



Instituto Medicina Tropical “Pedro Kouri”, La Habana, Cuba
Instituto Nacional de Salud, San Salvador, El Salvador

Título:

Caracterización de las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador, septiembre-noviembre 2018.

Autora:

Dra. Mónica Inés López de Quijano

Tutora:

Dra. Mireya Álvarez Toste, MSc

Asesora:

Dra. Marcela Hernández, MSc

Trabajo para optar por el Título de:
Master en Epidemiología



AGRADECIMIENTOS

Agradezco primeramente a Dios por haberme dado la oportunidad de poder emprender este reto y darme a lo largo del camino sabiduría, fortaleza y discernimiento, a mi esposo por creer siempre en mí y darme ánimos cuando más lo necesite, a mi hija por ser paciente y amorosa en los momentos que no pudimos estar juntas, a mi madre y a la nanita por apoyarnos como familia y atender de Mariavela cuando no podíamos cuidar de ella.

Al Ministerio de Salud por darme la oportunidad de seguirme superando profesionalmente y creer en mis capacidades, al Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri por formarme en el campo de la Epidemiología a través de cada uno de los docentes, en especial a mi Tutora, Doctora Mireya Álvarez Toste, por toda su paciencia y dedicación, a Medicos Mundi por ser parte crucial como organismo financiador de este proceso académico.

A mi Asesora, Doctora Marcela Hernández, quien ha sido un eslabón importante a en el proceso y, agradecer todo el apoyo de Médicos Residentes de la especialidad de Gineco-Obstetricia de los tres Hospitales objeto de estudio, sin los cuales esta investigación no habría sido posible.

Gracias.....



Titulo:

Caracterización de las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales. El Salvador. 2018.



INDICE

	Pág
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEORICO	5
III. OBJETIVOS	24
IV. MATERIAL Y MÉTODOS	25
V. RESULTADOS	40
VI. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	52
VII. CONCLUSIONES	59
VIII. RECOMENDACIONES	60
BIBLIOGRAFIA	i
ANEXOS	ii



RESUMEN

Introducción El embarazo en las adolescentes y los factores protectores que lo evitan y que podrían incidir en la aparición de embarazos sucesivos ha constituido una temática de gran interés a escala internacional y regional. **Objetivo:** Describir las características sociodemográficas, socioculturales, educativas y reproductivas en adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales. **Material y método** Se realizó un estudio piloto de corte transversal de septiembre a noviembre 2018. La información se recolectó por medio de un instrumento que contenía datos generales y preguntas orientadas a identificar factores biológicos, sociodemográficos, educativos, socioculturales, y reproductivos. **Resultados:** el 100% de las adolescentes tuvieron su segunda/o hijo/a entre las edades de 15 a 19 años, el 60% procedían del área urbana, un 63% decidió embarazarse, únicamente el 20% alcanzó el 2do ciclo de escolaridad, el 100% conocía de métodos de planificación familiar y de este el 90% utilizaba más de alguno, principalmente las inyecciones, siendo su principal proveedor el promotor de salud y, que entre los factores relacionados con la aparición del embarazo subsecuente están el bajo o nulo nivel educativo, la réplica de patrones socioculturales (religión y maternos) y el inicio de relaciones sexuales a edad temprana. **Conclusiones** Las adolescentes, que decidieron tener su segundo hijo, provienen del área urbana, conviven con su pareja bajo unión libre, conocen y hacen uso de métodos de planificación familiar a predominio de las inyecciones, y su principal proveedor es el personal de salud del Sistema Público.

I. INTRODUCCIÓN

El promedio de la Tasa de Fecundidad Adolescente (TFA) a escala mundial equivale a 46.2 nacimientos por cada 1,000 mujeres entre 15 y 19 años, mientras que para América Latina el valor es de 66.5 nacimientos. No obstante, para El Salvador, la fecundidad entre las adolescentes es de 74 nacimientos por cada 1,000 mujeres entre los 15 y 19 años (1).

A escala internacional, el embarazo en adolescentes se mide estadísticamente a partir de los 15 años; no obstante, en El Salvador, este problema está presente en edades previas. De la información proporcionada por el MINSAL, se verifica que desde 2012 las inscripciones prenatales han disminuido en el grupo de 10 a 19 años, pasando de 26,445 en ese año a 19,294 en 2017. Para el grupo de adolescentes de 10 a 14 años, también se registra una disminución: de 1,770 en 2012 a 780 en 2017 (2 y 3).

En El Salvador en el año 2017 se registró un total de 68,703 inscripciones prenatales en los establecimientos del Ministerio de Salud, de las cuales el 28 % correspondían a adolescentes de 10 a 19 años. El 1% tenía entre 10 y 14 años, equivalente a 780 adolescentes (3).

Una revisión de datos reunidos con encuestas demográficas de salud y encuestas de indicadores múltiples en 79 países en desarrollo entre 1998 y 2011 muestra que las tasas de natalidad adolescente son más altas en zonas rurales, entre adolescentes sin educación y en el 20 % más pobre de los hogares. Las variaciones dentro de un mismo país pueden originarse no solo en las diferencias en los ingresos, sino también en el acceso desigual a la educación y a los



servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la anticoncepción, la prevalencia de matrimonio infantil, costumbres locales y presiones sociales, y leyes y políticas inadecuadas o mal implementadas (1).

Datos proporcionados por la Encuesta Nacional de la Salud reflejaron que, en 2014, el 15.5 % de las mujeres de 15 a 19 años tuvieron al menos un hijo, y en las mujeres de 20 a 24 años el 18.2 % tuvo al menos un hijo antes de los 18 años. Además, el 19 % de las mujeres entre los 15 y 19 años habían iniciado el proceso reproductivo. De este grupo, las mujeres con nivel educativo de primaria presentan el porcentaje más alto, con 36 % (1).

En cuanto al aspecto educativo tal y como lo expresa el estudio Maternidad y Unión en Niñas y Adolescentes: El promedio de años de educación alcanzado es de apenas 3.93, lo que las ubica en una condición de mayor vulnerabilidad y exclusión. El mismo estudio señala que el 40 % de las adolescentes entrevistadas estaban estudiando al momento del embarazo, y tres de cada cuatro interrumpieron sus estudios, por lo que alcanzaron un promedio de escolaridad de 5.7 años. Es decir, la permanencia en el sistema educativo es un factor protector de las niñas y las adolescentes frente al embarazo. Dicho de otra manera, 8 de cada 10 niñas y adolescentes mujeres abandonaron su proyecto educativo como consecuencia de la maternidad (1).

La Estrategia Nacional Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y en Adolescentes 2017-2027 plantea que desde el enfoque de la determinación social, existen factores que, combinados, exponen a las niñas y a las adolescentes a condiciones de mayor vulnerabilidad; destacando: la población que está fuera del sistema educativo o que interrumpe su trayectoria educativa, la limitada educación



integral de la sexualidad, el inicio temprano de las relaciones sexocitales sin protección, la inconsistencia en el uso de métodos anticonceptivos y el limitado acceso a los servicios de salud con atención amigable para la población adolescente.

Como puede observarse es mucha la información y los estudios que se han realizado entorno al embarazo en las adolescentes y que reflejan los factores que inciden en la aparición de un primer embarazo, así como también los factores protectores que lo evitan y que podrían estar o no incidiendo en la aparición de un segundo o más embarazos.

Para el caso específico del segundo o más embarazos en adolescentes, a nivel regional existen algunos estudios, unos enfocados a comparar el contexto en el que se produce un primer y segundo o más embarazos en adolescentes, demostrando que se trata de experiencias y conductas influenciadas por un conjunto de factores individuales, familiares, sociales y culturales diferentes y, otros estudios que enfocan al primer embarazo como el momento y las circunstancias en las que una adolescente inicia su vida sexual y el segundo embarazo como el hecho de no estar buscando un embarazo, sino más determinar si la joven usa un método anticonceptivo eficaz de manera correcta (4 y 5).

Pese a lo anterior y a lo valioso que han resultado las conclusiones generadas por estos estudios para el área de salud y de educación, en cuanto a determinar si las estrategias implementadas para la prevención de esta problemática han sido efectivas o no, a la fecha en El Salvador no se dispone de suficiente información escrita sobre esto, que permita determinar la causa de aparición de un segundo



embarazo, probablemente por la dificultad de acceso que implica contactar a este sector.

Tomando en cuenta lo anterior con este estudio se pretendió generar una línea base que, en una segunda etapa de investigación, donde una vez se hayan identificado los factores que posiblemente inciden en la aparición de un segundo o más embarazo en las adolescentes, permita realizar una evaluación de los múltiples esfuerzos que se están realizando y determinar así, si sus acciones resultan efectivas o es necesario el replanteamiento de estrategias que generen oportunidades de mejora.

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las características que presentan las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo de septiembre a noviembre del año 2018?

¿Cuáles son los factores relacionados con la aparición de embarazos subsecuentes en este grupo de estudio?

II. MARCO TEORICO

Adolescencia

La adolescencia es un período de transición entre la infancia y la edad adulta y, por motivos de análisis, a la luz de la normatividad vigente en derechos sexuales y reproductivos y desde la perspectiva del desarrollo, puede segmentarse en tres etapas: adolescencia temprana (de 10 a 13 años de edad), mediana (14-16), y tardía (17-19). En el curso de vida, esta es un período muy importante debido a que las experiencias, conocimientos y habilidades que se adquieren en ella tienen implicaciones importantes para las oportunidades de la persona en la edad adulta. UNICEF concede una especial importancia a la tarea de llegar a las y los adolescentes en mayor situación de desventaja y marginación mediante la protección de sus derechos en todo tipo de situaciones, entre ellas los conflictos internos de violencia en los países en los que se presente una clara vulneración de los derechos y en la etapa que transcurre después de los conflictos y las emergencias (6).

Concepto de embarazo en la adolescencia o embarazo precoz

El embarazo en la adolescencia es el resultado de una cadena de eventos y circunstancias en la que pueden identificarse puntos y decisiones cruciales. El primero de ellos se refiere al momento y las circunstancias en las que una adolescente inicia su vida sexual. El segundo es si, de no estar buscando un embarazo, la joven usa un método anticonceptivo eficaz de manera correcta. Si ocurre un embarazo, la joven enfrenta la decisión de llevar a término esa gestación o de interrumpirla. Si el nacimiento ocurre, seguirá enfrentándose a la

decisión de usar anticonceptivos de manera sistemática y eficaz para evitar un nuevo embarazo no deseado. Claramente, estas opciones y decisiones no son el producto de una deliberación concienzuda basada en información adecuada. Se trata de experiencias y conductas influenciadas por un conjunto de factores individuales, familiares, sociales y culturales. Existe abundante evidencia de que el “dominio de la contracepción”, por ejemplo, se inscribe en un proceso de aprendizaje y de toma de decisiones en el cual el conocimiento de los métodos no es decisivo (4).

Causas del embarazo en adolescentes (7):

- Hogares inestables.
- Madre aislada emocionalmente
- Padre ausente, vínculo materno. Intenso pero ambivalente
- Violencia intrafamiliar
- Uso de alcohol, tabaco y drogas
- Desarrollo cognitivo deficiente de la adolescente:
- Deficiente e incorrecta educación en salud sexual y reproductiva
- Mensajes de los medios de comunicación masiva.
- Influencia en los comportamientos sexuales a través de contenidos eróticos.
- Falta de modelos adecuados.
- Tendencia a la reproducción del modelo materno.
- Comunidades con patrones socioculturales asociados a la maternidad precoz.
- Predominio del enfoque de género machista (embarazo impuesto).

Consecuencias de un embarazo precoz (7):

La joven corre el riesgo de experimentar anemia, preclamsia y complicaciones en el parto, así como un alto riesgo de mortalidad propia durante el embarazo. Los bebés de madres adolescentes tienen una alta tasa de mortalidad al igual que pueden experimentar mal formaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral. Estos niños experimentan muchos más problemas de conductas y funcionamiento intelectual disminuido.

Hay problemas maritales y mayor probabilidad de divorcio en parejas jóvenes que se unieron producto de un embarazo. Debido a esto, los hijos de adolescentes pasan gran parte de su vida en un hogar monoparental, y ellos se convierten en una población potencial para generar embarazos no deseados en su futura adolescencia.

Las adolescentes embarazadas tienen pocas probabilidades de continuar sus estudios debido a que algunas instituciones educativas optan por negarles la entrada por temor de que puedan influir desfavorablemente en otros alumnos.

Estas adolescentes que han abandonado los estudios, raramente vuelven a tener oportunidad de retomarlos donde los dejaron. De igual manera los padres jóvenes corren un alto riesgo de experimentar periodos de desempleo o menor salario.

Otra consecuencia del embarazo en edades tempranas es el riesgo de aborto. Por lo general, las adolescentes en edades de gestación tardías (más de 12 semanas). Las causas por las que se producen estos retrasos son muy variadas.

En primer lugar, existe un desconocimiento de los signos de embarazo, una dificultad de comunicárselo a la familia, una falta de posibilidades económicas, deseos expresados de tener el hijo y una ambivalencia en relación con este hecho, a pesar de las dificultades, falta de consultas apropiadas donde consejo y la solución les puedan ser facilitados.

La reacción depresiva de la adolescente en curso de su embarazo puede ser supremamente fuerte que puede llevarla al suicidio o intento de suicidio teniendo en cuenta que esta es la segunda causa de muerte en esta edad después de los accidentes. El embarazo y los problemas que este puede traer, el drama sentimental de una separación, el aislamiento, el pánico, pueden ser fácilmente considerados como "factores suicidógenos circunstanciales".

La situación psicológica de la adolescente embarazada es compleja y difícil. En ella se acumulan las dificultades propias de la adolescencia; los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo; las dificultades personales o familiares que traen consigo el embarazo, las que originan ciertas reacciones, reales o simplemente temidas, del entorno, la inquietud de un futuro incierto; la perturbación por las decisiones que se han de tomar; es vacío afectivo; etc.

Concepto de embarazo subsecuente

El embarazo subsecuente hace referencia a la o las gestaciones posteriores al primer nacimiento de un hijo o hija, cuando éste se presenta en mujeres entre 10 y 19 años se entiende como embarazo subsecuente adolescente con riesgos de salud para el binomio madres – hijo (8). Desde el Enfoque de Derechos Humanos, el embarazo subsecuente en la adolescencia es el resultado de deficiencias en la accesibilidad o disponibilidad de servicios de los sistemas de salud, educación y protección, y de condiciones de vulnerabilidad tales como la pobreza y la violencia (9).

Control prenatal (10)

Es la atención integral, periódica y sistemática de la embarazada por Ecos Familiar y Especializado, con el fin de: vigilar la evolución del proceso de gestación;

identificar factores de riesgo; detectar y tratar oportunamente las complicaciones; referir al nivel de mayor complejidad cuando sea necesario; brindar educación y consejería de acuerdo a las necesidades de la mujer; lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y su hijo(a).

Tipos de control prenatal El control prenatal debe clasificarse, según la evaluación de la usuaria, en:

1. Prenatal básico: para usuarias sin factores de riesgo o complicaciones. Este será brindado por médico general, médico de familia, licenciada en salud maternoinfantil, enfermera capacitada o médico especialista donde se cuente con este recurso.
2. Prenatal especializado: para usuarias en las que se detecte morbilidad previa o complicaciones durante el embarazo. Será proporcionada por Médico Ginecoobstetra. En este tipo de control, la mujer tendrá una atención diferenciada de acuerdo con la patología o factor de riesgo que presente.

Requisitos del control prenatal:

1. Precoz: debe iniciarse lo más temprano posible, preferentemente antes de las doce semanas de gestación.
2. Completo e integral: los contenidos deben garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de información, educación, comunicación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, tomando en consideración los aspectos bio-psicosociales.
3. De amplia cobertura: que abarque al cien por ciento de las mujeres embarazadas.

4. Con calidez: la atención debe brindarse tomando en consideración los aspectos socioculturales y con un enfoque basado en derechos.
5. Periódico: Toda mujer embarazada deberá completar como mínimo cinco controles prenatales (Uno de inscripción y cuatro de seguimiento).

El embarazo en adolescentes como problema de la salud pública

La organización Mundial de la Salud, en el 2014 reconoce que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública en el mundo a partir de cifras como las que se presentan a continuación: “Unos 16 millones de muchachas de 15 a19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a19 años en todo el mundo. Cada año, unos 3 millones de muchachas de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos.

Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años” (11).

Las madres adolescentes son más vulnerables a la pobreza y a la exclusión social. En este contexto, el embarazo en la adolescencia contribuye a mantener los ciclos intergeneracionales de pobreza, exclusión y marginación, pues los hijos e hijas de madres adolescentes tienen también mayor riesgo de pobreza y resultados deficientes en materia de salud, incluido el embarazo precoz.

A nivel mundial, las tasas de embarazo son mayores en las adolescentes sin educación primaria que en las adolescentes que han recibido educación



secundaria o superior. Las adolescentes cuyos hogares se sitúan en el quintil inferior de riqueza también tienen mayor probabilidad de ser madres que las de hogares del quintil superior dentro de un mismo país.

El costo económico del embarazo en niñas y adolescentes planteado en La Estrategia Nacional Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2017-2027 demostró los recursos que el Estado y la sociedad salvadoreña dejan de percibir como resultado de este problema. El análisis muestra que, con una inversión escasamente mayor a \$28.6 millones en educación, se contribuiría a la culminación de la educación media y superior de un número importante de niñas y adolescentes que experimentaron la maternidad en 2015, con un efecto multiplicador de 5.7 veces en el retorno de la inversión, calculado en \$ 134.2 millones.

El embarazo precoz afecta profundamente la trayectoria de salud de las adolescentes, obstaculiza su desarrollo psicosocial y se asocia con resultados deficientes en materia de salud y mayor riesgo de morbilidad y mortalidad maternas. A nivel mundial, las complicaciones del embarazo y el parto son las principales causas de muerte en las adolescentes de 15 a 19 años.

El riesgo de muerte materna es menor en las madres en torno a los 20 años de edad, y máximo en las madres que dan a luz antes de los 15 años. De los 252 millones de adolescentes de 15 a 19 años que viven en las distintas regiones en desarrollo del mundo, se calcula que unos 38 millones son sexualmente activas y no desean tener un hijo dentro de los siguientes dos años. Cerca de 15 millones de estas adolescentes usan algún método anticonceptivo moderno; los 23 millones

restantes tienen una necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos y se hallan, por consiguiente, en riesgo de embarazo involuntario.

A menor edad materna, menor edad gestacional del hijo, menor peso al nacer, peor estado de nutrición infantil y menor nivel de escolarización alcanzado. A nivel mundial, la mortalidad perinatal es un 50% mayor en los hijos de madres menores de 20 años que en los de madres de 20 a 29 años de edad (12).

