

UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO

RED BIBLIOTECARIA MATÍAS

DERECHOS DE PUBLICACIÓN

DEL REGLAMENTO DE GRADUACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO

Capítulo VI, Art. 46

“Los documentos finales de investigación serán propiedad de la Universidad para fines de divulgación”

PUBLICADO BAJO LA LICENCIA CREATIVE COMMONS

Reconocimiento 4.0 Unported.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



“Se permite cualquier explotación de la obra, incluyendo una finalidad comercial, así como la creación de obras derivadas, la distribución de las cuales también está permitida sin ninguna restricción.”

Para cualquier otro uso se debe solicitar el permiso a la Universidad

**Universidad Dr. José Matías Delgado
Facultad de Ciencias de la salud
Dr. Luis Edmundo Vásquez**



**UNIVERSIDAD DR. JOSÉ
MATÍAS DELGADO**
SAN SALVADOR, EL SALVADOR C. A.

**FACTORES PSICOSOCIALES Y EL RIESGO SUICIDA EN
EMBARAZADAS Y MADRES ADOLESCENTES EN EL
MUNICIPIO DE LA PALMA, DEPARTAMENTO DE
CHALATENANGO**

**TESIS PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR
EN MEDICINA**

POR: RENÉ SAMUEL EDUARDO REYES ARAUJO

ASESOR: DOCTORA ALEIDA MARROQUÍN PARDUCCI

**ANTIGUO CUSCATLÁN, LA LIBERTAD, EL SALVADOR ABRIL
2016**



UNIVERSIDAD DR. JOSÉ
MATÍAS DELGADO
SAN SALVADOR, EL SALVADOR C. A.

Dr. David Escobar Galindo
RECTOR

Dr. José Enrique Sorto Campbell
VICERRECTOR
VICERRECTOR ACADÉMICO

Dr. José Nicolás Astasio Soria
DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DR. LUIS EDMUNDO VASQUÉZ

Dr. José Miguel Fortín Magaña
PRESIDENTE COMITÉ EVALUADOR

Dra. Eugenia de Alvarado
COMITÉ EVALUADOR

Dra. Claudia Campos de Caledonio
COMITÉ EVALUADOR

Dra. Aleida Marroquín Parducci
ASESOR

Antiguo Cuscatlán, La Libertad, El Salvador, abril 2016

ACTA DE EVALUACIÓN DE TESIS POR EL JURADO N°

En la ESCUELA DE MEDICINA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO,
a las 11 horas con 20 minutos del día 29 del mes de abril de 2016
reunidos los suscritos miembros del jurado examinador de la Tesis de Grado titulada:

TEMA:
FACTORES PSICOSOCIALES Y EL RIESGO SUICIDA EN EMBARAZADAS Y MADRES ADOLESCENTES EN EL MUNICIPIO DE LA PALMA, DEPARTAMENTO DE CHALATENANGO

Presentada por el (los) la (s) egresados(as):

1.	Rene Samuel Eduardo Reyes Araujo	
2.		0
3.		0

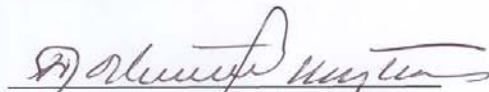
Para optar al Grado de:

DOCTORADO EN MEDICINA
Respectivamente

HACE CONSTAR QUE: Habiendo revisado y evaluado en forma individual su contenido escrito, de conformidad al Art. 41, 42 y 43 del Reglamento de Graduación ACORDARON DECLARARLA:

APROBADA SIN OBSERVACIONES
 APROBADA CON OBSERVACIONES
 REPROBADA

No habiendo más que hacer constar, damos por terminada la presente acta que firmamos, entregando el original a la Secretaría de esta Unidad Académica.


Dr. Jose Miguel Fortin Magaña
Presidente


Dra. Claudia Beatriz Campos Calidonio
Primer Vocal


Dra. Eugenia Beatriz Arevalo de Alvarado
Segundo Vocal

RESUMEN

Objetivo: El objetivo del trabajo fue analizar el papel de los factores psicosociales y el riesgo suicida en una población de madres y embarazadas adolescentes en el municipio de La Palma en el departamento de Chalatenango en el año 2015 y 2016.

Método: Se utilizó un método cuantitativo tipo descriptivo con corte transversal, utilizando una encuesta que se les entrego a 29 madres y embarazadas adolescentes residentes en una zona urbana y rural del municipio de La Palma. El instrumento se estructuró en dos secciones, la primera con preguntas en su mayoría cerradas y la segunda parte sirvió para la medición de parámetros psicométricos a través de la escala de depresión de Edimburgo, la escala de autoestima de Rosenberg y el inventario de desesperanza de Beck.

Resultados: Se reportó un 69% de adolescentes con probable depresión en la Escala de Edimburgo, el 45% presento autoestima baja en la escala de Rosenberg y el 52% mantenían niveles de desesperanza leve a moderada en el inventario de Beck. En cuanto a los factores psicosociales se demostró una tendencia estadística de los factores psicosociales y ser madre o embarazada adolescente, donde un grupo importante presentaba niveles educativos bajos, poco conocimiento acerca de ETS, altos porcentajes en cuanto a historia de abuso sexual, físico y emocional. Una mayoría se encontraba en condiciones económicas desfavorables con poco deseo de superación laboral y académica.

Conclusiones: Existe una relación entre el embarazo y la maternidad adolescente y la presencia de factores psicosociales que afectan el bienestar físico y mental de la presente población, además las escalas psicométricas utilizadas comprueban la asociación de la maternidad temprana y un riesgo indirecto de suicidio

Agradecimiento.

Antes que todo quiero agradecer a las adolescentes que participaron en el estudio, su aporte fue imprescindible para la realización de la investigación.

Quiero extender mi mas profundo agradecimiento la Dra. Aleida Marroquín Parcucci, mi asesora de tesis y persona clave del trabajo, su aporte durante todo el proceso fue muy valioso. También quiero agradecer a la Licenciada Lourdes Hernández por su critica constructiva y rigurosa revisión. Gracias a todas esas personas que aportaron y ayudaron en la investigación.

Finalmente gracias a mis padres y hermanas y demás familia, por todo su apoyo, a ellos le dedico este trabajo.

ÍNDICE

Introducción	6
CAPITULO I. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
1.1 Planteamiento del Problema y Justificación	7
1.2 Objetivo General del Estudio	8
1.3 Objetivos Específicos del Estudio	8
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	9
2.1 Definiciones utilizadas en el presente estudio.....	9
2.2 Adolescencia.....	10
2.3 El adolescente en Latinoamérica.....	11
2.4 El adolescente en Centroamérica.....	11
2.5 El embarazo en la adolescencia.....	11
2.6 Embarazo adolescente en Latinoamérica.....	13
2.7 Salud y embarazo en la adolescencia en El Salvador.....	13
2.8 Factores psicosociales en la madre y embarazada adolescente	14
2.9 Riesgo suicida.....	16
2.10 Situación actual en el municipio de La Palma.....	16
CAPITULO III. METODOLOGÍA	17
3.1 Diseño metodológico	17
3.2 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	17
3.3 Recolección de datos.....	19
3.4 Criterio Ético de la investigación.....	19
CAPITULO IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS	20
4.1 Características de la muestra y el grupo control.....	20
4.1.1 <i>Datos generales</i>	21
4.1.2 <i>Educación sexual</i>	22
4.1.3 <i>Nivel educativo</i>	23
4.1.4 <i>Conocimiento de ETS</i>	24
4.1.5 <i>Religión</i>	24
4.1.6 <i>Violencia de Género</i>	25
4.1.7 <i>Rechazo Social</i>	26
4.1.8 <i>Salud Sexual</i>	26
4.1.9 Pensó en interrumpir su embarazo.....	27
4.1.10 Situación Económica	28
4.1.11 Situación laboral	28
4.1.12 Opciones de decisión:	28
4.2 Resultados de Escalas psicométricas	29
4.2.1 Escala de Edimburgo (EDPE).....	29
4.2.2 Pensamientos auto lesivos	29
4.2.3 Escala de Autoestima de Rosenberg.....	30

4.2.4 Escala de desesperanza de Beck.....	30
CAPITULO V. DISCUSIÓN	31
5.1 Primera parte.....	32
5.2 Segunda Parte	36
Conclusiones	37
Recomendaciones	39
Anexos	40
Referencias	47

Introducción

Al menos 3 niñas entre los 10 a 14 años de edad resultan embarazadas diariamente en El Salvador¹.

Cada año nacen cientos de bebés cuyas madres son adolescentes, la mayoría de ellas pertenecientes a grupos de extrema pobreza. El último reporte de la Organización Mundial de la Salud verifica una disminución importante con respecto a la mortalidad materna a nivel global, en donde El Salvador tiene por objetivo el comprometerse en disminuir la mortalidad materna e infantil, sin embargo la tendencia en cuanto la tasa de embarazos en adolescente sigue con cifras alarmantemente altas.

En el año 2010, la región latinoamericana y el Caribe a continuación (ALC) estuvo muy cerca de registrar la tercera mayor tasa de fecundidad adolescente del mundo (72 nacimientos por cada 1,000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad), después de África Subsahariana y el Sur de Asia (con 108 y 73 nacimientos, respectivamente)^{2,3}. En efecto, la mayoría de los países de ALC caen dentro de los 50 países con los mayores índices de fecundidad en adolescentes. Sin embargo las tasas están disminuyendo en diversas regiones del mundo, en América Latina es extremadamente lenta a comparación con la de otras zonas con condiciones similares, lo anterior explica el ascenso gradual de fecundidad en adolescentes³.

Las niñas y adolescentes son las protagonistas, las que viven y enfrentan en el día a día la discriminación, violencia, abusos, producto de la visión de una sociedad marcada por la desigualdad social y de relaciones de poder entre los géneros.

La maternidad en la adolescente sigue siendo un reto grande para la salud pública en El Salvador, donde cada año nacen cientos de niños de madres jóvenes. La embarazada y la madre adolescente enfrenta un aumento de riesgos asociados a la gestación, como por ejemplo: la mortalidad materna, mayores tasas de bajo peso en el niño, dificultad de desarrollo social, entre otras. La madre gestante también enfrenta dificultades relacionadas con su condición de vida⁴.

Los países de la región Centroamericana enfrentan grandes retos para el futuro, a pesar de avances significativos a nivel mundial en educación y salud sexual y reproductiva que han contribuido a disminuir de manera considerable

las tasas de fecundidad en las jóvenes y también en la mortalidad materna, una tercera parte de las mujeres en Latinoamérica y el caribe verifica parto antes de los 20 años de edad.

Latinoamérica es uno de los continentes que en la actualidad cuenta con tasas de embarazos en adolescentes más altas del mundo; la subregión Centroamericana se caracteriza por ser la que mantiene las cifras más elevadas de embarazos en adolescentes, donde en el año dos mil quince, países como Nicaragua presentaba porcentajes de embarazadas adolescentes del 28%, Honduras 26%, Guatemala 24% y El Salvador el 24%.

CAPITULO I. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

1.1 Planteamiento del Problema y Justificación

El embarazo en la adolescencia constituye uno de los grandes problemas y mayores retos de la salud pública nacional. Hasta hace 10 años atrás las investigaciones sobre el embarazo en la adolescencia fueron de poco interés científico. Sin embargo uno de los objetivos del milenio y los acuerdos tomados por las Naciones Unidas y sus miembros para disminuir la mortalidad materna y facilitar los recursos en materia de educación sexual y reproductiva los estudios en estas temáticas han ganado mayor atención y relevancia a diferencia que años anteriores.

La problemática que radica en el embarazo adolescente es multifactorial, los pocos estudios que se han realizado a nivel territorial demuestran que la adolescente y la embarazada pertenecen grupos poblacionales con alta vulnerabilidad social. Por lo que se debería enfocar en un análisis más completo de lo que anteriormente se a realizado.

En el estudio llevado a cabo por el Instituto Nacional de Salud: Maternidad y Unión en niñas y adolescentes: Consecuencias en la vulneración de sus derechos. El Salvador 2015, investigó varias de las posibles causantes de la problemática existente actual.⁴

A pesar de la multi-causalidad del problema que engloba el fenómeno de embarazo adolescente, no disponemos de estudios científicos a nivel nacional que caracterice el componente psicológico en esta población. Si bien es cierto la primera causa de mortalidad en la embarazada y madre adolescente es el suicidio, no hay evidencia que explique las posibles causas. Los adolescentes son considerados como un grupo heterogéneo, en donde cada país y cada región cuentan con poblaciones adolescentes con características propias inclusive dentro de las mismas fronteras.

Por lo tanto el interés científico de la presente investigación, se basa en la importancia de determinar las causantes psicológicas, sociales y el desenlace que estas podrían o no tener, en el riesgo de suicidio en la población de embarazadas y madres adolescentes en una zona delimitada geográficamente.

Con el presente estudio se pretende aumentar el conocimiento y comprensión de la problemática social que existe en esta población, para crear y definir propuestas de mejorar la situación en la calidad de vida proponiendo soluciones que ayuden de manera integral a la implementación de estrategias preventivas que podrían crear políticas públicas de salud, incluyendo otros sectores públicos que asuman responsabilidades acerca de este tema.

1.2 Objetivo General del Estudio

- Identificar los factores psicosociales y riesgo suicida en las embarazadas y madres adolescentes en el municipio La Palma, departamento de Chalatenango.

