

*Aspectos Bio-psico-sociales y
de género de las adolescentes
embarazadas atendidas
en el Programa de Adolescentes
del Hospital Nacional
de Maternidad
"Dr. Raúl Argüello Escolán"*



***INSTITUTO SALVADOREÑO PARA
EL DESARROLLO DE LA MUJER
(ISDEMU)***

***Aspectos Bio-psico-sociales y de género
de las adolescentes embarazadas
atendidas en el Programa de Adolescentes
del Hospital Nacional de Maternidad
“Dr. Raúl Argüello Escolán”
Durante el período del 1 de febrero
al 30 de noviembre del año 2005***

EL SALVADOR, C. A.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	7
2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	9
3. OBJETIVOS	13
4. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	15
5. DISEÑO METODOLÓGICO	17
5.1 Tipo de Estudio	17
5.2 Población y Muestra	17
5.3 Criterios de Inclusión.	17
5.4 Criterios de Exclusión	18
6. MÉTODO DE RECOPIACIÓN DE DATOS	19
6.1 Instrumentos	19
6.2 Logística	19
6.3 Limitante de la fuente de datos	20
7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	21
8. MARCO TEORICO	21
8.1 Adolescencia	21
8.2 Aspectos sociales y de género de la adolescencia	24
8.3 Embarazo en adolescente	33
8.4 La adolescente y su pareja	41
8.5 Abuso sexual	44
9. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	51
9.1 Datos generales	51
9.2 Datos de salud sexual y reproductiva	55
9.3 Datos del embarazo actual	59
9.4 Datos del/a recién nacido/a	61
9.5 Datos de la pareja	63
9.6 Otros datos.	64
9.7 Resultados del Grupo Focal	66
9.7.1 Datos relacionados a salud sexual y reproductiva de la adolescente.	66
9.7.2 Relacionados a la pareja	71
9.7.3 Aspectos sociales.	76

10. CONCLUSIONES.	83
11. RECOMENDACIONES	85
12. GLOSARIO	87
13. BIBLIOGRAFÍA	89

PRESENTACIÓN

El artículo 4 de la Ley de creación del Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer, ISDEMU, en su literal “d” establece la necesidad de “realizar y promover estudios, diagnósticos y análisis que contribuyan a un mejor conocimiento de la situación real de la mujer”.

En este marco de acciones, el ISDEMU presenta el trabajo titulado “Aspectos Bio-psico-sociales y de género de las adolescentes embarazadas atendidas en el Programa de Adolescentes del Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Raúl Argüello Escolán” durante el período del 1 de febrero al 30 de noviembre del año 2005.

El presente trabajo de investigación, constituye un nuevo esfuerzo institucional que el ISDEMU presenta a la sociedad salvadoreña para dar a conocer la realidad genérica que enfrentan las mujeres, particularmente, las adolescentes atendidas en el Hospital de Maternidad del país.

La capacidad explicativa y los hallazgos encontrados en la investigación buscan propiciar la reflexión, las consecuencias y las posibles acciones que en el futuro se pueden implementar para fortalecer la prevención y la atención con medidas de políticas públicas con enfoque de género, ante la problemática social del embarazo adolescente.

Efectivamente, uno de cada tres partos atendidos en el sistema hospitalario público en el país, provienen de madres adolescentes, lo cual constituye una justificación para el abordaje de las políticas de salud pública desde la perspectiva de género.

Adicionalmente, el embarazo adolescente constituye uno de los aspectos más destacados en los estudios que abordan el desarrollo de las mujeres en esta importante etapa de la vida.

Por ello, el ISDEMU busca presentar, en forma exploratoria, una evidencia alternativa para entender la temática del embarazo adolescente desde la perspectiva de género, constituyendo un primer paso para trazar acciones futuras de promoción y ejecución de iniciativas dirigidas al área de la salud de las personas adolescentes.

Finalmente, esperamos que el presente trabajo estimule a los/as lectores/as e instituciones relacionadas con el tema, a trabajar para continuar contribuyendo a la promoción y ejecución de acciones que fortalezcan la equidad entre los géneros dentro del marco de un mejor bienestar físico y mental de las mujeres salvadoreñas especialmente de las adolescentes.

Licda. Zoila de Innocenti
Directora Ejecutiva
ISDEMU

INTRODUCCIÓN

El embarazo en las adolescentes es un problema de salud pública, en el cual intervienen una serie de aspectos culturales, económicos y de educación. En El Salvador cada año aumenta el número de adolescentes que presentan la problemática de un embarazo que no esperaban o deseaban, y que en muchos casos es producto de la violencia de género a través de un abuso sexual.

Existen numerosos estudios en torno a la problemática del embarazo en las adolescentes, en los cuales se resaltan los riesgos propios del embarazo y los riesgos para los/as hijos/as, y en otros se describen además los factores sociales que influyen en la incidencia de los embarazos en las adolescentes, sin embargo no ha sido posible identificar estudios en donde se analicen las múltiples causas que intervienen en el problema desde una perspectiva de género.