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en el 2014, presenta un análisis de los factores de riesgo que inciden en la fecundidad adolescente en Colombia con una muestra de adolescentes entre 13 y 17 años quienes participaron en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2010 (13).

Con un modelo econométrico de regresión, se estableció que la probabilidad de que una adolescente entre 13 y 17 años que ya inició actividad sexual tenga tres o más hijos aumenta con la edad, la probabilidad de que a los 17 años tenga dos hijos es de 6,4 por ciento, mientras que en la adolescente de 14 años es de 2,4 por ciento. De igual manera se identificó una relación entre la edad de inicio de actividad sexual y la probabilidad de que una adolescente entre 13 y 17 años tenga tres hijos o menos, cuando el inicio de actividad sexual es entre los 9 y 10 años de edad la probabilidad de tener dos hijos es de 14 por ciento, si el inicio de actividad sexual es a los 17 años la probabilidad de tener dos hijos es del 3 por ciento (14).

En el V curso internacional de adolescencia, Escobar indicó que es notoria la facilidad con la que las adolescentes se embarazan nuevamente luego de un parto o un aborto, en el lapso de 1 y de 2 años (30% y de 25 a 50%, respectivamente) y

que, para algunos autores, la cuarta parte de embarazos en adolescentes es subsecuente (9).

Las mujeres que son madres en la adolescencia, que tienen más riesgo de quedar en embarazo más de una vez durante estas edades, son aquellas que viven en contextos rurales, que están no escolarizadas y que se encuentran unidas (4).

En Colombia, la ENDS 2010 sobre el intervalo intergenésico evidenció que: “entre mayor la edad de las madres, mayor el espaciamiento entre los hijos, siendo de 37 meses para las mujeres de 20-29 años de edad contra 66 meses para las mujeres de 30-39 años” (14).

Se identifica que el intervalo intergenésico en adolescentes entre 15 y 19 años es inferior a 24 meses en el 53,9 % de los casos, con los riesgos que esto conlleva de hijas e hijos con “bajo peso al nacer, desnutrición infantil y mortalidad en los primeros años de vida” (14).

En el mismo documento se expone que “a mayor educación, mayor es el espaciamiento intergenésico: la diferencia entre el intervalo de las menos y las más educadas es de 28 meses (2 años y 4 meses).

Idrobo, 2010 en un estudio descriptivo de corte transversal sobre la prevención del embarazo subsecuente en adolescentes del centro de salud de Catamayo – Ecuador, exploró los factores que condicionan la prevalencia de embarazos subsecuentes en adolescentes y el uso de anticoncepción utilizando un cuestionario y una entrevista individual. Los resultados obtenidos indicaron que el 27,43 % de los embarazos que se presentaron en el área de Catamayo durante el

2010 fueron en adolescentes, de éstos el 37,86 % fueron embarazos subsecuentes y el 62,14 % fueron embarazos adolescentes por primera vez. La mayoría de los embarazos subsecuentes se presentaron luego de los 16 años.

Solamente el 11 % de la población adolescente con embarazo subsecuente tenía algún conocimiento sobre los métodos anticonceptivos y los usaron alguna vez. El 74 % de la población dejó sus estudios, solamente el 10 % continúa estudiando y el 12 % se encuentran trabajando (15).

Andrade, en 2009 realizó un estudio cualitativo, descriptivo en Ecuador con 10 adolescentes con embarazos subsecuentes, en edades de 15 a 19 años, que acudieron a control prenatal mensual a quienes se les aplicó una entrevista semiestructurada. En su mayoría estaba en unión libre, con secundaria incompleta, desempleadas, dedicadas a los quehaceres del hogar y dependientes económicamente de sus familiares, por ser su pareja también adolescente o por tener trabajos ocasionales. Muy pocas usaban métodos anticonceptivos por el temor a ser agredidas en su salud y las que lo utilizaban lo hacían en forma inadecuada teniendo como consecuencia el embarazo (16).

En Bogotá, Colombia, Gómez y Cols en el 2012 identificaron en un estudio cualitativo con dos grupos de madres adolescentes, el primero con un embarazo y el segundo con dos o más embarazos algunas semejanzas. Para ambos grupos ser madres en la adolescencia significa tener un nuevo estatus social, miedo al rechazo familiar y tener que tomar decisiones significativas para sus vidas.

Como resultados diferentes entre los grupos, las madres adolescentes con solo un embarazo postergan sus estudios, mantienen dependencia familiar y económica y

el padre del hijo cumple la figura de proveedor. Las madres adolescentes con dos o más embarazos no continúan sus estudios, dejan la familia paterna – materna y el padre de los hijos cumple la función de contenedor emocional (17).

El Ministerio de Salud del Salvador en el 2013, realizó un estudio de caso con 22 adolescentes madres que no han tenido su segundo embarazo en un periodo de tres años. En el estudio concluyen que los factores que ayudaron a prevenir un segundo embarazo son: el conocimiento de cómo evitar embarazos, la visión positiva de sí misma, percibir a sus hijos e hijas como inspiración, apoyo del primer nivel de atención del sistema de salud, apoyo de la familia, especialmente de la madre, consejería y buena comunicación con la familia, participación del compañero de vida en la planificación familiar (18).

Datos como los que se acaban de describir motivaron que en el 2011 la OMS planteara a los países la adopción de seis objetivos para la prevención de embarazos precoces: "1) reducir el número de matrimonios antes de los 18 años; 2) fomentar la comprensión y el apoyo a fin de reducir el número de embarazos antes de los 20 años; 3) aumentar el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes a fin de evitar el riesgo de embarazo involuntario; 4) reducir las relaciones sexuales forzadas entre las adolescentes; 5) reducir los abortos inseguros entre las adolescentes; 6) incrementar el uso de servicios especializados de atención prenatal, en el parto y posnatal por parte de las adolescentes:

1. Limitar el matrimonio antes de los 18 años a) Acciones en el plano normativo: promulgar leyes que prohíban el matrimonio precoz, b) Acciones en el plano individual, familiar y comunitario: informar y facultar o empoderar a las niñas,

mantener a las niñas en la escuela, cuestionar las normas culturales que respaldan el matrimonio precoz.

2. Crear comprensión y apoyo para reducir los embarazos antes de los 20 años a) Acciones en el plano normativo: apoyar los programas multisectoriales e integrales de prevención del embarazo en adolescentes. b) Acciones en el plano individual, familiar y comunitario: educar a las niñas y niños sobre la sexualidad, conseguir el apoyo de la comunidad para evitar el embarazo precoz y aumentar el acceso a los anticonceptivos modernos, en particular a los anticonceptivos reversibles de larga duración.

3. Aumentar el uso de anticonceptivos a) Acciones en el plano normativo: legislar el acceso a la información sobre métodos anticonceptivos y a los servicios de anticoncepción, reducir el costo de los anticonceptivos para los adolescentes. b) Acciones en el plano individual, familiar y comunitario: educar a los adolescentes de ambos sexos sobre el uso de anticonceptivos, crear respaldo comunitario para la entrega de anticonceptivos a los adolescentes de ambos sexos, y permitir el acceso de la población adolescente a los servicios de anticoncepción.

4. Reducir las relaciones sexuales bajo coacción:

a) Acciones en el plano normativo: hacer cumplir las leyes para prohibir las relaciones sexuales forzadas en cualquier circunstancia.

b) Acciones en el plano individual, familiar y comunitario: fortalecer las competencias de las niñas adolescentes para que resistan a las relaciones sexuales forzadas, influir sobre las normas sociales que naturalizan las relaciones sexuales forzadas, involucrar a los varones (tanto adultos conmemores) en el cuestionamiento de las normas de género.

5. Reducir el aborto en condiciones peligrosas a) Acciones en el plano normativo: habilitar el acceso de las adolescentes a servicios de aborto y postaborto seguros. b) Acciones en el plano individual, familiar y comunitario: informar a las adolescentes acerca de los riesgos de los abortos en condiciones peligrosas, informar a las adolescentes acerca de dónde pueden abortar de forma segura, allí donde sea legal y concientizar a la comunidad sobre los riesgos de los abortos en condiciones peligrosas. c) Acciones en el plano del sistema de salud: detectar y eliminar los obstáculos que impiden el acceso a los servicios de aborto seguro.

6. Aumentar el uso de la atención calificada antes, durante y después del parto a) Acciones en el plano normativo: ampliar el acceso a la atención calificada antes, durante y después del parto, ampliar el acceso a la atención obstétrica básica, integral y de urgencia. b) Acciones en el plano individual, familiar y comunitario: informar a la población adolescente y a los miembros de la comunidad sobre la importancia de obtener atención calificada antes, durante y después del parto. c) Acciones en el plano del sistema de salud: asegurar que las adolescentes, sus familias y las comunidades estén bien preparadas para el parto y posibles urgencias, ser sensibles y responder a las necesidades de las madres y futuras madres adolescentes” (12).

Reducción del embarazo en adolescentes en América Latina y el Caribe

Como resultado de la Consulta Técnica realizada en agosto del 2016 por la OPS, OMS, UNFPA y UNICEF se plantearon siete propuestas orientadas a acelerar el Progreso hacia la reducción del primer embarazo y embarazos sucesivos en las Adolescentes de América Latina y el Caribe (12):

1. Aumentar la visibilidad del embarazo en adolescentes, sus factores determinantes y su repercusión, así como la de los grupos más afectados, mediante datos desglosados e historias reales. Una mejor recopilación de información y datos científicos, tanto cuantitativos como cualitativos, es fundamental para saber qué grupos de población se ven más afectados por el embarazo en la adolescencia, cuáles son sus factores determinantes y qué podría hacerse para afrontarlos de modo eficaz.

Es preciso desglosar los datos por edad, grupo étnico, residencia, nivel educativo, ocupación laboral y otras características socioeconómicas, a fin de fundamentar y configurar las políticas y programas a nivel nacional y subnacional, y adaptarlos a las realidades locales. Además, se debe dar mayor visibilidad a los efectos del embarazo no deseado en la vida de un grupo concreto de adolescentes, en especial en el caso de las menores de 15 años; por ejemplo, mediante difusión de historias reales a través de los medios de comunicación. Es posible que estas actividades permitan llegar a los responsables políticos, líderes comunitarios y el público en general para ganar el apoyo a la inversión y la acción.

2. Diseñar intervenciones dirigidas a los grupos más vulnerables, con un enfoque adaptado a sus realidades locales y concebido para afrontar sus desafíos específicos. América Latina y el Caribe es una de las regiones del mundo con mayor diversidad cultural y mayores desigualdades, de modo que los factores determinantes del embarazo en adolescentes adoptan diferentes formas y peso proporcional entre los países y dentro de ellos.

De conformidad con el tema central de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente

las iniciativas regionales y nacionales deben garantizar que las inversiones lleguen primero a los grupos más vulnerables, de modo que nadie se quede atrás. Ello requiere reforzar la capacidad de las partes interesadas para llevar a cabo un análisis de inequidades y desarrollar enfoques en favor de la equidad a la hora de diseñar, aplicar y supervisar las intervenciones para abordar el embarazo en adolescentes.

Deben adoptarse enfoques diferenciados para abordar las circunstancias e implicaciones específicas de los embarazos en menores de 15 años y en adolescentes mayores, y debe asegurarse que se conceda la máxima prioridad a la protección de las menores frente a toda forma de violencia sexual, incluidos el incesto y la violación. Existe una necesidad urgente de obtener datos científicos sobre enfoques integrales para abordar el embarazo en menores de 15 años. Hacen falta más esfuerzos para generar datos sobre cuáles son las estrategias que funcionan en la Región para evitar el embarazo precoz, con énfasis especial en los grupos más vulnerables y marginados, como las adolescentes indígenas.

3. Implicar y facultar a la población joven para que colabore en el diseño, aplicación y seguimiento de intervenciones estratégicas.

La implicación significativa de adolescentes y jóvenes en el diseño, aplicación y seguimiento de las leyes, políticas y programas destinados a hacer realidad su salud y derechos sexuales y reproductivos es fundamental para asegurar que las intervenciones alcanzan de modo eficaz y tienen en cuenta la realidad local de su vida cotidiana.

Cuando los adolescentes participan en la toma de decisiones en condiciones de igualdad con los responsables políticos y otras partes interesadas, y se saben

respetados y apoyados en su implicación compartida, las intervenciones resultantes tienen más probabilidades de responder a sus necesidades. Todas las actividades deben basarse en el derecho de los adolescentes tanto a tomar decisiones bien fundamentadas y respaldadas acerca de su propia salud y bienestar como a contribuir de forma significativa a las decisiones normativas y programáticas que repercuten en su vida.

4. Abandonar las intervenciones ineficaces e invertir los recursos en aplicar intervenciones de eficacia demostrada.

Los últimos datos obtenidos en revisiones sistemáticas sobre cuáles son las estrategias que funcionan para prevenir el embarazo en adolescentes y mejorar la salud sexual y reproductiva de las adolescentes coinciden con las recomendaciones de la OMS de acrecentar el conocimiento y apoyo comunitarios a la prevención del embarazo en adolescentes, informar y facultar a las adolescentes para que tomen decisiones con conocimiento de causa sobre su salud sexual y reproductiva, ampliar el acceso a la anticoncepción eficaz, evitar el matrimonio antes de los 18 años, y prevenir la violencia sexual y la coacción sexual. No obstante, los participantes en la reunión señalaron que en muchos programas se siguen usando intervenciones que han resultado ineficaces. Por ejemplo, pese a que se ha comprobado la ineficacia de los programas de “educación centrada en la abstinencia” a la hora de dotar a los jóvenes y adolescentes de los conocimientos y destrezas necesarios para prevenir los embarazos no deseados, siguen estando incluidos en las estrategias de algunos países y reciben apoyo político y financiamiento.

El grupo de expertos hizo un llamamiento específico a abandonar aquellas intervenciones no tengan eficacia demostrada y a invertir en la ejecución de intervenciones de eficacia demostrada con intensidad y durante un período sostenido. Además, instaron a llevar a cabo intervenciones en varios frentes que persigan de manera simultánea múltiples resultados específicos (por ejemplo, proporcionar a las adolescentes servicios e información sobre métodos anticonceptivos, procurar cambiar las actitudes y normas comunitarias sobre sexualidad de las adolescentes, y promulgar leyes y políticas que legitimen la elaboración de programas en conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos y que reconozcan los derechos de las adolescentes) y dispongan de sistemas sólidos de seguimiento y evaluación.

En el recuadro 6 se presenta de forma resumida una experiencia de ampliación en Colombia bien documentada y publicada y, en el recuadro 7, las acciones recomendadas para cada nivel del marco socioecológico.

5. Fortalecer la colaboración intersectorial para abordar de modo eficaz los factores determinantes del embarazo en adolescentes en América Latina y el Caribe. Se acepta ampliamente que la colaboración intersectorial es fundamental para prevenir el embarazo en adolescentes, pero rara vez se la aplica o incentiva en la medida necesaria.

En vez de trabajar en comportamientos estancados por sectores, deben establecerse alianzas y colaboraciones bien planificadas y sometidas a supervisión continua entre los organismos de las Naciones Unidas, los ministerios del gobierno, los prestadores de servicios de salud, las ONG, las entidades que prestan servicios sociales a la juventud, y los propios adolescentes. Por ejemplo,

los sectores de salud y educación deben aprovechar el potencial del círculo virtuoso entre la salud y la educación para asegurar una firme voluntad política de desplegar programas exhaustivos, con base en los derechos humanos, para la educación sexual de las adolescentes tanto escolarizadas como no escolarizadas, así como los esfuerzos para llegar a ellas con los servicios de salud sexual y reproductiva que precisen. Garantizar el acceso a una educación de calidad, también para las embarazadas y madres adolescentes, e invertir en protección social y oportunidades laborales significativas son elementos esenciales de una respuesta multisectorial integral al embarazo en adolescentes.

6. Pasar de proyectos minoritarios pequeños a programas sostenibles en gran escala.

Las intervenciones que generan los resultados deseados se ven a menudo atrapadas en la fase piloto y los esfuerzos son fragmentados y dispersos, dependientes de uno o varios donantes, y a menudo no están en consonancia con los sistemas y estructuras institucionales que puedan favorecer su ampliación e institucionalización. De forma parecida, los programas que han conseguido ampliarse con éxito, como los programas de educación sexual integral y de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes en Argentina y Colombia, precisan de apoyo sostenido para mantener los beneficios alcanzados y conseguir una repercusión duradera. Ello requiere liderazgo y compromiso político a largo plazo, incluyendo políticas de estado que perduren en caso de cambios de gobierno.

7. Crear y mantener un entorno favorable para la igualdad entre sexos y la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes. Como ya se ha

mencionado, el embarazo en adolescentes obedece a un complejo entramado de factores que operan en los diferentes niveles del marco socioecológico.

Para acelerar la reducción del embarazo en adolescentes, será preciso abordar de forma simultánea todos los niveles del marco socioecológico mediante la elaboración y ejecución de conjuntos de intervenciones que traduzcan y adapten las mejores prácticas y normas reconocidas mundialmente al correspondiente contexto nacional y local. Ello debe ir acompañado de marcos claros de resultados, plazos y marcos sólidos de gestión, seguimiento y evaluación. Estos conjuntos de medidas deben responder y apoyar a las adolescentes en la prevención del primer embarazo, así como llegar a las embarazadas y madres adolescentes para prevenir sucesivos embarazos no planificados.

Las intervenciones deben adoptar un enfoque basado en el derecho a la salud de las adolescentes y priorizar la igualdad entre sexos y la eliminación de los estereotipos sexistas. Además, debe prestarse más atención a promover la participación de la sociedad civil para generar apoyo a la salud de las adolescentes, en general, y más concretamente a la salud y derechos reproductivos y sexuales de las adolescentes. Los miembros de la comunidad — incluidos padres, profesores y autoridades religiosas— pueden desempeñar una función importante a la hora de proteger a las adolescentes y crear oportunidades para su futuro. Sin embargo, en estos grupos existe una considerable falta de concientización y sensibilización acerca de la sexualidad de las adolescentes. Es esencial que exista un firme movimiento de la sociedad civil para superar la resistencia o la inercia política en este asunto, e instaurar mecanismos de responsabilización para poner remedio a las injusticias.



III. OBJETIVOS

- Describir las características sociodemográficas, socioculturales, educativas y reproductivas en las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales.
- Identificar factores relacionados con la aparición de embarazos subsecuentes en este grupo de edad.

IV. MATERIAL Y METODOS

IV.1 Diseño de la Investigación

Se realizó un estudio piloto a través de un corte transversal, durante los meses de septiembre a noviembre del 2018.

