesas familiares y la renta que ya es un medio de vida (Impuesto obligatorio por las maras delincuenciales). Y el mayor porcentaje obtiene sus ingresos del trabajo informal por medio de ventas ambulantes en las calles de la capital.

El nivel educativo es vital para el proyecto de vida de las jóvenes tanto para su vida presente como futura. De este depende su descendencia, pero muchas veces también está influenciado por los patrones culturales y familiares que la rodean.

El nivel promedio de educación que se encontró fue educación primaria lo que la condena a continuar el círculo de la violencia y la pobreza. En el municipio hay 26 centros escolares que ofrecen estudios hasta secundaria y hay un instituto nacional que ofrece el nivel de bachillerato pero hay deserción escolar pues las maras dominan los sectores donde están ubicados estos centros y se pelean los territorios, las dos maras dominantes, además ellos tienen por norma que solamente pueden estudiar los varones hasta el nivel secundario luego tienen que estar activos en las actividades delictivas y las mujeres se convierten en sus parejas a temprana edad.

En el área geográfica con más casos fueron la colonia los Alpes y la colonia 10 de Octubre donde la presencia de los factores determinantes familiares y comunitarios son negativos así por ejemplo la violencia, la pandillas, el acceso a los expendios de agua ardiente, estilos de vida, la tolerancia, económico, cultura, exclusión de género y social. El nivel cultural que se encontró es de suma importancia esta población es resultado de migraciones del área rural de la zona oriental del país por la guerra de 1980, además de otra población que se ubicó post –terremotos 1989. Se comprueba las afirmaciones del modelo Laframboiue que afirma que los problemas de la salud están relacionados a múltiples factores. Y en un mismo municipio hay áreas con problemas de salud y condiciones sociales diferentes. Por tanto las acciones, planes, programas para mejorar tienen que ser adecuados a cada zona

Estos hallazgos son similares y apoyados con los encontrados en otros estudios como el realizado en Nicaragua entre los años 2011 y 2014 realizado por un consorcio de investigación entre ellos el CIES-UNAN(Centro de Investigaciones

y Estudios de Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua) cuyo título es el **“Cuidado de la Salud Reproductiva para Adolescentes Enmarcado en la Comunidad”** que describe el **“Proceso de implementación del proyecto CERCA Cuidados de la Salud Sexual y Reproductiva para el Adolescente Enmarcado en la Comunidad”**.<sup>11</sup>

Donde se trabaja sobre los determinantes que influyen en cada contexto y se actúa sobre estos para tener mejores resultados aplicando en método metodológico del proyecto CERCA (por sus siglas en ingles).

La propuesta de intervención de este proyecto podrían constituir un buen ejemplo a seguir en El Salvador o en esta comunidad pues está enfocado en el mismo problema de la investigación, se han identificado los determinantes sociales y comunitarios que más afectan y donde se podría intervenir para promover los cambios de actitud y estructurales de la comunidad de San Marcos. Ya que en Nicaragua dio buenos resultados.

---

<sup>11</sup> Consorcio de Investigación. CÍES. (2011-2014). Cuidados de la Salud Reproductiva para Adolescentes Enmarcado en la Comunidad. Documentó de Referencia. Nicaragua.

## **X. CONCLUSIONES**

1. Las adolescentes embarazadas de este municipio presentaron las siguientes características baja escolaridad nivel primario, dependen económicamente del tutor que en su mayoría de veces es la madre y un bajo porcentaje es la pareja. Tienen antecedentes de abuso pero no se especifica el tipo. El mayor porcentaje están acompañadas y el resto conviven con sus padres. El ingreso promedio de las familias fue de menos de un salario mínimo. El promedio de edad de la pareja fue de 17 años y ejerciendo trabajos informales. Las familias estaban organizadas en su mayoría en forma disfuncional y con la falta de uno o ambos padres. El tutor de la familia de las usuarias más frecuente fue la madre. El ingreso mensual a nivel familiar es bajo el cual no alcanza para cubrir las necesidades del núcleo, ni para completar la canasta básica urbana (\$170.40). En el municipio de San Marcos se encontraron que los determinantes comunitarios y familiares influyen en forma negativa al problema. La pobreza y exclusión social son predominantes.
2. El área geográfica más frecuente son las colonias con los índices de violencia más altos y con las peores condiciones económico-sociales del municipio. La colonia 10 de Octubre y la colonia los Alpes son las que presentaron la mayoría de los casos. Y también en las colonias con mejores condiciones se presenta menos casos.
3. La complicación más frecuente infección de vía urinarias 22% y la vaginosis el 10%.

El 100% de las usuarias tuvo controles prenatales. El 92% fue parto intrahospitalario. La vía vaginal represento el 73% y la cesárea 27%. La edad más frecuente donde se presentaron complicaciones de hijo fueron en el rango de edad de 16 a 17 años y la más frecuente fue bajo peso al nacer.

La edad de mayores complicaciones pos-parto es de 14 a 15 años y la más frecuente fue infección de vías urinarias. Además según el Diagrama de Pareto las estrategias tienen que ir dirigidas a las complicaciones “pocas vitales” que representan el 80%. Al mejorar estas se previene la mayoría.

Ha mejorado el sistema de salud en la atención y prevención, la mortalidad materna fue de cero y la infantil ha disminuido, también la disminución de complicaciones y mejora del acceso a controles prenatales por la presencia de los dos Equipos Comunitarios de Salud Familia (los ECOS-Familiares) en esta zona.

## **XI. RECOMENDACIONES**

### **A nivel de Familia: realizado por la organización intersectorial del municipio:**

1. Promoción y educación en valores
2. Fortalecer los vínculos y actividades familiares
3. Participación en las escuelas comunitarias

### **A nivel comunitario: por las organizaciones sociales representativas del municipio:**

1. Presión de la población para la promoción de cambios estructurales a nivel social-económico con el objetivo de disminuir las desigualdades evitables y que beneficien a las mayorías pobres del país.
2. Promoción política, públicas la organización civil comunitaria, política, autoridades municipales y la población.

### **A nivel del Gobierno local: por la intersectorial, organizaciones sociales, municipalidad local y gobierno central.**

1. Promoción de empleos y salarios dignos. Negociando la empresa privada y el gobierno central.

### **A nivel del Ministerio de Educación: representación local del ministerio en la comunidad y las escuelas.**

1. Promoción de la educación básica y técnica.
2. A nivel comunitario: actividades de prevención y educación en Valores-sexuales desde la familia (micro-entorno) y la escuela.
2. Mejorar las competencias de los educadores en los centros de Estudios nacionales y privados.

### **A nivel del Ministerio de Salud: por la UCSF de San Marcos.**

1. Enfoque de educación sexual y reproductiva en adolescencia temprana (desde 10 años hasta 13 años)
2. Estrategia con el enfoque de equidad de género y generacional.
3. Promoción de la salud
4. Promover la aplicación del proyecto CERCA en la comunidad.

**A nivel intersectorial: por todas las organizaciones representantes en la intersectorial local-municipal.**

1. Sensibilización de los demás Ministerios, Alcaldías, Policía, etc. para Aportar desde sus respectivas posibilidades a la prevención Del Embarazo no deseado en adolescentes.
2. Fortalecer la organización local integrando otras instituciones.

## **XII. RERERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. ALC (2013). Pobreza, baja educación y falta de oportunidades aumentan riesgo de embarazo en adolescente banco mundial.
2. Censo de población. (2008).
3. Consorcio de Investigación. CÍES. (2011-2014). Cuidados de la Salud Reproductiva para Adolescentes Enmarcado en la Comunidad. Documentó de Referencia. Nicaragua.
4. Definición/adolescencia.(2013).21Jv41JR.Revista de Posgrado de la Cátedra.
5. DIGESTYC. (2012).Encuesta de Hogares y propósitos múltiples.
6. <Diccionario de la lengua española-Vigésima Segunda edición .mht>(2011).
7. Informe del Puesto de la Policía Nacional Civil de San Marcos (2013-2011).
8. Lozano B. Alfonzo. (2011)Determinantes Familiares. Escolares y grupales.
9. MINSAL:
  - a. 2014:..Libro de inscripción de embarazadas adolescentes.
  - b. 2014. Estimación de población.
- 10.Ministerio de Economía 2010 <<http://www.censos.gob.sv/útil/datos/proyecciones.pdf>>. Dirección General de Estadística y Censos.
- 11.Monteiro de Andrade. (2014.).Determinantes Sociales de Salud, Cobertura Universal de Salud y Desarrollo Sostenible. Estudio de Casos en Países Latinoamericanos. Publicado en línea en The Lancet.
- 12.Programa Comunitario. Argentina.( 2013).
- 13.Sistema de morbilidad-mortalidad vía web. (2014).
- 14.USAID.Diagnóstico. (2011).Breve Sobre el Municipio de San Marcos. Departamento de San Salvador.

## ANEXO 1

**Determinantes de salud. Tabla 1**

<b>Determinantes</b>	<b>Dato</b>
Porcentaje de analfabetismo en personas de 10 a 65 años	11
Índice de Desarrollo Humano para el municipio (PNUD)	0.753
Porcentaje de viviendas que cuentan que cuentan con letrina o inodoro	100%
Porcentaje de desempleo	9.2%
Número de viviendas	14032
Porcentaje de viviendas con abastecimiento de agua potable	81%
Porcentaje de viviendas con sistema de disposición de aguas grises	80%
Porcentaje de viviendas con sistema de recolección de basura	85%
Porcentaje de vivienda ocupada	4.8%
Porcentaje de viviendas con energía eléctrica	100%
Número de establecimientos que procesan y/o elaboran y/o venden alimentos	55
Numero de iglesias	29
Numero de expendios de aguardiente	13
Numero de canchas deportivas	6
Nivel de escolaridad	7.5grado

Esperanza de vida	Mujeres 75 años
Esperanza de vida	Hombres 68 años
Tasa natalidad	23x1000
Tasa de fecundidad	2hijo x mujer
Embarazadas esperadas	1175
Tasa de homicidios	5x10000
Viviendas ocupadas	4%xvivienda
tasa de mortalidad materna	0

\*Fuente: Resultados Encuesta FESAL 2008.

**Tabla 2.Total de población de estudio .2014**

Año 2014	Total población	Hombres	Mujeres
San Marcos	70305	32244	38061
10 - 14 Años	6234	3188	3046
15 - 18 Años	7236	3607	3629

\*Fuente (DIGESTYC) Censo de Población y Vivienda 2008, dirección de estadística y censo Ministerio de Economía.