El presente análisis pretende mostrar los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y de género que rodean a las adolescentes embarazadas que han sido atendidas dentro del Programa de Adolescentes del Hospital de Maternidad “Dr. Raúl Argüello Escolán” durante el período del 1 de febrero al 30 de noviembre del año 2005.

Las variables biológicas consideradas y algunas variables sociales se retomaron de los expedientes clínicos de las adolescentes y las variables cualitativas de tipo psicológicas y de género se obtuvieron a través del desarrollo de un grupo focal.

El Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer como ente rector de la Política Nacional de la Mujer (PNM) 2005-2009, está comprometido en proponer y desarrollar investigaciones con enfoque de género que contribuyan a mejorar la salud de las mujeres en todas las etapas de su ciclo de vida; dando respuesta al objetivo específico contemplado dentro del área de salud (área 2) de la Política Nacional de la Mujer: *“Fomentar el acceso y mejorar las condiciones de salud integral de las mujeres, desde la promoción, prevención, curación y rehabilitación, de acuerdo a las necesidades en las diferentes etapas de su ciclo vital, a fin de mejorar su calidad de vida.”*¹ Y dentro de los objetivos estratégicos cita el Objetivo 2.5 que hace referencia a: *“Promover el desarrollo de la investigación con enfoque de género que contribuya a mejorar la salud integral de la mujer en todas las etapas de su ciclo de vida”*².

¹ ISDEMU, *Plan de acción 2005–2009, Política Nacional de la Mujer*.

² *Ibidem*.

2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El embarazo en las adolescentes implica riesgos, tanto para la salud de la joven madre como para su futuro hijo/a, las complicaciones que saltan a la luz son las relacionadas propiamente con los aspectos biológicos del embarazo; la formación de un nuevo ser dentro de un organismo que aún no ha finalizado su propio desarrollo, muchas veces conlleva a la pérdida del embarazo, al nacimiento de niños y niñas prematuros/as o con bajo peso al nacer entre otras alteraciones, que les auguran desventajas en el desarrollo posterior de sus vidas.

La salud de la adolescente se ve seriamente afectada, no sólo por razones fisiológicas, sino también por razones emocionales relacionadas con la presión psicológica ejercida por el desafío de la crianza de su futuro/a hijo/a y además por una serie de aspectos sociales que deberá enfrentar tales como: comunicarle a su pareja sobre el embarazo en desarrollo, enfrentar al grupo familiar, su círculo de amistades y a la escuela. En los casos de violación el tener que aceptar un embarazo que ha sido impuesto, y en muchos casos sobrellevar ella sola la responsabilidad de sacar adelante a su hija/o, así como también, es frecuente que la joven llegue a tener una baja autoestima como producto del rechazo o estigma social del que pueda ser víctima.

Al contemplar este problema desde una óptica más amplia podemos mencionar que son múltiples las condiciones y problemáticas sociales que impiden el avance de los países en vías de desarrollo: la sobrepoblación, el desempleo, la falta de educación, la desnutrición, el VIH/SIDA, el difícil acceso a los servicios de salud, entre otros. El embarazo en adolescentes

es un factor determinante dentro del ciclo de la pobreza ya que afecta no sólo la calidad de vida de las jóvenes embarazadas y sus futuros/as hijos/as, sino la de su pareja, la de su familia y a la larga repercute negativamente en la sociedad.

Las adolescentes embarazadas en su mayoría se ven forzadas a abandonar el sistema educativo para dedicarse al cuidado de la nueva familia que han formado y se limita su oportunidad de acceder a los estudios superiores y poder aspirar a tener un mejor nivel económico. Obviamente esta desventaja influirá sobre la calidad de vida que tendrá el nuevo ser que se está formando ya que éste depende de la calidad de vida y de la salud que tenga la madre, de su estado nutricional, emocional y de la condición económica. Muchas veces las jóvenes viven en condiciones precarias que limitan el acceso a servicios de salud adecuados y oportunos que les permitan desarrollar un embarazo normal, así como la detección temprana de anomalías propias del embarazo. Es frecuente ver que las adolescentes enfrentan solas el problema del embarazo, sin contar con el apoyo de su pareja o, con el limitado apoyo de su familia, debido muchas veces a la precaria condición económica.

Las posibilidades de que la adolescente continúe sus estudios concomitantemente a la responsabilidad de sacar adelante a su hijo/a son muy pocas, la mayoría optará por dedicarse al cuidado de éste/a o en otros casos optará por acceder a un trabajo fuera del hogar, no importando la baja remuneración que pueda recibir debido a su bajo nivel educativo.

En la sociedad en la que vivimos se nos enseñan patrones, comportamientos y actitudes que definen los roles para hombres y mujeres, crecemos en una sociedad en donde la mujer se forma para ser ama de casa, madre,

responsable del cuidado del hogar y de los/as miembros/as de la familia; por el contrario al hombre se le inculca el rol de proveedor de la familia, así como también, se le incentiva conductas que contribuyen a propiciar aún más el problema del embarazo en adolescentes, como el hecho de reafirmar su virilidad a través de la conquista sexual de muchas parejas.