El universo del estudio estuvo dado por 30 adolescentes que verificaron parto en los tres hospitales seleccionados: Hospital Nacional de la Mujer, Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana y Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, lo que equivale al 65% del total de adolescentes que ingresaron a estos hospitales durante el periodo mencionado, según el registro del Sistema de Información Perinatal del MINSAL.

Los Hospitales fueron seleccionados tomando en cuenta lo establecido por Normativa Institucional, la cual asienta que secundario al riesgo de desarrollar riesgo obstétrico y morbilidad materna prioritariamente, los casos de adolescentes embarazadas, entre las edades de 15 a 19 años deberán ser atendidas en los Hospitales Regionales: Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana y el Hospital San Juan de Dios de San Miguel y, para las edades de 10 a 14 años en el Hospital de Referencia Nacional: Hospital Nacional de la Mujer.

Secundario a que durante los meses de septiembre y octubre no se registraron adolescentes que verificaran parto entre el rango de edad de 10 a 14 años en el Hospital Nacional de la Mujer, se decidió ampliar el rango de edad para este hospital hasta los 19 años.

IV.2 Descripción y Operacionalización de todas las Variables:

No.	Variable	Clasificación	Definición	Indicador	Escala
1	Embarazo Subsecuente en adolescentes	Cualitativa nominal dicotómica	El embarazo subsecuente hace referencia a la o las gestaciones posteriores al primer nacimiento de un hijo o hija, cuando éste se presenta en mujeres entre 10 y 19 años de edad.	Adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de cada uno de los hospitales objeto de estudio /Total de adolescentes embarazadas que verifiquen parto en el servicio de puerperio de cada uno de los hospitales objeto de estudio.	Si No
Sociodemográficas					
1	Edad	Cuantitativa Continua	Acorde a edad cumplida en el momento de la entrevista.	Número de Adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio según grupo etáreo /Total de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de cada uno de los hospitales objeto de estudio*100 Media de la edad de Adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio entrevistadas. Media de la edad de la pareja de la Adolescente entrevistada.	10-14años 15-19años
2	Estado Civil	Cualitativa nominal politómica	Casada /Unión consensual libre: Persona que convive con otra del sexo opuesto o no, con o sin vínculo legal entre ellos. Separada /Divorciada: Ruptura del matrimonio, por disolución de éste, a través del código legal vigente con o sin convivencia. Viuda: Cuando hubo pérdida física del cónyuge.	Número de Adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio según estado civil /Total de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio*100	Casada/Acompañada Separada/Divorciada Viuda Soltera

No.		Clasificación	Definición	Indicador	Escala
Sociodemográficas					
3	Lugar de residencia	Cualitativa nominal politémica	Lugar donde vive o habita de forma permanente o durante un período considerable de tiempo.	Número de Adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio según departamento /Total de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio*100.	Departamento Municipio Cantón
4	Si la pareja trabaja	Cualitativa nominal dicotómica	Ejecución de tareas formales o informales que implican un esfuerzo físico o mental y que tienen como objetivo la producción de bienes y servicios para atender las necesidades humanas.	Número de parejas de las Adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio que trabajan /Total de parejas de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio entrevistadas de los hospitales objeto de estudio*100.	Si No
5	Características de la vivienda	Piso de la vivienda: Cualitativa nominal politémica	Material del que esta hecho el piso de la vivienda.	Número de Adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio según el tipo de piso /Total de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio*100.	Tierra Cemento Ladrillo Mixto

No.		Clasificación	Definición	Indicador	Escala
Sociodemográficas					
5	Características de la vivienda	Acceso a agua potable: Cualitativa nominal dicotómica	Suministro de agua potable en las viviendas.	Número de Adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio que refieren acceso a agua potable /Total de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio*100.	Si No
		Acceso a energía eléctrica: Cualitativa nominal dicotómica	Suministro de energía eléctrica en las viviendas.	Número de Adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales de estudio que refieren acceso a energía eléctrica /Total de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio*100.	Si No

No.	Variable	Clasificación	Definición	Indicador	Escala
Educativas					
1	Estudia	Cualitativa nominal dicotómica	Asistencia a un centro educativo básico y/o superior	<p>Número de Adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio que estudian al momento de la entrevista /Total de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto entrevistadas en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio*100.</p> <p>Número de parejas de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio que estudian al momento de la entrevista /Total de las parejas de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio*100.</p>	Si No
2	Grado de escolaridad	Cualitativa ordinal	Grado de aprendizaje que adquiere una persona a lo largo de su formación en una Institución educativa formalizada.	<p>Número de Adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio, según grado de escolaridad /Total de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio entrevistadas de los hospitales objeto de estudio que se encuentren estudiando *100.</p> <p>Número de parejas de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio, según grado de escolaridad /Total de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio entrevistadas de los hospitales objeto de estudio que se encuentren estudiando *100.</p>	1er ciclo 2do ciclo 3er ciclo Bachillerato Universidad

No.	Variable	Clasificación	Definición	Indicador	Escala
Socioculturales					
1	Vive con la pareja	Cualitativa nominal dicotómica	Vivir juntos bajo el mismo techo	Número de Adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio, que viven con su pareja / Total de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio entrevistadas de los hospitales objeto de estudio *100.	Si No
2	Religión que práctica	Cualitativa nominal politémica	Tipo de practica que adquieren los seres humanos, respecto a la idea de trascendencia, su relación con lo sagrado, lo divino y el orden cosmico.	Número de Adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio, según el tipo de religión / Total de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio entrevistadas de los hospitales objeto de estudio *100.	Católica Evangélica Otra Ninguna
3	Posterior a su 1 ^{er} hijo si su mamá o suegra le indicaron algún método de planificación familiar	Cualitativa nominal dicotómica	Utilización de algún MPF posterior a su primer embarazo recomendado por madre o suegra	Número de Adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudios a las que le indicaron algún tipo de MPF la madre o suegra posterior al 1 ^{er} hijo / Total de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio entrevistadas de los hospitales objeto de estudio *100.	Si No

No.	Variable	Clasificación	Definición	Indicador	Escala
Socioculturales					
4	Porque decidió tener más de un hijo	Cualitativa nominal politómica	Motivo por el cual decidió de manera personal o por otra circunstancia tener más de un hijo	Número de Adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudios, según decisión para tener más de un hijo / Total de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio entrevistadas de los hospitales objeto de estudio *100.	Decisión Propia Accidente Falta de acceso a MPF Obligada por la pareja Violación Otras causas
5	Considera que la edad a la que tuvo su segundo hijo es la apropiada	Cualitativa nominal dicotómica	Percepción personal si la edad a la que tuvo su 2do hijo es la correcta	Número de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio, que consideran que la edad de la adolescencia es apropiada / Total de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio entrevistadas de los hospitales objeto de estudio *100.	Si No
6	Edad a la que la mamá tuvo su segundo hijo	Cuantitativa Continua	Acorde a edad cumplida en el momento de la entrevista.	Número de madres de las adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio, según grupo etáreo / Total de madres de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio*100.	10-14años 15-19años 20-25años Más de 25 años No sabe

No.	Variable	Clasificación	Definición	Indicador	Escala
Reproductivas					
1	Menarquia	Cuantitativa Continua	Edad a la que tuvo su primera menstruación.	Número de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio según grupo etáreo / Total de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio*100	10-14años 15-19años
2	Edad de inicio de relaciones sexuales	Cuantitativa Continua	Edad a la que tuvo su primera relación sexual	Número de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio según grupo etáreo / Total de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio*100	10-14años 15-19años
3	Edad a la que tuvo su primer y segundo hijo	Cuantitativa Continua	Años cumplidos al tener su 1 ^{er} parto y su 2do parto	Número de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio según grupo etáreo / Total de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio*100	10-14años 15-19años
4	Período intergenésico entre el 1 ^{er} y 2do embarazo	Cuantitativa Continua	Años que transcurrieron entre el 1 ^{er} embarazo y el 2do embarazo	Número de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio según periodo intergenésico / Total de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio*100	Menos de 1 año Entre 1 -2 años Más de 2años

No.	Variable	Clasificación	Definición	Indicador	Escala
Reproductivas					
5	Tipo de parto	Cualitativa nominal dicotómica	Vía vaginal o quirúrgica por la cual nace el niño o la niña	Número de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio según tipo de parto /Total de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio*100	Normal Cesárea
6	Características del 1 ^{er} embarazo	Cualitativa nominal dicotómica	Síntomas que estuvieron presentes durante el embarazo que lo clasifiquen como embarazo normal o con complicaciones	Número de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio según tipo de embarazo /Total de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio*100	Normal Complicaciones
7	Esta de acuerdo con la planificación familiar	Cualitativa nominal dicotómica	Opinión personal en relación a estar de acuerdo con Métodos de Planificación Familiar	Número de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio según tipo de opinión /Total de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio*100	Si No
8	Conoce algún método anticonceptivo	Cualitativa nominal dicotómica	Si conoce de los MPF que le permitan decidir sobre el número de hijos que desean tener.	Número de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio según se conozca algún método anticonceptivo/ Total de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio*100	Si No

No.	Variable	Clasificación	Definición	Indicador	Escala
Reproductivas					
9	Cuales MPF conoce	Cualitativa nominal politémica	Que tipo de MPF conoce	Número de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio según tipo de MPF que conozca/ Total de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio*100	Pastillas Preservativo masculino Preservativo femenino Inyecciones DIU Implantes Otros
10	Cual MPF ha utilizado	Cualitativa nominal politémica	Que tipo de MPF ha utilizado	Número de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio según tipo de MPF que utilice/ Total de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio*100	Pastillas Preservativo masculino Preservativo femenino Inyecciones DIU Implantes Otros
11	Proveedor del MPF	Cualitativa nominal politémica	Persona y/o institución que ha facilitado el MPF dentro del Sistema Nacional de Salud	Número de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio según tipo de proveedor del MPF/ Total de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio*100	Promotor de salud UCSF Hospital ISSS Compra Otros

No.	Variable	Clasificación	Definición	Indicador	Escala
Reproductivas					
12	El personal de salud del Sistema Público le ha ofertado algún método de planificación familiar	Cualitativa nominal dicotómica	Determinar si el personal de salud del Sistema Público oferta algún MPF	Número de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio según se oferte algún MPF /Total de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio*100	Si No
13	Conoce o a tenido acceso a la siguiente provisión de servicios	Cualitativa nominal politémica	Si conoce o ha tenido acceso a la provisión de los servicios señalados	Número de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio según el tipo de conocimiento y/o acceso de provisión de servicios /Total de adolescentes con embarazos subsecuentes que verifiquen parto en el servicio de puerperio de los hospitales objeto de estudio*100	Educación integral de la sexualidad Servicios amigables de salud sexual y reproductiva Métodos anticonceptivos modernos y de larga duración Promoción de la adherencia sobre su uso

IV.3 Técnicas y Procedimientos para la recolección de Información e Instrumentos

La fuente primaria para la obtención de la información se realizó a partir de un instrumento denominado cuestionario. El cuestionario contenía en una primera parte preguntas que permitan recoger datos generales y posteriormente preguntas orientadas a identificar factores biológicos, sociodemográficos, educativos, socioculturales, y reproductivos que permitiesen cumplir los objetivos planteados.

En algunos casos se revisó, como fuente secundaria, la hoja clínica perinatal contenida en la historia clínica de las participantes, a través de la cual se confirmó y/o aclaró la información sobre antecedentes gineco-obstétricos como menarquia, fecha de primera relación sexual, paridad, uso de métodos anticonceptivos, entre otros factores de riesgo asociados recopilada en el cuestionario. (Ver anexo 1).

Una vez se elaboró el instrumento, se procedió a solicitar las autorizaciones correspondientes tanto al Comité Nacional de Ética como a las tres Direcciones de los hospitales sujetos de estudio.

De manera paralela y, como parte del control del sesgo de información que pudiese presentarse en este estudio y prestarse a la obtención de respuestas poco claras o incompletas, haciendo muy difícil su tabulación, el cuestionario fue elaborado con preguntas cerradas, tomando en cuenta los criterios sugeridos por expertos: Dra. Marcela Hernández, Gineco-obstetra Salubrista, Dr. José Douglas Jiménez, Gineco-obstetra Salubrista y el Dr. Mario Soriano, Gineco-obstetra referente del componente de adolescencia, pertenecientes todos a la instancia regulatoria en el tema, Unidad de Atención Integral de la Mujer, Niñez y Adolescencia UAIMNA de la Secretaría de Estado del Ministerio de Salud. De igual manera se realizó un proceso de validación del instrumento con cinco



adolescentes embarazadas que habían verificado parto en el Hospital Nacional de la Mujer.

Con el instrumento ya validado, así como con las autorizaciones correspondientes, se procedió a conformar un equipo de apoyo integrado por 9 residentes, 3 por cada uno de los hospitales objeto de estudio, que se encontraban cursando el último año de la especialidad en Gineco-obstetricia, dichos profesionales fueron capacitados por el investigador principal en la recolección de la información.

Tanto el investigador principal como estos profesionales aplicaron el cuestionario a las participantes en los servicios de puerperio de estos tres hospitales.

Una vez recolectada la información se procedió al procesamiento de los datos.

IV. 4 Procesamiento de los datos

Se elaboró una base de datos en formato en Excel versión 97-2003, donde se vació la información contenida en los 30 cuestionarios y posteriormente se revisó la calidad del dato, posteriormente, por cada variable, se procedió a elaborar tablas y figuras para la presentación de los resultados a través de frecuencias absolutas y relativas.

IV.5 Criterios éticos

- Esta investigación estuvo conducida de acuerdo a los principios adoptados por la 18ava Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964) y todas las modificaciones vigentes.

- Se obtuvo el Consentimiento Informado de cada una de las adolescentes a entrevistarse. (Ver anexo 2) con la finalidad de proteger a las participantes. Las/os evaluadores informaron a las participantes potenciales sobre el alcance de la entrevista, el tipo de preguntas que se plantearían, cómo se utilizarían los resultados, cómo se podrían utilizar las declaraciones de ellas en el informe, el método de anonimato que se emplearía y sobre la posibilidad de retirar su consentimiento e interrumpir su participación en cualquier momento. Después de haber sido plenamente informadas, se les proporcionó a las participantes potenciales suficiente tiempo para reflexionar y hacerle preguntas al equipo investigador antes de firmar el formulario de consentimiento por escrito. Dos formularios de consentimiento fueron firmados por cada participante y miembro del equipo de investigación. El equipo de investigación se quedó con una versión, mientras que la otra versión se le entregó a la participante para sus archivos personales. Las participantes fueron informadas que podían retirarse y dejar de participar en cualquier momento.
- En el caso de las adolescentes cuyo embarazo subsecuente había sido producto de violencia, el entrevistador debía estar acompañado de un psicólogo durante la entrevista, con la finalidad de evitar la revictimización de la adolescente. En caso de no poder estar presente un psicólogo no se realizó la entrevista.
- Declaración Jurada y de Compromiso de estricta confidencialidad de los resultados encontrados y que los mismos son de uso exclusivo de las Autoridades Hospitalarias y del MINSAL para los fines que estime pertinente, así como también se les entregará una copia de la información en formato electrónico e impreso (Ver anexo 3).
- Una vez se contó con la aprobación del protocolo por la Tutora asignada por el Instituto Medicina Tropical “Pedro Kouri” IPK (ver anexo 4) se solicitó y obtuvo la



autorización del Comité Nacional de Ética, con la finalidad de que se examinará el diseño de la investigación, su rigor metodológico y la adecuación de sus medidas para proteger a las personas involucradas (ver anexo 5).

- Se gestionó la autorización de las Direcciones de cada uno de los hospitales objeto de estudio para la recolección de la información a través de una nota emitida por la Coordinación de la Unidad de Atención Integral de la Mujer, Niñez y Adolescencia del MINSAL.

IV.6 Limitaciones

- Investigación que se realizó únicamente en tres hospitales de la Red Hospitalaria del MINSAL y no del Sistema Nacional de Salud SNS, se excluyeron Hospitales del Instituto de Bienestar Magisterial, Comando de Sanidad Militar e Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
- Del total de las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en los tres hospitales, objeto de estudio, únicamente se logró captar el 65%, ya que del 35% restante, el 25% no accedió a ser entrevistada por dos motivos principales 1) por encontrarse presente su madre al momento de la entrevista y 2) porque al momento de entrevistar a una adolescente cuyo embarazo subsecuente fue producto de violencia, no se contó con el apoyo del psicólogo para realizar la entrevista.
- Durante el levantamiento de la información, en el servicio de puerperio, no se reportaron adolescentes con embarazos subsecuentes

V. RESULTADOS

De las adolescentes entrevistadas el 100 % resultó encontrarse entre las edades de 15 a 19 años.

Del 100 % de las adolescentes, el 23 % refirió estar soltera, el 7 % casada y el 70 % acompañada, porcentajes que coinciden con el hecho de vivir o no con su pareja, es decir el 77 % de las adolescentes que reportan estar casadas y acompañadas viven con su pareja y el 23 % que esta soltera no vive con su pareja, independientemente la tenga o no. Ver tabla 1 y anexo No. 4.

Tabla No. 1: Estado Civil de adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo septiembre – Noviembre del año 2018.

Estado Civil	Número	Porcentaje
Soltera	7	23
Casada	2	7
Acompañada	21	70
Total	30	100

El 43,33 % de las adolescentes entrevistadas, según su lugar de residencia, procedía del departamento de Santa Ana, seguido por el 33,33 % del departamento de San Miguel, el 6,67 % de los departamentos de Usulután y La Unión y el 3,33 % de los departamentos de San Salvador, San Vicente y Morazán.

En relación al municipio el 33,33 % de las adolescentes procedía de la cabecera departamental de Santa Ana, seguido del 16,67 % de la cabecera departamental de San Miguel, el 10 % de Chirilagua y el 3,33 % de cada uno de los municipios:

Chalchuapa, Coatepeque, El Congo, San Salvador, San Vicente, Santiago de María, Nueva Guadalupe, Ozatlán, Moncagua, Meanguera del Golfo, Morazán y Yayantique. Ver tabla 2 y anexo No. 5.

Tabla No. 2: Lugar de Residencia por Departamento y Municipio de las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo septiembre – Noviembre del año 2018.

Departamento	Municipio	Número	Porcentaje
Santa Ana	Santa Ana	10	33.33
	Chalchuapa	1	3.33
	Coatepeque	1	3.33
	El Congo	1	3.33
Usulután	Santiago de María	1	3.33
	Ozatlán	1	3.33
La Unión	Moncagua	1	3.33
	Meanguera del Golfo	1	3.33
San Vicente	San Vicente	1	3.33
San Salvador	San Salvador	1	3.33
San Miguel	San Miguel	5	16.67
	Chirilagua	3	10.00
	Nueva Guadalupe	1	3.33
Morazán	Morazán	1	3.33
	Yayantique	1	3.33
Total		30	100

En cuanto a las características de la vivienda el 26,67 % de adolescentes refirió vivir en casa con piso de tierra y, en el mismo porcentaje con piso de cemento, el 23,33 % con piso de ladrillo y en el mismo porcentaje piso mixto. Por otra parte, el 93,33 % refiere contar con acceso a agua potable y el 100% cuenta con energía eléctrica en su vivienda. Ver tabla 3 y anexo No. 6.