**Tabla 3. Datos de población 2014**

Niños menores de 1 años	1147
Niños menores de 5 años	5709
Total de adolescentes	13470
Adulto mayor	8411
Adulto femenino	20331
Adulto masculino	16919

Fuente de información datos de mortalidad de la alcaldía de municipio de San Marcos.

**Tabla 4. Mortalidad 2014 municipio de San Marcos**

No	Mortalidad del municipio San Marcos	Frecuencia
1	Insuficiencia renal crónica	21
2	Hipertensión arterial	15
3	Infarto agudo de miocardio	15
4	Accidente cerebro vascular	11
5	Shock séptico	11
6	Neumonía	11
7	Diabetes mielitis	11
8	VIH	9
9	Falla multisistémica	9
10	Cáncer de estómago	8
	Total	121

Fuente de información datos de mortalidad de la alcaldía de municipio de San Marcos

**Tabla 5. Principales causas de morbilidad en niños menores de 5 años 2014.**

<b>No</b>	<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>2013</b>
1	Infecciones Respiratorias Agudas	5,060
2	Diarrea	978
3	Parasitismo intestinal	303
4	Conjuntivitis Bacteriana	223
5	Neumonía	198
6	Varicela	79
7	Mordidos por Animal Transmisor de Rabia	21
8	Maltrato Físico	1

**Fuente: Censo diario de consulta, Unidad Comunitaria en salud Familiar, San Marcos, San Salvador, 2014**

**Tabla 6. Primeras diez causas de morbilidad en el municipio de San Marcos, San Salvador, 2014.**

<b>No.</b>	<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>2013</b>	<b>2014(semána 40)</b>
1	Infecciones Respiratorias Agudas	19553	12847
2	Diarreas	2852	512
	Chic	0	858
3	Parasitismo Intestinal	2053	770
4	Conjuntivitis Bacteriana	569	129
5	Neumonía	522	64
6	Ansiedad	271	86
7	Mordeduras por Animal Transmisor de Rabia	254	33
8	Varicela	170	21
9	Hipertensión Arterial	44	31
10	Tricomoniasis	21	30

**Fuente: Censo diario de consulta, Unidad Comunitaria en salud Familiar, San Marcos, San Salvador.2014**

DETERMINANTES DE LA SALUD. Figura N°1

## Modelo Socioeconómico de Salud



**Tabla 7. Población por grupos de edad y sexo del municipio de San Marcos**

<b>EDAD</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>TOTAL</b>
Menor de 1 año	591	556	1147
1-4 años	2349	2213	4562
5- 9 años	2957	2883	5840
10-14 años	3209	3188	6397
15-19 años	3301	3275	6576
20-29 años	5954	6368	12322
30-39 años	4732	5837	10569
40-49 años	3661	4743	8404
50-59 años	2572	3383	5955
> 60 años	3562	4849	8411
Total	32,888 (47%)	37,295 (53%)	70,183

Fuente: Indicadores de Calculo Poblacional por edades simples 2014

**ANEXO N<sup>o</sup> 2. CARACTERIZAR EL PERFIL SOCIODEMOGRAFICO LAS ADOLESCENTES QUE CONSULTARON POR EMBARAZO.**

**Tabla 8. Análisis del Embarazo en adolescentes edades 12 a 18 años que consultaron al UCSF del Municipio de San Marcos, San Salvador, El Salvador 2014.**

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Acompañada	30	50%
separada	1	2%
Soltera	29	48%
casado	0	0%
total	60	100%

Fuente: expedientes clínicos y libro de embarazadas adolescentes inscritas en control prenatal unidad de salud de San Marcos 2014.

La tabla 8 presento el 50%(30) acompañado, el 2%(1) separado, el 48%(29), y casado 0%.

**Tabla 9 .Análisis del Embarazo en adolescentes edades 12 a 18 años que consultaron al UCSF del Municipio de San Marcos, San Salvador, El Salvador 2014.**

Rango de Edad	Frecuencia	Porcentaje
12	2	3%
13	1	2%
14	2	3%

<b>15</b>	<b>2</b>	<b>3%</b>
<b>16</b>	<b>17</b>	<b>28%</b>
<b>17</b>	<b>18</b>	<b>30%</b>
<b>18</b>	<b>18</b>	<b>22%</b>
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Fuente: de expedientes clínicos y libro de embarazadas adolescentes inscritas en control prenatal unidad de salud de San Marcos 2014.

La tabla 9 presenta las edades por frecuencia en la edad de 12 años 3%(2), 13 años 2%(1), 14 años 3%(2), 15 años 3%(2), 16 años 28%(17), 17 años 30%(18), 18 años 22%(18).

**Tabla 10. Análisis del Embarazo en adolescentes edades 12 a 18 años que consultaron al UCSF del Municipio de San Marcos, San Salvador, El Salvador 2014.**

<b>Tipo de trabajo de pareja</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>formal</b>	<b>8</b>	<b>13%</b>
<b>informal</b>	<b>29</b>	<b>48%</b>
<b>No trabaja</b>	<b>8</b>	<b>13%</b>
<b>preso</b>	<b>5</b>	<b>8%</b>
<b>renta</b>	<b>10</b>	<b>17%</b>
<b>total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Fuente: expedientes clínicos y libro de embarazadas adolescentes inscritas en control prenatal unidad de salud de San Marcos 2014.

La tabla 10 presento el 13% (8) es el trabajo formal de la pareja de la adolescente. El 48%(29) se desempeña como trabajo informal 48%. El 13%(8) no trabaja y el 8%(5) está preso.

**Tabla 11. Análisis del Embarazo en adolescentes edades 12 a 18 años que consultaron al UCSF del Municipio de San Marcos, San Salvador, El Salvador 2014.**

Fecha de llenado	Frecuencia	Porcentaje
1-12-2014	60	100%
<b>Total</b>	60	100%

La tabla 11 presento que el 100% de las hojas de vaciamiento se llenaron el 1 del 12 del 2014.

**Tabla 12. Análisis del Embarazo en adolescentes edades 12 a 18 años que consultaron al UCSF del Municipio de San Marcos, San Salvador, El Salvador 2014.**

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
ninguna	2	3.3%
primaria	40	66.7%
secundaria	13	21.0%
terciaria	5	8.3%
<b>total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Fuente: Instrumento para vaciamiento de datos de expedientes clínicos y libro de embarazadas adolescentes inscritas en control prenatal unidad de salud de San Marcos 2014.

En la tabla N<sup>o</sup>12 se encontró que las adolescentes en un 3.3%(2) no tenían ninguna escolaridad. El 66.7%(40) educación primaria, el 21.0%(13) secundaria y el 8.3%(5) terciaria. Aunque no se especifica si los niveles los ha completado.

**Tabla 13. Análisis del Embarazo en adolescentes edades 12 a 18 años que consultaron al UCSF del Municipio de San Marcos, San Salvador, El Salvador 2014.**

<b>Organización familiar</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Ampliado</b>	<b>2</b>	<b>3%</b>
<b>disfuncional</b>	<b>15</b>	<b>25%</b>
<b>Equivalente familiar</b>	<b>4</b>	<b>35%</b>
<b>Mononuclear</b>	<b>13</b>	<b>23%</b>
<b>Nuclear</b>	<b>12</b>	<b>20%</b>
<b>otros</b>	<b>3</b>	<b>5%</b>
<b>reconstituida</b>	<b>11</b>	<b>18%</b>
<b>total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Fuente: expedientes clínicos y libro de embarazadas adolescentes inscritas en control prenatal unidad de salud de San Marcos 2014.

La tabla 13 presento el 3%(2) la organización familiar ampliada, el 25%(15) disfuncional, el 35%(4) equivalente familiar, el 22%( 13) mononuclear, el 20%(12) nuclear, otros 5%(3).

**Tabla 14. Análisis del Embarazo en adolescentes edades 12 a 18 años que consultaron al UCSF del Municipio de San Marcos, San Salvador, El Salvador 2014.**

<b>Tutor de la familia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>familiar</b>	<b>9</b>	<b>15%</b>
<b>madre</b>	<b>21</b>	<b>35%</b>
<b>ninguno</b>	<b>4</b>	<b>7%</b>
<b>otro</b>	<b>15</b>	<b>25%</b>
<b>padre</b>	<b>11</b>	<b>18%</b>
<b>total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Fuente: de expedientes clínicos y libro de embarazadas adolescentes inscritas en control prenatal unidad de salud de San Marcos 2014.

La tabla 14 presento el 15%(9) el tutor de la familia es un familiar, el 35%(21) es la madre, el 7%(4) no es ninguno, el 25%(15) y 18%(11) el tutor es el padre.

**Tabla 15. Análisis del Embarazo en adolescentes edades 12 a 18 años que consultaron al UCSF del Municipio de San Marcos, San Salvador, El Salvador 2014.**

<b>Ha sido víctima de abuso</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>No</b>	<b>42</b>	<b>70%</b>
<b>Si</b>	<b>18</b>	<b>30%</b>
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Fuente: expedientes clínicos y libro de embarazadas adolescentes inscritas en control prenatal unidad de salud de San Marcos 2014.

La tabla 15 presento la frecuencia de abuso en las adolescentes el 70%(42) no ha presentado ningún tipo de abuso pero el 30%(18) si aunque no se especifica el tipo.

**Tabla 16. Análisis del Embarazo en adolescentes edades 12 a 18 años que consultaron al UCSF del Municipio de San Marcos, San Salvador, El Salvador 2014.**

Edad de la pareja	Frecuencia	Porcentaje
16	3	5%
17	8	13%
18	6	10%
19	6	10%
20	6	10%
21	1	2%
22	3	5%
23	9	15%
24	3	5%
25	8	8%
30	5	3%
33	1	2%
35	2	3%
36	1	2%
40	4	7%
<b>total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Fuente: expedientes clínicos y libro de embarazadas adolescentes inscritas en control prenatal unidad de salud de San Marcos 2014.

La tabla 15 presento la edad de la pareja en menor frecuencia se presentó la edad de 36 años en un 2%(1), 5%(3) la pareja tenía 16 años, 17 años 13%(8), 18 años 10%(6), 19 años 10%(6), 20 años 10%(6), 21años 2%(1), 22 años 5%(3), 23 años 15%(9), 24 años 5%(3), 25 años 8.3%(8), 30 años 3%(2) y 40 años 7%(4).

**Tabla 17. Análisis del Embarazo en adolescentes edades 12 a 18 años que consultaron al UCSF del Municipio de San Marcos, San Salvador, El Salvador 2014.**

Escolaridad de la pareja	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	7	12%
primaria	30	50%
secundaria	19	32%
Superior técnica	1	2%
terciaria	3	5%
<b>total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Fuente: de expedientes clínicos y libro de embarazadas adolescentes inscritas en control prenatal unidad de salud de San Marcos 2014.