Las mujeres jóvenes viven una situación que las coloca en desventaja, al enfrentar una limitante en el acceso a la información en salud sexual y reproductiva, por barreras culturales más que institucionales; esto sumado al hecho de la baja posibilidad de negarse y/o protegerse ante la conducta irresponsable de los hombres en el momento de una relación sexual.

Es sabido que las adolescentes por su condición etérea no tienen ninguna posibilidad de negociación en el momento de tener una relación sexual. Como consecuencia aumenta su riesgo de embarazo.

Estas características construidas por la sociedad y que son atribuidas a las personas en relación a su sexo crean disparidades e inequidades y van en detrimento del desarrollo sobre todo de las mujeres, las niñas, los niños y adolescentes. Esto nos obliga a abordar los factores que intervienen en la incidencia y prevalencia de este problema desde una perspectiva de género.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Conocer las condiciones de las adolescentes embarazadas, atendidas en el Programa de adolescentes del Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Raúl Argüello Escolán” durante el período de febrero a noviembre del año 2005.

3.2 Objetivos Específicos

1. Conocer las características biológicas del embarazo en adolescentes.
2. Determinar las condiciones psicológicas alrededor del embarazo en las adolescentes.
3. Identificar las condiciones sociales que predisponen al embarazo en las adolescentes.
4. Identificar aspectos de género relacionados con el embarazo en las adolescentes.

4. VARIABLES

Las variables a considerar en el estudio son:

1. Variables biológicas:

- Antecedentes Ginecológicos y Obstétricos: menarquia, edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, antecedente de embarazos anteriores, período intergenésico, abortos, partos prematuros, preeclampsia, eclampsia, mortinatos, uso de métodos de planificación familiar, antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA.
- Condiciones asociadas al embarazo actual: controles prenatales, amenaza de aborto, aborto, amenaza de parto inmaduro, parto inmaduro, amenaza de parto prematuro, parto prematuro, ruptura prematura de membranas ovulares, vía del parto, indicaciones de cesárea, complicaciones del parto y posparto, mortalidad materna.
- Problemas del/la Recién Nacido/a: Bajo peso al nacer, talla baja, malformaciones congénitas, dificultad respiratoria, muerte neonatal.

2. Variables Psicológicas:

- Condiciones emocionales previas al embarazo.
- Condiciones emocionales durante el embarazo.
- Condiciones emocionales en el posparto.

3. Variables Sociales:

- Contexto familiar previo al embarazo.
- Condiciones económicas.
- Ubicación geográfica.
- Nivel de escolaridad.
- Antecedentes familiares en relación al embarazo en adolescentes.
- Características sociales de la pareja.

4. Variables de Género:

- Estructura de poder dentro de la familia.
- Antecedente de Violencia Intrafamiliar, Maltrato a la Niñez y Abuso Sexual.
- Percepción sobre la identidad y rol de género.
- Embarazo impuesto (forzado).
- Acceso a información sobre salud sexual y reproductiva.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de estudio

Este es un estudio exploratorio de tipo retrospectivo, de corte transversal, cuantitativo y predominantemente cualitativo, de fuentes de información secundaria.

5.2 Población y muestra del estudio

La población del estudio fue 124 adolescentes embarazadas entre los 10 y 19 años atendidas en el Programa de Adolescentes del Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Raúl Argüello Escolán” durante el período del 1° de febrero al 30 de noviembre del año 2005.

La muestra fue de tipo estratificada, no probabilística y se obtuvo de la revisión del 100% de casos atendidos, los casos seleccionados reunieron el perfil requerido con base a los criterios de inclusión y exclusión establecidos en el estudio haciendo un total de 73 casos que corresponden al 58% del total de la población.

5.3 Criterios de inclusión

Adolescentes embarazadas entre los 10 y 19 años 11 meses que tuvieron al menos tres controles prenatales³ dentro del Programa de Adolescentes del Hospital Nacional de Maternidad y que verificaron su parto dentro del mismo hospital durante el período del estudio.

³ La Directiva Técnica Nacional para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), indica que los establecimientos de salud promoverán como mínimo cinco atenciones prenatales, sin embargo para la investigación se tomaron como mínimo tres atenciones, tomando en cuenta el bajo nivel económico de las usuarias del programa que a veces las imposibilita a asistir a las atenciones requeridas por la normativa del MSPAS.

5.4 Criterios de exclusión

- a. Adolescentes embarazadas con patologías subyacentes (cardiopatías, nefropatías, endocrinopatías, etc).

- b. Adolescentes embarazadas que tenían menos de tres controles prenatales dentro del Programa de Adolescentes del Hospital Nacional de Maternidad.

- c. Adolescentes embarazadas atendidas en el programa que no verificaron su parto durante el período en estudio.