1.3 Objetivos Específicos del Estudio

- Caracterizar el perfil sociodemográfico de las embarazadas y madres adolescentes .
- Determinar el riesgo suicida en embarazadas y madres adolescentes en La Palma.
- Determinar los factores psicosociales en embarazadas y madres adolescentes en La Palma.
- En base a los hallazgos, definir propuestas y recomendaciones para formar e implementar estrategias innovadoras en relación a las conductas y educación en salud sexual y reproductiva, como también salud mental en la adolescente.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Definiciones utilizadas en el presente estudio

Abuso sexual en la niñez y adolescencia, se define como el involucramiento, en una actividad sexual que él o ella no comprende completamente, siendo incapaz de dar la información para consentirlo o para lo cual el desarrollo mental del niño, la niña o adolescente no está preparada o preparado y no puede dar su consentimiento o que viola las leyes o las normas de la sociedad.⁵

Abuso y explotación sexual, constituye abuso sexual toda actividad sexual impuesta por un adulto a un niño contra la que este tiene derecho a la protección del derecho penal. También se considera abuso las actividades sexuales impuestas por un niño a otro si el primero es considerablemente mayor que la víctima o utiliza la fuerza, amenazas y otros medios de presión. Las actividades sexuales entre niños no se consideran abuso sexual cuando los niños superan el límite de edad establecido por el Estado parte para las relaciones consentidas.

Deserción escolar, es un término común en Latinoamérica para referirse al abandono de la escuela. Se trata de aquella situación en la que el alumno, después de un proceso acumulativo de separación o retiro, finalmente, comienza a retirarse antes de la edad establecida por el sistema educativo sin obtener un certificado.

Embarazo en la adolescencia o embarazo temprano, es el que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente.

Enfoque de género en la perspectiva del desarrollo humano implica la necesidad de tener en cuenta las diferencias biológicas y la manera como las mismas pueden condicionar culturalmente una asimetría en la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales.

Niña y adolescente, niña es toda persona desde el instante de la concepción hasta los doce años cumplidos, y adolescente es la comprendida desde los diez años cumplidos hasta que cumpla los diecinueve.

2.2 Adolescencia

El concepto de adolescencia es relativamente reciente en términos históricos. Surgió a fines del siglo XIX e inicios del XX en los países occidentales y sirvió para designar a un grupo específico de la población joven perteneciente, por lo general, a un nivel socioeconómico elevado, quienes llevaban a cabo una preparación prolongada antes de asumir los papeles adultos.

Con el paso del tiempo, y a medida en que se fueron desarrollando los procesos de industrialización y urbanización, esta fase de preparación entre la niñez y la adultez se fue extendiendo en duración, a la vez que se conformaba la adolescencia como una edad particular de la vida, con identidad propia y necesidades específicas.

Sin embargo, al igual que sucedía en la antigüedad, en muchas sociedades, en especial de áreas rurales de América Latina, el ingreso a la edad adulta se inicia muy temprano, con fuertes responsabilidades económicas y familiares que en ocasiones incluye el matrimonio lo que hace de la adolescencia una etapa inadvertida. En cambio, en muchas otras áreas y sectores de la región, y como consecuencia del proceso de modernización, el período de la adolescencia se ha ampliado e incluso continúa creciendo⁶.

La Organización mundial de la salud define la adolescencia como la etapa de desarrollo y crecimiento humano que se produce posterior a la niñez y antes de la adultez, abarca un periodo entre los 10 y 19 años⁷.

La adolescencia implica un cambio importantísimo en el ser humano ya que este inicia su preparación a su vida adulta, se caracteriza por cambios acelerados en el crecimiento bio-psico-social.

A pesar de considerar la adolescencia como un periodo de bienestar físico en el ser humano, existen datos que demuestran que el adolescente es sujeto a enfermedades y muertes las cuales en su gran mayoría son prevenibles. Ya que la mayoría de causas de morbimortalidad en el adolescente son tratables y prevenibles, la incapacidad de instaurar políticas de salud enfocadas en la prevención trae a consecuencia daños en la salud de esta población y además efectos en el futuro de estos⁸.

Las tasas de mortalidad en la adolescencia son bajas en comparación de las de otros grupos etarios. A pesar de esto existe todavía una mortalidad significativa durante los años de la adolescencia. En el 2012 hubo un estimado de 1.3 millones de muertos en comparación de 1.5 millones en el 2000 a nivel mundial. El descenso modesto de aproximadamente 12% en los últimos 10 años refleja la tendencia que se observa los últimos 50 años^(9, 10). La mortalidad disminuyó en prácticamente todas las regiones y en todas las edades excepto en varones de 15-19 años de edad en la zona del Medio Oriente y las zona de las Américas y continúa más pronunciado en la región Africana, en donde

incrementó de 34% a 43% de la mortalidad global en las edades de 10-19 años entre el año 2000 y el 2012¹⁰.

Las causas principales de muerte en adolescentes a nivel mundial el año 2012 fueron: 1. accidente de tránsito vehicular, 2. VIH, 3. suicidio, 4. infección de vías respiratorias bajas y 5. Violencia interpersonal¹⁰.

2.3 El adolescente en Latinoamérica

El grupo de 10 a 24 años de edad combina a la población que concluyó su adolescencia de manera reciente, la que está atravesando plenamente y aquella que la está iniciando.¹¹

La población adolescente representa un promedio del 21% de la población total,⁹ en cambio en América Latina y el Caribe la población joven de 10-24 años de edad representa el 30% del total de la población, es decir 148 millones de personas. Las estimaciones previstas para el año 2025 es que la población alcanzara 166 millones¹¹.

La pobreza afecta a la juventud en Latinoamérica de manera desproporcionada con un promedio de 39% viviendo en pobreza, y 15 % en pobreza extrema con menos de 1 USD al día

Según datos de la UNICEF alrededor de un 25-32% de la población de 12-24 años de edad en la región vive con factores de riesgo tales como la deserción escolar, embarazo adolescente, desempleo, adicción a las drogas o problemas con las autoridades¹².

2.4 El adolescente en Centroamérica

El número de personas de 10-24 años de los países centroamericanos creció aceleradamente durante la segunda mitad del siglo XX. En todos los países de la subregión centroamericana a seguido aumentando durante la década del 2000. Sin embargo a partir del año 2010 algunos países comenzaron a registrar descensos en la cantidad absoluta de esta población partiendo primero por Costa Rica y El Salvador⁹.

2.5 El embarazo en la adolescencia

Un estimado de 16 millones de mujeres jóvenes entre los 15-19 años de edad dieron a luz cada año entre los años 1995-2012, siendo esto un 11% de los partos a nivel mundial. El 95% de estos partos fueron registrados en países considerados en vías de desarrollo.

Para estas madres jóvenes el embarazo y ser madres es un hecho gratificante y planeado, pero para muchas otras es todo lo contrario. Existen varios

factores que contribuyen a embarazos no planeados y no deseados en las adolescentes.^{6, 13.}

La incidencia de embarazo en niñas menores de 15 años todavía es limitado en números, sin embargo en algunos países como Camerún, Liberia, Malawi, Mali, Níger, Nigeria y Bangladesh, la mayoría situados en el continente Africano subsahariano, el porcentaje de embarazos en niñas menores de 15 años se aproxima a 8-15%^{7.}

A nivel global la OMS ha contribuido en abordar los objetivos del milenio y en énfasis a las particularidades que afectan el embarazo en la adolescencia. Tres de los objetivos del milenio- el empoderamiento de la mujer, la promoción de la salud de la mujer y la reducción de mortalidad infantil; establecen las prioridades de la OMS en compromiso de instaurar políticas que erradiquen la pobreza y la desigualdad de género.

Según revisiones de literatura, el embarazo en la adolescente se acompaña de un mayor índice de riesgo obstétrico. La prevalencia de la anemia nutricional es alta en embarazadas adolescentes en países en vías de desarrollo ^{14,15.}

Se ha demostrado que el bajo peso al nacer y partos prematuros tienen más prevalencia cuando existe un cuadro de anemia y la madre es adolescente. Un estudio llevado a cabo en la India demostró que el 45% de los recién nacidos presentaban bajo peso, el 35% presentaban partos pre-termino y 6% presentaban mortinatos en comparación con un grupo de madres no adolescentes. En el mismo estudio las madres adolescentes presentaban en un 35% ganancias de pesos inferiores a lo recomendado y un IMC pre gravídico menor del 18.5 ^{16.}

El riesgo de muerte por causas obstétricas es el doble para mujeres en edades de 15-19 años de edad y casi cinco veces mayor en embarazadas de 10-14 años de edad en comparación con mujeres de 20-29 años de edad. La evidencia científica acumulada a lo largo de varios años hace constatar que la gran mayoría de consecuencias a raíz del embarazo a temprana edad se dan por razones profundamente sociales y económicas, y no meramente por la edad per se.

El proceso de decisiones que engloba un embarazo en la adolescencia es complejo y afecta de varias maneras las posibilidades en que la adolescente busque el sistema de salud para resolver su condición de embarazo. En muchos países y regiones del mundo la posibilidad de buscar apoyo por parte del sistema sanitario se ve limitada por la falta de priorización por parte de la familia y la sociedad^{17.}

La tasa de embarazo por 1000 adolescentes entre 15-19 años son 115 por 1000 adolescentes en África; 75 por 1000 adolescentes en Latinoamérica y el caribe; y 39 por 1000 adolescentes en Asia. Comparando la tasa de fertilidad en promedio mundial en estas edades, la cual es de 54 nacimientos por 1000 adolescentes^{18.}

El embarazo adolescente abarca numerosos factores relacionados con los factores individuales, interpersonales, familiares, comunitarios y sociales. Por ejemplo, los factores individuales incluyen el uso de anticonceptivos y las actitudes hacia la natalidad. Los factores interpersonales abarcan la comunicación con la pareja, la edad de la pareja, el tipo de la relación mantenida con la pareja sexual y la influencia de los pares. Los factores familiares entre ellos los antecedentes natales, los ingresos y nivel escolar de los padres. Los factores comunitarios y sociales incluyen el acceso a servicios de salud, la seguridad del vecindario, las normas comunitarias, los medios de comunicación, la violencia, y la desigualdad de ingresos.³

2.6 Embarazo adolescente en Latinoamérica

Se ha demostrado que el embarazo adolescente contribuye a fortalecer y sedimentar las grandes inequidades sociales, sanitarias, y económicas que caracterizan la región. La región de América Latina y el Caribe registra una alta Tasa Específica de Fecundidad Adolescente. La misma se sitúa por encima de la media mundial e incluso de otras regiones en desarrollo. Los niveles actuales de fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe ocupan el segundo lugar, superados solo por África subsahariana¹⁹.

Las consecuencias del embarazo adolescente y su impacto en la pobreza hacen conllevar que el mismo fenómeno genere inequidades dentro de la población. Cabe mencionar que el embarazo adolescente no se distribuye de manera homogénea entre la población y tampoco evoluciona con el mismo ritmo entre países y regiones. Los estudios realizados a nivel regional demuestran que la fecundidad adolescente muestra disminuciones graduales conforme aumenta el grado de urbanización de los países, el nivel de escolaridad de las mujeres, la mayor participación laboral, y el fomento de políticas públicas orientadas a promover educación en salud sexual y reproductiva.¹⁶

En todos los países de la subregión centroamericana existen leyes, políticas, programas e intervenciones vinculadas a los adolescentes, su salud y su comportamiento sexual y reproductivo.

2.7 Salud y embarazo en la adolescencia en El Salvador

En El Salvador 22.8% de la población actual se encuentra en los rangos de edades entre los 10-19 años, de esta población el 49% son mujeres y el 51% son hombres³.

Según la Dra. Villalta, Coordinadora de la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud en El Salvador, la adolescente femenina enfrenta problemas relacionados con las políticas públicas en el tema de salud sexual y reproductiva (SSR). Las políticas históricamente fueron centradas en

aspectos biológicos y en las tasas de fecundidad. En la actualidad las políticas de salud implementadas por el gobierno están viendo más allá de la reproducción y haciendo un esfuerzo en el marco ético de los derechos humanos, la igualdad de género y las determinantes sociales de la salud³.

Existe un componente universal en la mejora de la SSR en la población adolescente y es la asistencia escolar. Según la encuesta de “Hogares Propósitos Múltiples” del año 2010, el 86.7% de los niños entre 4-12 años, el 73.4% de 13-18 años y el 13.5% de 19-33 años, están en la escuela y la tasa de analfabetismo es de 0.82% entre jóvenes de 10-18 años de edad. Cabe señalar que en el país el 58% de la población femenina esta en edad reproductiva, en donde el 37% del total de las mujeres en edad fértil corresponden a las adolescentes. La encuesta FESAL realizada en el 2008 reveló vacíos grandes en el tema de información brindada por las familias a los adolescentes en temas de anticoncepción, infecciones de transmisión sexual, VIH y SIDA y el aparato reproductor masculino y femenino. Ya que la edad promedio de la primera relación sexual es de 16.3 años y la cantidad de adolescentes que utilizan algún método de protección es baja, queda claro que la parte educativa e informativa en los hogares necesitan más esfuerzos y recursos como medidas de prevención¹¹.

Según la encuesta FESAL, la tasa específica de fecundidad por 1,000 mujeres de entre 15-19 años de edad han disminuido de 136 nacimientos por mil mujeres, entre los años 1983 a 1988, a diferencia de 89 nacimientos por 1,000 mujeres entre los años 2003-2008.

El año 2011 las adolescentes embarazadas de 10-19 años representaban el 31.4% de las embarazadas inscritas en control prenatal en el Ministerio de Salud. Los departamentos con mayor número de adolescentes embarazadas inscritas fueron los departamentos de Usulután con 34%, La Unión con 32,9% y San Salvador con 32.7%³.