La tabla 17 presento la escolaridad de la pareja el 12%(7) no presenta ninguna escolaridad, el 50%(30) presento estudios de primaria, el 32%(19) estudios de secundaria, el 2%(1) superior técnica y el 5%(3) educación terciaria.

**Tabla 18. Análisis del Embarazo en adolescentes edades 12 a 18 años que consultaron al UCSF del Municipio de San Marcos, San Salvador, El Salvador 2014.**

Ingreso mensual pareja	Frecuencia	Porcentaje
Menos de un salario mínimo	26	43%
Un salario mínimo	13	22%
ninguno	14	23%
otros	7	12%
<b>total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Fuente: expedientes clínicos y libro de embarazadas adolescentes inscritas en control prenatal unidad de salud de San Marcos 2014.

La tabla 18 sobre el ingreso mensual de la pareja refiere que el 43%( 26) tienen un ingreso de menos de un salario mínimo, el 22%(13) un salario mínimo, ningún ingreso el 23%(14) y otros el 12%(7) que puede ser actor ilícitos o renta de las maras.

**UBICAR LA DISTRIBUCION GEOGRAFICA DONDE SE PRESENTAN LA MAYOR INCIDENCIA.**

**Tabla 19. Análisis del Embarazo en adolescentes edades 12 a 18 años que consultaron al UCSF del Municipio de San Marcos, San Salvador, El Salvador 2014.**

<b>Colonia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Campanitas</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>
<b>10 de Octubre</b>	<b>8</b>	<b>16%</b>
<b>Alcaine</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>
<b>San Antonio</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>
<b>Buena Vista</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>
<b>Cafetalito</b>	<b>2</b>	<b>4%</b>
<b>Calle 25 de Abril</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>
<b>Cruz Roja</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>
<b>El Carmen</b>	<b>2</b>	<b>4%</b>
<b>El Transito</b>	<b>3</b>	<b>6%</b>
<b>Encarnación</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>
<b>Florenia</b>	<b>2</b>	<b>4%</b>
<b>Gálvez</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>
<b>Jardines de San Marcos</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>

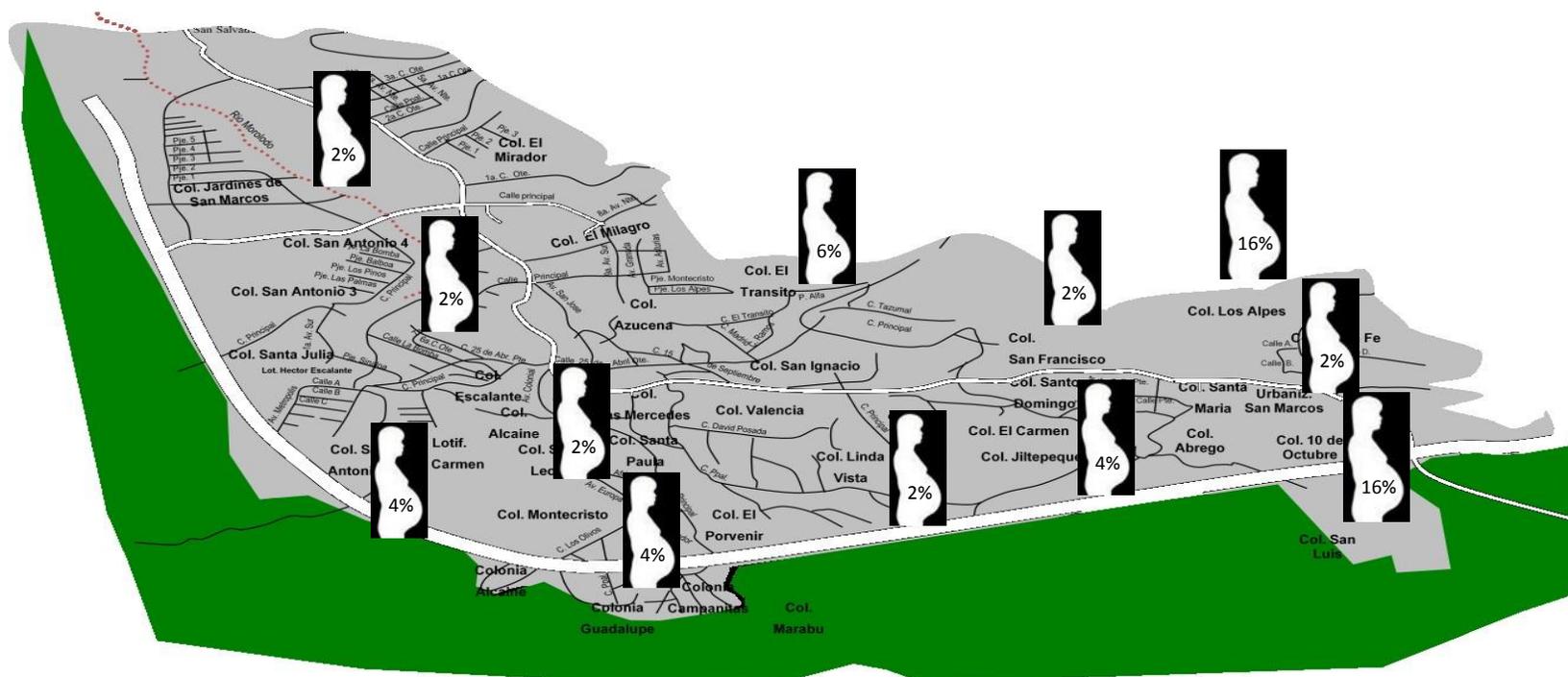
<b>Los Alpes</b>	<b>8</b>	<b>16%</b>
<b>Los Andes</b>	<b>2</b>	<b>4%</b>
<b>Los Ángeles</b>	<b>2</b>	<b>4%</b>
<b>Malena</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>
<b>Mercedes</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>
<b>Montecristo</b>	<b>2</b>	<b>4%</b>
<b>Moran</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>
<b>San Antonio</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>
<b>San Francisco</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>
<b>Sánchez</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>
<b>Santa Leonor</b>	<b>2</b>	<b>4%</b>
<b>Santa Rosa</b>	<b>2</b>	<b>4%</b>
<b>Urbanización</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>
<b>Total</b>		<b>100%</b>

Fuente: expedientes clínicos y libro de embarazadas adolescentes inscritas en control prenatal unidad de salud de San Marcos 2014.

La tabla 19 presenta la colonia las campanitas y colonia Gálvez con un porcentaje de 2%(1) de casos de embarazadas adolescentes, seguido por la colonia los Andes 4%(2) y los Ángeles con el 4%(2) cada una. La colonia 10 de Octubre 16%(8) y los Alpes 16%(8) con los porcentajes más altos

## UBICAR LA DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE LA INCIDENCIA DE CASOS.

Mapa 1. Distribución geográfica del municipio San Marcos. Creación propia con datos estadísticos.



Fuente: expedientes clínicos y libro de embarazadas adolescentes inscritas en control prenatal unidad de salud de San Marcos 2014. En el mapa 1 del municipio de San Marcos se puede apreciar el área de mayor porcentaje de casos en la colonia 10 de octubre 16% y la colonia los Alpes 16% y las menos frecuente colonia Urbanización San Marcos 2% y Jardines de San Marcos

**Tabla 20. Análisis del Embarazo en adolescentes edades 12 a 18 años que consultaron al UCSF del Municipio de San Marcos, San Salvador, El Salvador 2014.**

<b>Municipio</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>San Marcos</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>
<b>urbana</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>
<b>rural</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

En la tabla 20 el 100% de la población encuestada pertenece a la zona urbana.

## IDENTIFICAR LAS DETERMINANTES DE SALUD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS.

Tabla 21. Análisis del Embarazo en adolescentes edades 12 a 18 años que consultaron al UCSF del Municipio de San Marcos, San Salvador, El Salvador 2014.

Semanas de parto	Frecuencia	Porcentaje
2	3	5%
34	1	2%
35	2	3%
37	9	15%
38	13	22%
39	15	25%
40	17	28%
<b>total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Fuente: expedientes clínicos y libro de embarazadas adolescentes inscritas en control prenatal unidad de salud de San Marcos 2014.

En la tabla 21 se encontró que el 5%(2) de las pacientes terminaron el embarazo (aborto), el 2%(1) parto de 34 semanas, 3%(2) de 35 semanas, 15%(9) de 37 semanas, 22%(13) de 38 semanas, 25%(15) de 39 semanas y el 28%(17) de 40 semanas.

**Tabla 22. Análisis del Embarazo en adolescentes edades 12 a 18 años que consultaron al UCSF del Municipio de San Marcos, San Salvador, El Salvador 2014.**

<b>Complicaciones del hijo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>aborto</b>	<b>3</b>	<b>5%</b>
<b>Anormalidades congénitas</b>	<b>3</b>	<b>5%</b>
<b>Bajo peso</b>	<b>10</b>	<b>18%</b>
<b>ictericia</b>	<b>5</b>	<b>9%</b>
<b>neumonía</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>
<b>Ninguno</b>	<b>18</b>	<b>33%</b>
<b>óbito</b>	<b>2</b>	<b>4%</b>
<b>onfalitis</b>	<b>3</b>	<b>5%</b>
<b>otros</b>	<b>4</b>	<b>7%</b>
<b>prematureo</b>	<b>6</b>	<b>11%</b>
<b>total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Fuente: expedientes clínicos y libro de embarazadas adolescentes inscritas en control prenatal unidad de salud de San Marcos 2014.

La tabla 22 presento las complicaciones del hijo anormalidades congénitas 5%(3), el 18%(10) bajo peso, aborto 5%(3), bajo peso 18%(10), ictericia 9%(5), neumonía 2%(1), ninguna complicaciones 33%(18), óbito 4%(2), onfalitis 5%(3), otros 7%(4) y prematurez 11%(6).

**Tabla 23. Análisis del Embarazo en adolescentes edades 12 a 18 años que consultaron al UCSF del Municipio de San Marcos, San Salvador, El Salvador 2014.**

Tipo de parto	Frecuencia	Porcentaje
Cesárea	16	27%
vaginal	44	73%
total	60	100%

Fuente: expedientes clínicos y libro de embarazadas adolescentes inscritas en control prenatal unidad de salud de San Marcos 2014.

La tabla 23 presento el 27%(16) partos por cesárea y 73%(44) parto vaginal.

**Tabla 24. Análisis del Embarazo en adolescentes edades 12 a 18 años que consultaron al UCSF del Municipio de San Marcos, San Salvador, El Salvador 2014.**

Control prenatal	Frecuencia	Porcentaje
si	60	100%
Total	60	100%

Fuente: expedientes clínicos y libro de embarazadas adolescentes inscritas en control prenatal unidad de salud de San Marcos 2014.