Tabla No. 3: Características de la vivienda de las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo septiembre – Noviembre del año 2018.

Características de Vivienda	Número	Porcentaje
Piso de tierra	8	27
Piso de Cemento	8	27
Piso de ladrillo	7	23
Piso mixto	7	23
Acceso agua potable	28	93
Energía eléctrica	30	100

*N=30

De las adolescentes entrevistadas el 27 % se encuentra estudiando actualmente y el otro 73 % no. De las que actualmente estudian, el 20 % cursa el segundo ciclo, seguido por el 3,33 % que cursa el 1^{er} y 3^{er} ciclo respectivamente. Ver tabla 4 y anexo No. 7.

Tabla No.4: Grado de Escolaridad de las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo septiembre – Noviembre del año 2018.

Grado de Escolaridad	Número	Porcentaje
1 ^{er} Ciclo	1	3.33
2do Ciclo	6	20.
3 ^{er} Ciclo	1	3.33
Total	8	26.67%

De las adolescentes entrevistadas el 50 % practica la religión católica, seguida de la religión evangélica con el 23 % al igual que ninguna religión y el 3 % otra religión. Ver tabla 5 y anexo No. 8.

Tabla No.5: Religión que practican las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo septiembre – Noviembre del año 2018.

Tipo de Religión	Número	Porcentaje
Católica	15	50
Evangélica	7	23
Ninguna	7	23
Otra	1	3
Total	30	100

Del 100 % de las adolescentes embarazadas más de la mitad, el 60 %, no recibió orientación por parte de su madre y/o suegra, sobre métodos de planificación familiar posterior al parto de su primer hijo.

El mayor porcentaje de las madres de las adolescentes entrevistadas tuvieron su segundo hijo entre las edades de los 15 a 19 años con el 47 %, seguido del 27 % los 20-25 años de edad, el 17 % reporto no saber a qué edad, el 7 % más de 25 años de edad y 3 % entre los 10 y 14 años de edad. Ver tabla 6 y anexo No. 9.

Tabla No.6: Edades a las que las madres de las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo septiembre – Noviembre del año 2018 tuvieron su segundo hijo.

Grupo de Edades	Número	Porcentaje
10-14 años	1	3
15-19 años	14	47
20-25 años	8	27
Mas de 25 años	2	7
No sabe	5	17
Total	30	100

Del 100 % de las adolescentes, el 90% considera que el haber tenido su 2do hijo entre las edades de los 15 y 19 años no fue la apropiada, seguido por el 10 % que lo considera como apropiada.

Dentro de las situaciones por las cuales las adolescentes tuvieron más de un hijo se encuentran con un 63 % por decisión propia, seguida por causa accidental con un 27 %, falta de acceso a métodos de PF con un 7 % y un 3 % fueron obligadas por su pareja. Ver tabla 7 y anexo No. 10.

Tabla No.7: Situaciones por las cuales las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo septiembre – Noviembre del año 2018 decidieron tener más de un hijo.

Situaciones	Número	Porcentaje
Decisión propia	19	63
Accidente	8	27
Falta de acceso a métodos de PF	2	7
Obligación de la pareja	1	3
Total	30	100

Del total de las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo de septiembre a noviembre del año 2018, el 100 % presentó su menarquía entre los 10-14 años y el 60 % de ellas tuvieron su primera relación sexual entre los 10 y 14 años, seguido por el 40 % entre los 15 y 19 años. Ver tabla 8 y anexo No.11.

Tabla No. 8: Grupo de edades en las que las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo septiembre – Noviembre del año 2018 tuvieron su primera relación sexual.

Grupo de Edad	Número	Porcentaje
10-14 años	18	60
15-19 años	12	40
Total	30	100

El 83 % de las adolescentes entrevistadas reporta haber tenido su primer hijo entre las edades de 15 y 19 años y el 17 % entre los 10 y 14 años. Ver tabla 9 y anexo No. 12.

Tabla No. 9: Grupo de edades en las que las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo septiembre – Noviembre del año 2018 tuvieron su primer hijo.

Grupo de edades	Número	Porcentaje
10-14 años	5	17
15-19 años	25	83
Total	30	100

El 57 % de las adolescentes presentó un periodo intergenésico de 1 a 2 años entre su primer y segundo embarazo, seguido por el 30 % que esperaron menos de un año y el 13 % más de 2 años. Ver tabla 10 y anexo No. 13.

Tabla No. 10: Periodo Intergenésico entre el 1er y 2do embarazo de las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo septiembre – Noviembre del año 2018.

Periodo Intergenésico	Número	Porcentaje
Menos de 1 año	9	30
Entre 1-2 años	17	57
Más de 2 años	4	13
Total	30	100

El 87 % de las adolescentes presento un 1^{er} embarazo en condiciones normales, es decir sin complicaciones y el 13 % presento algún tipo de complicación; no obstante, en relación con el 100 % de las adolescentes entrevistadas el 63,33 %

tuvieron su primer hijo mediante un parto normal (fisiológico) y el 36,67 % por cesárea. Ver tabla 11 y anexo No. 14.

Tabla No. 11: Características y Tipo de Parto del 1er embarazo de las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo septiembre – Noviembre del año 2018.

Características del 1er Embarazo	Número	Porcentaje
Normal	26	87
Complicaciones	4	13
Total	30	100
Tipo de Parto	Número	Porcentaje
Normal	19	63.33
Complicaciones	11	36.67
Total	30	100

El 100 % de las adolescentes alude conocer algún método de Planificación Familiar, haciendo uso de estos el 90 %, el otro 10 % no planifica por motivos religiosos. Entre los métodos anticonceptivos más conocidos por las adolescentes se encuentran las pastillas, conocidas por 25 de 30 adolescentes equivalente al 83%, inyecciones por 21 de 30 adolescentes equivalente al 70 %, preservativo masculino por 15 de 30 adolescentes equivalente al 50 %, Dispositivo Intrauterino por 10 de 30 adolescentes equivalente al 33 %, implantes hormonales y preservativo femenino por 5 de 30 adolescentes cada uno equivalentes al 17 % respectivamente. Ver tabla 12 y anexo No. 15.

Tabla No. 12: Métodos anticonceptivos conocidos por las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo septiembre – Noviembre del año 2018.

Tipo de Métodos Anticonceptivos conocidos	Número	Porcentaje
Pastillas	25	83
Inyecciones	21	70
Preservativo Masculino	15	50
DIU	10	33
Implantes	5	17
Preservativo Femenino	5	17

*N=30

Entre los métodos anticonceptivos más utilizados por las adolescentes se encuentran las inyecciones, utilizadas por 17 de 30 adolescentes equivalente al 57 %, pastillas por 12 de 30 adolescentes equivalente al 40 %, preservativo masculino por 9 de 30 adolescentes equivalente al 30%, implantes hormonales por 1 de 30 adolescentes equivalente al 3%. Ver tabla 13 y anexo No.16.

Tabla No.13: Métodos anticonceptivos utilizados por las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo septiembre – Noviembre del año 2018.

Tipo de Métodos Anticonceptivos utilizados	Número	Porcentaje
Inyecciones	17	57
Pastillas	12	40
Preservativo Masculino	9	30
Implantes	1	3

*N=30

Por otra parte, el 90 % de las adolescentes refieren haber recibido la opción de planificar por parte del personal de salud del Sistema Público. En relación con el 100% de las adolescentes entrevistadas el mayor proveedor de los métodos de planificación familiar es el promotor de salud con el 53 %, seguido de la UCSF con el 40 %, hospital con el 13 % y en último lugar el ISSS con el 3 %. Ver tabla 14 y anexo No.17.

Tabla No.14: Proveedor de Métodos de Planificación Familiar a las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo septiembre – Noviembre del año 2018.

Tipo de Proveedor	Número	Porcentaje
Promotor de Salud	16	53
UCSF	12	40
Hospital	4	13
ISSS	1	3

*N=30

En relación con el acceso a la provisión de servicios el 40 % de las adolescentes refieren que han logrado el acceso a Educación integral de la sexualidad, seguido por un 37 % a Servicios Amigables de Salud Sexual y Reproductiva y el 30 % a Métodos Anticonceptivos Modernos y de larga duración y promoción de la adherencia sobre su uso. Ver tabla 15 y anexo No.18.

Tabla No. 15: Acceso a provisión de servicios relacionados a la prevención del Embarazo en las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo septiembre – Noviembre del año 2018.

Tipo de Servicio	Número	Porcentaje
Educación integral de la sexualidad	12	40
Servicios amigables de salud sexual y reproductiva	11	37
Métodos anticonceptivos modernos y de larga duración y promoción de la adherencia sobre su uso	9	30

*N=30

El 43 % de las parejas de las adolescentes se encuentran entre las edades de 20 a 25 años, el 30 % entre 15 a 19 años, el 23 % entre 25 y 30 años y solo el 3 % es mayor de 30 años. Ver tabla 16 y anexo No. 19.

Tabla No.16: Grupo de edades de las parejas de las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo septiembre – Noviembre del año 2018.

Grupo de Edad	Número	Porcentaje
15-19 años	9	30
20-25 años	13	43
25-30 años	7	23
Más de 30 años	1	3
Total	30	100

Del total de adolescentes entrevistadas únicamente el 30 % reporta que su pareja se encuentra estudiando en la actualidad. De las parejas de las adolescentes entrevistadas, en algún momento de su vida, el 40 % ha alcanzado el 2do ciclo escolar, seguido del 33 % el 1er ciclo, 13 % el 3er ciclo, el 7 % el bachillerato y el otro 7 % que no ha estudiado. Ver tabla 17 y anexo No. 20.

Tabla No. 17: Grado de Escolaridad de la pareja de las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo septiembre – Noviembre del año 2018.

Grado de Escolaridad	Número	Porcentaje
1er Ciclo	10	33
2do Ciclo	12	40
3er Ciclo	4	13
Bachillerato	2	7
Ninguno	2	7
Total	30	100

El 40 % de las parejas de las adolescentes se encuentra trabajando en la actualidad, el resto, 60%, no se encuentra trabajando.

VI. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El problema de los embarazos subsecuentes en las adolescentes, específicamente el segundo embarazo, se presenta entre las edades de 15 y 19 años en nuestro país, dato que es consistente en relación con otros estudios realizados en América Latina como lo planteado por IDOBRO en el 2010 “La mayoría de los embarazos subsecuentes se presentaron luego de los 16 años”, situación que afecta la trayectoria de salud de la joven obstaculizando su desarrollo psicosocial y aumentando el riesgo de morbilidad y mortalidad maternas. Secundario al hecho que la pareja de la joven es entre 5 a 10 años mayor que ellas podemos decir que nos encontramos ante un fenómeno de maternidad adolescente mas no de una paternidad adolescente.

Resulta de interés observar que en el estudio más de la mitad de las adolescentes entrevistadas no procedían de áreas rurales sino de dos cabeceras departamentales y no de cantones, y cuyas características de las viviendas orientaban a un poder adquisitivo medio-bajo al tener en iguales porcentajes casas con pisos de tierra como de cemento, seguido de piso de ladrillo y mixto y donde el 93% de las casas tenían acceso a agua potable y el 100% a energía eléctrica, fenómeno que no es el esperado y planteado por la Asociación Latinoamericana de Población, Brasil 2014, en las encuestas demográficas de salud y encuestas de indicadores múltiples en 79 países en desarrollo entre 1998 y 2011 donde se muestra que las tasas de natalidad adolescente son más altas en zonas rurales, entre adolescentes sin educación y en el 20 % más pobre de los hogares y en otros estudios, donde desde el enfoque de Derechos Humanos, el embarazo subsecuente en la adolescencia es el resultado de condiciones de vulnerabilidad como la pobreza, situación coincidente a lo referido en el Informe de Consulta



Técnica de agosto 2016 por OPS-UNICEF-LACRO “las adolescentes cuyos hogares se sitúan en el quintil inferior de riqueza tienen mayor probabilidad de ser madres que las de hogares del quintil superior dentro de un mismo país”.

Un dato interesante es que, en la mayoría de las madres adolescentes entrevistadas en edad de 15 a 19 años, el nacimiento de su segundo ocurrió en el marco de una convivencia con su pareja, prevaleciendo la unión libre sobre la legal, situación que se comporta de igual manera a nivel internacional como la planteada por Andrade en el 2009 “la mayoría de adolescentes estaba en unión libre...” y por Gómez y Cols en el 2012 quien nos dice “Las madres adolescentes con dos o más embarazos no continúan sus estudios, dejan la familia paterna – materna.....” y por la Asociación Latinoamericana de Población, Brasil 2014 “Las mujeres que son madres en la adolescencia, que tienen más riesgo de quedar en embarazo más de una vez durante estas edades, son aquellas que encuentran unidas”.

Otro de los datos encontrados y que resulta interesante y valdría la pena seguir indagando para determinar cómo es la sostenibilidad económica del hogar de la adolescente con embarazo subsecuente, es el hecho que más de la mitad de las parejas de las adolescentes no se encontraban trabajando al momento de la entrevista, situación que coincide a lo planteado por Andrade en el 2009 “.....la mayoría eran adolescentes que se encontraban desempleadas, dedicadas a los quehaceres del hogar y dependientes económicamente de sus familiares, por ser su pareja también adolescente o por tener trabajos ocasionales.” y por Gómez y Cols en el 2012 quien nos dice “..... y el padre de los hijos cumple la función de contenedor emocional”, pero que dista a lo planteado por la Asociación Latinoamericana de Población, Brasil 2014 en su Cáp. 8: Entornos del Primer y

Segundo Embarazo en adolescentes en Argentina donde el segundo embarazo ocurre en un contexto de mayor estabilidad laboral y prácticamente en todos los casos la pareja trabaja en un empleo fijo o informal.

Cuando se compara el grado de escolaridad de las adolescentes y sus parejas, se observa que el 93% de ellas, en algún momento de su vida, alcanzó algún grado de escolaridad, contrario a la joven adolescente donde el 73%, no lo ha alcanzado y solo el 21% alcanzó el segundo ciclo como máximo grado, comportamiento similar al planteado en el estudio Maternidad y Unión en Niñas y Adolescentes donde el promedio de años de educación alcanzado es de apenas 3.93 y, por IDOBRO en el 2010 “el 74 % de la población dejó sus estudios, solamente el 10 % continúa estudiando y el 12 % se encuentran trabajando” y en otros estudios donde en algo más de la mitad de los casos, el embarazo en esta etapa de la vida ocurre cuando las jóvenes ya están fuera del sistema educativo y la pareja posee un nivel educativo superior al de la adolescente. Esta situación refleja que este fenómeno debe ser abordado de manera integral y con el apoyo de la intersectorialidad que permita generar oportunidades de estudio para la adolescente que no han alcanzado algún nivel educativo básico y/o abandonan sus estudios producto del embarazo.

Se puede observar que el rango de edad tanto de las adolescentes con embarazo subsecuente que verificaron parto como el de sus madres para su segundo parto fue de 15 a 19 años y que más de la mitad de ellas no recibió orientación sobre planificación familiar por su madre y/o suegra, posterior a su primer hijo, permite evidenciar 1) que el patrón se repite en estas adolescentes y 2) que uno de los factores que puede ayudar a prevenir un segundo embarazo es el ejemplo,

orientación y apoyo familiar en especial el de la madre como se plantea un estudio realizado en el 2013 en El Salvador y en el blog de embarazo precoz del 2008.

Dentro de los resultados obtenidos llama la atención que pese a que el 90% de las adolescentes consideran el haber tenido su segundo hijo entre los 15 y 19 años no fue la mejor edad, el 63% lo tuvo por decisión propia y solo el 7% fue por falta de acceso a métodos de planificación familiar y el 3% porque fueron obligadas por su pareja, situaciones que deben indagarse a mayor profundidad, ya que si solo tomásemos en cuenta la percepción de la edad a la que tuvieron su segundo hijo las adolescentes pareciera ser que los embarazos no son planeados ni inicialmente deseados, lo que demuestra la necesidad de implementar o intensificar acciones que faciliten a los y las adolescentes las habilidades y las herramientas necesarias para ejercer su sexualidad sin riesgo de embarazo.

A pesar de que el 83.33% de las adolescentes entrevistadas presentaron un primer embarazo sin complicaciones solo el 63.33% tuvo un parto fisiológico, lo que quiere decir que la primera situación no necesariamente garantiza la segunda y que debió tomarse en cuenta para evitar algún tipo de complicaciones en el segundo embarazo y parto que pueden conllevar a elevar las tasas de morbilidad materna y neonatal como lo plantea la OMS en el 2014.

Las adolescentes que inician su vida sexual a edades tempranas, entre los 10 y 14 años y tuvieron su primer hijo entre los 15 y 19 años son más vulnerables a presentar un segundo embarazo en este mismo rango de edad con un periodo intergenésico de 1 a 2 años, situación que coincide al planteamiento realizado en La Estrategia Nacional Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y en Adolescentes 2017-2027, donde desde el enfoque de la determinación social,



existen factores que, combinados, exponen a las niñas y a las adolescentes a condiciones de mayor vulnerabilidad; como el inicio temprano de las relaciones sexuales y, de igual manera este comportamiento se observa en otros países de América Latina, según lo referido por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en el 2014 y por Escobar en el V curso internacional de adolescencia, donde la probabilidad que una adolescente entre 13 y 17 años que ya inició actividad sexual tenga tres o más hijos aumenta con la edad así como también nuevamente luego de un parto o un aborto, en el lapso de 1 y de 2 años (30% y de 25 a 50%, respectivamente), dato que también se confirma según lo expuesto en la ENDS 2010 sobre el intervalo intergenésico que: “entre mayor la edad de las madres, mayor el espaciamiento entre los hijos”.

La Estrategia Nacional Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y en Adolescentes 2017-2027 plantea que desde el enfoque de la determinación social, existen factores que, combinados, exponen a las niñas y a las adolescentes a condiciones de mayor vulnerabilidad; destacando: la población que está fuera del sistema educativo o que interrumpe su trayectoria educativa, la limitada educación integral de la sexualidad, el inicio temprano de las relaciones sexuales sin protección, la inconsistencia en el uso de métodos anticonceptivos y el limitado acceso a los servicios de salud con atención amigable para la población adolescente.