En El Salvador varios textos legales se refieren a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes y su atención, incluyendo las madres y embarazadas adolescentes. La Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (LEPINA) contiene un marco legal y propuestas, por ejemplo el artículo 23, establece la atención médica de emergencia para la niña, adolescente o mujer embarazada; y el artículo 32, referido a la salud sexual y reproductiva menciona la existencia y el acceso a los servicios y programas de salud y educación sexual e integral para la niñez y adolescencia²⁰.

2.8 Factores psicosociales en la madre y embarazada adolescente

Las investigaciones actuales en el tema de salud sexual y reproductiva en la población adolescente en la región latinoamericana describen una variedad de factores que de manera directa o indirectamente tienen relación con el riesgo obstétrico. Entre otros está el uso o conocimiento de anticonceptivos, debut sexual temprano²¹. La disrupción familiar y niveles o capacidad comunicativa interpersonal intrafamiliar también se describen como factores influyentes.

El nivel educativo es un indicador relevante la cual está en relación directa con el fenómeno del embarazo adolescente, en conjunto con un estado socioeconómico bajo. En el último estudio presentado por el Instituto Nacional de Salud se demuestra que sólo un 36% de las niñas y adolescentes que tuvieron parto en el 2012, estaban estudiando al momento de su primer embarazo. Por otra parte, de las que sí estaban estudiando, el 89% abandonó los estudios a causa de la maternidad o la unión y apenas un 18% se reintegró a la escuela después de su primer embarazo, confirmando con ello que el embarazo trunca el desarrollo educativo de las niñas y adolescentes. Un elemento que sobresale en los datos recopilados es que un 47% de las niñas de 10 y 12 años manifestó que percibió rechazo al asistir embarazada a la escuela⁴.

Existen una diversidad de elementos psicológicos, como por ejemplo: la conducta, depresión, baja autoestima y autocontrol deficiente; que en conjunto o de manera individual afecta la salud y que además conlleva a mayor riesgo de daños autos infringidos.

La violencia sexual e intrafamiliar y episodios anteriores de abuso sexual son características comunes en la población adolescente. El hecho de ser mujer adolescente con educación deficiente y en condiciones sociales difíciles aumenta mucho más el riesgo de abuso. Datos recientes reportan que una de cada cinco niñas de 10-12 años que en el año 2012 tuvieron parto, su primera relación sexual fue con un familiar, lo que de acuerdo al Código Penal vigente, constituye delito de violación a menor e incapaz y el delito agresión sexual agravada^{4,22}.

En algunos países la mayoría de madres adolescentes son solteras. Por ejemplo en Chile, donde en el año 1997 el 58% de los nacimientos de adolescentes correspondía a mujeres que no se encontraban en una relación estable con su pareja; y en el caso de Venezuela el centro de investigación social, formación y estudios de la mujer reveló que 62% de las jóvenes estaban solteras¹⁸.

Por lo contrario la última investigación realizada por el estudio sobre maternidad y unión en niñas y adolescentes que verificaron parto en el año 2012, en los establecimientos del Ministerio de Salud (MINSAL), pone en evidencia un informe diferente en la problemática en El Salvador, mostrando de esta manera que el fenómeno de la unión no matrimonial no es socialmente reconocido, casi la mitad de esas adolescentes (45%) ya se encontraban con su pareja, cohabitando antes de su embarazo.

Una de las características más relevantes de estas uniones es que la mayoría no se da entre pares (tres o menos años de diferencia). El 65% de las niñas y adolescentes alguna vez unidas, su primera pareja era al menos cuatro años mayor que ella y 18% tenía pareja que le superaba al menos en 10 años de edad.

2.9 Riesgo suicida

En cuanto a la ideación suicida en el embarazo, un estudio Ingles reporta que el 1.4% de las inglesas responden haber pensado mucho en la muerte²³. En Finlandia se habla del 0.5%. En Latinoamérica este problema se le ha prestado muy poca importancia, siendo actualmente la tercer causa de muerte en los adolescentes, según el último reporte de las Naciones Unidas; en Brasil se a demostrado la existencia de 16.7% de pensamientos suicidas entre 120 adolescentes embarazadas que contestaron la escala en el Inventario de Depresión de Beck. En un estudio llevado a cabo en Chile en el año 2009 en embarazadas, el 24.6% refería haber tenido ideas suicidas durante la vida y el 37.6% habían presentado ideas suicidas durante la gestación. El deseo de morir se presentaba en mayor medida en la mujeres que ya habían presentado el parto con un 24.8%, mientras que las mujeres que efectivamente habían intentado o manifestado el deseo de intento era del 11.1%.²⁴

Los registros de Medicina Legal reportan que la tendencia de los suicidios en mujeres adolescentes en El Salvador para el año 2002 fue de 84 casos. Los departamentos más afectados fueron: San Salvador, Santa Ana y Sonsonate. De los cuales 49 sucedieron en el área urbana y 36 en el área rural; el tipo de suicidio fue de 72 por intoxicación, 11 por ahorcamiento, y uno con arma de fuego. Los tres tipos de tóxicos utilizados por las víctimas en orden de frecuencia fueron el phostoxin (mata rata) con 36 casos, sustancias indeterminadas 12 casos y por órganos fosforados 11 ²⁵. Asimismo en el año 2013 en el grupo de edad de 5 a 14 años ocurrieron nueve suicidios en niñas que significan el 50% de todos los suicidios ocurridos en los cuatro años para ese mismo grupo de edad. Desde el año 2010 al 2013 se reportó una mayor cantidad de suicidios en los grupos etéreos de los 15 a 24 años, donde se reportan 345 y de los 25 a 34 años, donde se reportan 273, representado estos al 60.5% del total de muertes por suicidios en todos los grupos etéreos. En relación a la mortalidad materna ocurrida en los años 2013 y 2014, los suicidios representaron el 16.66% y el 13.33% respectivamente²⁶.

2.10 Situación actual en el municipio de La Palma

El municipio de La Palma pertenece a la micro red de La Palma-San Ignacio-Citalá, del departamento de Chalatenango. La pirámide poblacional en el municipio presenta las mismas características de la mayoría de municipios en el país, con un grupo grande de población joven que sigue creciendo y con tasas de migración alta. La tasa de desempleo ronda el 30-40% y en el área rural la mayoría de jóvenes carecen de un empleo digno. La fuente de ingreso en esa zona proviene en mayor medida de la agricultura: en la que se destaca la producción cafetalera y ganadera, además del importante ingreso generado por el sector turístico en la cual muchos jóvenes se desenvuelven laboralmente con la creación de artesanías etc.

Las embarazadas adolescentes reciben su atención en unos de los tres ECOs pertenecientes a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de La Palma, que además cuenta con un ECO especializado y un Hogar de espera materna. En

el año 2015 hubo 56 embarazadas adolescentes ingresadas en el Hogar de un total de 232 embarazadas ese año, siendo un 25% del total de ingresos. Se sabe que el número de adolescentes embarazadas es más alto que este porcentaje y esto se debe a que no todas las embarazadas adolescentes ingresan al hogar, ya que un alto porcentaje se manda al hospital, esto ocurre más que todo con las embarazadas en el área urbana en donde la tasa de ingreso es más baja que la del área rural²⁷.

CAPITULO III. METODOLOGÍA

3.1 Diseño metodológico

Tipo de estudio: El estudio de carácter cuantitativo, la metodología empleada fue de tipo descriptivo y se utilizó un corte transversal.

Corte Transversal: ya que se realiza un corte en el tiempo. En este caso, es el mes de diciembre 2015 hasta el mes de febrero 2016

Área de estudio: Área Rural y Urbana del municipio de La Palma departamento de Chalatenango

Unidad de Análisis: madres y embarazadas adolescentes entre 14 y 19 años inscritas en la UCSF Horcones y UCSF La Palma, Chalatenango

Universo: Mujeres con embarazo en la adolescencia, independientemente de su edad actual residentes en el municipio de La Palma, departamento de Chalatenango.

Muestra: Embarazadas o madres adolescentes viviendo en zona rural o urbana en el municipio de La Palma, departamento de Chalatenango. El muestreo fue de tipo no probabilístico por conveniencia.

3.2 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Instrumento

El método de recolección de datos fue realizado a través de una encuesta la cual se dividió en dos secciones. La primera parte era un cuestionario con preguntas en su mayoría cerradas, fue creada con el objetivo de obtener datos de factores de riesgo psicosocial. Entre los datos que se obtuvieron fueron:

- Condiciones en que vivían actualmente
- Nivel educativo de estudios
- Estado civil actual
- Estructura familiar
- Educación sexual, brindado en el centro escolar o en el hogar

- Edad de inicio de relaciones sexuales
- Numero de compañeros sexuales
- Religión que profesa
- Presencia o historial de abuso sexual/físico/emocional
- Rechazo familiar/conyugal
- Situación económica actual
- Estado laboral

Por lo tanto se diseñó un cuestionario estructurado que constaba de 31 preguntas, 29 de estas de carácter cerradas y 2 de las preguntas con espacio para opiniones subjetivas.

La segunda parte de la encuesta incluye las pruebas psicométricas que exploran los riesgos de depresión y suicidio.

Las tres escalas que se utilizaron fueron:

Escala de Depresión de Edimburgo²⁸.

La escala fue diseñada específicamente para detectar estados depresivos en el período postnatal. Ha demostrado ser de especial utilidad tanto en la clínica como en la investigación, habiéndose probado su eficacia en ámbitos hospitalarios y de atención primaria y en los propios hogares de las madres. Es un instrumento específico muy utilizado en estudios actuales, en el ámbito de la salud materno-infantil, la madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante los últimos 7 días, la cual se le asigna el puntaje: de 0 a 3 de acuerdo a la severidad creciente de los síntomas. Al obtener un puntaje >10 puntos se clasifica como probable depresión y si obtiene un puntaje <10 puntos se califica con una poca probabilidad la depresión.

Escala de desesperanza de Beck²⁷:

Está diseñada para evaluar, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida. Las puntuaciones obtenidas en desesperanzas serán predictores útiles de posible suicidio. La escala cuenta con 20 ítems los que el individuo a de responder verdadero o falso. Las repuestas señaladas como verdaderos en los ítems 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20 valen 1 punto y las señaladas como falso en esos ítems 0 puntos. Las respuestas señaladas en los ítems 1, 3 5, 6, 8, 10, 13, 15 y 19 valen 1 punto y las señaladas como verdaderos en estos ítems 0 puntos. Esta se aplicara para conocer los factores psicológicos, predisponentes a las conductas suicidas.

Escala de autoestima de Rosenberg²⁹

La Escala de Autoestima de Rosenberg es quizás la medida de autoestima más utilizada en la investigación en ciencias sociales, habiendo sido traducida a 28 idiomas, y validada interculturalmente en más de 50 países.

La prueba consta de 10 preguntas, puntuables entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. Las frases están enunciadas una mitad en forma positiva y la otra mitad en forma negativa. No se establecieron inicialmente puntos de corte que permitan clasificar el tipo de autoestima según la puntuación obtenida, aunque sí es posible establecer un rango normal de puntuación en función de la muestra que se tome como referencia.

3.3 Recolección de datos

La obtención de los datos estuvo a cargo del investigador principal y 5 promotores de salud que fueron capacitados previamente por medio de un taller instructivo, donde se les enseñó el objetivo de la investigación, la forma de aplicar la encuesta y recolectar el consentimiento informado, la importancia de la confidencialidad de los datos y el respeto cuando las adolescente no quisieran responder alguna pregunta. Con este taller se evitó el sesgo de información y se dictaron parámetros claros para el trabajo de campo. Los cuestionarios fueron entregados por los promotores y por el medico investigador en los hogares de las mujeres, como también en las clínicas mencionadas anteriormente. Se les dio el tiempo necesario para contestar las preguntas y en caso de no poder responder a alguna de las preguntas en el cuestionario o escalas sicométricas estaba un profesional de la salud para asistirles con preguntas de cómo llenar las escalas.

3.4 Criterio Ético de la investigación

Consentimiento informado

Se aseguró que las personas en el estudio estuviesen participando bajo su propia voluntad, con el conocimiento suficiente para decidir con responsabilidad sobre sí mismas. Se les explico la finalidad del estudio y cuál sería su participación, se les proporcionó además el consentimiento informado para que ellas también lo leyeran. En los casos de la adolescente que eran menores de edad se aseguró que personas responsables de ellas por ejemplo madres o cónyuges tuvieran la información necesaria.

Conflicto de interés

Tomando en cuenta la declaración de Helsinki del año 1964 que expone que en la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento. Por lo tanto no hubo ningún conflicto de interés de parte del investigador en el estudio

Análisis de datos

Los datos obtenidos en las encuestas fueron introducidas en Microsoft Excel 2011 para Mac. Además se utilizó el software de OpenEpi Version 3.0.1 para análisis estadístico

CAPITULO IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS

4.1 Características de la muestra y el grupo control

El número total de casos en la investigación fue de 29 adolescentes en los rangos de edad 14-19 años, donde el 10.4% eran menor de 15 años edad. Las adolescentes embarazadas constituían el 59% (n=17) de la muestra versus el 41% (n=12) de adolescentes que en el momento del estudio ya eran madres. La distribución geográfica en esta misma población fue la siguiente: el 66% (n=19) de las muestra provenía de la zona rural y el 34% (n=10) de la zona urbana.