En la tabla 24 se presentó el 100%(60) de las adolescentes con control prenatal completo.

**Tabla 25. Análisis del Embarazo en adolescentes edades 12 a 18 años que consultaron al UCSF del Municipio de San Marcos, San Salvador, El Salvador 2014.**

<b>Complicaciones embarazo y post parto</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Aborto</b>	<b>3</b>	<b>5%</b>
<b>Depresión</b>	<b>6</b>	<b>10%</b>
<b>Infección de vías urinarias</b>	<b>13</b>	<b>22%</b>
<b>Ninguna</b>	<b>22</b>	<b>37%</b>
<b>Otros</b>	<b>3</b>	<b>5%</b>
<b>Preclamsia</b>	<b>3</b>	<b>5%</b>
<b>Prematurez</b>	<b>2</b>	<b>3%</b>
<b>Retardo en 2 periodo</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>
<b>Ruptura Prematura de Membrana</b>	<b>3</b>	<b>5%</b>
<b>Sufrimiento Fetal Agudo</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>
<b>Vaginosis</b>	<b>6</b>	<b>10%</b>
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Fuente: expedientes clínicos y libro de embarazadas adolescentes inscritas en control prenatal unidad de salud de San Marcos 2014.

En la tabla 25 presento como primera complicación posparto la infección de vías urinarias 22%(13), aborto 5%(3), depresión 10%(6), prematurez 3%(2), retardo

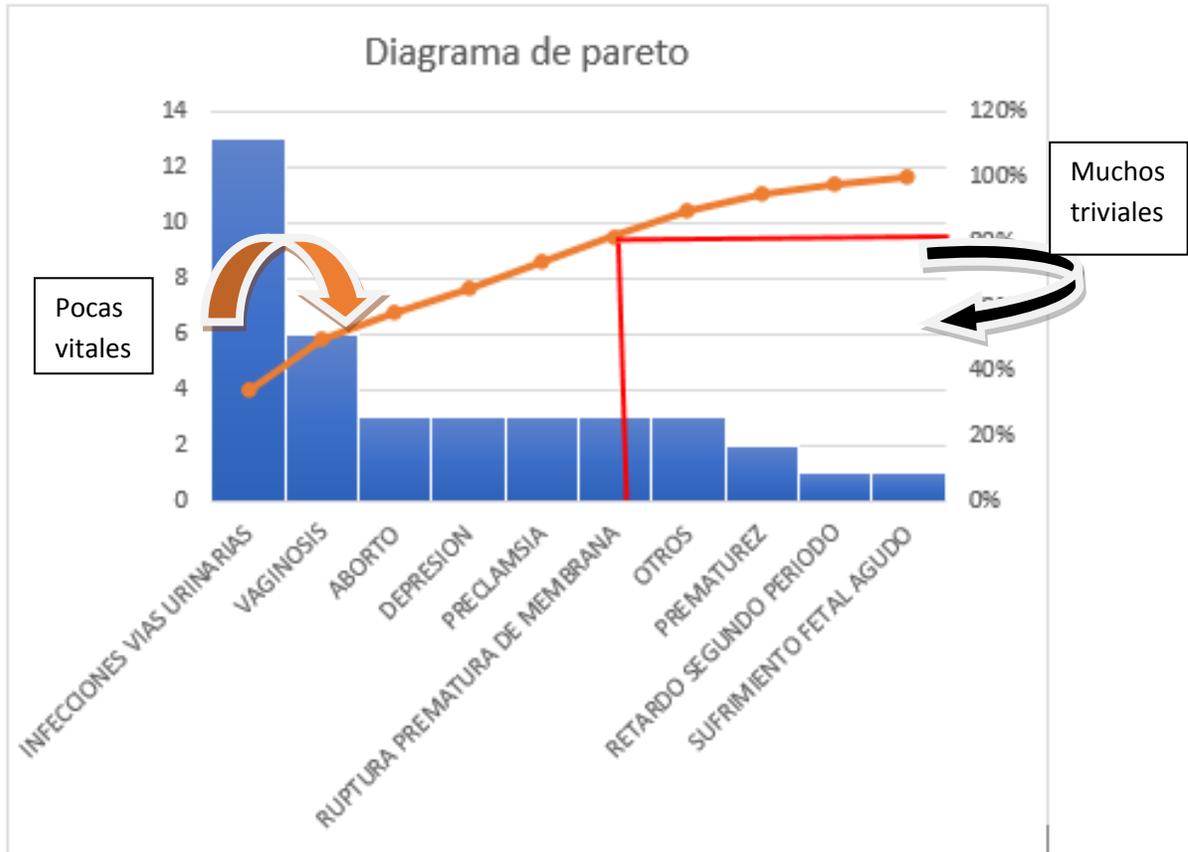
en el 2 periodo 2%(1), sufrimiento fetal agudo 2%(1), vaginosis 10%(6), ruptura prematura de membrana 5%(3) y ninguna complicación 37%(22).

### Diagrama N°1 de Pareto

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
<b>INFECCIONES VIAS URINARIAS</b>	13	34%	34%
<b>VAGINOSIS</b>	6	16%	50%
<b>ABORTO</b>	3	8%	58%
<b>DEPRESION</b>	3	8%	66%
<b>PRECLAMIA</b>	3	8%	74%
<b>RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA</b>	3	8%	82%
<b>OTROS</b>	3	8%	89%
<b>PREMATUREZ</b>	2	5%	95%
<b>RETARDO SEGUNDO PERIODO</b>	1	3%	97%
<b>SUFRIMIENTO FETAL AGUDO</b>	1	3%	100%
<b>Total</b>	38	100%	

El diagrama de Pareto muestra la frecuencia acumulada de las primeras seis complicaciones pos-parto de las adolescentes embarazadas que corresponden a un total de 82%, se excluyen el porcentaje de pacientes que no presentó ninguna complicación 35%(22) para que se vea más clara la evidencia de las complicaciones y no se presente error en el dato. El 80% del porcentaje acumulado representan las pocas viables y fueron las infecciones vías urinarias, seguida de la vaginosis, aborto, depresión, preclamsia y ruptura prematura de membranas

**Grafico 1 .Complicaciones embarazo-post parto. Enero a Diciembre 2014.**



En el grafico se presenta las complicaciones posparto más frecuentes en primer lugar se presentó la infección de vías urinarias 22%(13), el segundo en frecuencia la depresión con10%(6) y en tercero la vaginosis10%(6). El 80% en el eje horizontal son los responsables de la mayoría de complicaciones según el principio de Pareto está señalado con línea roja y se corta en los casos de ruptura prematura de membranas. Con la flecha naranja se señala el porcentaje de “las pocas vitales” que representan en donde hay que realizar las acciones y con la flecha negra se muestran “los muchos triviales” donde no tiene sentido realizar estrategias.

**Tabla 26. Análisis del Embarazo en adolescentes edades 12 a 18 años que consultaron al UCSF del Municipio de San Marcos, San Salvador, El Salvador 2014.**

Tipo de parto	Frecuencia	Porcentaje
Extra hospitalario	1	2%
intrahospitalario	59	98%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Fuente: expedientes clínicos y libro de embarazadas adolescentes inscritas en control prenatal unidad de salud de San Marcos 2014.

La tabla 26 presento el 2%(1) parto extra hospitalario y el 98%(59) intrahospitalario.

**Tabla 27. Análisis del Embarazo en adolescentes edades 12 a 18 años que consultaron al UCSF del Municipio de San Marcos, San Salvador, El Salvador 2014.**

Edad/complicaciones posparto	Frecuencia	Porcentaje
12-13	6	4%
14-15	35	21%
16-17	6	4%
18-19	12	7%
<b>total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Fuente: expedientes clínicos y libro de embarazadas adolescentes inscritas en control prenatal unidad de salud de San Marcos 2014.

La tabla 27 presento la relación de las variables edad y complicaciones posparto en el rango de 12 a 13 el porcentaje fue de 4%(6), el 21%(35) en el rango de 14 a 15 años, en el rango de 16 a 17 años el 4%(6) y en el rango de 18 a 19 años 7%(12).

**Tabla 28. Análisis del Embarazo en adolescentes edades 12 a 18 años que consultaron al UCSF del Municipio de San Marcos, San Salvador, El Salvador 2014.**

<b>Edad/complicaciones hijo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>12-13</b>	<b>16</b>	<b>10%</b>
<b>14-15</b>	<b>13</b>	<b>8%</b>
<b>16-17</b>	<b>19</b>	<b>11%</b>
<b>18</b>	<b>12</b>	<b>7%</b>
<b>total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Fuente: expedientes clínicos y libro de embarazadas adolescentes inscritas en control prenatal unidad de salud de San Marcos 2014.

La tabla 28 presento la relación de variables entre edad y complicaciones del hijo, en la edad de 12 a 13 años el 10%(16) presento complicaciones, el 8%(13) en el rango de 14 a 15 años, en la edad de 16 a 17 años presento el 11%(19) y en el rango de 18 años 7%(12).

**Tabla 29. Análisis del Embarazo en adolescentes edades 12 a 18 años que consultaron al UCSF del Municipio de San Marcos, San Salvador, El Salvador 2014**

<b>Semanas de embarazo</b>	<b>frecuencia</b>	<b>porcentaje</b>
<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>
<b>2</b>	<b>4</b>	<b>7%</b>
<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>
<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>
<b>5</b>	<b>5</b>	<b>8%</b>
<b>6</b>	<b>9</b>	<b>15%</b>
<b>7</b>	<b>8</b>	<b>3%</b>
<b>8</b>	<b>2</b>	<b>3%</b>
<b>9</b>	<b>2</b>	<b>3%</b>
<b>10</b>	<b>7</b>	<b>12%</b>
<b>11</b>	<b>5</b>	<b>8%</b>
<b>12</b>	<b>2</b>	<b>3%</b>
<b>13</b>	<b>2</b>	<b>3%</b>
<b>14</b>	<b>2</b>	<b>3%</b>
<b>15</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>

<b>16</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>
<b>17</b>	<b>3</b>	<b>5%</b>
<b>18</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>
<b>24</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>
<b>25</b>	<b>2</b>	<b>3%</b>

Fuente: expedientes clínicos y libro de embarazadas adolescentes inscritas en control prenatal unidad de salud de San Marcos 2014.