En las adolescentes entrevistadas el 100% de las adolescentes aluden conocer al menos un método de planificación familiar y el 90% de ellas hace uso de los mismos y tan solo el 10% no lo hace por la religión que practica, fenómeno que puede respaldar el hecho que entre los años 2015 y 2018 en El Salvador se registró una disminución de 9 mil embarazos en adolescentes menos, más sin



embargo este comportamiento es diferente al esperado según otros estudios, como lo referido en el Informe de Consulta Técnica de agosto 2016 por OPS-UNICEF-LACRO donde un buen porcentaje de las adolescentes tienen una necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos y se hallan, por consiguiente, en riesgo de embarazo involuntario y por IDOBRO en el 2010 “Solamente el 11 % de la población adolescente con embarazo subsecuente tenía algún conocimiento sobre los métodos anticonceptivos y los usaron alguna vez”.

El hecho que nuestras adolescentes conozcan y hagan uso de métodos de planificación familiar en gran porcentaje nos permite inferir que el uso de los métodos de planificación familiar en nuestro país está siendo sistémico y que se está logrando incidir a través del personal de salud en el territorio., especialmente a través del Promotor de Salud quien provee en mayor porcentaje las inyecciones que se registran como las de mayor uso por las adolescentes desplazando a las pastillas y los preservativos masculinos, en base a esto deberá fortalecerse el uso del preservativo como el método de planificación familiar más seguro e inocuo para la adolescente dentro del tipo de servicio: métodos anticonceptivos modernos y de larga duración y promoción de la adherencia sobre su uso que ya se provee.

Del total de las adolescentes entrevistadas todas han tenido acceso al menos a uno de los servicios y /o programas relacionados a la prevención del embarazo en las adolescentes que están siendo implementados como parte de la Estrategia Nacional Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2017-2027, lo que probablemente contribuye mejorar el uso de métodos anticonceptivos entre personas sexualmente activas y a la disminución de inscripciones prenatales en las edades de 10 a 19 años que El Salvador está experimentando desde el 2012 y más marcado durante el 2017, según los datos



reflejados en el Informe de Labores MINSAL, 2017-2018, para ello es necesario que los servicios de salud sigan realizando el seguimiento estricto y de forma eficaz a través de la visita domiciliar como norma obligatoria en los casos de adolescentes que ya tuvieron un primer hijo y presentan otros factores condicionantes de vulnerabilidad con la finalidad de evitar un embarazo subsecuente.

VII. CONCLUSIONES

- Las adolescentes estudiadas se caracterizan por encontrarse entre las edades de los 15 y 19 años, que decidieron tener su segundo hijo, cuya procedencia es a predominio del área urbana, con un nivel educativo nulo o muy bajo, que conviven con su pareja bajo unión libre, que conocen y hacen uso en un alto porcentaje de métodos de planificación familiar a predominio de las inyecciones, siendo su principal proveedor el personal de salud del Sistema Público.
- Se identificó que dentro de los factores que están relacionados con el embarazo subsecuente se encuentran 1) el nulo o bajo nivel educativo de las adolescentes, 2) la práctica de la religión católica, 3) inicio de relaciones sexuales a edades tempranas, 4) haber tenido su primer hijo entre los 15-19 años, 5) antecedente que su madre fue madre en la adolescencia y 6) falta de orientación de madres y/o suegras hacia las adolescentes sobre el uso de métodos de planificación familiar posterior a su 1er hijo.



VIII. RECOMENDACIONES

- Realizar un segundo estudio orientado a una estrategia educativa en este grupo de edad, tanto en el área rural como urbana, tomando muy en cuenta las características socio culturales y religiosas, para el manejo y control del embarazo en la adolescencia
- Implementar como parte de las acciones planteadas en la Estrategia Nacional Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2017-2027, el componente sociocultural y educativo junto a las acciones orientadas a la provisión de métodos de planificación familiar.



BIBLIOGRAFÍA

(1) Gabinete de Gestión Social e Inclusión/El Salvador. Estrategia Nacional Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2017-2027. 1era. Edición. El Salvador, diciembre 2017. 15-18p.

(2) Ministerio de Salud. Informe de Labores MINSAL, 2016-2017. 1era. Edición. El Salvador, julio 2017.

(3) Ministerio de Salud. Informe de Labores MINSAL, 2017-2018. 1era. Edición. El Salvador, mayo 2018.

(4) Binstock Georgina y Gogna Mónica. Comportamiento Reproductivo y Fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa. 1era edición, Río de Janeiro, Brasil, 2014. Cáp. 8: Entornos del Primer y Segundo Embarazo en adolescentes en Argentina. 168-169p.

(5) Pulido Matilde, Trujillo Elvia, Ibarra Martha, Gonzales María. Embarazo Subsecuente en la Adolescencia. Estudio Exploratorio. Tierralta, Córdoba-Colombia, octubre 2015. 5-7p.

(6) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. Panorama general adolescencia y juventud (internet). New York; 2006; (citado junio 2018) (aprox 2p). Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/adolescence/index_bigpicture.html

(7) Valera Milagros, Pérez Rafael, Yneska Agüero, Yorvely Gómez Educación Sexual Embarazo Precoz. Publicado por Aborto en 17:55 blogspot (internet) 2008; (citado 13 de marzo 2019) (aprox 7p). Disponible en: <http://aborto-embarazoprecoz.blogspot.com/2008/02/embarazo-precoz.html>

(8) Alba Luz. Salud de la adolescencia en Colombia: bases para una medicina de prevención. Revista Universitas Medica (internet). Colombia 2010, (citado 23 de febrero 2019); volumen 51 número1, (29-42p). Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/15966>

(9) Escobar José. Conferencia 4: Prevención del embarazo subsecuente, “una tarea impostergable” (internet). Ecuador. 2006, (citado 23 de febrero 2019); (aprox 9p) Disponible en: <https://docplayer.es/5865426-Conferencia-4-prevencion-del-embarazo-subsecuente-una-tarea-impostergable.html>

(10) Ministerio de Salud. Lineamientos Técnicos para la Atención de La Mujer en el Período Preconcepcional, Parto, Puerperio y al Recién Nacido. 4ta Edición El Salvador, agosto 2011. 16-17p.

(11) -Mendoza Martha, Eugenio Jorge Gil Elisa, Ortiz Roberto, Blackaller Jorge, Benítez Ricardo. El embarazo en la adolescencia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología (internet) México 2015, (actualizado octubre -diciembre 2015, citado 23 de febrero 2018), (242-252p) Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/291/364>

(12) Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Acelerar el progreso



hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica 29-30 agosto. Washington D.C., EE. UU, 2016. 17-37p.

(13) Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF. Observatorio del Bienestar de la Niñez No. 14. Análisis de los factores de riesgo que inciden en la fecundidad adolescente, Edición octubre 2015, Colombia. 8p.

(14) PROFAMILA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Capitulo V. Colombia. 2010. 9-115p.

(15) Idrobo Inés. Prevención del embarazo subsecuente en adolescentes Centro de Salud de Catamayo. Tesis de maestría. Universidad Guayaquil Facultad Ciencias Médicas, Ecuador 2012. 7p.

(16) Andrade María. Experiencias de las adolescentes en relación a su primer embarazo y embarazo subsecuente; factores condicionantes y sus consecuencias en mujeres de 15 a 19 años que son atendidas en el S.C.S PUENGASÌ/1 en el año 2009. Tesis de maestría. Universidad Andina Simón Bolívar. Ecuador. 2009. 4p. (sitio en internet) (consultado 21 febrero 2019) Disponible en: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/2969/1/T0846-MA-Andrade-experiencias%20de%20las20adolescentes.pdf>

(17) Gómez Ángela, Gutiérrez María, Izzedin Romina, Sánchez Lian, Herrera Nelson, Ballesteros Magnolia. Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá. Revista de salud pública. 14 (2) (internet) Colombia 2012, (citada 22 febrero 2019). (aprox



7p). Disponible en <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/2086323>)

(18) Ministerio de Salud. Estudios de caso sobre prácticas exitosas de prevención del segundo embarazo en madres adolescentes desde la desviación positiva. El Salvador 2013. 21p.

Fondo de las Naciones Unidas en El Salvador. Estado de la Población Mundial. Maternidad en la Niñez 2013. Enfrentar el Reto del Embarazo en Adolescentes. New York, Estados Unidos de América, 2013.

Ministerio de Salud/Instituto Nacional de Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Encuesta Nacional de la Salud 2014, Resultados Principales.

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. El Salvador, noviembre de 2015.

Fondo de las Naciones Unidas en El Salvador, Mapa de Embarazos en Niñas y Adolescentes en El Salvador 2015. 1era. edición, julio 2016.

Fondo de Población de las Naciones Unidas en El Salvador. Costo Económico de Embarazo en Niñas y Adolescente, El Salvador 2017. 1era edición, septiembre 2017.



ANEXOS

Anexo 1:

Investigación en Salud											
Cuestionario dirigido a las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo de septiembre a noviembre del año 2018.											
Objetivo del Cuestionario:	Obtener información que permita caracterizar a las adolescentes con embarazos subsecuentes a través de la identificación de factores sociodemográficos, socioculturales, educativas y reproductivas que pueden estar relacionados con la aparición de este fenómeno.										
Entrevistador:	<input type="text"/>										
Hospital donde se realiza la Investigación:	<input type="text"/>										
Fecha:	<input type="text"/>										
Nombre de la participante:	<input type="checkbox"/> Carácter anónimo	Edad:	10-14años <input type="checkbox"/>	15-19años <input type="checkbox"/>	Estado Civil:	Soltera <input type="checkbox"/>	Casada <input type="checkbox"/>	Viuda <input type="checkbox"/>	Acompañada <input type="checkbox"/>		
En caso que este casada o acompañada ¿vive con su pareja?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Edad de pareja:	10-14años <input type="checkbox"/>	15-19años <input type="checkbox"/>	20-25años <input type="checkbox"/>	25-30años <input type="checkbox"/>	Mayor de 30años <input type="checkbox"/>	Estudia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Trabaja: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Grado de escolaridad que cursa: 1 ^{er} ciclo <input type="checkbox"/> 2do ciclo <input type="checkbox"/> 3 ^{er} ciclo <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/>
Lugar de Residencia:	Departamento:	<input type="text"/>			Municipio:	<input type="text"/>		Cantón:	<input type="text"/>		
Características de la Vivienda:	El piso de la vivienda es de:	Tierra <input type="checkbox"/>	Cemento <input type="checkbox"/>	Ladrillo <input type="checkbox"/>	Mixto <input type="checkbox"/>	Acceso agua potable:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Acceso a energía eléctrica:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Qué religión practica?	Católica <input type="checkbox"/>	Evangélica <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	Ninguna <input type="checkbox"/>							
¿A que edad tuvo su mamá su segundo hijo?	10-14 años <input type="checkbox"/>	15-19 años <input type="checkbox"/>	20-25 años <input type="checkbox"/>	Más de 25 años <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>						
Actualmente ¿se encuentra estudiando?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	1 ^{er} Ciclo <input type="checkbox"/>	2do Ciclo <input type="checkbox"/>	3 ^{er} Ciclo <input type="checkbox"/>	Universidad <input type="checkbox"/>	Bachillerato <input type="checkbox"/>				
Menarquia:	10-14años <input type="checkbox"/>	15-19años <input type="checkbox"/>	¿A los cuantos años tuvo su primera relación sexual?			10-14años <input type="checkbox"/>	15-19años <input type="checkbox"/>	¿A que edad tuvo su primer hijo?		10-14años <input type="checkbox"/>	15-19años <input type="checkbox"/>
Su 1 ^{er} Embarazo fue:	Normal <input type="checkbox"/>	Complicaciones <input type="checkbox"/>	Tipo de parto: Normal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/>								
¿A que edad tuvo su segundo hijo?	10-14 años <input type="checkbox"/>	15-19años <input type="checkbox"/>	¿Considera que la edad a la que lo tuvo, fue la mejor?			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>				
Periodo intergenésico entre el 1ero. Y el 2do. embarazo	Menos de 1a <input type="checkbox"/>		Entre 1-2a <input type="checkbox"/>		Más de 2a <input type="checkbox"/>						
Posterior a su 1 ^{er} hijo ¿su mamá y/o su suegra le dieron alguna indicación sobre algún método de planificación para no volver a quedar embarazada?						Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>				
¿Por qué decidió tener más de un hijo?	Decisión propia <input type="checkbox"/>	Accidenta <input type="checkbox"/>	Falta de acceso a Métodos de Planificación Familiar <input type="checkbox"/>	Obligación de la pareja <input type="checkbox"/>	Violación <input type="checkbox"/>	Otras causas <input type="checkbox"/>					
¿Esta de acuerdo con la planificación familiar?	Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>								
¿Conoce algún método anticonceptivo?	Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		Si es si, cuáles:	Pastillas <input type="checkbox"/>	Inyecciones <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>			
¿Cuál Método Anticonceptivo ha utilizado?	Pastillas <input type="checkbox"/>	Inyecciones <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>								
¿Quién le provee le ha provisto el metodo de planificación familiar?	Promotor de Salud <input type="checkbox"/>	UCSF <input type="checkbox"/>	Hospital <input type="checkbox"/>	ISS <input type="checkbox"/>	Compra <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>					
A parte de su mamá y/o suegra, ¿el personal de salud le ha hablado u ofrecido la opción de planificar con algun metodo de planificación familiar?						Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>				
Conoce y/o ha tenido acceso a:	Educación integral de la sexualidad. <input type="checkbox"/>	Servicios amigables de salud sexual y reproductiva. <input type="checkbox"/>		Métodos anticonceptivos modernos y de larga duración y promoción en la adherencia sobre su uso. <input type="checkbox"/>							



Anexo 2:

Consentimiento Informado para participar en un estudio de Investigación en Salud

Título del protocolo: Caracterización de las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo de julio a septiembre del año 2018.

Investigador Principal: Mónica Inés López de Quijano

Hospital donde se realiza el estudio: _____

Entrevistador: _____

Fecha: _____

Yo, XXXX, he sido informada por el estudiante de 3^{er} año de residentado de la especialidad de Gineco-obstetricia, sobre el interés de realizar una entrevista a mi persona, de carácter informativo, cuyo fin es netamente académico.

El/la Residente en formación me ha explicado la naturaleza, el propósito de la entrevista, me ha leído y mostrado las preguntas, ha explicado el fin de su realización y me ha notificado que la información proporcionada por mi, será de absoluta reserva y confidencialidad; por lo cual me comprometo a brindar información verídica y concreta.

Durante el proceso a seguir se me ha explicado que me sienta en la absoluta libertad de preguntar sobre cualquier aspecto que me ayude a aclarar las dudas que puedan surgir y que todas ellas serán contestadas completa y satisfactoriamente a mi entender y comprensión.

En función de lo expuesto, y previa valoración de la información recibida, por escrito y verbalmente, consiento la entrevista propuesta.

Confirmando que he comprendido perfectamente lo anteriormente enunciado y ratifico el consentimiento general que diera al aceptar este tipo de procedimiento.

Firma del participante: _____

Firma del entrevistador: _____



Anexo 3:

Declaración Jurada y Compromiso de Estricta Confidencialidad

Por el presente documento, yo Mónica Inés López de Quijano, con Documento Único de Identidad N° 01634460-8, con domicilio Residencial Altos de Santa Teresa Colonia La Sabana, Polígono F-5 #18, Municipio de Santa Tecla, Departamento de La Libertad, con carácter de declaración jurada y compromiso, manifiesto lo siguiente:

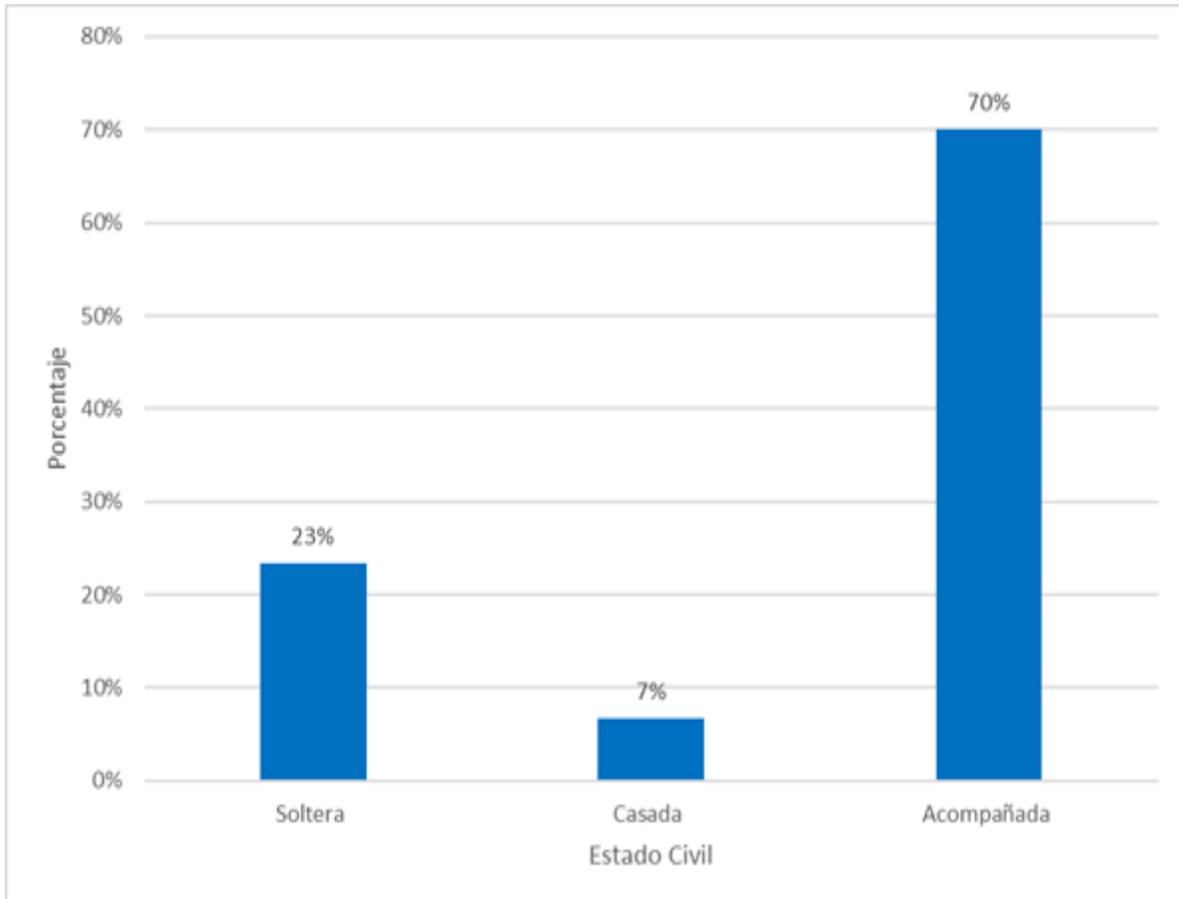
1. Que la suscrita en calidad de Investigador Principal del estudio denominado "Caracterización de las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo de julio a septiembre del año 2018", que se realiza como requisito para obtener el título de Máster en Epidemiología como parte del Convenio, se llevará a cabo durante los meses de julio, agosto y septiembre del 2018 en los Hospitales siguientes: Hospital Nacional de la Mujer, Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana y Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel.
2. Que la investigación de la referencia es original e inédita, y no ha sido realizada, desarrollada o publicada, parcial ni totalmente, por o para terceras personas naturales o jurídicas; ni se trata de un trabajo, tesis o proyecto de investigación anteriormente desarrollado parcial o totalmente por la suscrita.
3. Que declaro y dejo expresa constancia que en el supuesto que incurra en incumplimiento en la originalidad o en el carácter de inédito de la investigación referida, o en el caso de incurrir en plagio parcial o total de la misma, convengo en los efectos que produzcan dichos incumplimientos.
4. Que declaro que los resultados encontrados serán de estricta confidencialidad y uso exclusivo de las Autoridades Hospitalarias y del MINSAL para los fines que estime pertinente.
5. De la misma manera, declaro y convengo, que por los incumplimientos en la originalidad o en el carácter de inédito de la investigación referida, o en el caso de incurrir en plagio parcial o total del mismo, puedo afectar la imagen y/o causar daños y perjuicios y/o generar problemas por derechos de autor a las instituciones involucradas, y por los cuales dichas instituciones se reservan el derecho de iniciar las acciones legales de carácter civil y/o penal que estimen pertinente.