6. MÉTODO DE RECOPIACIÓN DE DATOS

6.1 Instrumentos

Se utilizaron dos tipos de instrumentos:

- 1) La guía diseñada para la recopilación de datos a partir de los expedientes clínicos del Hospital Nacional de Maternidad, en la cual se recolectaron variables biológicas de las adolescentes embarazadas, específicamente antecedentes ginecológicos y obstétricos, y datos del embarazo actual relacionados con el/la recién nacido/a como la talla, el peso, malformaciones congénitas y aspectos de morbilidad materna y neonatal. También se recabaron algunos aspectos sociales de interés para el estudio como por ejemplo: la edad de la adolescente, fecha de nacimiento, domicilio, estado civil, ocupación, edad del cónyuge, ocupación del cónyuge. Este instrumento recopiló datos de tipo cuantitativo y algunas variables de tipo social.
- 2) Para acceder a las variables de tipo cualitativo se diseñó la guía de preguntas utilizada en el grupo focal en el que participaron nueve adolescentes que pertenecían a la muestra en estudio, mediante la cual se obtuvo datos relacionados a los aspectos sociales, psicológicos y de género, que no estaban presentes en los expedientes clínicos.

6.2. Logística

Para la recolección de datos a partir de los expedientes clínicos se realizó la gestión con la Dirección General del Hospital Nacional de Maternidad a fin de obtener el apoyo requerido.

De esta manera se realizaron las visitas al departamento de citas del Hospital Nacional de Maternidad y al departamento de estadísticas para la revisión de los expedientes de las adolescentes embarazadas dentro del programa.

Se desarrolló un grupo focal con nueve adolescentes que finalizaron su embarazo y que tuvieron su control prenatal dentro del programa de Adolescentes del Hospital Nacional de Maternidad. El grupo focal se desarrolló en el área de la consulta externa del Hospital dentro de un espacio que brindó el ambiente adecuado y la privacidad requerida.

6.3 Limitante de la fuente de datos

El Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Raúl Argüello Escolán”, aun no cuenta con un sistema diferenciado de registro, que permita identificar los expedientes que pertenecen al Programa de Adolescentes. Para la selección de los mismos, fue necesario revisar los libros de la consulta externa correspondientes al período de interés del estudio y los censos que los/as médicos/as llenan en la consulta externa.

7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recolectados a partir de los expedientes clínicos se procesaron utilizando el programa de análisis estadístico SPSS 7.5. Los datos se presentan en gráficos y tablas de frecuencia.

8. MARCO TEÓRICO

8.1 Adolescencia

Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia se define como: “el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica, fija sus límites entre los 10 y 19 años”.⁴

Es un período de gran trascendencia, en el cual se suscitan grandes cambios no sólo biológicos, sino también psicológicos y sociales que son necesarios para llegar a la adultez.

La rapidez con que se dan los cambios en esta etapa se ha acelerado, la edad de madurez física ha venido reduciéndose en las últimas décadas, así vemos que en las jóvenes la edad media de la menarquia se ha reducido⁵.

⁴ MSPAS, *Manual Técnico de Salud Reproductiva*, 1999, p243.

⁵ Cfr. *Henríquez-Muller, ME, Yunes, J. Adolescencia: equivocaciones y esperanzas*, p63.

El crecimiento físico y la maduración normales de los/as adolescentes pueden resultar afectados adversamente por una nutrición inadecuada, un estrés físico inoportuno o inapropiado para el organismo en desarrollo o el embarazo antes de la plena madurez.⁶

Los/as adolescentes no son un grupo homogéneo, las diferencias de clase social y las que existen dentro de cada grupo repercuten en la evaluación de su estado de salud y en sus necesidades al respecto⁷.

En general la adolescencia se puede dividir en tres etapas⁸:

1. Adolescencia temprana (10-13 años)

Biológicamente es el período peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia, psicológicamente la adolescente comienza a perder el interés por los padres e inicia amistades con el mismo sexo, intelectualmente aumenta sus habilidades cognitivas y sus fantasías, no controla sus impulsos, se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su aspecto físico.

2. Adolescencia media (14-16 años)

Es la adolescencia propiamente cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático, psicológicamente es el período de mayor relación con sus pares, para muchos/as es la edad promedio de inicio de la actividad sexual, se sienten vulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

⁶ OMS, *La Salud de los Jóvenes Adolescentes, un reto y una esperanza*, 1995, p16.

⁷ Henríquez-Muller, ME, Yunes, J. *Adolescencia: equivocaciones y esperanzas*, p50

⁸ Issler, J.R. *Embarazo en la adolescencia*, agosto 2001. <http://med.unne.edu.ar/revista/tapa.htm> tapas.

Se muestran muy preocupados/as por su apariencia física, muestran fascinación con la moda.

3. Adolescencia tardía (17-19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal, se acercan nuevamente a sus padres, adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo va perdiendo jerarquía. Desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

La adolescencia es una etapa de constante cambio, la madurez física se adelanta a la madurez psicológica y afectiva, se vuelven muy variables sus emociones, desde la intensa euforia hasta llegar a períodos de tristeza o incluso depresión, los/as adolescentes no son capaces de entablar relaciones afectivas estables.