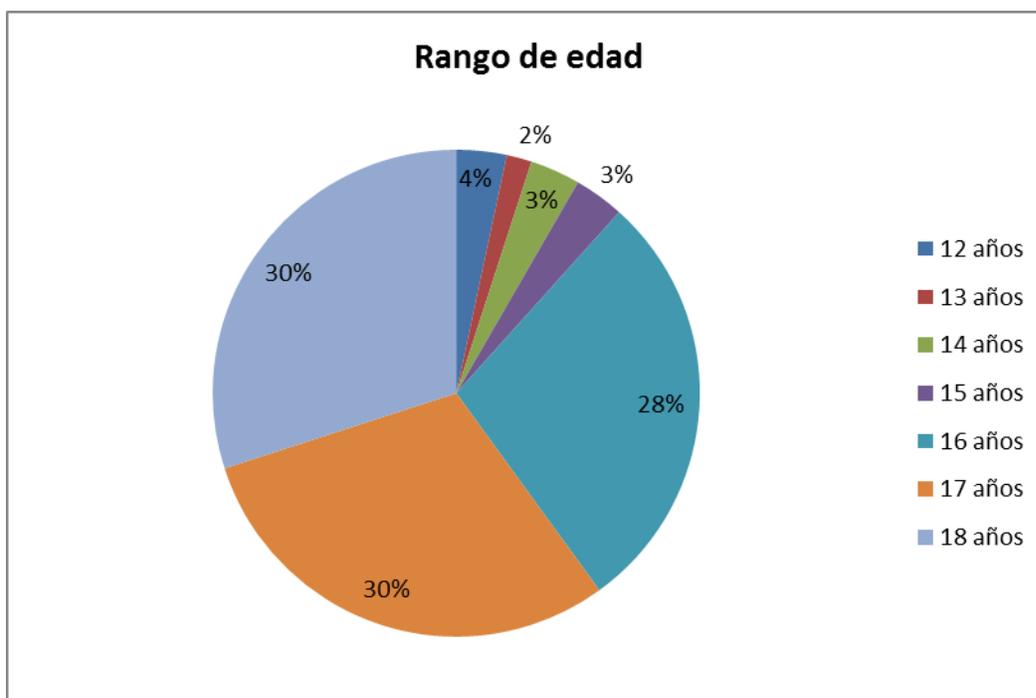
En la tabla 29 se presentó las semanas de amenorrea al momento de la inscripción el 1 semana 2%(1), 2 semanas 7%(4), 3 semanas 2%(1), 4 semanas 2%(1), 5 semanas 8%(5), 6 semanas 15%(9), 7 semanas 3%(8), 8 semanas 3%(2), 9 semanas 3%(2), 10 semanas 11%(7), 11 semanas el 8%(5), 17 semanas 5.0%(3)

**Tabla 30 .Indicadores socio-económicos**

	<b>promedio</b>	<b>hombres</b>	<b>mujeres</b>
Escolaridad (en años)	7.3	7.6	7.1
Número de hogares	15679	10319	53592
Tasa de alfabetismo adulto	91.8	94.5	89.6
Porcentaje de personas receptoras de remesa	7.3	6.0	8.5
Porcentaje de hogares con déficit habitacional	25.7	n/a	n/a
Porcentaje de hogares con acceso a agua	88.1	n/a	n/a

Fuente: Almanaque 262 estado de desarrollo humano en los municipios de El Salvador. PNUD-FUNDAUNGO 2009

**Grafico 2.Rango de edad de adolescentes embarazadas .Enero a Diciembre 2014.**



Fuente: expedientes clínicos y libro de embarazadas adolescentes inscritas en control prenatal unidad de salud de San Marcos 2014.

El promedio de edad que se encontró fue 12 años 3%(2) ,13 años 2%(1),14 años 3%(2), 16 años 28%(17), 17 años 30%(18),18 años 30%(17) y 18 años 2%(1). La edad más frecuente es de 17 años y 18 años. La menos frecuente de 12 y 15 años .Es importante resaltar que se presentaron dos casos en la edad de 12 años.

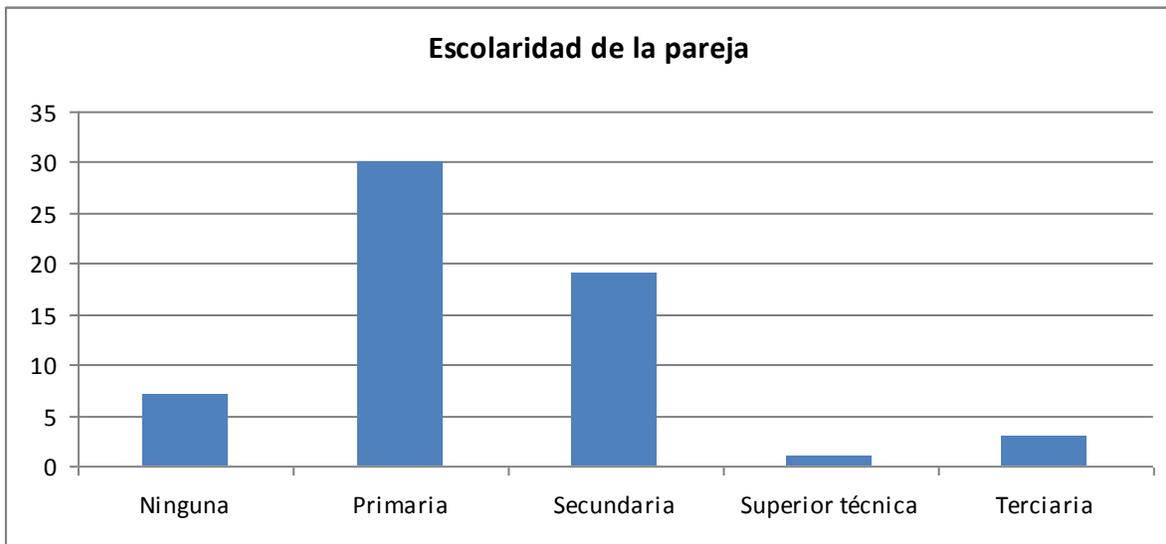
**Grafico 3.Estado civil de usuarias. Enero a Diciembre 2014.**



Fuente: expedientes clínicos y libro de embarazadas adolescentes inscritas en control prenatal unidad de salud de San Marcos 2014.

El grafico 3 presenta el estado civil de las adolescentes el 50%(30) acompañada, el 2%(1) separada, el 48%(29), y casada 0%.

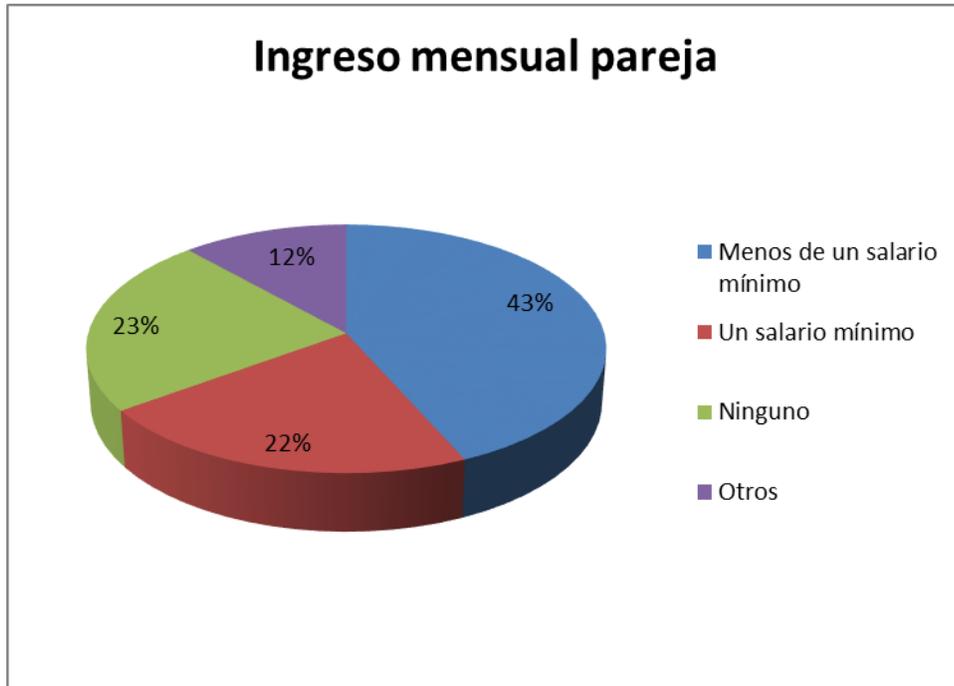
**Gráfico 4. Escolaridad de la pareja adolescente embarazada. Enero a Diciembre 2014**



Fuente: expedientes clínicos y libro de embarazadas adolescentes inscritas en control prenatal unidad de salud de San Marcos 2014

La escolaridad de la pareja ninguna 12%(7), primaria 50%(30), secundaria 32%(19), superior técnica 2%(1) y terciaria 5%(3).

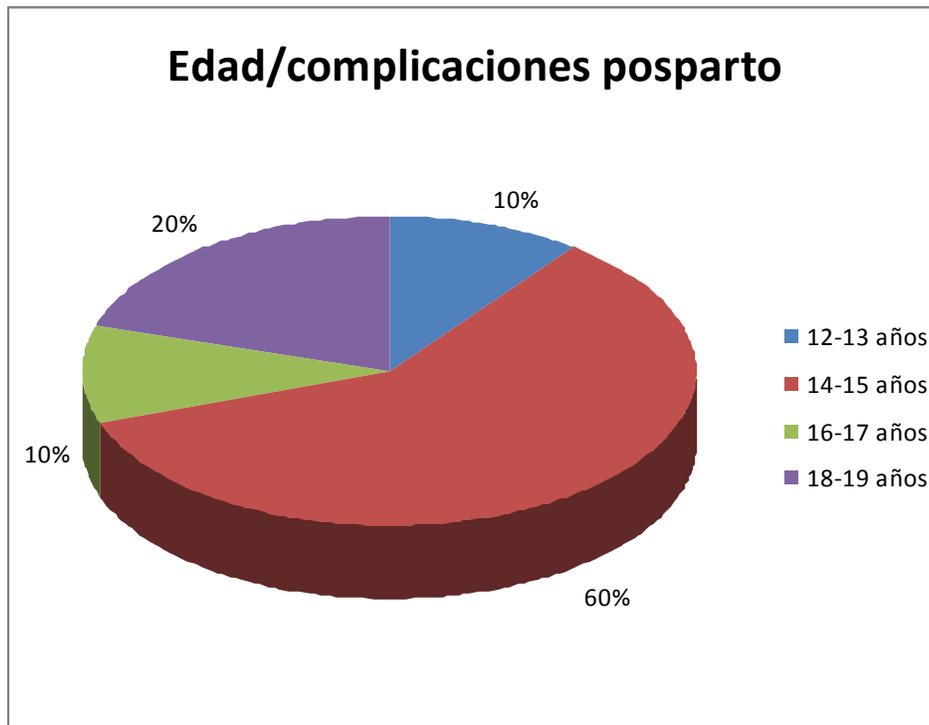
**Gráfico 5 .Ingreso mensual de la pareja de la adolescente embarazada. Enero a Diciembre 2014.**



Fuente: expedientes clínicos y libro de embarazadas adolescentes inscritas en control prenatal unidad de salud de San Marcos 2014

El gráfico 5 presenta el ingreso mensual de la pareja menos de un salario mínimo 43%(26), ninguno 23%(14), otros 12%(7) y un salario mínimo 22%(13).