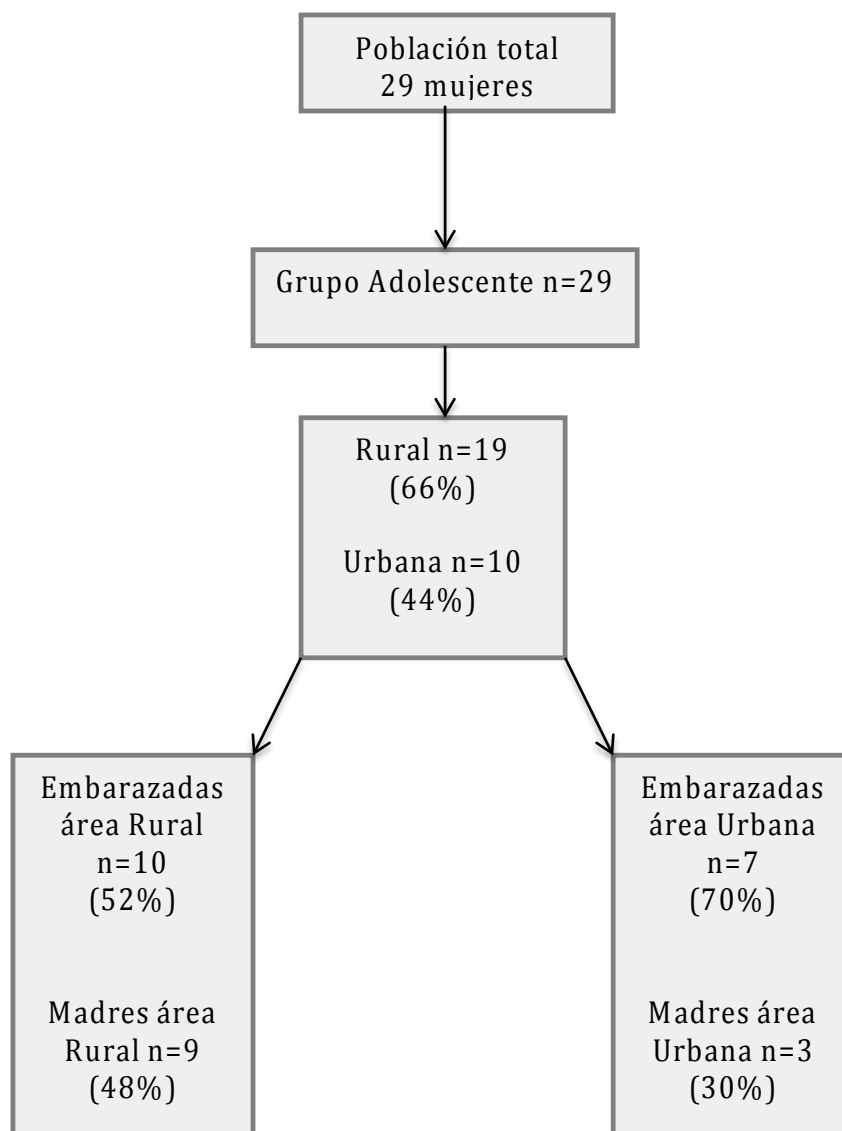


Tabla 1 Factores psicosociales en la población de estudio.

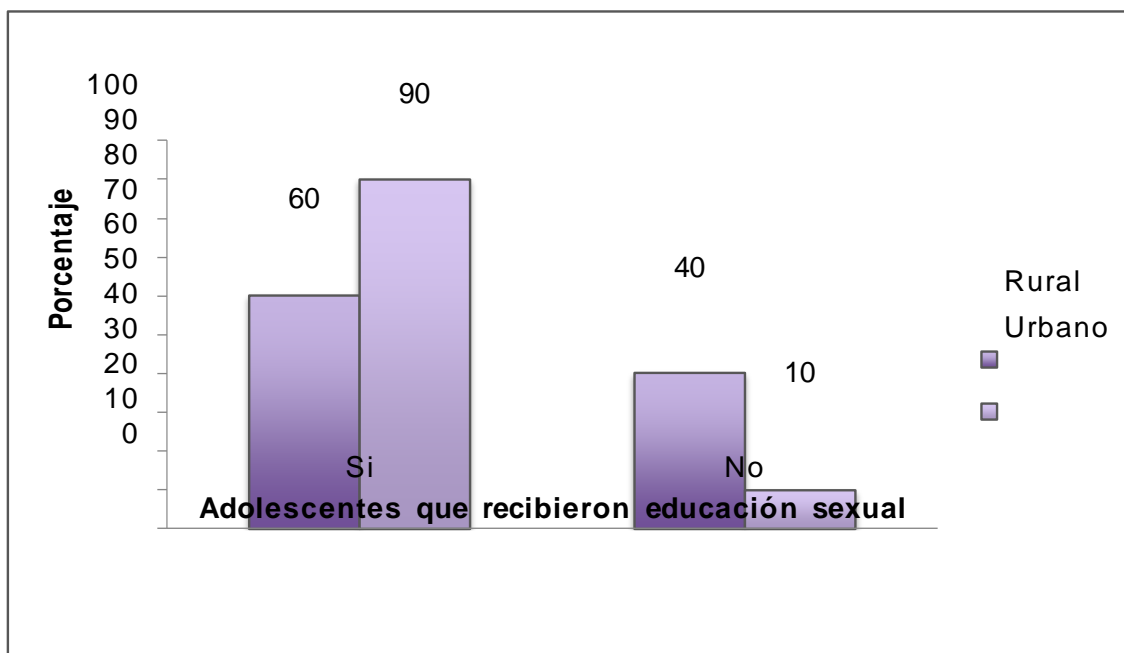
Factor psicosocial	Adolescentes (N=29)	
	No	%
Edad en su primer embarazo		
Menos de 15 años	3	10
De 15 a 19	26	90
Mayor de 19	0	0
Estado Civil		
Casada	2	7
Acompañada	20	69
Soltera	7	24
Proviene de un Hogar de		
Padres casados	11	38
Padres acompañados	16	55
Madre/padre soltero	2	7
Tío/abuelos otro familiar	0	0
Educación sexual en el hogar o en la Escuela		
Si	20	69
No	9	31
Se le hablo sobre los riesgos del embarazo		
Si	20	69
No	9	31
Piensa seguir estudiando		
Si	10	34
No	19	66

No=Numero
%= Porcentaje

4.1.1 Datos generales. En las Tablas 1-4 se presentan los factores psicosociales en la población participante del estudio. El 90% (n=26) de las adolescentes expresaron haber quedado embarazadas entre las edades 15-19 años mientras un 10% (n=3) refirieron que habían quedado embarazadas antes de los 15 años.

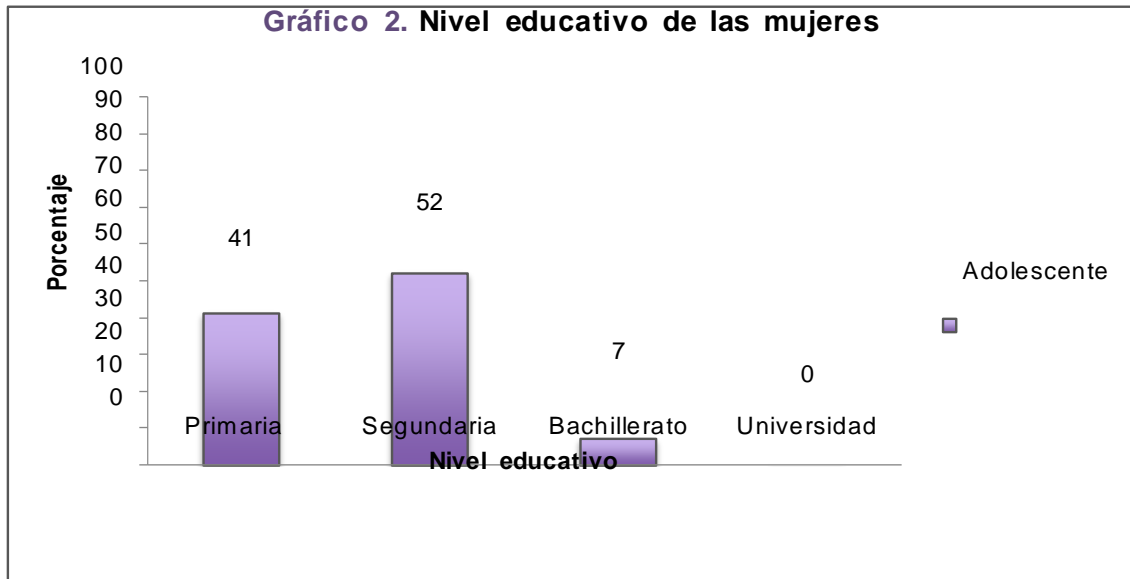
En el caso del estado civil, tres de cada cinco adolescentes se encontraba ya sea acompañada (n=69%) o casada (n=7%) en el momento de la entrevista, mientras que dos de cada cinco de las adolescentes se encontraba solteras.

De igual manera al preguntarles del estado civil de sus padres, la mitad de las adolescentes provenían de hogares de padres acompañados o casados, únicamente el 7% de las encuestadas respondieron que provenían de hogares de padres solteros, y ninguna de las encuestadas provenía de un hogar de tíos/abuelos u otro familiar.



Fuente: Cuestionario aplicado a madres y embarazadas adolescentes entre diciembre 2015 y febrero 2016 .

4.1.2 Educación sexual. En cuanto a la educación sexual dos de tres adolescentes contaban con una educación sexual. Al comparar entre las adolescentes del área rural y las del área urbana también se pudo ver cierta diferencia en términos de desigualdad educativa, en el grupo rural el 60% recibió algún tipo de educación sexual, mientras que las adolescentes en área urbana el 90% había recibido educación sexual (Gráfico 1).

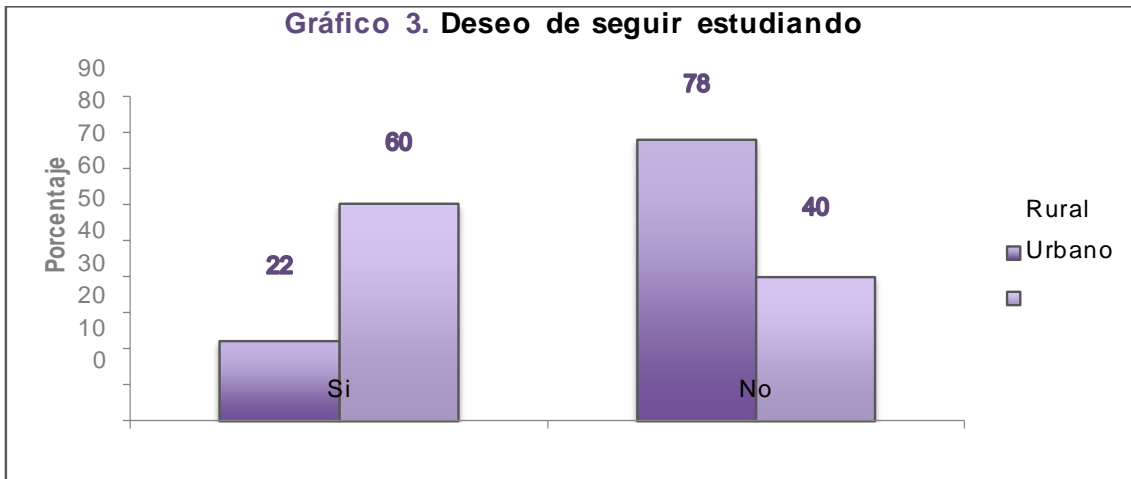


Fuente: Cuestionario aplicado a madres y embarazadas adolescentes entre diciembre 2015 y febrero 2016 .

En el caso de las adolescentes que recibieron información sobre los riesgos del embarazo se demostró porcentajes similares en donde dos de tres adolescentes habían recibido información acerca de los riesgo implicados en el embarazo y una de cada tres nunca recibió información preventiva acerca de del riesgo obstétrico.

4.1.3 Nivel educativo. Únicamente el 7 por ciento de las adolescentes llegaron a nivel de bachillerato, la mitad alcanzo el nivel de secundaria y cerca de la mitad a nivel de primaria. Por otro lado al preguntarles acerca del deseo de continuar los estudios, una de cada tres adolescentes expresaron que si deseaban continuar y dos de tres

una de cada tres en el grupo adolescente, que expresaba deseos de continuar el estudio. Al comparar respuestas entre las mismas adolescentes se demostró que las adolescentes en área rural manifestaban menos deseos de seguir los estudios con un 78% de las encuestadas respondiendo que no pensaban seguir, en comparación el 40% de las adolescentes en área urbana (Gráfico 3).