En esta etapa hay una constante búsqueda de identidad, es frecuente que se dejen influenciar por sus pares, por los medios de comunicación, por el medio en el que se están desarrollando. La adolescencia está caracterizada por actitudes y conductas de riesgo, es común que piensen “no me va a pasar nada”, hay una combinación de cierta independencia y rebeldía, e inician todo tipo de comportamiento llegando a poner en riesgo hasta su propia vida. Las consecuencias de estos comportamientos las podemos observar en las estadísticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del año 2004, de acuerdo a las cuales la primera causa de mortalidad para las adolescentes es la intoxicación por plaguicidas y para los adolescentes los traumatismos en diferentes partes del cuerpo. Si bien es cierto que los datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social no especifican si las intoxicaciones son por causas accidentales o como intento suicida, no es raro pensar que en esta etapa de la vida llena

de conflictos emocionales una solución a los problemas sería el suicidio. Para el caso de los jóvenes los traumatismos en diferentes partes del cuerpo vendrían a ser una consecuencia de los roles aprendidos sobre lo que significa ser hombre a través de conductas violentas y/o riesgosas.

8.2 Aspectos sociales y de género en la adolescencia

La adolescencia es una etapa crítica en la cual la imagen del género es el fundamento de la forma en que los y las adolescentes comienzan a adquirir identidad como hombres y mujeres porque los lleva a interiorizar patrones de conducta esperados socialmente que determinan lo que deben ser los hombres y las mujeres⁹.

Los jóvenes adolescentes tratarán de confirmar su virilidad adoptando conductas agresivas, de riesgo y muchas veces pondrán en peligro su vida, pasarán más tiempo libre fuera de la casa, y probablemente al formar su círculo de amigos iniciará la presión para el inicio de la actividad sexual, que en la mayoría de casos será sin ninguna protección. De las adolescentes se espera que adopten una actitud pasiva, que eviten los riesgos, se alentará a que permanezcan la mayor parte del tiempo dentro de la casa y que se identifiquen con los quehaceres del hogar, con una actitud de subordinación ante el hombre.

El control social existente hace que cuando alguien no cumple con el rol asignado se le sancione por medio del rechazo, la burla o la marginación.¹⁰

⁹ Henríquez-Muller, ME, Yunes, J, *Adolescencia: equivocaciones y esperanzas*, p47.

¹⁰ OPS, *Género, Mujer y Salud en las América*, 1993, p126.

Entonces los roles de género asignados por la sociedad en que viven serán más adoptados y aprendidos en esta etapa más que en ninguna otra, los jóvenes aprenden que siendo fuertes, audaces y manteniéndose al margen de relaciones afectivas se autoafirman como verdaderos hombres, aprenden a obtener lo que desean, imponiendo su voluntad y muchas veces su fuerza, sin embargo, dentro de esta conducta no está el reconocerse a futuro en familia, ni asumiendo la paternidad. Las jóvenes adolescentes que han crecido viviendo el mismo patrón dentro de su propia familia, aprenderán que la mujer debe ser sumisa y dependiente de su pareja o de otros miembros de su familia. La educación en muchos casos pasará a un plano secundario para relacionarse más con las tareas del hogar y el cuidado de la familia. Estos patrones son más comunes y arraigados en las áreas rurales, en donde lo frecuente es encontrarse con familias en donde la mujer nunca asistió a la escuela y cuando asistió no alcanzó el cuarto grado.

Se calcula que en el mundo hay 1.2 billones de jóvenes entre los 10 y 19 años, la más grande generación de adolescentes en la historia, más de cuatro quintas partes de ellos viven en países en desarrollo, especialmente en zonas urbanas¹¹.

En América Latina y el Caribe los jóvenes entre los 10 y los 19 años representan el 20% de la población y el 80% de ellos viven en áreas urbanas, representando un importante segmento de población socioeconómica en las Américas.¹²

¹¹ UNICEF, *Adolescence, a time that matters*, 2002, p2. http://www.unicef.org/publications/files/pub_adolescence_enpdf

¹² CEPAL, *Panorama Social de América Latina 2001-2002*.

El Salvador, de acuerdo a la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del año 2004 tenía una población de 5.756,786, correspondiendo el 52.2% a mujeres y el 47.8% a hombres.

La población adolescente para el mismo año constituía el 25% del total de habitantes. En el cuadro siguiente se observa el número de mujeres y hombres adolescentes:

Tabla 1
Población de adolescentes en El Salvador año 2004

Grupos de edad	Total	Hombres	Mujeres
10-14 años	784,268	401,488	382,780
14-19 años	701,289	354,538	346,751
Total	1.485,557	756,026	729,531

FUENTE: DIGESTYC: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, 2004.

Un cuarto de la población salvadoreña está constituida por adolescentes, quienes formarán un importante sector laboral en pocos años, siendo relevante su formación académica que les permita incorporarse al sector productivo de manera que se llenen las expectativas personales y sociales con su participación.

Según la CEPAL (Panorama Social para América Latina 2001-2002)

en las áreas rurales de El Salvador, Guatemala y Nicaragua uno de cada tres adolescentes abandona la escuela en los dos primeros ciclos escolares.

La encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del año 2004 reportó que en el país la Tasa de Analfabetismo a nivel nacional (personas de diez años y más) fue para mujeres de 17.7% y de 13% para hombres. Según la misma fuente el 5.2% (78,220) de la población de adolescentes no cursó ningún año escolar. Estas cifras muestran una diferencia considerable entre el área urbana y rural, siendo mayores para la población del área rural.