**Grafico 6. Relacion entre la edad de la adolescente y las complicaciones pos parto. Enero a Diciembre 2014**



Fuente: expedientes clínicos y libro de embarazadas adolescentes inscritas en control prenatal unidad de salud de San Marcos 2014.

El grafico 6 relaciona la edad de las adolescentes de 12 a 13 años la frecuencia de las complicaciones es de 4%(6), de 14 a 15 años 21%(35), 16 a 17 años 4%(6) y de 19%(12).

La edad con mayores complicaciones que se presento es del rango de 14 a 15 años con un 21%(35).

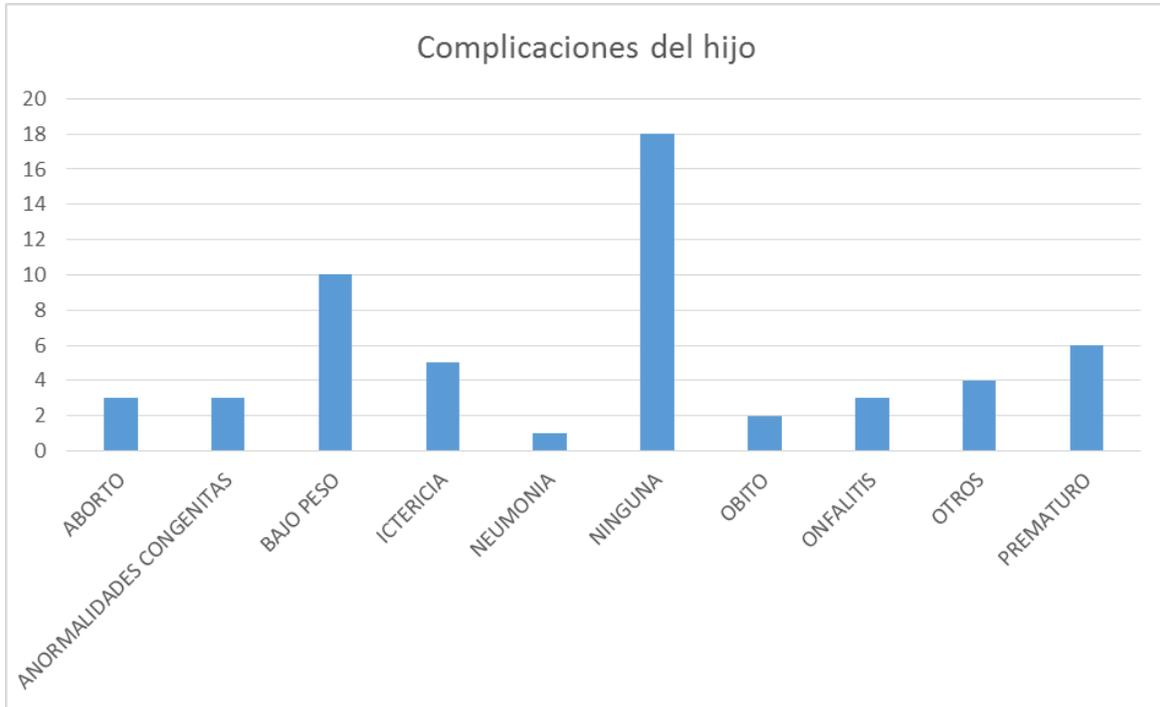
**Gráfico 7 .Relación de la madre adolescente y complicaciones del hijo. Enero a Diciembre 2014**



Fuente: expedientes clínicos y libro de embarazadas adolescentes inscritas en control prenatal unidad de salud de San Marcos 2014.

El gráfico 7 relaciona la edad y las complicaciones del hijo en el rango de 12 a 13 años se presentaron 27%(16). De 14 a 15 años 22%(13), de 16 a 17 años 31%(19) y en la edad de 18 años 20%(12). El rango que se presentó con más frecuencia complicaciones en el hijo fue de 16 a 17 años un total de 31%(19).

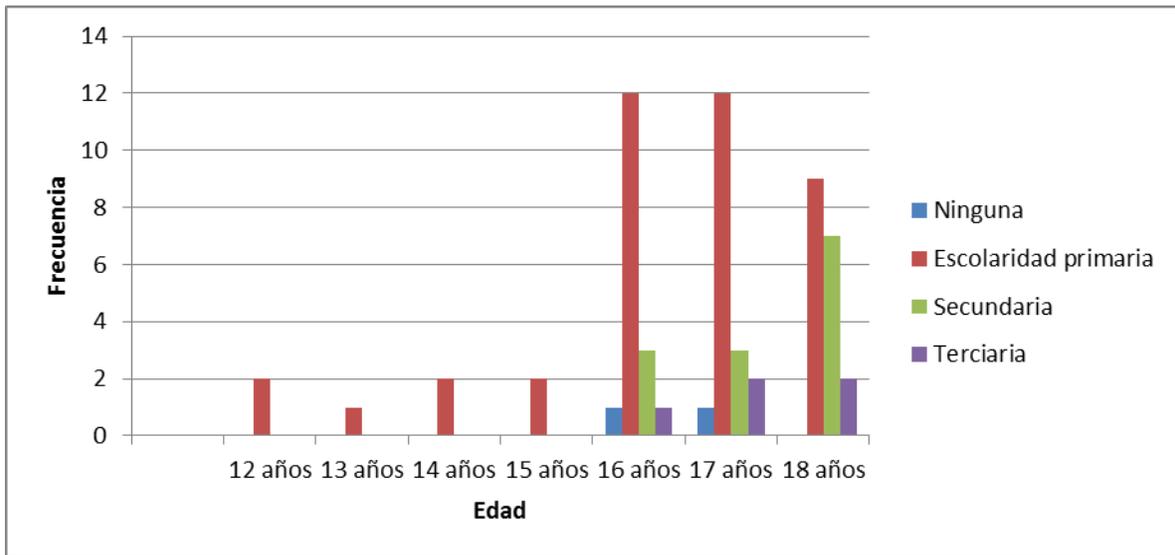
**Grafico 8. Complicaciones del hijo de la madre adolescente. Enero a Diciembre 2014** Fuente: Instrumento para vaciamiento de datos de expedientes clínicos y libro de embarazadas adolescentes inscritas en control prenatal unidad de salud de San Marcos 2014



Fuente: de expedientes clínicos y libro de embarazadas adolescentes inscritas en control prenatal unidad de salud de San Marcos 2014

El grafico 8 presenta las complicaciones de los hijos el aborto 3%(3), anomalías congénitas 5%(3), bajo peso 18%(10), ictericia 9%(3), neumonía 2%(1), ninguna 33%(18), óbito 3%(2), onfalitis 3%(3), prematuridad 11%(6) y otros 7%(6). La más frecuente fue bajo peso, aunque solo 18 niños no presentaron complicaciones.

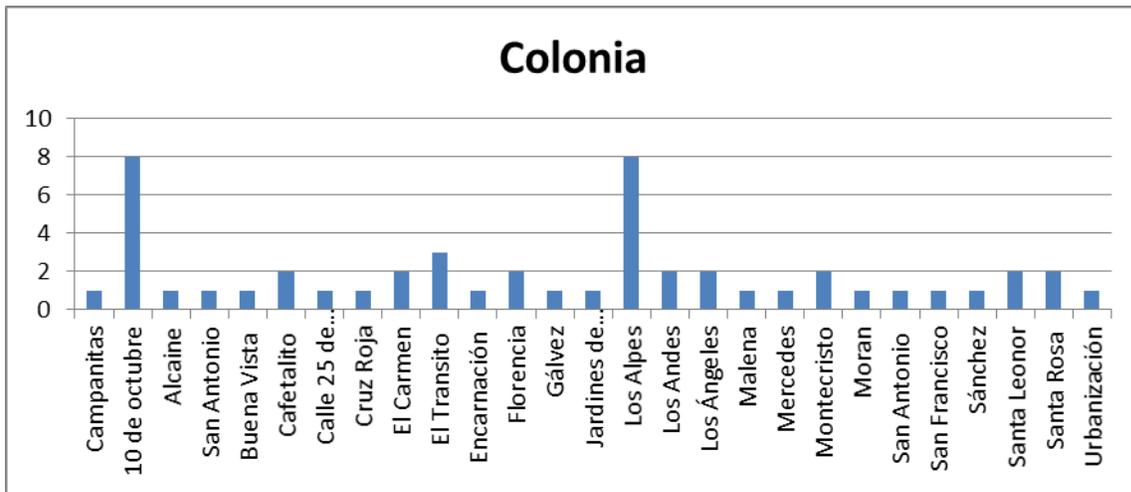
**Grafico 9 .Escolaridad y edad. Enero a Diciembre 2014**



Fuente: expedientes clínicos y libro de embarazadas adolescentes inscritas en control prenatal unidad de salud de San Marcos 2014

El grafico 9 relaciona las variables la edad y la escolaridad se encontró que de 12 a 13 años 5%(3) cursaron escolaridad primaria, de 14 a 15 años 7%(4), de 16 a 17 años 58%(35) y de 18 años 30%(18). La edad con mayor frecuencia de estudios que se presento es el rango de 16 a 17 años, pero también en este rango de edad se encontraron 2 adolescentes sin ningún estudio.

**Gráfico 10 .Origen de usuarias. Enero a Diciembre 2014**



Fuente: expedientes clínicos y libro de embarazadas adolescentes inscritas en control prenatal unidad de salud de San Marcos 2014.

El gráfico 10 presenta que el 100% de los casos estudiados pertenecen al área urbana de San Marcos. La distribución de frecuencia por colonia es colonia 10 de Octubre 16%(8 casos), colonia Los Alpes 16%(8), colonia El Transito 5%(5) colonia El Cafetalito 4%(2) colonia el Carmen 4%(2), colonia Florencia 4%(2), los Ángeles 4%(2), Los Andes 4%(2).

## DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADOLESCENTES. Figura N°2

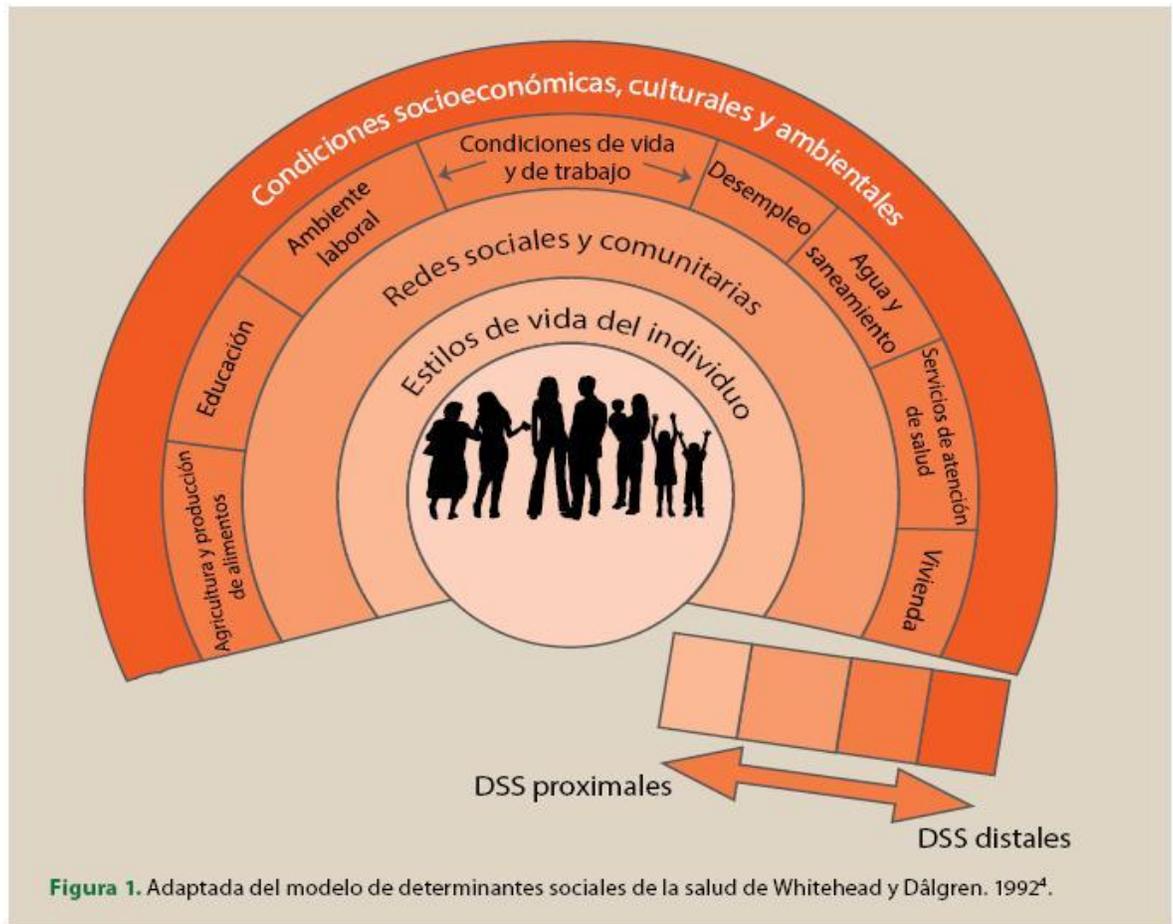


Figura 1. Adaptada del modelo de determinantes sociales de la salud de Whitehead y Dálgren, 1992<sup>4</sup>.

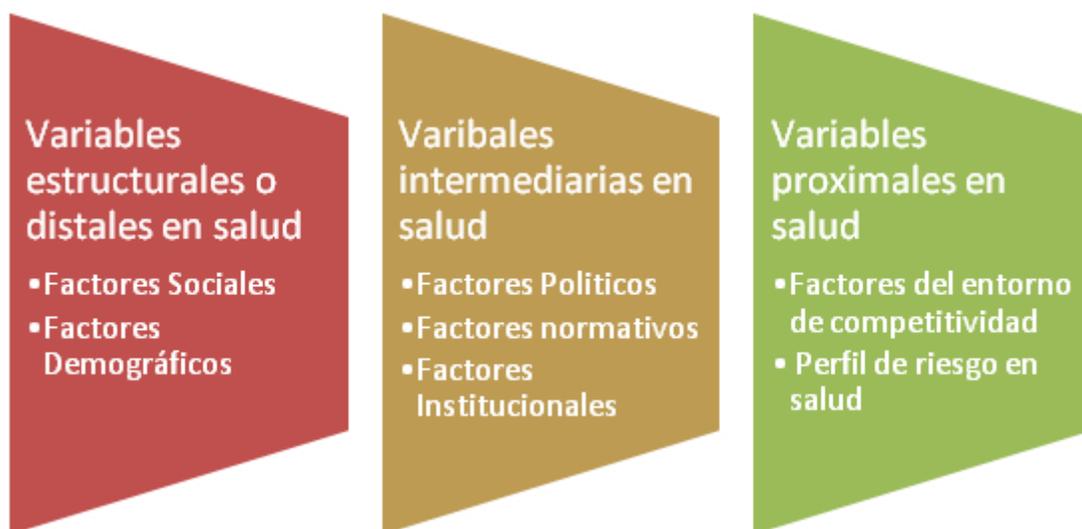
ISSUU - Carta Comunitaria 129 by Fundación Universitaria Juan N. Corpas

**Figura 2. Tarifas de salarios mínimos vigentes.  
Del 1° de Enero al 31 de Diciembre de 2014**

RAMA DE ACTIVIDAD Y SUBGRUPOS		UNIDAD DE PAGO	MONTO
Trabajadores Agropecuarios (D.E. N° 103 del 1° DE JULIO 2013)		Por día	\$ 3.79
		Por hora	\$ 0.474
		(*) Por mes	\$ 113.70
<b>Comercio y Servicio (D.E. N° 104 del 1° DE JULIO 2013)</b>			
		Por día	\$ 8.08
		Por hora	\$ 1.01
		(*) Por mes	\$ 242.40
<b>Industria. (D.E. N° 104 del 1° DE JULIO 2013)</b>			
		Por día	\$ 7.90
		Por hora	\$ 0.988
		(*) Por mes	\$ 237.00
<b>Maquila Textil y Confección (D.E. N° 104 del 1° DE JULIO 2013)</b>			
		Por día	\$ 6.76
		Por hora	\$ 0.845
		(*) Por mes	\$ 202.80
<b>Recolección de Cosechas (D.E. N° 105 del 1° DE JULIO 2013)</b>			
- Café		Por día	\$ 4.13
		Por hora	\$ 0.516
		(*) Por mes	\$ 123.90
		Por arroba	\$ 0.826
- Algodón		Por libra	\$ 0.033
		Por día	\$ 3.16
		Por hora	\$ 0.395
		(*) Por mes	\$ 94.80
- Caña de azúcar		Por libra	\$ 0.032
		Por día	\$ 3.50
		Por hora	\$ 0.438
		(*) Por mes	\$ 105.00
	Por tonelada	\$ 1.75	
<b>Industria Agrícola de Temporada (D.E. N° 106 del 1° DE JULIO 2013)</b>			
- Beneficio de café		Por día	\$ 5.48
		Por hora	\$ 0.685
		(*) Por mes	\$ 164.40
- Ingenio azucarero		Por día	\$ 3.98
		Por hora	\$ 0.498
		(*) Por mes	\$ 119.40
- Beneficio de algodón		Por día	\$ 3.98
		Por hora	\$ 0.498
		(*) Por mes	\$ 119.40

Fuente: Ministerio de Trabajo y Previsión Social

**FIGURA N°3.INDICADORES DE SALUD EN ADOLESCENTES**



Fuente: [www.alcaldiabogota.gov.co](http://www.alcaldiabogota.gov.co) Categorización de variables e indicadores de salud.

## Mapa N°2.Incidencia delincriminal año 2010-2011 PNC



Fuente reporte de Policía Nacional Civil .2011

**Tabla 31.Datos del municipio de San Marcos**

Tasa de Natalidad 1.69 x mil	Tasa mortalidad materna cero
Tasa global de fecundidad 5.75 x 1000	Mujer edad fértil 10 a 14 años 3436
15 a 19 años 3312	Vivienda ocupadas por persona 4.3%
20 a 49 años 18391	Marginalidad baja

Fuente: Programación anual de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Marcos. 2014.

## ANEXO 2

**MUESTRA:** La muestra según la fórmula es de 20 casos de una población total de 106 pacientes.

$$N = \frac{z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{F_{2\alpha}(N-1) + 2\alpha \cdot p \cdot q}$$

$$F_{2\alpha}(N-1) + 2\alpha \cdot p \cdot q$$

$$N = \frac{1.96 \times 106 \times 0.5 \times 0.5}{0.1 \times 105 + 1.96 \times 0.7 \times 0.3}$$

$$N = \frac{51.94}{2.61}$$

$$N = 19.90$$

$$N = 20$$

La muestra fue un total de casos registrado (n= 20), así la muestra corresponde al total del el universo.