San Salvador, martes 17 de Julio de 2018.

Firma de la Suscrita: _____.

Mónica Inés López de Quijano

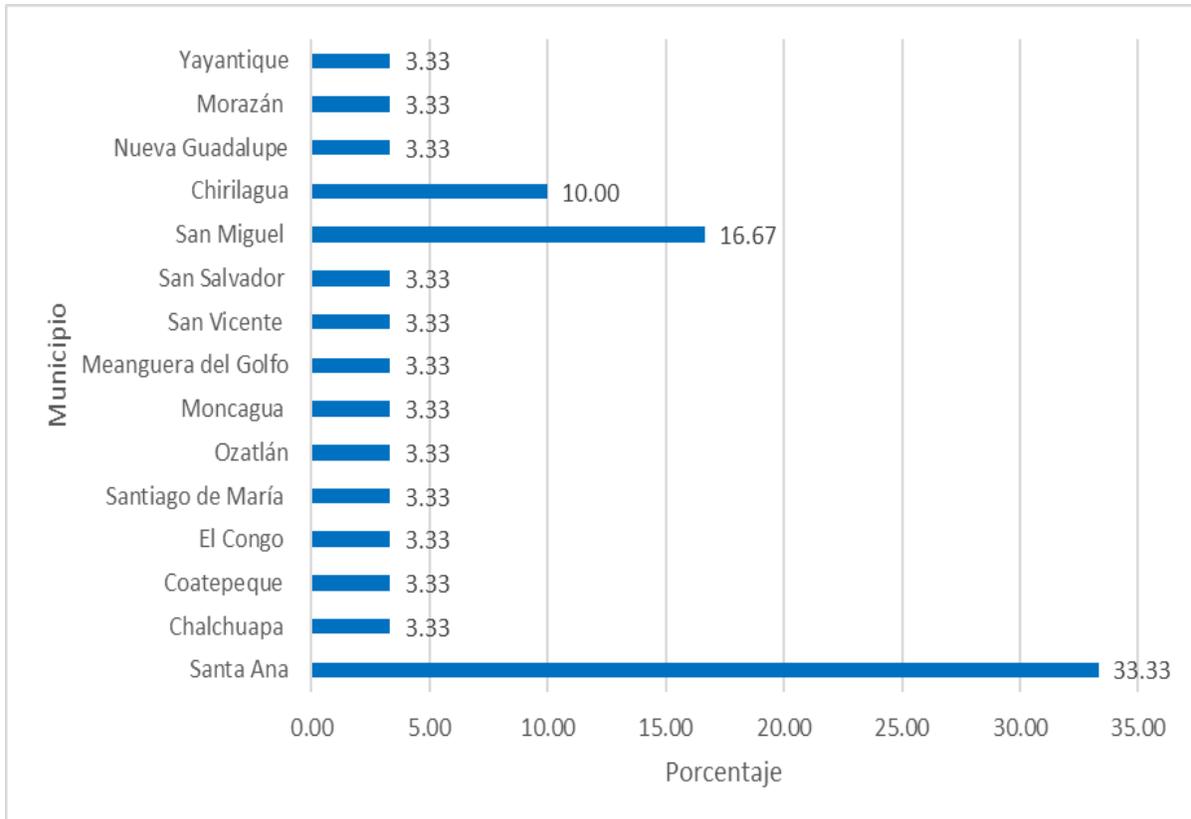
Anexo 4



Gráfica No. 1: Estado Civil de adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo septiembre – Noviembre del año 2018.

Fuente: Tabla No. 1.

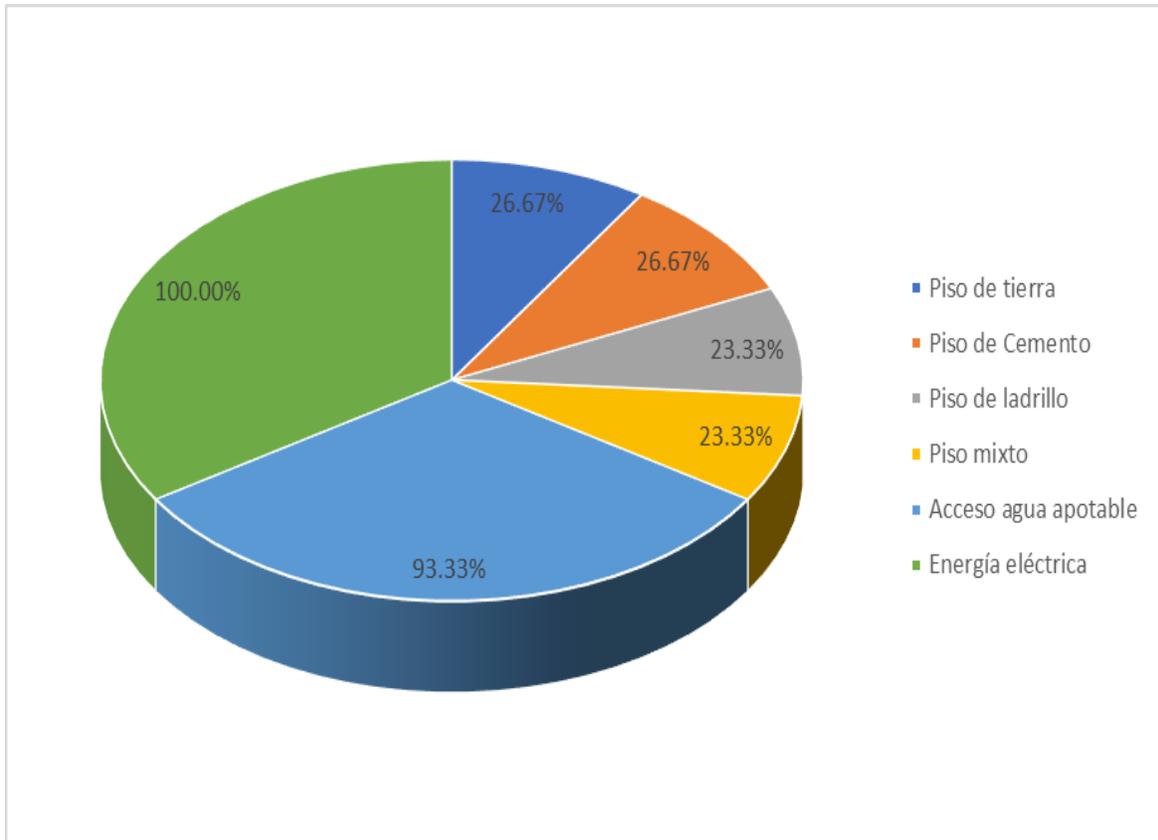
Anexo 5



Gráfica No. 2: Lugar de Residencia por Departamento y Municipio de las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo septiembre – Noviembre del año 2018.

Fuente: Tabla No. 2.

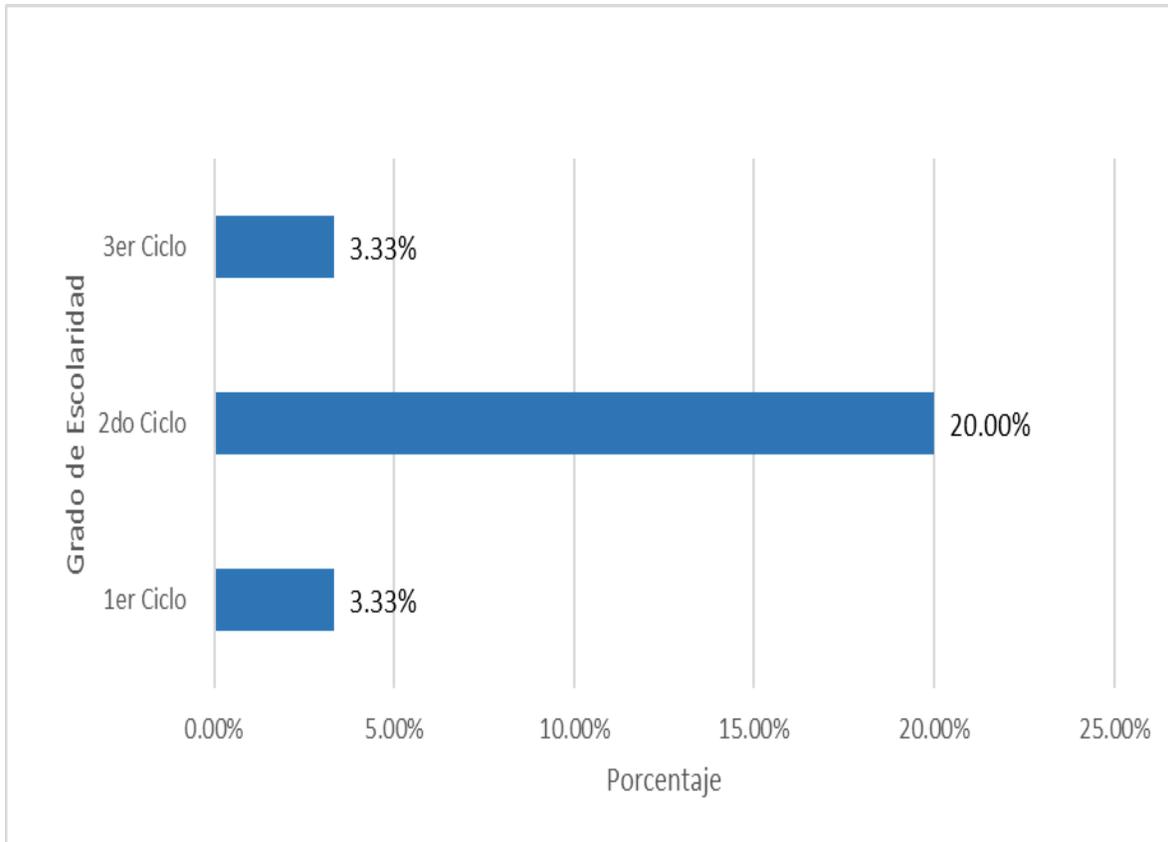
Anexo 6



Gráfica No. 3: Características de la vivienda de las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo septiembre – Noviembre del año 2018.

Fuente: Tabla No. 3.

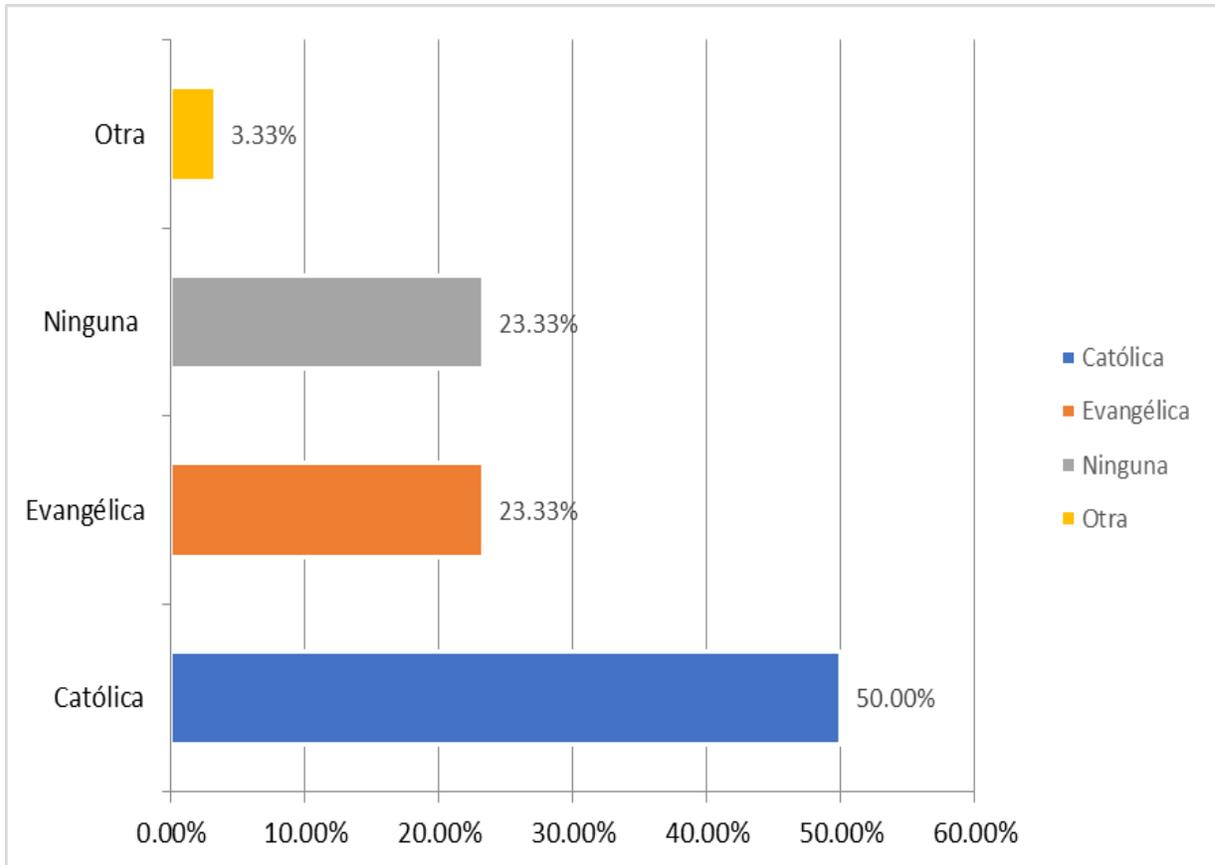
Anexo 7



Gráfica No. 4 Grado de Escolaridad de las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo septiembre – Noviembre del año 2018.

Fuente: Tabla No. 4.

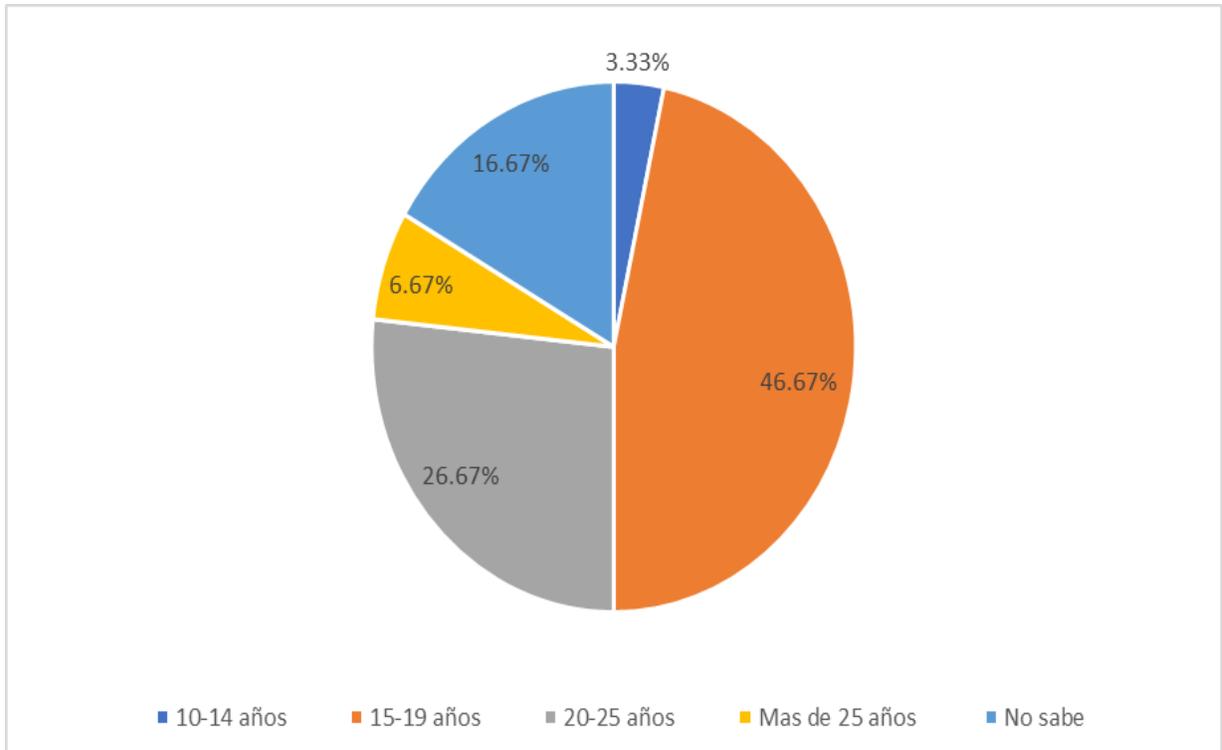
Anexo 8



Gráfica No. 5 Religión que practican las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo septiembre – Noviembre del año 2018.

Fuente: Tabla No. 5.