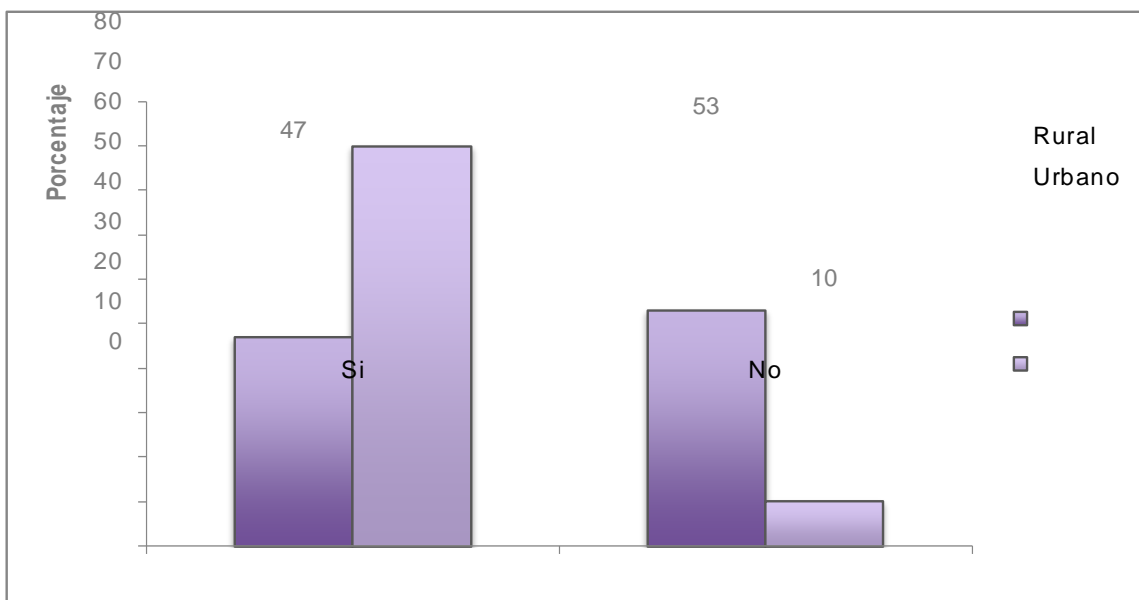


Fuente: Cuestionario aplicado a madres y embarazadas adolescentes entre diciembre 2015 y febrero 2016 .

4.1.4 Conocimiento de ETS. Los conocimientos de Enfermedades de Transmisión Sexual previo al embarazo demuestra una relación entre la adolescencia y la falta de información que estas tuvieron previo al embarazo.

De igual manera la población adolescente en área rural demostró porcentajes de conocimiento más bajos que las adolescentes en área urbana en donde el 47% tenía conocimiento de ETS previo al embarazo, en cambio las adolescentes de área urbana el 90% tenía conocimiento de ETS.

4.1.5 Religión. La mayoría de las encuestadas respondieron que pertenecían a la religión católica, una de cada cuatro respondió que pertenecía a la religión evangélica y una de cada cinco contestó que no tenía religión u pertenecía a otra religión., lo cual implica una interrogante a los investigadores por la razón de que varias adolescentes no se sienten identificadas o representadas por un grupo religioso de su comunidad.



Fuente: Cuestionario aplicado a madres y embarazadas adolescentes entre diciembre 2015 y febrero 2016 .

Tabla 2 Factores Psicosociales en la población de estudio

Factor psicosocial	Adolescentes (N=29)	
	No	%
Grado de escolaridad		
Primaria	12	41
Secundaria	15	52
Bachillerato	2	7
Universidad	0	0
Religión que profesa		
Católica	15	52
Evangélica	9	31
Otros	1	3
Ninguna	4	14
Conocimiento acerca de ETS antes del embarazo		
Si	18	62
No	11	38

No=numero,%=porcentaje

4.1.6 Violencia de Género. La tabla 3 enumera los factores de abuso sexual como también psicológico, las adolescentes están acompañadas en su gran mayoría con personas mayores de 19 años, el 24% estaban acompañadas con alguien de la misma edad que ellas.

El 10% de las adolescentes expreso haber sido abusada, en donde el porcentaje era aún más alto para el abuso sexual que lo expresaron haber sufrido el 17% de las. De los tres tipos de violencia el que más prevalencia tiene en la población adolescente es el abuso emocional la cual fue expresada por un 31% (n=9) de las participantes de la encuestada.

Tabla 3 Factores psicosociales en la población de estudio

Factor psicosocial	Adolescentes (N=29)	
	No	%
Edad del cónyuge		
Menos de 15 años	0	0
De 15 a 19	7	24
Mayor de 19	22	76
Sufrió Abuso físico		
Si	3	10
No	27	93

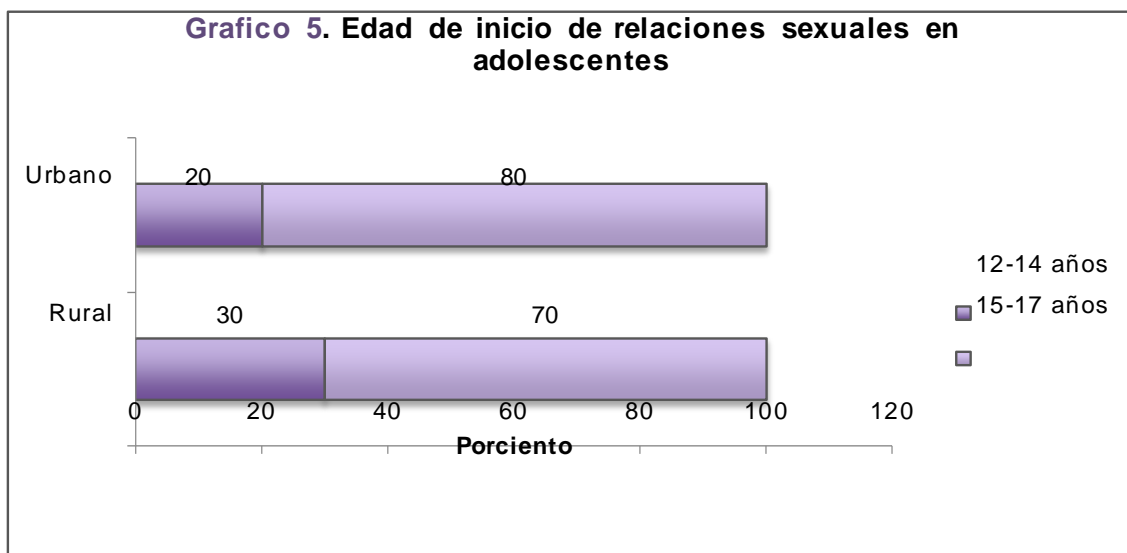
Sufrió Abuso sexual		
Si	5	17
No	24	83
Sufrió Abuso emocional		
Si	9	31
No	20	69
Fue rechazada por sus padres		
Si	8	28
No	21	72
Fue rechazada por sus hermanos		
Si	1	3
No	28	90
Fue rechazada por sus amigos		
Si	1	3
No	28	97
Fue rechazada por otro familiar		
Si	1	3
No	28	97

No= Numero, %=porcentaje

4.1.7 Rechazo Social. El rechazo fue manifestado en un menor porcentaje que el abuso en general. De las personas en el grupo familiar que mas rechazaban a las adolescentes se encontraban los padres, aproximadamente una de cada tres encuestadas respondió haber sido rechazada por sus padres al quedar embarazada.

4.1.8 Salud Sexual. Las características sexuales se enumeran en la tabla 4 donde el primer factor es la edad de inicio de relaciones sexuales, en la cual un 28% de las adolescentes respondieron que habían iniciado relaciones entre los 12-14 años y un 72% entre los 15-17 años de edad.

Basándose en los resultados de las encuestas se demostró que la adolescencia influye en el intervalo de tiempo en que ellas iniciaron relaciones sexuales y quedar embarazada ya que el 59% de las adolescentes encuestadas refirieron haber quedado embarazadas antes de un año de haber iniciado relaciones sexuales.



Fuente: Cuestionario aplicado a madres y embarazadas adolescentes en el municipio La Palma entre diciembre 2015 y febrero 2016 .

Existía además una diferencia significativa en términos de cuantos compañeros sexuales habían tenido hasta la fecha. A pesar de que la mayoría de las adolescentes en un 62% habían tenido únicamente 1 compañero sexual, el 14% (n=4) manifestó haber tenido más de 3 compañeros.

4.1.9 Pensó en interrumpir su embarazo. Con respecto a esta pregunta únicamente una de las adolescentes respondió que había pensado en interrumpir el embarazo.

Tabla 4 Factores Sicosociales en la población de estudio

Factor Sicosocial	Adolescentes (N=29)	
	No	%
Edad de inicio de relaciones sexuales		
Entre los 12-14 años	8	28
De entre los 15-17 años	21	72

Mayor de 18 años	0	0
Tiempo que paso para quedar embarazada		
Menos de 1año	17	59
Más de 1 año	12	41
Cuantos compañeros sexuales		
1	18	62
2	7	24
>3	4	14
Pensó en interrumpir su embarazo		
Si	1	3
No	28	97
Apoyo de la familia del conyugue		
Si	23	71
No	6	29
Ingreso Mensual		
Menos de 200\$	25	86
Entre 200-300\$	4	14
Trabaja		
Si	1	3
No	28	97
Piensa migrar del país		
Si	10	34
No	19	66
Piensa que debió		
Retrasar el momento de su primera relación sexual	4	14
Usar algún método anticonceptivo	8	28
Pensarlo antes de hacerlo	5	17
No se arrepiento de nada	12	41

No=Numero, %=porcentaje

4.1.10 Situación Económica. La situación económica para la mayoría de las mujeres se encontraba en un nivel bajo de la canasta básica. El 86% de las adolescentes manifestaban que sus ingresos familiares estaban debajo de los 200 USD al mes,. A pesar de que la mayoría de mujeres en el estudio no pertenecían a una población activa laboralmente se sabe que la población en esta zona en su mayoría recibe remesas familiares.

4.1.11 Situación laboral. El nivel de desempleo en la población es alta, únicamente el 3% de las adolescentes encuestadas respondieron que estaban trabajando o contaban con un empleo formal.

4.1.12 Opciones de decisión: Una de cada tres adolescentes pensó que la mejor opción hubiese sido utilizar algún método anticonceptivo antes de quedar embarazada, aproximadamente la mitad de las encuestadas respondieron que no se arrepentían de haber quedado embarazadas, otro dato

interesante es que el 14% respondió que deseaba haber retrasado el momento de su primera relación sexual.

4.2 Resultados de Escalas psicométricas

El objetivo de las escalas sicométricas es la detección a través de medidas validadas científicamente para la detección de síntomas depresivos que pudieran dar pauta a una conducta depresiva en las mujeres adolescentes en el estudio. En la segunda parte de la encuesta se incluyeron las escalas psicométrica de detección depresiva de Edimburgo, la escala de autoestima de Rosenberg y la escala de desesperanza de Beck.

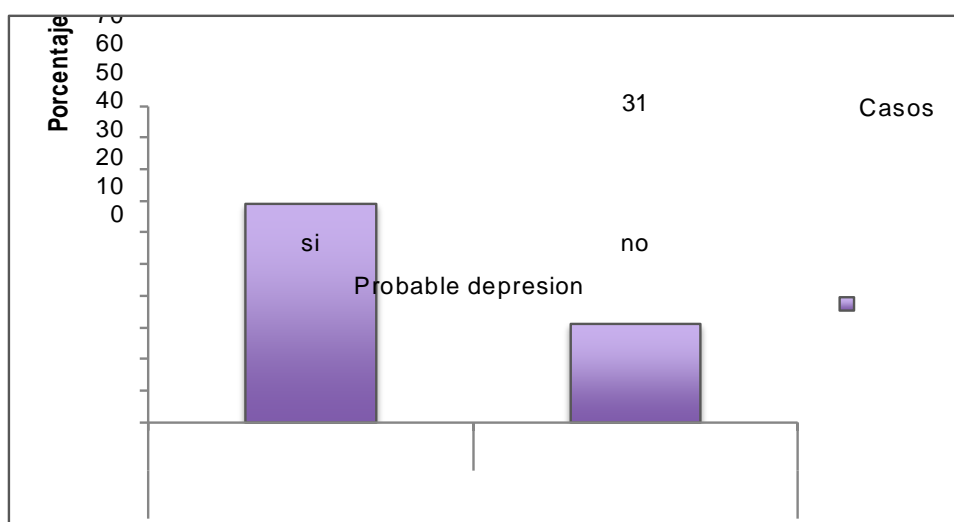
Tabla 5 Escalas psicométricas utilizadas

Escala psicométrica	Adolescentes (N=29)	
	No	%
<i>Escala de depresión de Edimburgo</i>		
Improbable depresión	9	31
Probable depresión	20	69
<i>Escala de autoestima de Rosenberg</i>		
Autoestima elevada	16	55
Autoestima media-baja	13	45
<i>Escala de desesperanza de Beck</i>		
Normal	14	48
Leve-moderada	15	52

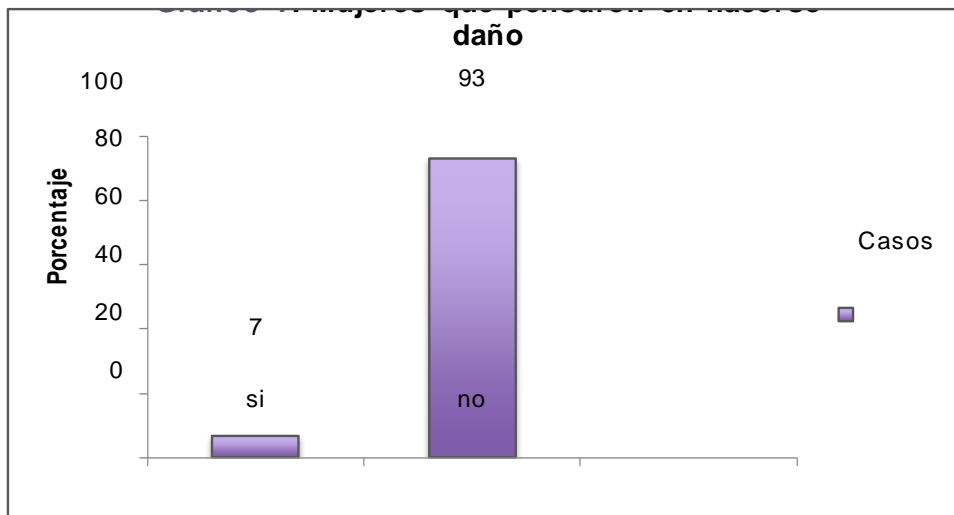
No=numero, %=porcentaje

4.2.1 Escala de Edimburgo (EDPE). Dos de cada tres adolescentes obtuvieron un puntaje superior a 10 puntos lo cual las catalogaba con una probable depresión, mientras que una de cada tres adolescentes obtuvieron puntajes inferiores clasificándolas como improbables de depresión.