**Muestra:** La muestra según la fórmula es de 20 casos de una población total de 106 pacientes.

$$N = \frac{z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{F_{2\alpha}(N-1) + 2\alpha \cdot p \cdot q}$$

$$F_{2\alpha}(N-1) + 2\alpha \cdot p \cdot q$$

$$N = \frac{1.96 \times 106 \times 0.5 \times 0.5}{0.1 \times 105 + 1.96 \times 0.7 \times 0.3}$$

$$N = \frac{51.94}{2.61}$$

$$N = 19.90$$

$$N = 20$$

La muestra fue un total de casos registrado ( $n= 20$ ), así la muestra corresponde al total del el universo.20 pacientes (según la aplicación de la fórmula del total de 106 población total)

### ANEXOS 3

#### TABLAS DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

##### Adolescente

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALORES	ESCALA	UNIDAD DE MEDIDA
Clase social	Ubicación jerárquica social	Ingreso familiar mensual	Numero de salarios mínimos en dólares	a. Más de un salario mínimo b. Un salarios mínimos c. Ninguno d. Remesa familiar e. otros	Cantidad
Tipo de Familia	Organización según ontogénesis	Proceso de desarrollo del individuo en el grupo familiar	Forma de organización de la familia	a. Nuclear b. Mono parenteral c. Reconstituida d. Equivalente familiar e. ampliado disfuncional g..otros	Tipo de Organización

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALORES	ESCALA	UNIDAD DE MEDIDA
Responsable	Cargo impuesto a favor del menor para la protección y cuidado	Persona que la lleva a consulta y se identifica en el cuadro clínico	Relación del responsable con el menor.	a. Tutor b. Padre c. Madre d. Familiar e. Otros f. ninguno	Persona
Procedencia	Área de residencia	Según dirección del cuadro clínico	Ubicación geográfica de la familia	a. Rural b. Urbana	Área geográfica
Tipo de parto	Forma de parir	Clasificación por tipo de procedimiento	Tecnología del procedimiento	a. vaginal b. cesárea	Tipo de especialización
Abuso	Tipo de agresión físico, psicológica o sexual	Procesos judiciales ante la fiscalía por lesiones por maltrato familiar.	denuncias por abuso	No Si	Numero
Complicaciones del parto	Cualquier anomalía al	Reporte en expediente clínico	Clasificación de leve, moderado o	Si No	Tipo de complicaciones

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALORES	ESCALA	UNIDAD DE MEDIDA
	parto	o tarjeta de prenatal	severo(muerte, aborto)		

### Hijo

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALORES	ESCALA	UNIDAD DE MEDIDA
Complicaciones	Cualquier anomalía después del nacimiento inmediato	Signos clínicos o físicos descritos en el cuadro clínico	Leve, moderados y severos(óbito , muerte o aborto)	a.anomalías congénitas neumonía infección local d. Infección de vías urinarias	Presente ninguno
Semanas de parto	Numero de semanas de nacimiento	Ultima fecha de amenorrea	De una a 40 semanas lunares	a.1 a 40 semanas	Numero de semanas

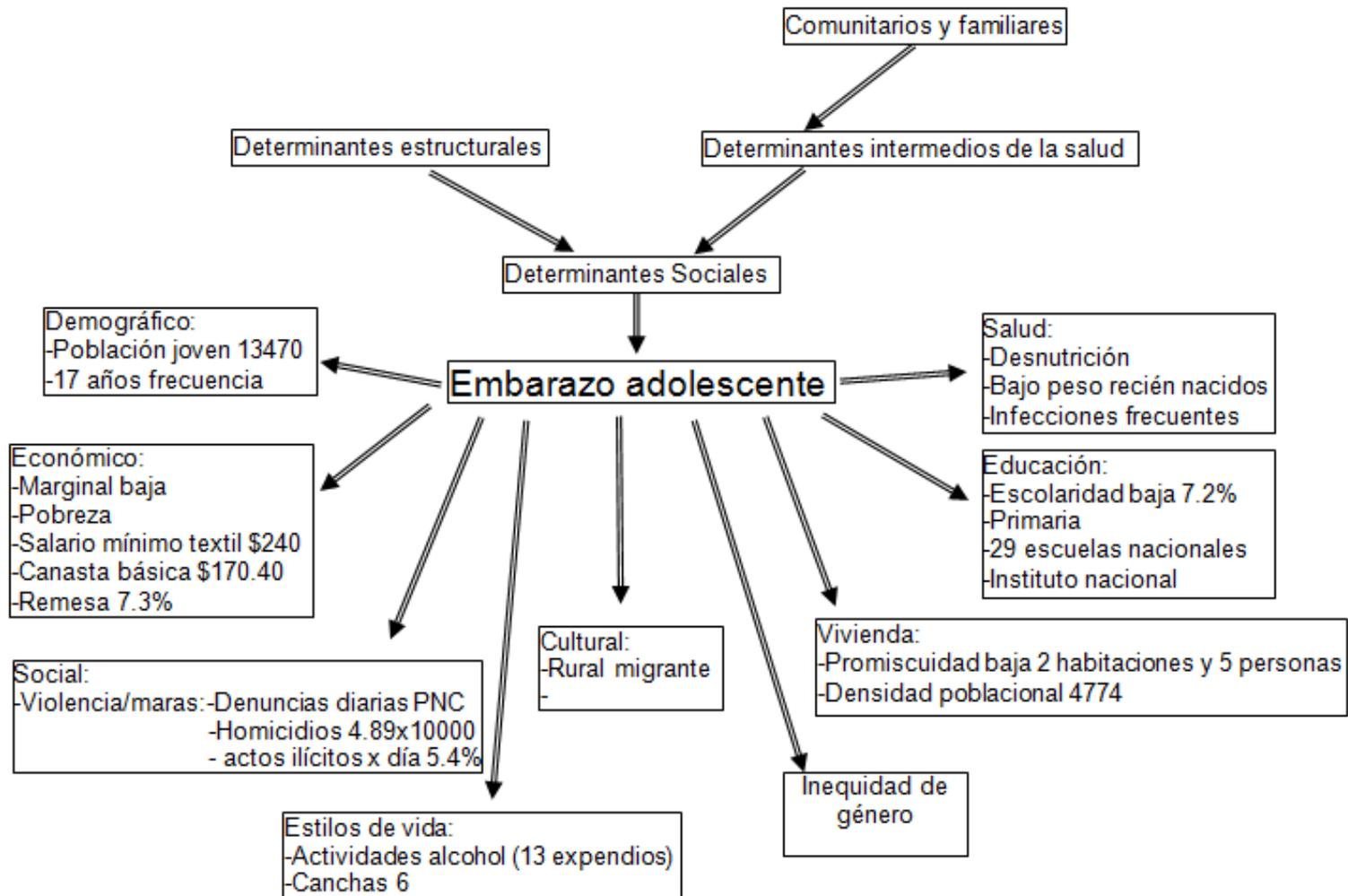
VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALORES	ESCALA	UNIDAD DE MEDIDA
ingreso	Fuente de ingreso económico	Datos personales en el Cuadro clínico	Salario	a. Más de un salario mininos b. Un salarios mínimos c. Ninguno d. Remesa familiar e. otros	Cantidad en dólares americanos
Forma de ganarse la vida	Tipo de trabajo	Datos del cuadro clínico	Tipo de oficio	a. formal b. informal c. no trabaja d. preso e. renta	oficio
Estado civil	Condición legal civil al momento del hecho	Estado civil según hoja de datos de identificación.	a) Conviven con una persona b) Convivencia legal c) No convive con ninguna persona.	a. Acompañado b. Casado c. Soltero e. Separado f. No datos	Persona

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>VALORES</b>	<b>ESCALA</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>
Educación	Grado de escolaridad del expediente	Años aprobados en educación formal	a) Cero grados b) Primaria c) Secundaria d) terciaria e) Superior	a. Ninguno b.1ºa 6º grado c.7ºa 9º grado d.1º a 3ºbachillerato e. Superior técnico f. terciario	Años de estudio

## Familia

VARIABLE	DEFUNCIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALORES	ESCALA	UNIDAD DE MEDIDA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del maltrato	Anotar edad que está en el expediente clínico	Años cumplidos	a)12 a 14 b)14 a 16 c)16 a 18	Años
Procedencia	Área de residencia	Anotar la procedencia que está en expediente clínico	a) Urbano b) Rural	a. Rural b. Urbana	Área geográfica.
ingresos	Fuente de ingresos	Datos en el expediente clínico	Salario	a. Más de un salario mínimo b.Un salarios mínimos c.ninguno d. otros e. no trabaja	cantidad

**ANEXO 4. MODELO CONCEPTUAL DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTE EN EL MUNICIPIO DE SAN MARCOS, SAN SALVADOR. AUTORA DRA. ASTRID DE OLANO**



**ANEXO 5 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA**  
**CENTRO DE INVESTIGACION Y ESTUDIOS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**  
**MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA EL SALVADOR.**

**INSTRUMENTO PARA VACIAMIENTO DE DATOS DE EXPEDIENTES CLINICOS DE LOS PACIENTES CON UCSF DE SAN MARCOS 2014.**

No. Ficha. \_\_\_\_\_ Fecha de llenado: \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Área geográfica: urbana \_\_\_\_\_  
rural \_\_\_\_\_

**I. Características del embarazo**

1. Semanas de embarazo en la inscripción \_\_\_\_\_ Gravidez \_\_\_\_\_ 1.2.3. Control prenatal \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_
2. Tipo de parto cesárea \_\_\_\_\_ vaginal \_\_\_\_\_ Parto \_\_\_\_\_ extra hospitalario \_\_\_\_\_ intrahospitalario \_\_\_\_\_
3. Complicaciones \_\_\_\_\_ RPM \_\_\_\_\_ infección \_\_\_\_\_ vías urinarias \_\_\_\_\_ vaginosis, \_\_\_\_\_ depresión, \_\_\_\_\_ retardo 2 periodo, óbito \_\_\_\_\_, preclamsia \_\_\_\_\_ ninguna \_\_\_\_\_ aborto \_\_\_\_\_ semanas de amenorrea al parto \_\_\_\_\_

**II. Complicaciones del hijo**

1. Bajo peso \_\_\_\_\_ onfalitis \_\_\_\_\_ ictericia \_\_\_\_\_ prematuro \_\_\_\_\_ óbito \_\_\_\_\_ anomalías congénitas \_\_\_\_\_ aborto \_\_\_\_\_ neumonía \_\_\_\_\_ ninguna \_\_\_\_\_

**III. Características de la Familia**

1. Organización \_\_\_\_\_ ampliado \_\_\_\_\_ equivalente familiar \_\_\_\_\_ nuclear \_\_\_\_\_ reconstituida \_\_\_\_\_ mononuclear \_\_\_\_\_  
Polinuclear \_\_\_\_\_ disfuncional \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_
2. Tutor de familia: padre \_\_\_\_\_ madre \_\_\_\_\_ familiar \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_
3. Ingreso mensual familiar; Mas de un salario mínimo \_\_\_\_\_ un salario mínimo \_\_\_\_\_ Menos de un salario mínimo \_\_\_\_\_ Remesas familiar \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_

#### **IV. Características de la paciente**

1. Ha sido víctima de abuso Si \_\_\_ No \_\_\_
2. Escolaridad ; ninguna \_\_\_ Primaria \_\_\_ secundaria \_\_\_ terciaria \_\_\_

#### **V. Características del pareja**

1. Edad \_\_\_
2. Escolaridad: ninguna \_\_\_ primaria \_\_\_ secundaria \_\_\_ terciaria \_\_\_ superior técnica \_\_\_ superior universitaria \_\_\_
3. Ingreso mensual: más de dos salarios mínimos \_\_\_ un salario mínimo \_\_\_ Menos de un salario mínimo \_\_\_ otros \_\_\_ ninguno \_\_\_
4. tipo de trabajo: formal \_\_\_ informal \_\_\_ renta \_\_\_ preso \_\_\_ no trabaja \_\_\_
5. Estado civil: acompañado \_\_\_ soltero \_\_\_ casado \_\_\_ viudo \_\_\_ separado \_\_\_