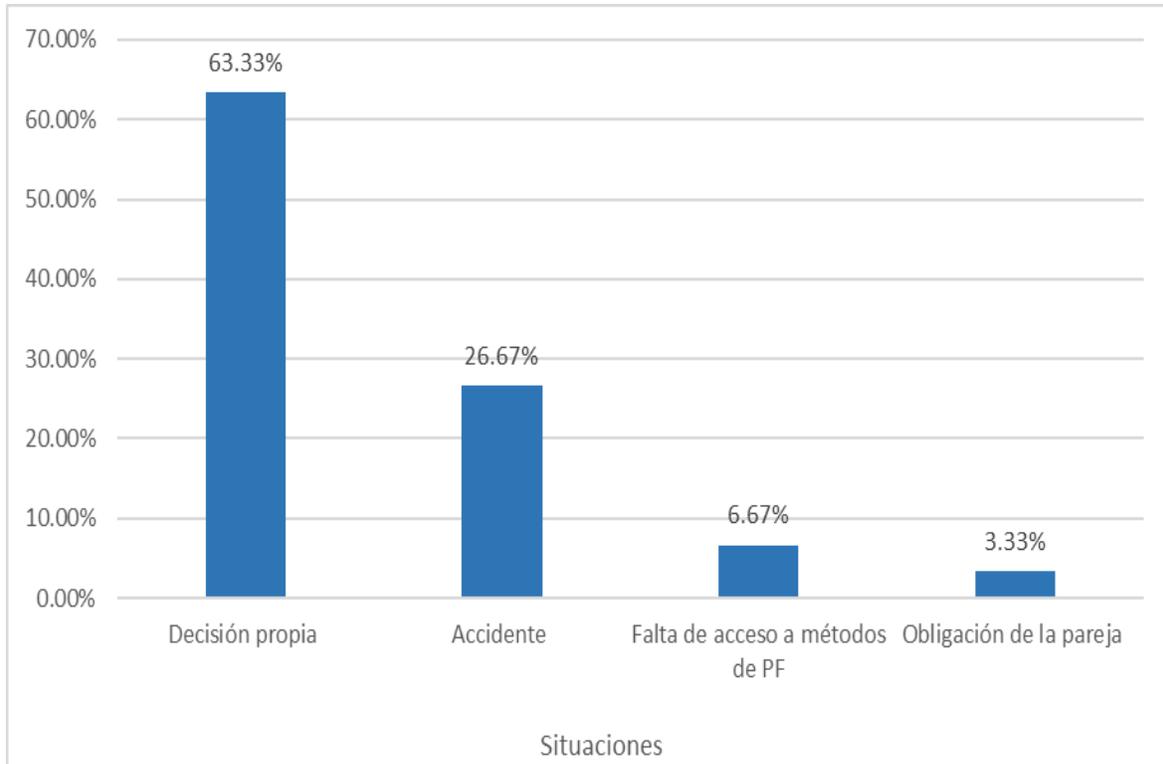
Anexo 9



Gráfica No. 6: Edades a las que las madres de las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo septiembre – Noviembre del año 2018 tuvieron su segundo hijo.

Fuente: Tabla No. 6.

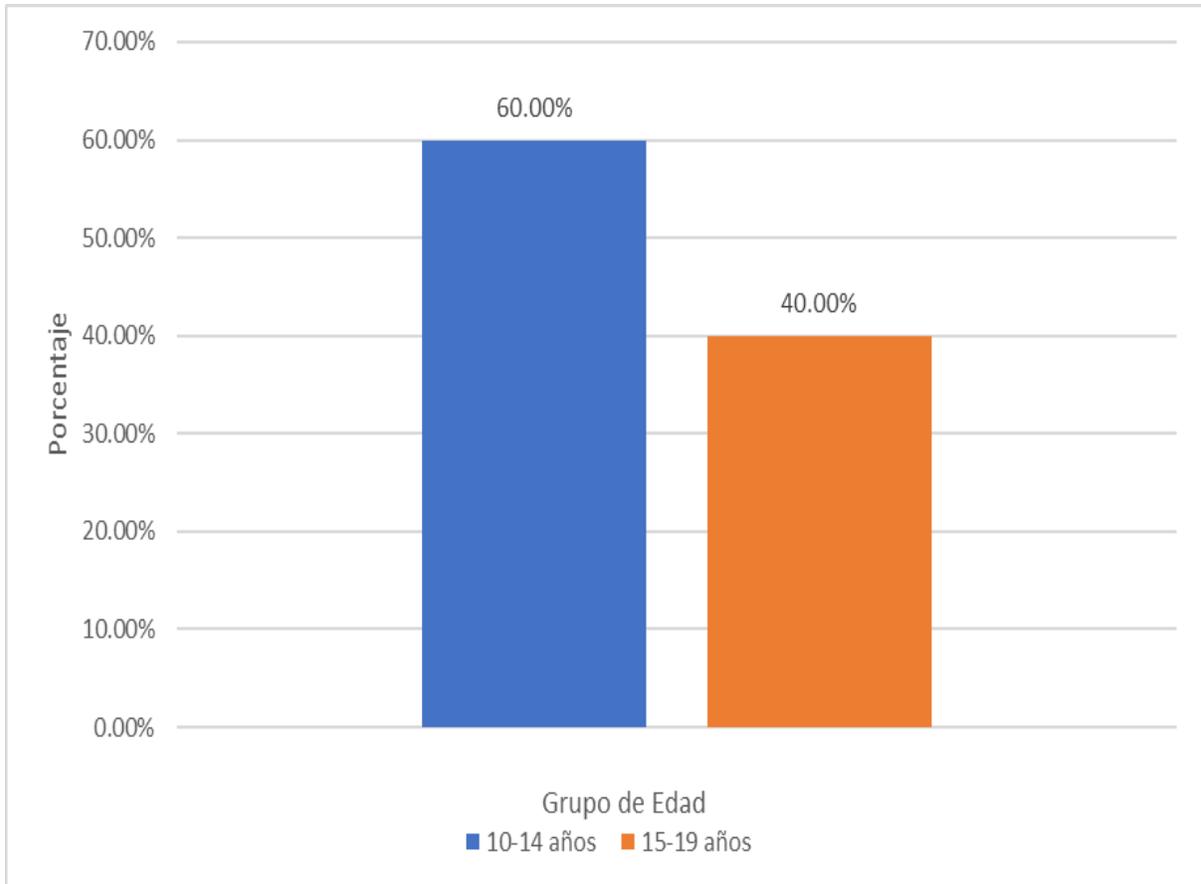
Anexo 10



Gráfica No. 7: Situaciones por las cuales las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo septiembre – Noviembre del año 2018 decidieron tener más de un hijo.

Fuente: Tabla No. 7.

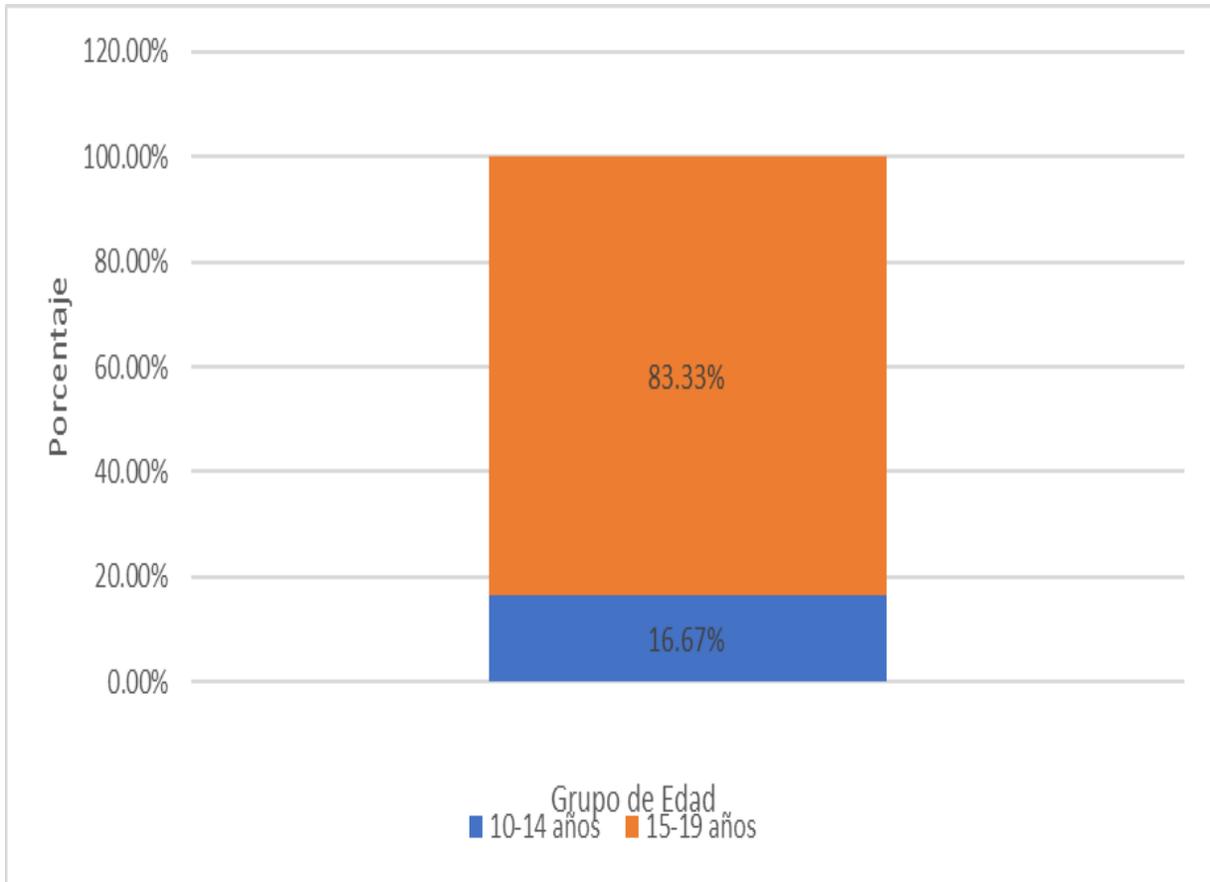
Anexo 11



Gráfica No. 8: Grupo de edades en las que las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo septiembre – Noviembre del año 2018 tuvieron su primera relación sexual.

Fuente: Tabla No. 8.

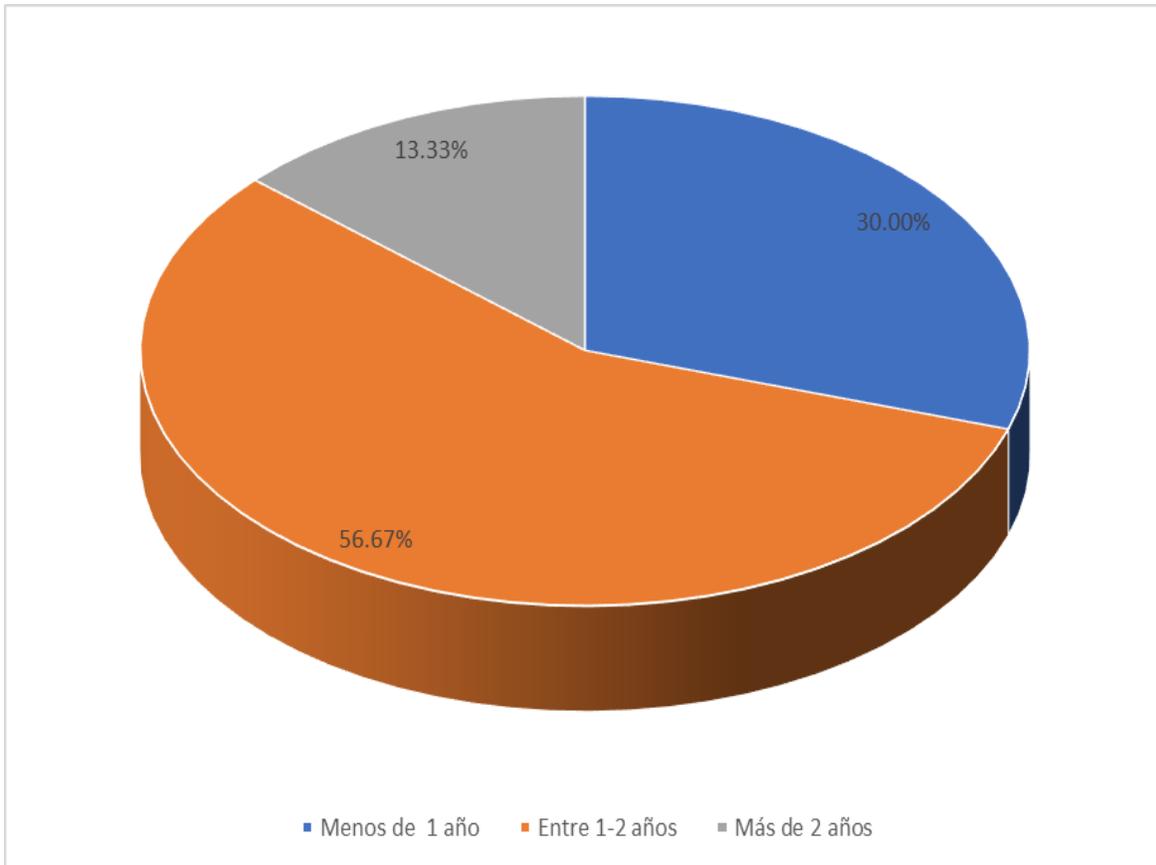
Anexo 12



Gráfica No. 9: Grupo de edades en las que las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo septiembre – Noviembre del año 2018 tuvieron su primer hijo.

Fuente: Tabla No. 9.

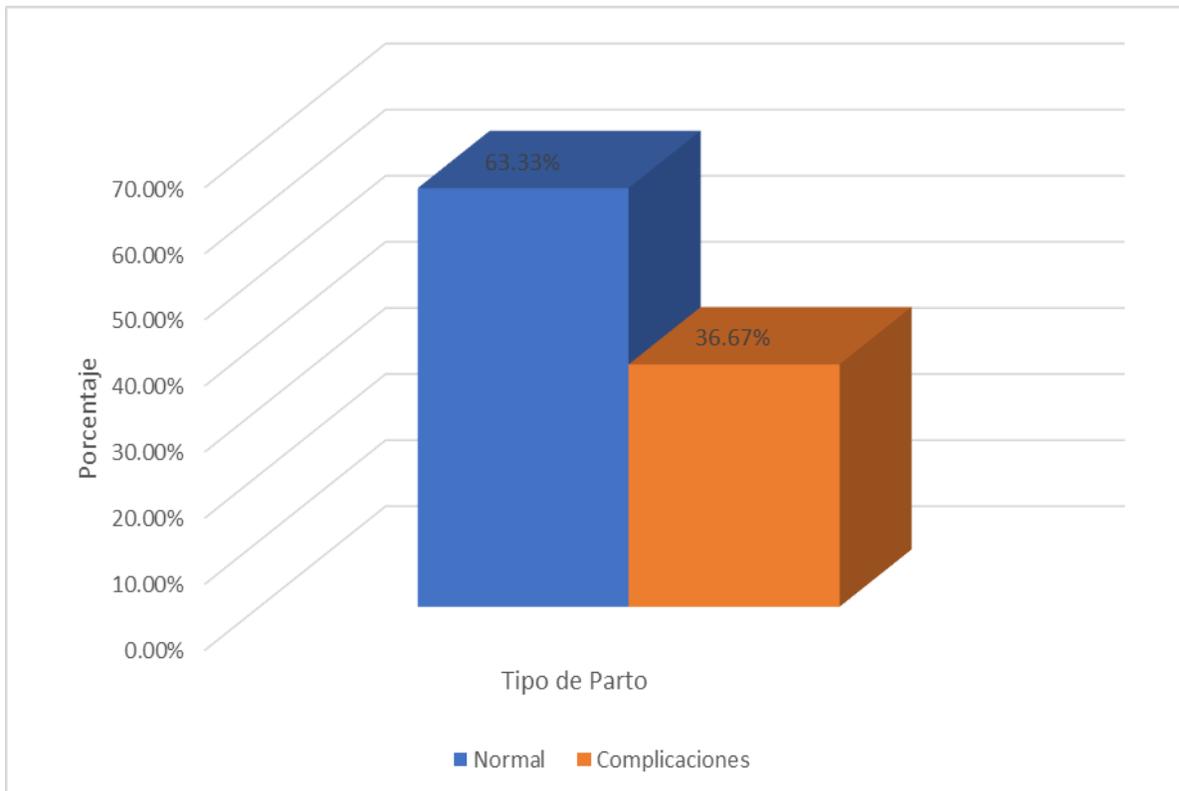
Anexo 13



Gráfica No. 10: Periodo Intergenésico entre el 1er y 2do embarazo de las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo septiembre – Noviembre del año 2018.

Fuente: Tabla No. 10.

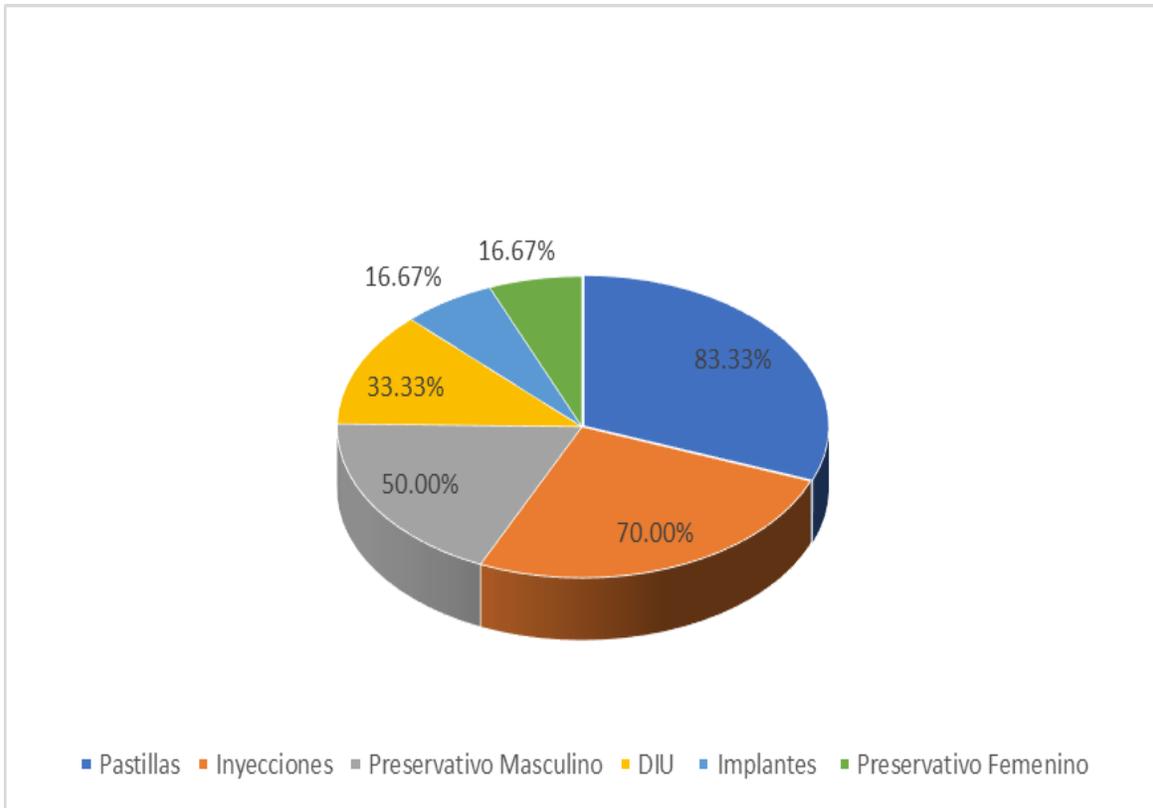
Anexo 14



Gráfica No. 11: Características y Tipo de Parto del 1er embarazo de las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo septiembre – Noviembre del año 2018.