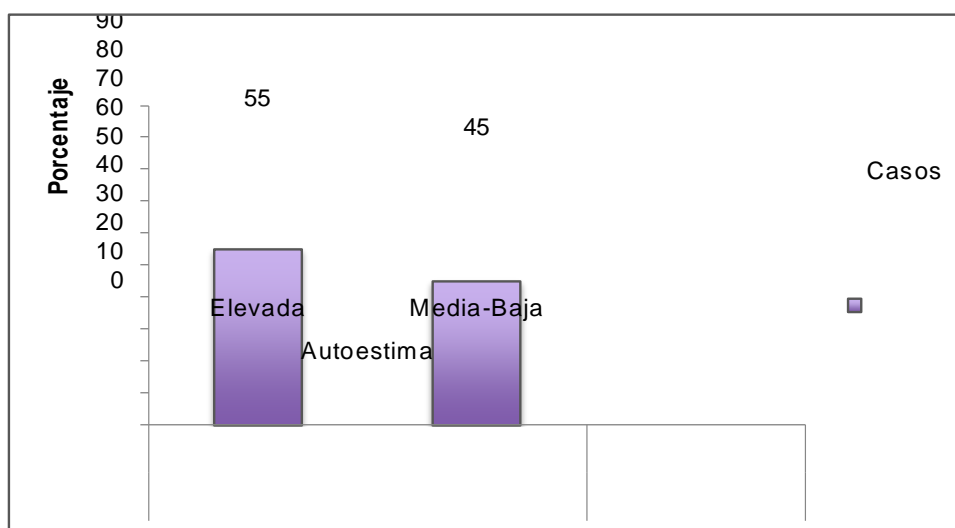
4.2.2 Pensamientos auto lesivos. La última pregunta de la escala de Edimburgo indaga sobre pensamientos o actitudes lesivos ante uno mismo. Del total de encuestadas un 7% afirmó haber tenido pensamientos acerca de hacerse daño en alguna ocasión



Fuente: Cuestionario aplicado a madres y embarazadas adolescentes entre diciembre 2015 y febrero 2016 .



Fuente: Cuestionario aplicado a madres y embarazadas adolescentes entre diciembre 2015 y febrero 2016 .

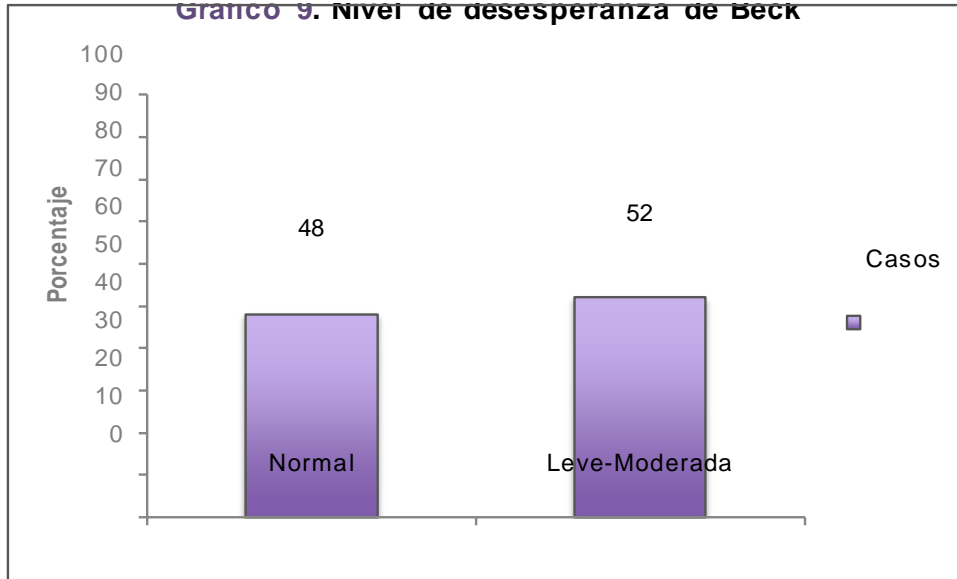


Fuente: Cuestionario aplicado a madres y embarazadas adolescentes entre diciembre 2015 y febrero 2016 .

4.2.3 Escala de Autoestima de Rosenberg. De las 29 adolescentes un 55% (n=16) obtuvieron puntajes que las catalogaron con autoestima elevada. Por otro lado el 45% se clasificaron con autoestima entre media y baja.

4.2.4 Escala de desesperanza de Beck. En cuanto a la escala de desesperanza se hizo la división entre las mujeres que presentaran una desesperanza leve a moderada y las que presentaban niveles normales. De las adolescentes aproximadamente la mitad presentaba niveles leves a moderados. La otra mitad en el grupo adolescente presentaba niveles que se consideran normales de desesperanza.

Gráfico 9. Nivel de desesperanza de Beck



CAPITULO V. DISCUSIÓN

La salud mental en la adolescente y especialmente en la embarazada y madre continúan siendo áreas sub-priorizadas en el ámbito de salud pública y políticas de salud nacional. Las causas implicadas en morbilidades psiquiátricas y las conductas suicidas son múltiples, y se relacionan con diferentes factores, algunos de estos externos a ellas y otros directamente relacionados con el comportamiento, la idiosincrasia y cultura del contexto social en donde viven y se desenvuelven las personas.

Con el presente estudio se logró demostrar la relación que existe entre los factores psicosociales y el embarazo y maternidad en las adolescentes. Según la revisión investigativa previa este es el primer estudio llevado a cabo en esta área del país, con casos y controles lo cual le da fuerza estadística a los hallazgos encontrados.

5.1 Primera parte. Existen varios hallazgos importantes que caracterizan los factores psicosociales del presente estudio. La gran mayoría de las adolescentes quedaron embarazadas por primera vez a temprana edad, y por lo tanto se demuestra la relación existente entre la adolescencia y la fertilidad temprana.

El Estado Familiar de las adolescentes fue comparado con el de los resultados en el estudio, "*Maternidad y Unión en Niñas y Adolescentes* realizado el Instituto Nacional de Salud de El Salvador del año 2015 en donde el 72-76% de las adolescentes entre las edades 13-17 años estaban en una relación ya sea casadas o acompañadas muy similares a el porcentaje que nuestra investigación reportó la cual fue del 76% en la población adolescente. Por lo tanto llama la atención que la mayoría de madres y embarazadas adolescentes en esta zona del país se encuentran acompañadas o casadas a temprana edad. Otro dato relevante que llamó la atención en nuestro estudio es que más de la mitad de las adolescentes provienen de hogares donde los padres de ellas no estaban casados u hogares de madres como una responsable de la familia ya sea por separaciones conyugales, violencia intrafamiliar o por razones migratorias donde el padre de familia forzosamente se ve obligado a abandonar su núcleo familiar para la búsqueda de nuevas y mejores oportunidades de vida por ejemplo en el ámbito laboral y nuevas condiciones de vidas para su familia.

Se ha considerado que una de las barreras para que los adolescentes se desarrollen plenamente y ejerzan sus derechos en salud reproductiva es la falta de educación sexual adecuada a sus necesidades y de información sobre todos los aspectos de la salud sexual y reproductiva. El 31% es decir una tercera parte de las adolescentes en el estudio nunca recibió educación sexual ya sea en su hogar y tampoco en la escuela, en cambio las mujeres en el grupo control presentaron porcentajes más altos en términos de educación sexual y reproductiva y en área urbana se evidenció diferencias aún más grandes. La comparación entre la población rural y urbana reveló que las adolescentes carecían aún más de educación sexual en donde el 40% registro no haber recibido educación sexual ya sea en el hogar o en la escuela.

Cuando se realizó la comparación e entre las adolescentes en área rural y área urbana se evidenció una diferencia amplia entre los niveles educativos sobre la salud sexual y reproductiva, de esta manera se señala que los adolescentes en área rural tienen un porcentaje más bajo a diferencia de los adolescentes urbanos, lo cual respalda otros estudios llevados a cabo en contextos similares ^{20,30}.

El desconocimiento de la fisiología de la reproducción, de los métodos anticonceptivos y de todo lo relacionado con la prevención de las infecciones

de transmisión sexual y el VIH-SIDA, y de la violencia sexual y doméstica, representa un indudable factor de riesgo para los adolescentes, respecto a la posibilidad de un embarazo no deseado, como de una vida sexual no saludable ni segura.

Arceo Gómez y Campos Vázquez ³¹ encontraron que el embarazo adolescente reduce los años de escolaridad, reduce la asistencia escolar y disminuye el número de horas de trabajo. Los resultados en nuestro estudio indicaron que el 41% de las adolescentes llegaron hasta primaria y el 52% llegaron hasta la secundaria, únicamente el 7% estaba estudiando bachillerato, por lo tanto la maternidad adolescente reduce significativamente la probabilidad de terminar la educación básica y en el cual un grupo representativo deja de estudiar en una edad muy temprana es decir antes de entrar a séptimo grado.

Por otro lado la maternidad adolescente y las circunstancias sociales y geográficas son determinantes en el deseo de superación de las adolescentes. Una tercera parte del grupo de adolescentes contestó que deseaban seguir estudiando y cuando se analizó las respuestas de la población rural este número se convirtió en una quinta parte de las mujeres encuestadas. El hecho de que muchas de las adolescentes viven en zonas del municipio en donde el sistema educativo se limita a ofrecer hasta los grados de noveno o incluso solo hasta sexto grado, y en donde las adolescentes tienen que movilizarse largas distancias a pie ya que no existe un transporte colectivo, le impide a muchas de ellas que continúen sus estudios.

La incidencia temprana en las adolescentes al embarazo o a las infecciones de transmisión sexual (ETS), incluyendo el VIH/SIDA constituye un factor clave de los niveles de fecundidad de la población y además representa graves repercusiones en su salud sexual y reproductiva. Según el estudio FESAL del año 2008 del total de mujeres de 15 a 24 años de edad con experiencia sexual, el 28.2% reportó que utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. En comparación un estudio realizado en Suecia sobre las costumbres y prácticas en la vida sexual del adolescente reportó que dos terceras partes de las adolescentes utilizaron algún tipo de método anticonceptivo en su debut sexual y en gran mayoría el condón³².

Las adolescentes en nuestro estudio presentaron altos porcentajes de desconocimiento acerca de ETS, el 38% de las adolescentes nunca había recibido educación acerca de este tema, y el 47% de las que vivían en área rural nunca recibieron información preventiva sobre ETS, lo cual son datos preocupantes y que deberían de servir como señal para la implementación de estrategias en el sistema de educación y de salud.

Por lo general, la mayoría de los hijos de madres adolescentes tienen como padre a un adulto (no adolescente) y es muy frecuente observar marcadas diferencias de edad entre ambos progenitores. Esta desigualdad de edad, que según algunas investigaciones aumenta a menor edad de la mujer se asocia con inequidades de género vinculadas a un contexto sociocultural que asigna comportamientos de nupcialidad, sexualidad y reproducción distintos en hombres y mujeres.

Una de las características relevantes de las uniones de las adolescentes en el estudio realizado es que la mayoría, equivalente a un 76% están acompañadas o casadas con hombres mayores de 19 años. Según investigaciones las uniones con parejas más que todo mayores implican relaciones muy desiguales, lo cual las ubica en situaciones de desventaja con poco margen en la toma de decisión sobre sus vidas³³.

Los resultados de un meta análisis investigando la asociación de abuso y maltrato en la adolescencia y la asociación con la maternidad temprana demostró la relación significativa que existe entre el ser abusado y el embarazo en la adolescente, además la fuerza de la asociación varía en cuanto al tipo de abuso que sufrió la mujer, donde el abuso físico y sexual tiene mayor significado y el abuso psicológico y emocional un menor efecto^{20,26,34}. En las adolescentes, la cultura de discriminación contra las mujeres, la falta de mecanismos de protección y las limitadas condiciones de autonomía y de empoderamiento determinan que el ejercicio de la violencia contra ellas se manifieste de manera silenciosa o clandestina

Los resultados de nuestro estudio respaldan otras investigaciones demostrando la relación entre los diferentes tipos de abuso y su significado estadístico. El abuso físico y emocional fueron los tipos de abuso con mayor fuerza y significado estadístico mientras que el abuso sexual tuvo una menor fuerza estadística. Sin embargo la presente investigación se limitó a estudiar los abusos de manera aislada, de tal manera que en el futuro sería pertinente el estudio de la combinación de abusos presentes en esta población como también el investigar el origen y la o/ las personas involucradas en los casos de abuso.

El rechazo por familiares o amigos es un factor estudiado y que está directamente relacionado con un aumento de embarazo adolescente. En el presente estudio los padres de las adolescentes fueron el grupo que en mayor medida rechazó a las mujeres seguido por hermanos y otros familiares.

El inicio temprano de la vida sexual es otra de las variables que se ha señalado como importante en los estudios sobre factores asociados al embarazo en adolescentes. Esta hace referencia a que a menor edad en la cual se comienza la vida sexual, habrá mayor riesgo de embarazo.