Son muchos los factores que contribuyen a que los/as jóvenes deserten de la escuela, entre ellos, las condiciones de pobreza, niños/as y adolescentes con padres y madres analfabetas, marginalidad, violencia, adicciones al alcohol y las drogas, pertenencia a grupos de maras, siendo muchas veces el motivo del abandono el embarazo en las adolescentes.

Muchos/as de los/as adolescentes que no han asistido a la escuela, optan por un trabajo fuera del hogar, sobre todo los hombres, pero hay una porción de adolescentes que no trabajan y no estudian, por lo que para esta etapa llena de cambios tanto físicos como psicológicos, en donde se muestran sumamente vulnerables, en una constante búsqueda de identidad, se vuelve importante el involucrarlos/as en algún tipo de actividad ya sea educativa, deportiva, religiosa, artística, entre otras. La falta de alternativas para emplear el tiempo libre y la energía de los/as jóvenes produce una serie de conflictos como el abandono del hogar, el inicio en pandillas, uso de drogas, embarazos a temprana edad, entre otros.

Cada año que una niña no puede disfrutar su derecho a la educación aumenta el riesgo que corre de ser víctima de la explotación y el maltrato,

así como su vulnerabilidad a las enfermedades entre ellas el VIH/SIDA.¹³

Es importante recalcar la importancia de la educación en las niñas, cuando han estudiado éstas tienden a casarse más tarde, sobre todo si concluyen la educación secundaria. Así mismo las mujeres con educación tienen menor número de hijos/as y solicitan antes atención médica para sí mismas y para los/as hijos/as a los que proporcionan mejor atención y alimentación.¹⁴

La educación contribuye a una mejor salud y una mejor salud y educación incrementa la productividad que conduce al crecimiento económico.¹⁵

En muchos países las niñas tienen menos probabilidades de asistir a la escuela que los niños, especialmente en los grados superiores de enseñanza.

La paridad entre los géneros para todos los niveles de la educación, una meta clave del Objetivo de Desarrollo del Milenio 3, es un elemento esencial para transformar las relaciones entre los géneros y garantizar que los niños y las niñas reciban las mismas oportunidades¹⁶.

UNICEF reporta que en 47 países analizados las jóvenes entre los 15 y 19 años que alcanzan altos niveles de educación están menos propensas a formar unión con su pareja.¹⁷

¹³ UNICEF, *Acelerar los procesos en educación de las niñas*, 2003. www.unicef.org/spanish/publications/files/pub_ic_sp.pdf

¹⁴ Cfr. PNUD, *Informe sobre desarrollo humano 2003, Los objetivos de desarrollo del milenio: un pacto entre naciones para eliminar la pobreza*, 2003, p 85.

¹⁵ PNUD, *Informe sobre desarrollo humano 2003, Los objetivos de desarrollo del milenio: un pacto entre naciones para eliminar la pobreza*, 2003

¹⁶ UNICEF, *Excluidos e invisibles. Estado mundial de la infancia 2006*, p8.

¹⁷ Cfr. UNICEF, *Early marriage, a harmful traditional practice*, 2005, p12

La educación es entonces un factor importante en la prevención del embarazo en adolescentes, además es un derecho para las y los jóvenes, ya que a través de la educación adquirirán habilidades por medio de las cuales podrán acceder a un mejor trabajo que les eleve el nivel económico. Al tener un mejor nivel educativo las adolescentes podrán también posponer lo más posible el inicio de las relaciones sexuales y por ende los embarazos no deseados y otras consecuencias como el VIH/SIDA.

Como se ha mencionado, en esta etapa de la vida hay una tendencia a experimentar, es frecuente que en este período inicie el consumo de alcohol, drogas y sobre todo el inicio de las relaciones sexuales. Aunque la edad de inicio del contacto sexual varía de una región a otra según los valores sociales y culturales, en general los hombres muestran un mayor porcentaje de coito premarital, en promedio los hombres tienen el primer coito por lo menos un año antes que las mujeres.¹⁸

Aproximadamente la mitad de los y las adolescentes en la región abajo de los 17 años son sexualmente activos, la edad de inicio de la primera relación sexual en muchos países de América Latina está entre los 15 y 16 años en mujeres y entre los 14 y 15 en los jóvenes.¹⁹

Los y las adolescentes pasan por experiencias distintas al comienzo de su actividad sexual. La aprobación y la esperanza de un buen desempeño sexual caracterizan el mensaje social para los jóvenes; en el caso de las jóvenes, se espera una entrada tardía a la vida sexual activa²⁰. La imagen

¹⁸ PNUD, *Informe sobre desarrollo humano 2003. Los objetivos de desarrollo del milenio: un pacto entre naciones para eliminar la pobreza*, 2003, p63.

¹⁹ OPS, *Youth: Choices and change, promoting healthy behaviors in adolescents*, 2005, Cap 1, p5.