Fuente: Tabla No. 11.

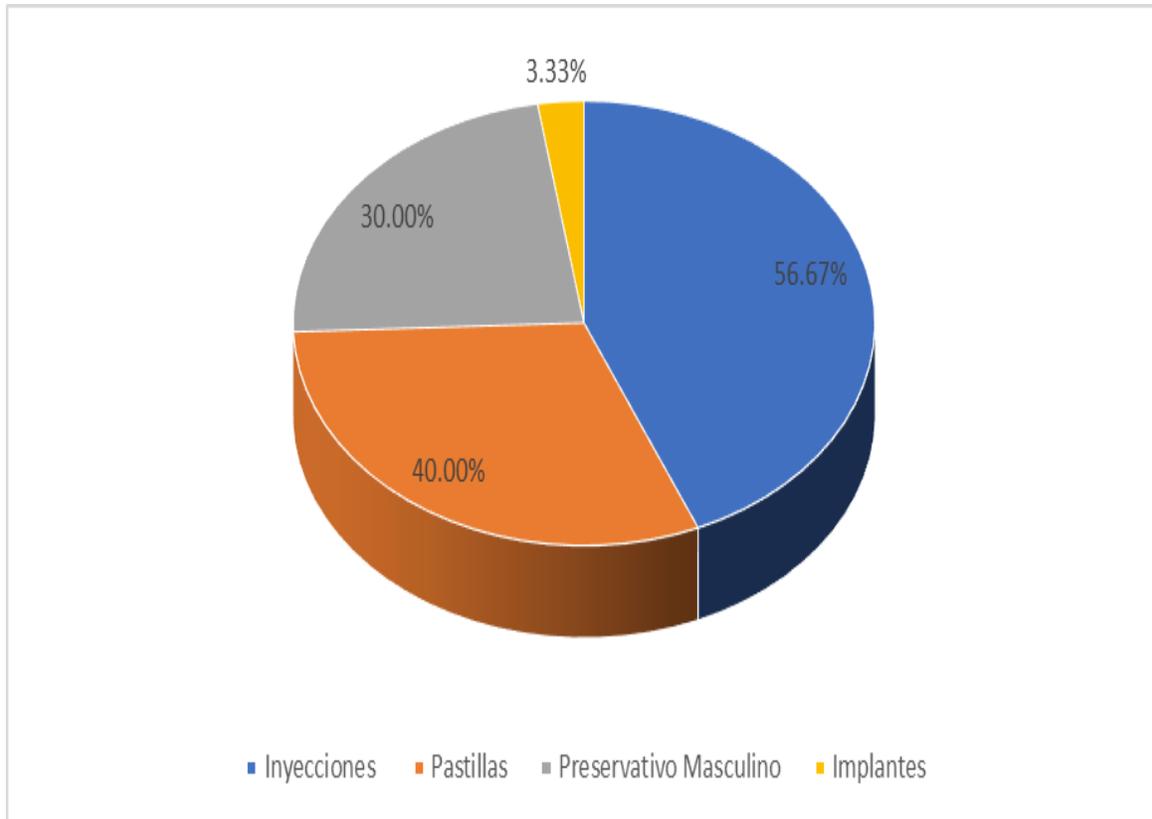
Anexo 15



Gráfica No. 12 Métodos anticonceptivos conocidos por las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo septiembre – Noviembre del año 2018.

Fuente: Tabla No. 12.

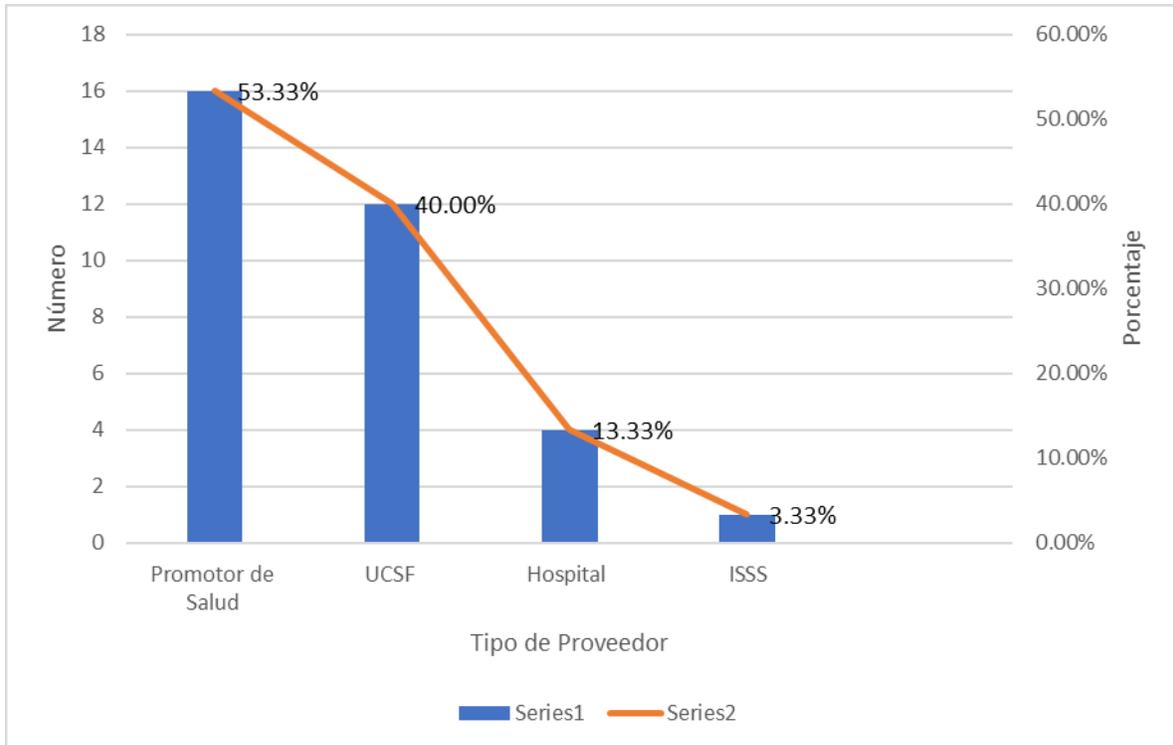
Anexo 16



Gráfica No. 13: Métodos anticonceptivos utilizados por las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo septiembre – Noviembre del año 2018.

Fuente: Tabla No. 13.

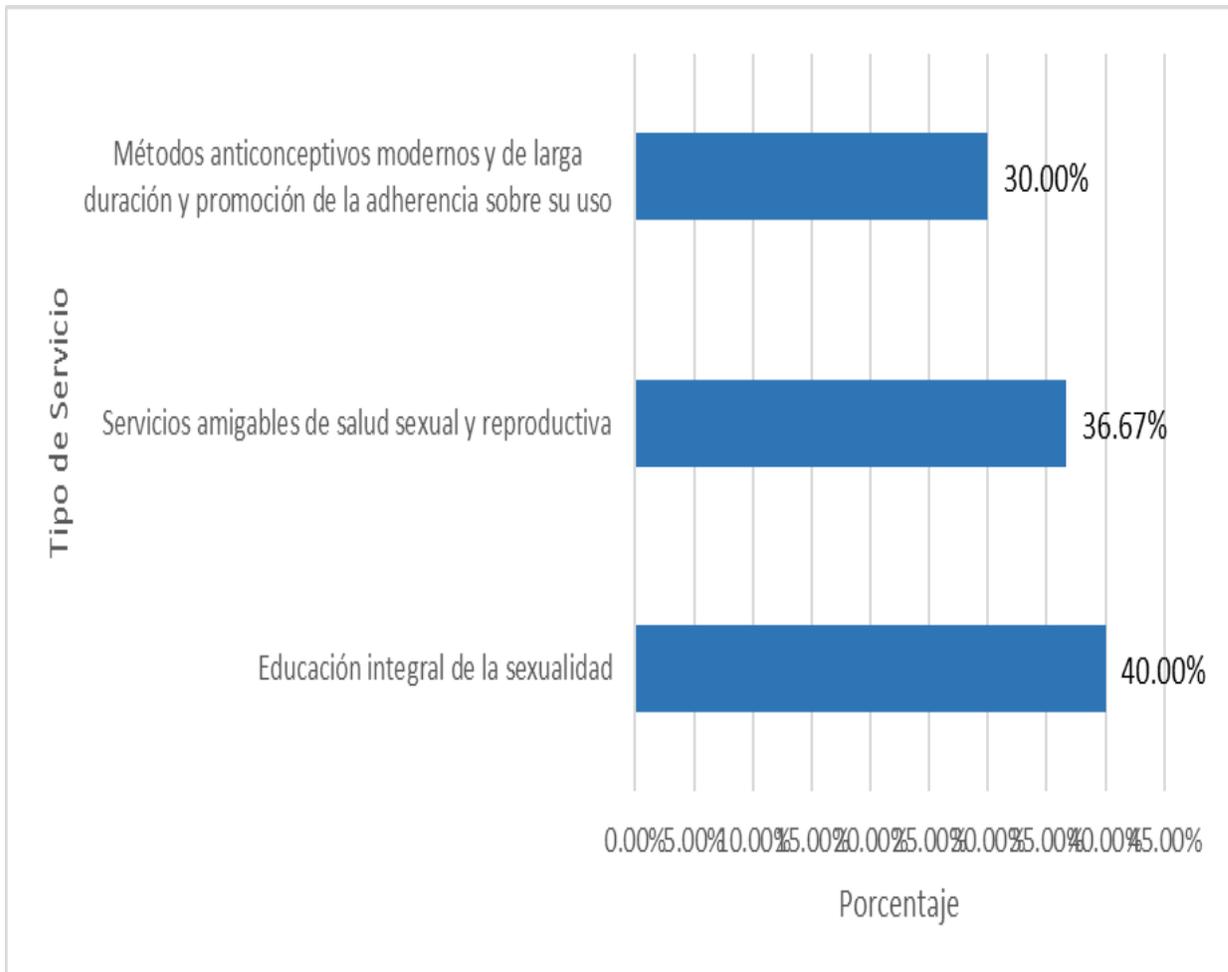
Anexo 17



Gráfica No. 14: Proveedor de Métodos de Planificación Familiar a las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo septiembre – Noviembre del año 2018.

Fuente: Tabla No. 14.

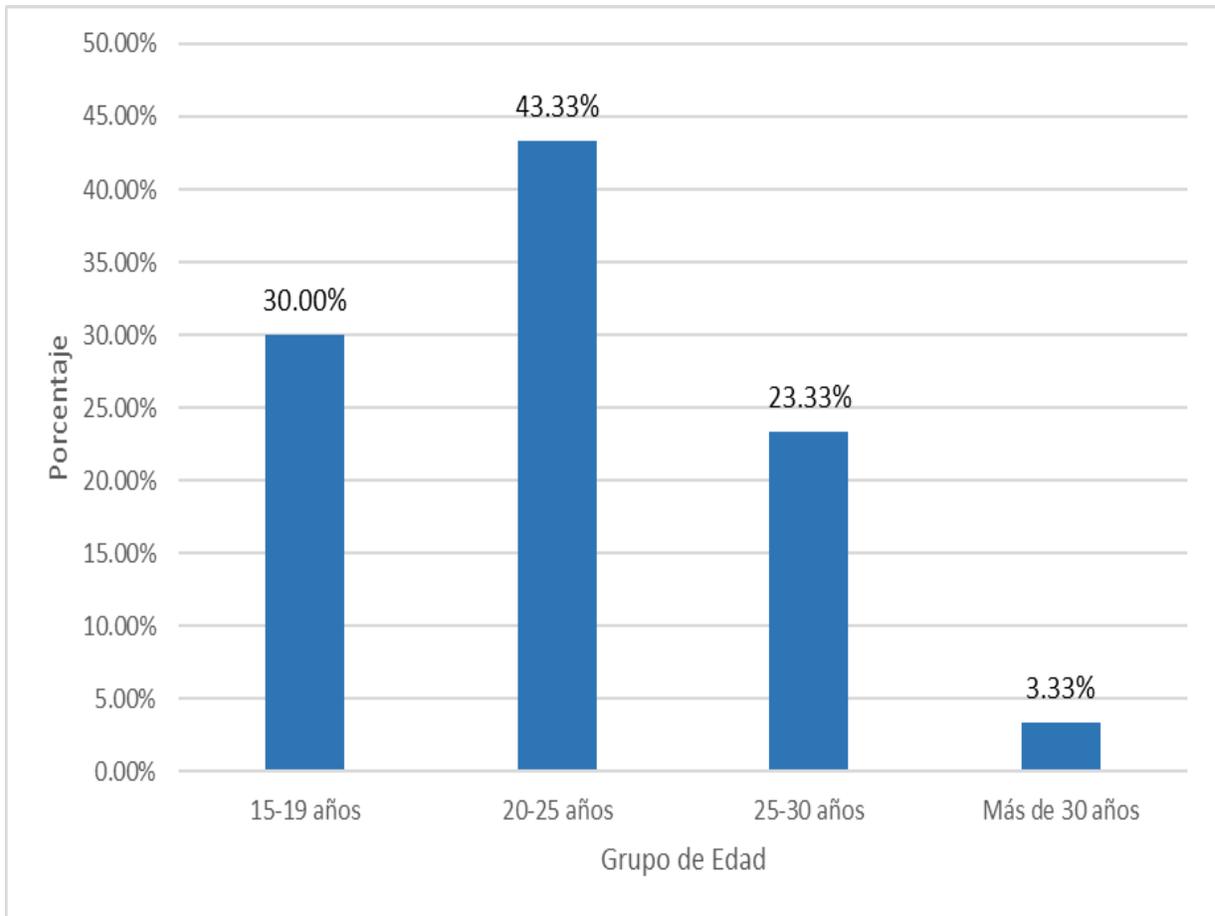
Anexo 18



Gráfica No. 15: Acceso a provisión de servicios relacionados a la prevención del Embarazo en las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo septiembre – Noviembre del año 2018.

Fuente: Tabla No. 15.

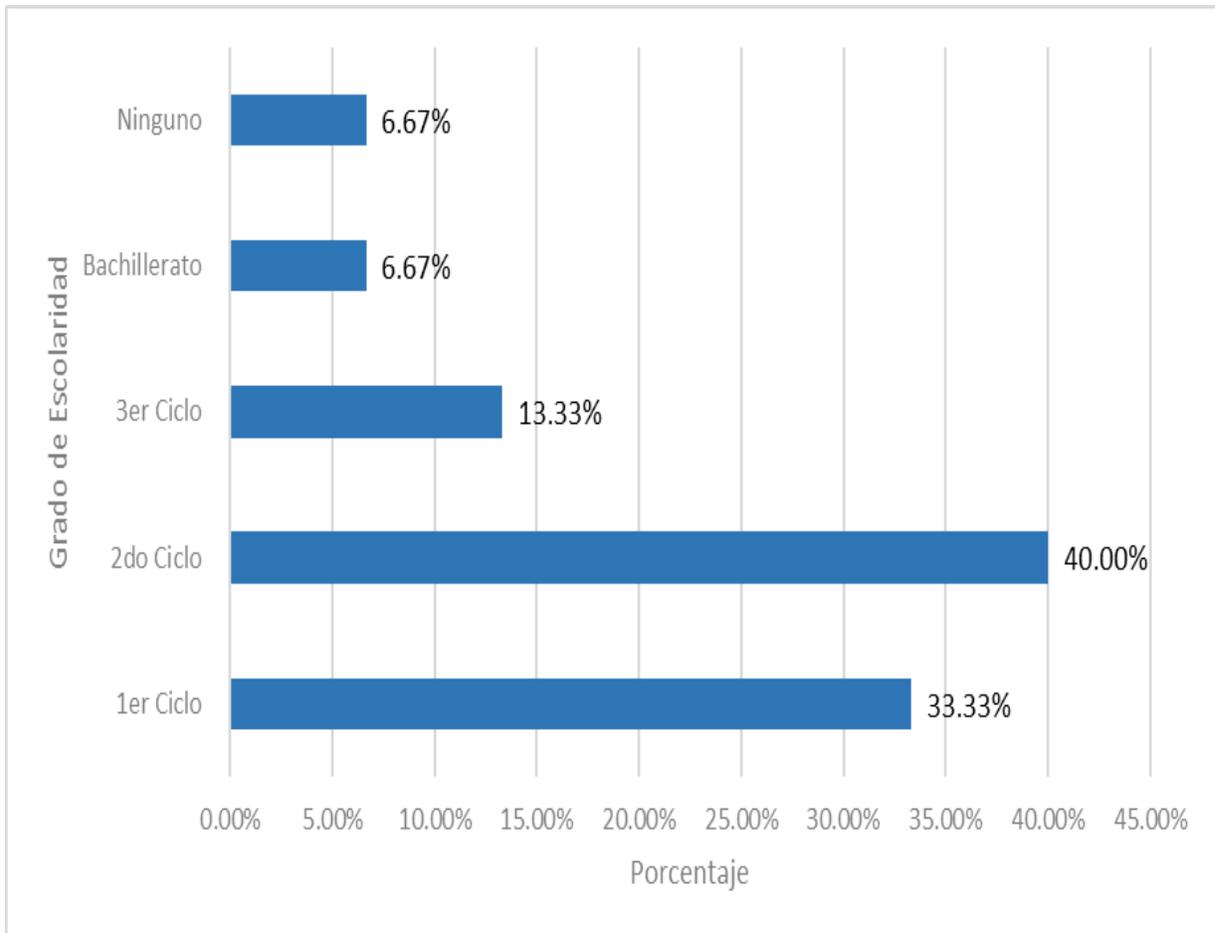
Anexo 19



Gráfica No. 16 Grupo de edades de las parejas de las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo septiembre – Noviembre del año 2018.

Fuente: Tabla No. 16.

Anexo 20



Gráfica No. 17: Grado de Escolaridad de la pareja de las adolescentes con embarazos subsecuentes que verificaron parto en tres Hospitales Nacionales de El Salvador durante el periodo septiembre – Noviembre del año 2018.

Fuente: Tabla No. 17.