El promedio de edad para iniciar la vida sexual en El Salvador es de 16.3 años de edad¹³ y es más frecuente la primera relación clasificada como premarital que la marital, 26.4% en el grupo de 15 a 19 años y 54.5% en el grupo de 20 a 24 años de edad. Una de cada 5 mujeres en el estudio FESAL del año 2008 de 15 a 24 años de edad pensaba que no podía quedar embarazada cuando ocurrió el primer embarazo premarital, porque era la primera vez, no tenía relaciones frecuentes o por falta de información.

Cerca de una tercera parte de las embarazadas en el presente estudio inició su vida sexual entre los 12-15 años de edad, el 72% la inició entre los 15-17 años

de edad. Los hallazgos además revelan que el 59% llegó a embarazarse antes de pasar un año de haber iniciado relaciones con la pareja.

En América Latina, la medición de la incidencia del aborto, en especial en adolescentes, se dificulta debido a que, en la mayoría de los países, su práctica es ilegal, y en las encuestas demográficas la declaración del aborto inducido es poco confiable, dada su condición de clandestinidad.

En cuanto a pensamientos o actitudes para interrumpir el embarazo este factor no se demostró tener relación con las embarazadas o madres adolescentes. Podría explicarse principalmente por las circunstancias que muchos de los hijos son los primogénitos de mujeres recién casadas o unidas. En el caso de las mujeres solteras o nacimiento de orden posterior al primero puede haber mayor rechazo.

El apoyo por parte de la familia es fundamental para la subsistencia de la madre o embarazada adolescente. Poco se conoce hasta hoy en áreas investigativa sobre el apoyo brindado por la familia del cónyuge, pese a que muchas de las mujeres en condiciones similares y en la zona de estudio no vive en hogares de sus padres sino más bien en casa de los padres del cónyuge, muchas de ellas quedaron solas, al verse obligados los esposos o compañeros a emigrar por razones económicas.

En el estudio llevado a cabo por el INS menos de la mitad de las niñas y adolescentes entrevistadas (47%) afirmaron que recibía apoyo de su familia cercana (padre, madre, abuela, abuelo u otros), mientras que el 53% identificó a su pareja como responsable económico del hogar. De las niñas que en 2012 tenían entre 10 y 12 años, el 71% considera que la persona responsable de ellas era su padre, madre o un familiar; sin embargo, un 29% identificó como persona responsable a su pareja.

Los resultados reportados de la presente encuesta reportan que un 71% de las adolescentes en la zona investigada reciban apoyo activo de parte de la familia del cónyuge, la mayor parte de esta ayuda constaba de ayuda emocional, y además económica.

La prosperidad económica de un individuo o familia es afectada directamente por la política económica y en particular por los efectos sobre el nivel de precios, la disponibilidad de empleo y el nivel de ingreso. Muchas investigaciones realizadas en el mundo, demuestran la fuerte correlación entre la pobreza y los altos índices de fecundidad en adolescentes. De la población estudiada únicamente el 3% trabajaba, y el 97% se dedicaba al hogar o al cuidado del niño. La mayoría de las adolescentes reportaban ingresos inferiores a 200 USD para su familia. De acuerdo a los resultados del estudio las adolescentes presentan un mayor riesgo de vivir en situaciones económicas desfavorables en comparación con el grupo control. Aunque los efectos de un embarazo en la adolescencia sobre la carrera laboral y los futuros ingresos económicos de la madre probablemente son más significativos que los efectos de salud, no han sido investigados con la misma intensidad que éstos, principalmente en América Latina y el Caribe.

5.2 Segunda Parte

Riesgo suicida y salud mental.

Un 69% de las adolescentes se catalogaron con una probable depresión y con puntuación EDPE >10, y de tal manera se comprueba la existencia de una relación directa de aumento de depresión en la población adolescente.

Los hallazgos anteriores demuestran que la adolescente ya sea en estado de embarazo o madre tiene mayor riesgo de depresión, lo cual en varios estudios evidenciaron su relación con conductas y pensamientos suicidas no solamente en la población adolescente sino también en mujeres adultas.

Varios estudios epidemiológicos han demostrado que la depresión es relativamente común en las mujeres en la etapa de transición a la maternidad, más que todo en comparación con otras etapas de la vida²².

Después de décadas en donde casi exclusivamente se le dio enfoque a la depresión postparto, algunos estudios recientes señalan que (1) la depresión podría ser más prevalente durante el embarazo que en la etapa postparto³⁵, y (2) la depresión en el embarazo puede ser factor predominante para presentar depresión postparto e intento suicidio postparto.

El tamizaje para depresión en el embarazo podría servir como una medida adecuada para identificar mujeres adolescentes en riesgo y una acción preventiva, y así evitar los efectos adversos antes y después del nacimiento del niño lo cual son implicaciones clínicas de importancia luego de estos resultados reportados.

El término autoestima se ha convertido en una de las características que más se evalúa como medida de bienestar y salud mental. La estimación de los efectos de la autoestima es complejo por varias razones.

Personas con autoestima alta aseguran ser más atractivos, mantener relaciones más exitosas y causar mejor impresión a los demás en comparación con personas con autoestima baja. A pesar de esto existen mediciones objetivas que contradicen estas afirmaciones.

Una autoestima elevado le facilita el hablar en público y el de criticar el enfoque del grupo. El liderazgo no se vincula directamente con la autoestima, sin embargo podría tener efectos indirectos.

Tampoco se ha visto relación directa entre la autoestima baja o alta. Sin embargo un autoestima bajo podría contribuir a una conducta externalizada que favorezca conductas delincuenciales. Además las personas con autoestima bajo son mucho más influenciados por otras personas. El adolescente es vulnerable en es este sentido ya que el autoestima es variable, y por lo tanto es sujeto a ser manipulado por otras personas. La autoestima tiene una fuerte relación con la felicidad. A pesar de que la evidencia científica

no ha logrado establecer con claridad su causa, hemos de deducir que con mayor autoestima hay mayor felicidad. La autoestima baja tiene más probabilidad de llevar a la depresión²⁷.

El autoestima en el presente estudio fue medido a través de la escala de Rosenberg. Según esta escala el 55% de las embarazadas y madres adolescentes tenían un autoestima elevado en el momento de la encuesta, y el 45% tenía un autoestima medio o bajo.

La desesperanza encontrada en las embarazadas y madres adolescentes se le atribuye ser una de las causas por la cual ellas deciden tomar una decisión drástica como es quitarse la vida, esto a pesar de ser madres.

Según el sistema de vigilancia de muerte materna del Ministerio de Salud de El Salvador, en el año 2011 el suicidio representó la tercera causa del total de muertes materna después de los trastornos hipertensivos y de la hemorragia asociada al embarazo¹². El seguimiento de los casos de suicidio identificados dio cuenta de la existencia de un patrón: las madres, especialmente las adolescentes, optaron por quitarse la vida ante una situación de desesperanza asociada con el embarazo. De hecho, a pesar de que la muerte materna por suicidio se presenta en todas las edades reproductivas, su incidencia se eleva en las adolescentes. En nuestro país, por ejemplo, el año pasado, el 57% de las defunciones maternas de adolescentes fueron suicidios de acuerdo a los datos del Sistema Único de Información en Salud de El Salvador.

El presente estudio revelo hallazgos significativos en cuanto a la desesperanza en la población adolescente estudiada. La mayoría de ellas presentaron niveles fuera de lo que llamaríamos normal según el puntaje de la escala. Si bien la mayoría no presentaba niveles altos, el 52% presento niveles leves a moderados de desesperanza, y el 48% presento un nivel normal.

Conclusiones

En el presente estudio se logró demostrar el impacto y repercusión que tienen los factores psicosociales en las madres y embarazadas adolescentes viviendo en la zona rural y urbana del municipio de La Palma, departamento de Chalatenango.

Las adolescentes inician su vida sexual a temprana edad, muchas de ellas abajo del promedio nacional, lo cual es un factor que directamente conlleva a un aumento de los embarazos en esta población. Las adolescentes en su mayoría se encontraban acompañadas o casadas con compañeros mayores

que ellas y provenían de hogares en donde la mayoría de los padres no se encontraban en uniones matrimoniales.

El nivel educativo de las adolescentes es inferior al encontrado en otros estudios nacionales similares en esta misma población. La minoría llega a estudios de bachillerato y únicamente una tercera parte piensa en retomar sus estudios. La situación geográfica además demuestra grandes brechas entre las adolescentes en área rural y urbana que desean seguir estudiando

Los conocimientos acerca de ETS y la educación sexual muestran grandes deficiencias en la atención e información brindada en este caso por el sistema de salud y educación, los cuales son datos preocupantes debido a la alta vulnerabilidad en la que se encuentra este grupo.

Muchas de adolescentes en el estudio fueron víctimas de abuso ya sea, físico, sexual o emocional frente al grupo control. La vulnerabilidad es alta en la población adolescente convirtiéndolas en víctimas en donde el victimario comúnmente es alguien cercano a ellas como por ejemplo el cónyuge, familiares o amigos. Sin embargo falta estudiar este factor más a fondo para así comprobar las características a profundidad como es el origen del abuso, su duración y las consecuencias implicadas en la vida de ellas.

El rechazo familiar contra las adolescentes generalmente se da en el entorno más cercano, mas que todo por los padres y seguido por hermanos y amigos.

Las edades de inicio de relaciones en la población adolescente de la zona estudiada son bajas, de hecho inferior del promedio nacional. Los cual significan en conjunto con la brecha educativa un mayor riesgo de contraer ETS o quedar embarazadas a temprana edad, ya que se demostró también que la mayoría de embarazos en esta población ocurrió antes del año de haber iniciado relaciones.

Tres cuartas partes de las mujeres recibían apoyo de parte de la familia del cónyuge, la mayoría emocional y un grupo más reducido recibía también apoyo económico.

A pesar de que la maternidad implica mayores costos para las mujeres y sus familias, el 70% viven con un ingreso inferior a la canasta básica nacional, y agregándole que únicamente el 3% es laboralmente activo, conlleva a que estas mujeres dependan económicamente de fuentes externas para su subsistencia.

La tasa migratoria es alta en la zona del municipio de La Palma, ante todo en la zona rural y de las adolescentes encuestadas el 34% siendo similar el porcentaje en el grupo control tenía planes de migrar hacia otro país en el momento de la entrevista.

Con respecto al riesgo suicida entre la población adolescente del estudio, las escalas psicométricas mostraron (1) altos porcentajes de probable depresión, (2) una cantidad importante de mujeres con autoestima baja y (3) niveles de

desesperanza leves a moderados en la mayoría de las adolescentes. Si bien la existencia de otras escalas se pueden utilizar , este es el primer estudio llevado a cabo en donde se utilizó 3 escalas que miden parámetros relacionados con la depresión y que mostraron claramente la relación de la morbilidad mental en la población de madres y embarazadas adolescentes.

Recomendaciones

El trabajo interinstitucional, con objetivos claros y desarrollados en conjunto con las comunidades son metas cruciales en orden que se presente resultados. Se puede contar con lineamientos y planes que en teoría se ven perfectos pero si estos no son adaptados a nuestra realidad y a las condiciones en que se trabaja actualmente no se logrará los objetivos de disminuir el embarazo adolescente y el suicidio en la población.

Se debe incluir un fortalecimiento de los espacios de diálogo intersectorial en temas relacionados a los derechos y la salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes; la promoción de la autonomía y el ejercicio de los derechos de la

población adolescente y joven; y el fortalecimiento de los servicios y la educación que idealmente deberían comenzar a fomentarse desde el hogar en la salud sexual y reproductiva.

En cuanto a las políticas de salud sexual y reproductiva, éstas se deben basar en evidencia científica y se debe tomar de buenos ejemplos en otros países que hayan logrado implementar políticas efectivas e incluyentes, estas deben siempre basarse en los derechos humanos que son fundamentales.

Es imprescindible la ejecución de educación sexual para que esta tenga efectos concretos en cuanto a la salud sexual y reproductiva, en la relaciones, en el género y los derechos a la salud. Se debe implementar en el currículo de las carreras de enfermería, medicina y docencia.

Es decisivo cambiar los hábitos sexuales de los adolescentes y de los hombres y padres en particular. En la sociedad es necesario disponer de un marco legal que realmente se cumpla y se efectúe.

Se recomienda un cambio en el modo y condiciones en que viven las adolescentes, que se mejore el capital humano, las oportunidades económicas de las mujeres jóvenes para resguardar que sus decisiones sean el resultado de elecciones y no restricciones

Se recomienda la detección temprana de factores de riesgo en la población adolescente como rasgos y conductas de riesgo desde la niñez. Se propone la implementación de escuelas saludables en donde el enfoque de salud sexual y reproductiva favorezca la prevención de embarazos en la adolescente y la violencia de género, y que ésta tenga presencia permanente y consecuente por sistema nacional de salud, solo así se podrá implementar programas que ayuden el acercamiento a esta población que en la práctica es difícil de acceder.

Anexos

Anexo 1

Universidad Doctor José Matías Delgado
Proyecto de tesis
“Factores psicosociales y riesgos suicidas
en embarazadas y madres adolescentes.”



UNIVERSIDAD DR. JOSÉ
MATÍAS DELGADO

Encuesta dirigida a madres y embarazadas adolescentes entre 10 a 19 años de edad de la zona de La Palma, Chalatenango.

Objetivo: Estudiar los factores psicosociales y su relación con el riesgo suicida.

Investigador responsable: René Reyes Araujo

Fecha:

I PARTE

Indicación: Lea detenidamente cada ítem y marque con una "X" su respuesta.

1. Lugar de residencia.

- Urbano (___)
- Rural (___)

2. ¿Cuál es su edad actual?

- Menos de 15 años (___)
- De 15 a 19 (___)
- Mayor de 19 (___)

¿Cuál es su estado civil?