²⁰ Henríquez-Muller, ME, Yunes, J, *Adolescencia: equivocaciones y esperanzas*, p48.

que reciben de cómo deben comportarse depende del medio en el que se desenvuelven, de la sociedad en la que viven, ellos aprenden de lo que ven dentro de su familia, de los medios de comunicación, de sus compañeros/as, de la escuela, entre otros. Para los hombres es importante confirmarse como tales e inician una búsqueda de más y más relaciones sexuales con diferentes parejas sin buscar el plano afectivo en sus relaciones, para las jóvenes muchas veces la primera experiencia sexual es causa de mucha preocupación sumado a los sentimientos de culpa que acarrea la “pérdida de su virginidad”, además hay que tomar en cuenta que muchas de estas relaciones no son aceptadas por las adolescentes, sobre todo en los casos en que hay abuso sexual y violación, en los cuales a través de amenazas o chantajes son obligadas a mantener relaciones sexuales. La Encuesta Nacional de Salud Familiar 2002/03 menciona que el 6.8% de las adolescentes encuestadas reportaron que su primera relación sexual fue producto de violación, lo que implica consecuencias no sólo psicológicas y afectivas en las jóvenes abusadas sino también el riesgo de contraer Infecciones de Transmisión Sexual incluido el VIH/SIDA.

La sexualidad constituye un aspecto inherente a las personas durante todo el transcurso de su vida, desde el momento de la concepción hasta la muerte. Como fuente de placer y de bienestar resulta un elemento enriquecedor en lo personal, con honda repercusión en lo familiar y en lo social.²¹ Se hace necesario entonces orientar a los y las adolescentes a asumir su sexualidad con responsabilidad y a tomar decisiones basadas en información confiable para evitar consecuencias que pueden ser fatales para su salud.

²¹ Gantier González, M. *Sociedad, cultura y sexualidad. La educación de la sexualidad humana. México. CONAPO, 1982 tomo I, p155.*

La educación de la sexualidad se entiende como el proceso educativo vinculado profundamente a la formación integral de niños/as y jóvenes, que apunta a la autogestión en un marco de educación permanente, y que aporta información científica y elementos de reflexión para incorporar la sexualidad de forma plena, enriquecedora y saludable en todas las etapas de la vida y acorde con el contexto económico, histórico, social y cultural en que se vive.²²

La educación sexual es importante, el conocimiento de su cuerpo y su funcionamiento, conocer los cambios fisiológicos normales en cada etapa de la vida es fundamental para todo ser humano, además de ser un derecho de todos y de todas.

La Salud Reproductiva implica que las personas tengan la opción a una vida sexual responsable y satisfactoria, que tengan la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir cuándo y con qué periodicidad hacerlo. Implícito en esta última condición se encuentra el derecho de la mujer y del hombre a ser informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, efectivos, accesibles, aceptables y que sean de su elección.²³

Existen varios factores que influyen en la salud reproductiva y la salud en general de las personas, entre estos podemos citar la herencia genética, el ambiente y la sociedad donde viven y se desarrollan, así como el mismo comportamiento personal y los servicios de atención en salud de que disponen. El desarrollo socioeconómico es fundamental para la salud de una población. Las mujeres y los niños son los más vulnerables, los que

²² OPS, *Género, Mujer y Salud en las Américas*, 1993, p128.

²³ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Manual Técnico de Salud Reproductiva*, (El Salvador, 1999) Pág. 3.

sufren primero y en mayor grado los efectos desfavorables.²⁴

En nuestro medio los y las adolescentes obtienen información a través de los medios de comunicación y de sus pares, manejándose entre ellos/as información distorsionada, es frecuente que estén llenos/as de mitos sobre el uso de preservativos y el uso de otros anticonceptivos, así como de la transmisión de las Infecciones de Transmisión Sexual incluido el VIH-SIDA. Muchos de ellos y ellas no buscan la información en los proveedores de servicios de salud, y tampoco la reciben dentro de su hogar, según la Encuesta Nacional de Salud Familiar 2002/03 la fuente de donde obtienen información sobre estos temas en menor porcentaje es la casa²⁵. En algunas escuelas se imparten charlas sobre este tipo de temáticas, sin embargo vemos la escasa asistencia escolar que hay sobre todo en áreas rurales y que se da en mayor grado en el caso de las niñas y adolescentes, entonces difícilmente lograrán acceso a este tipo de información.

Las adolescentes tienen muchas desventajas para obtener información sobre su salud sexual y reproductiva, el patrón cultural les enseña a ser sumisas y aceptar que otros decidan por ellas, por lo que no acuden en busca de información, no tienen control de recursos para poder acudir a servicios de salud, y cuando lo hacen se enfrentan en algunos casos con actitudes de desaprobación por parte del/la proveedor/a de salud. Sin ninguna información inician relaciones sexuales, en las cuales tampoco podrán tener el poder para decidir sobre el número y el espaciamiento de los/as hijos/as debido al control que ejercen sobre ellas sus esposos/ parejas, familia, sociedad, entre otros.

²⁴ *Ibidem*, p7.

²⁵ Encuesta Nacional de Salud Familiar, FESAL 2002/03.

Como consecuencia, frecuentemente aparecen los embarazos no planeados o no deseados, y en el peor de los casos la transmisión de enfermedades como el VIH/SIDA y la Hepatitis B.