- Casada (___)
- Acompañada (___)
- Soltera (___)
- Divorciada (___)

3. ¿Qué edad tenía en su primer embarazo?

- Menos de 15 años (___)
- De 15 a 19 (___)
- Mayor de 19 (___)

4. Provienes de un hogar de.

- Padres casados (___)
- Padres en unión libres (___)
- Madre soltera (___)
- Adopción (___)
- Otros (abuelos, tíos etc...)(___)

5. ¿Recibió educación sexual en la escuela o en su casa?

- Si (___)
- No (___)

6. ¿Le hablaron de los riesgos del embarazo?

- Si (___)
- No (___)

7. ¿De qué riesgos le hablaron?

8. ¿Hasta qué grado curso en la escuela?

- Primaria (___)
- Secundaria (___)
- Bachillerato (___)

9. ¿A qué religión pertenece?

- Católica (___)
- Evangélica (___)
- Otros (___)
- Ninguna (___)

10. Antes de tu embarazo ¿Tenía conocimiento acerca de las enfermedades de transmisión sexual?

- Si (___)
- No (___)

11. Actualmente, ¿Está con el padre del bebé?

- Si (___)
- No (___)

12. ¿Cuántos años tiene el padre del bebé?

- Menos de 15 años (___)
- De 15 a 19 (___)
- Mayor de 19 (___)

13. ¿Alguna vez fue abusada?

- ❖ Físicamente (___)
- ❖ Sexualmente (___)
- ❖ Psicológicamente/emocionalmente (___)
- ❖ No (___)

14. ¿Cuándo salió embarazada?, fue rechazada por sus... *

- ❖ ¿Padres? (___)
- ❖ ¿Hermanos? (___)
- ❖ ¿Otro familiar? (___)
- ❖ ¿Amigos? (___)

15. ¿En algún momento rechazó este embarazo?

- ❖ Si (___)
- ❖ No (___)

16 ¿Qué sentimientos tuvo al momento de quedar embarazada?
(Marque más de uno)

- ❖ Alegría (___)
- ❖ Tristeza (___)
- ❖ Temor (___)
- ❖ Frustración (___)
- ❖ Enojo (___)

17. El papá del bebé, ¿Rechazó la paternidad?

- ❖ Si (___)
- ❖ No (___)

18. ¿A qué edad inicio las relaciones sexuales?

- ❖ 12 a 14 años
- ❖ 15 a 17 años
- ❖ 18 Años o más

19. ¿En cuánto tiempo quedo embarazada luego de haber iniciado relaciones sexuales?

- ❖ Menos de 1 año
- ❖ Más de un 1 año

20. ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?

- ❖ 1 (___)
- ❖ 2 (___)
- ❖ 3 o más (___)

21. ¿En alguna ocasión pensó o intentó interrumpir el embarazo?

- ❖ Si (___)
- ❖ No (___)

22. ¿Estaría dispuesta a entregar a su hijo(a) en adopción?

- ❖ Si (___)
- ❖ No (___)
- ❖ No lo he pensado (___)

23. Piensa que debiste

- ❖ Retrasar el momento de tu primera relación (___)
- ❖ Usar algún método anticonceptivo (___)
- ❖ Pensarlo antes de hacerlo (___)
- ❖ No me arrepiento de nada (___)

24. ¿Está recibiendo apoyo de la familia del padre de tu bebe?

- ❖ Si (___)
- ❖ No (___)

25 Si recibe apoyo, ¿Qué tipo de apoyo es?

- ❖ Emocional (___)
- ❖ Económico (___)

26. ¿Con quién vive en la actualidad?

- ❖ Padres (___)
- ❖ Pareja (___)
- ❖ Otro familiar (___)

27. ¿Cuánto es el presupuesto de su grupo familiar?

- ❖ Menos de 200 dólares (___)
- ❖ Entre 200-300 dólares (___)
- ❖ mayor que 400 dólares (___)

28. ¿Trabaja actualmente?

- ❖ Si (___)
- ❖ No (___)

29. ¿Piensa seguir estudiando?

- Si (___)
- ❖ No (___)

Si su respuesta fue no, ¿Por qué?

30. ¿Piensas migrar del país?

- ❖ Si (___)
- ❖ No (___)

31. ¿Qué le aconsejaría a una joven de su edad que está pasando por lo mismo?

- ❖ Retrasar el momento de su primera relación (___)
- ❖ Usar algún método anticonceptivo (___)
- ❖ Pensarlo antes de hacerlo (___)

II PARTE

Indicación: Marca con una "X" los (___) que indiquen su respuesta

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas

- ❖ Tanto como siempre (___)
- ❖ No tanto ahora (___)
- ❖ Mucho menos (___)
- ❖ No, no he podido (___)

2. He mirado el futuro con placer

- ❖ Tanto como siempre (___)
- ❖ Algo menos de lo que solía hacer (___)
- ❖ Definitivamente menos (___)
- ❖ No, nada (___)

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien

- ❖ Sí, la mayoría de las veces
- ❖ Sí, algunas veces
- ❖ No muy a menudo
- ❖ No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

- ❖ No, para nada (___)
- ❖ Casi nada (___)
- ❖ Sí, a veces (___)
- ❖ Sí, a menudo (___)

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

- ❖ Sí, bastante (___)
- ❖ Sí, a veces (___)
- ❖ No, no mucho (___)
- ❖ No, nada (___)

6. Las cosas me oprimen o agobian

- ❖ Sí, la mayor parte de las veces (___)
- ❖ Sí, a veces (___)
- ❖ No, casi nunca (___)
- ❖ No, nada (___)

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir

- ❖ Sí, la mayoría de las veces (___)
- ❖ Sí, a veces (___)
- ❖ No muy a menudo (___)
- ❖ No, nada (___)

8. Me he sentido triste y desgraciada

- ❖ Sí, casi siempre (___)
- ❖ Sí, bastante a menudo (___)
- ❖ No muy a menudo (___)
- ❖ No, nada (___)

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

- ❖ Sí, casi siempre (___)
- ❖ Sí, bastante a menudo (___)
- ❖ Sólo en ocasiones (___)
- ❖ No, nunca (___)

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

- ❖ Sí, bastante a menudo (___)
- ❖ A veces (___)
- ❖ Casi nunca (___)
- ❖ No, nunca (___)

III PARTE

Indicación: Por favor lea los ítems de los cuadros y marque con una equis la casilla que corresponde a su respuesta.

Cuadro 1

		Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	En general, estoy satisfecho conmigo				
2	Estoy convencido de que tengo buenas cualidades.				
3	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente				
4	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5	En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.				
6	A veces me siento realmente inútil				
7	En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8	Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo				
9	Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10	A menudo creo que no soy una buena persona.				

Cuadro 2

Indicación: Marque con una X la casilla que corresponde a su respuesta siento la "V" "Verdadero" y la "F" "Falso"

1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	V	F
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo	V	F
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así	V	F
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años	V	F
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	V	F
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar	V	F
7. Mi futuro me parece oscuro	V	F
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	V	F
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda pasar en el futuro	V	F
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para el futuro	V	F
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable	V	F
12. No espero conseguir lo que realmente deseo	V	F
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora	V	F
14. Las cosas no marchan como yo quisiera	V	F
15. Tengo una gran confianza en el futuro	V	F
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa	V	F
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	V	F
18. El futuro me parece vago e incierto	V	F
19. Espero más bien épocas buenas que malas	V	F
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	V	F

Referencias

(1) PLAN, INTERVIDA, UNFPA Y UNICEF (2014), Estudio del impacto del embarazo, la maternidad y la violencia sexual en niñas y adolescentes salvadoreñas. Salvador El Salvador 2014

-
- (2) Banco Mundial. Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe. Sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos. Washington, 2012.
- (3) IDM (2012), "World Development Report 2012: Gender Equality and Development," Banco Mundial. Washington, 2012
- (4) Ministerio de Salud/Instituto Nacional de Salud, Maternidad y Unión en niñas y adolescentes: Consecuencias en la vulneración de sus derechos. El Salvador 2015. Primera lectura de datos. San Salvador, El Salvador, noviembre de 2015.
- (5) Ministerio de Salud. Lineamientos Técnicos de Atención Integral a todas las formas de Violencia. 1ª Edición, Marzo 2012. Pág. 77.
- (6) Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA) Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe . México D.F, México Enero 2001
- (7) WHO. Early marriages, adolescent and young pregnancies. Report by the Secretariat. A 65/13. Geneva, Switzerland: WHO; 2012.
- (8) WHO.WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive health outcomes among adolescents in developing countries.Geneve, Switzerland, WHO 2011
- (9) WHO.WHO Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. Volume 1: Standards Geneva criteria. Geneve, Switzerland, WHO. 2015
- (10) WHO. Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade. Geneve, Switzerland. 2014. Página citada Enero 15 2016) Disponible en: <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>
- (11) Vignoli, Jorge (2013) Reproducción temprana en Centroamérica: escenarios emergentes y desafíos. Comisión económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Fondo de población de las Naciones Unidas (UNPFA)
- (12) UNICEF. Hechos sobre Adolescencia y Jóvenes en América Latina y el Caribe, Nueva York, 2013. (Página citada 10 de enero 2016.) Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP(1).pdf)
- (13) Ministerio de salud y asistencia social de El Salvador. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes en américa latina: incorporando la perspectiva de derechos humanos en las inversiones de salud pública. San Salvador , El Salvador , 2012.
- (14) Encuesta Nacional de Salud Familiar—FESAL 2008/3. Informe Final 2004. San Salvador, El Salvador: Asociación Demográfica Salvadoreña.
- (15) Meier PR, Nickerson HJ, Olson KA, Berg RL, Meyer JA (2003) Prevention of iron deficiency anemia in adolescent and adult pregnancies. Clin Med Res 1: 29–36.
- (16) Muhil M (2011) Anaemia and adverse birthoutcomes of teenage pregnancy in rural área of Tamilnadu. Indian Journal of maternal and child health, 2011 Apr-Jun:13(2) 113-132.
- (17) Maternal, newborn, child and adolescent health. Adolescent health epidemiology WHO 2014.
(Página citada diciembre 15 2015.) Disponible desde:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescence/en/

(18) Naciones Unidas. World population monitoring 2002 reproductive rights and reproductive health. Department of Economic and Social Affairs Population Division New York 2012 (en línea) Consultado el 12 de diciembre 2015. Disponible en: http://www.un.org/esa/population/publications/2003monitoring/WorldPopMonitoring_2002.pdf

(19) Tobar, F. UNFPA- LACRO (2012) La anomalía del embarazo adolescente en América Latina y el Caribe. Nueva York 2012. (en línea) Consultado el 15 de enero 2016. Disponible en: <http://lac.unfpa.org/sites/lac.unfpa.org/files/pub-pdf/Anomal%C3%ADa%20del%20embarazo%20adolescente%20en%20América%20Latina.pdf>

(20) Asamblea Legislativa (2009) N° 839. Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia. Diario Oficial Tomo 383 N° 68, 16 de abril (en línea) Consultado el 12 de diciembre de 2015. Disponible en: <http://cnj.gob.sv/images/stories/documentos/PDFS/LeyLEPINA.PDF>

(21) Goicolea I, Wulff M, Öhman A, San Sebastian M. Risk factors for pregnancy among adolescent girls in Ecuador's Amazon basin: a case-control study. Rev Panam Salud Publica. 2009;26(3):221–8.

(22) Código Penal. Diario Oficial No. 105, Tomo No. 335 de fecha 10 de junio de 1997. San Salvador, El Salvador.

(23) Lindahl V, Pearson L, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. Arch Women Ment Health 2005;8:77-87.

(24) Lara M, Letechipía G, (2009) Ideación y comportamiento suicida en embarazadas Salud Mental 2009;32:381-387

(25) Ascencio I, Rivera R, Linares L, (2005) Intento de suicidio por embarazo no deseado en adolescentes del departamento de Sonsonate, año 2003-2004” Tesis para optar al postgrado de maestras en educación en salud sexual y reproductiva. Ciudad Universitaria, UES San Salvador.2005

(25) Ministerio de Salud De El Salvador; Lineamientos técnicos para la prevención, identificación temprana y abordaje de la conducta suicida en adolescentes, jóvenes y mujeres embarazadas, Marzo 2015

(26) Sala Situacional del Hogar de espera materna de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de La Palma, Chalatenango 2015

(27) Source: Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry 150:782-786.

(28) Rosenberg, M. (). Society and the adolescent self-image. (1965) Princeton, NJ: Princeton University Press.

(29) Carlos A. Gómez-Mercado y Liliana P. Montoya-Vélez Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012, Rev. salud pública. 16 (3): 394-406, 2014

(30) Arceo-Gomez E.O. y R.M. Campos-Vazquez, (2011), “Teenage Pregnancy in Mexico: Evolution and Consequences”

(31) Tikkanen R, Abelson J, Forsberg M Kunskap, attityder och sexuella handlingar bland unga, (Conocimientos, actitudes y actos sexuales en la población joven. Intituto para el trabajo social Universidad de Gotemburgo Suecia. Año 2011

(32) Zeck W, Bjelic V, Haas J, Greimel E. Impact of Adolescent Pregnancy on the Future Life of Young Mothers in Terms of Social, Familial, and Educational Changes. *Journal of Adolescent Health* 41 (2007) 380–388

(33) Madigan S, Wade M, Tarabulsy G, Jenkins J, Shouldice M, Association Between Abuse History and Adolescent Pregnancy: A Meta-analysis. *Journal of Adolescent Health* 55 (2014) 151-159

(34) Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G (Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand* (2001), 80(3): 251–255.