8.3 Embarazo en adolescentes

El embarazo en la adolescencia se define como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer, (entendiéndose edad ginecológica 0 = edad de menarquia), y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental, al embarazo en la adolescente también se le ha llamado el Síndrome del Fracaso o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza²⁶.

El embarazo en la adolescencia es una consecuencia del comportamiento sexual de los y las jóvenes, del desconocimiento de su propia sexualidad, de la presión ejercida del medio en que se desarrollan, de la falta de información sobre las consecuencias que pueden tener a corto y a largo plazo y de la irresponsabilidad masculina.

El embarazo en la adolescencia ha alcanzado proporciones epidémicas en los países en desarrollo, con graves consecuencias físicas, psicológicas y sociales bien conocidas en nuestro medio.²⁷

En todo el mundo dan a luz todos los años cerca de 14 millones de niñas y mujeres entre los 15 y los 19 años.²⁸

En América Latina el 30-40% de adolescentes experimentan la maternidad antes de los 18 años.²⁹

²⁶ OPS, *Manual de medicina de la adolescencia*, 1992, p473-476.

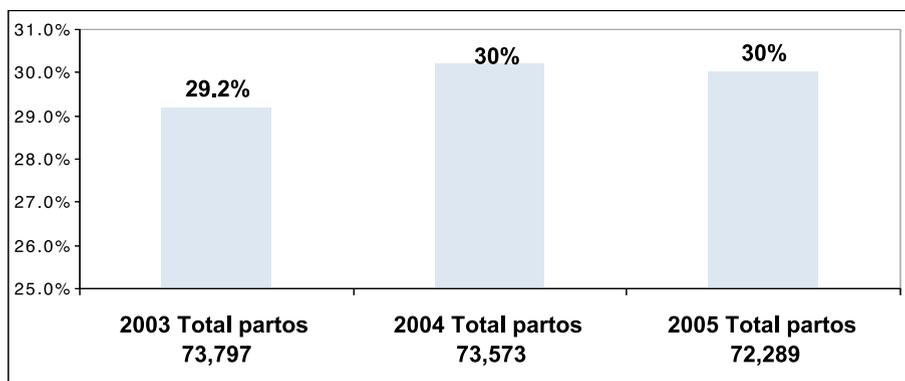
²⁷ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Manual Técnico de Salud Reproductiva*, (El Salvador, 1999) pág. 13.

²⁸ UNICEF, *Estado mundial de la infancia 2006*, p47.

²⁹ Cfr. WHO, *Adolescent pregnancy*, 2004, p8.

En el país según reporta el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el número de partos de adolescentes atendidos para el año 2005 a nivel nacional fue de 21,727, de éstos el 5.08% correspondió a partos de adolescentes entre los 10 y los 14 años, estas cifras han venido manteniéndose sin variaciones significativas, al comparar en porcentajes la proporción de partos atendidos en adolescentes en relación al total de partos en todas las edades en los tres últimos años, no se observan mayores diferencias; si bien es cierto el número total de partos (en todas las edades) atendidos ha venido disminuyendo en los últimos tres años³⁰, vemos que el porcentaje de partos en las adolescentes se mantiene (ver gráfico 1).

Gráfico 1
Porcentaje de partos en adolescentes años 2003, 2004 y 2005



FUENTE: Unidad de Información, Monitoreo y Evaluación. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social años 2003, 2004 y 2005.

³⁰ Esta disminución en el número de partos atendidos en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, podría explicarse por el incremento en la cobertura de atención de otras instituciones como el Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

Sólo el Hospital Nacional de Maternidad³¹ reportó que de enero a noviembre del mismo año atendió un total de 11,803 partos en mujeres de todas las edades, correspondiendo el 31% de ellos a adolescentes, observándose un incremento de un punto porcentual con respecto al año anterior.

Hay una serie de factores que contribuyen a los embarazos en las adolescentes, entre ellos la inestabilidad familiar, antecedente de embarazos precoces en la madre o hermanas, la escasa comunicación entre padres e hijos, familia desintegrada, la falta de información sobre salud reproductiva, el bajo nivel educativo, el poco conocimiento sobre métodos de planificación familiar y la vulnerabilidad a la violencia sexual que ponen a las adolescentes en alto riesgo de tener embarazos no deseados o incluso de llegar al aborto en condiciones inadecuadas, lo cual muchas veces aumenta el riesgo de muerte.

La pobreza también juega un importante papel en la incidencia del embarazo en las adolescentes, las jóvenes que viven en la pobreza tienen menos oportunidades y razones para retrasar un embarazo, ellas simplemente no encuentran razones para evitarlo.³²

Con frecuencia las adolescentes no esperan quedar embarazadas después de una relación sexual, en parte debido a las fantasías desarrolladas propias de la etapa que están viviendo y en parte también por información distorsionada que manejan entre ellas y ellos tales como “en la primera relación sexual no puede quedar embarazada”; esto lleva a las y los jóvenes a no utilizar ningún método de planificación familiar. Muchas

³¹ *Diario El Mundo*, “Este año aumentaron los embarazos en adolescentes”, diciembre, 23 de 2005.

³² *Cfr. UNICEF, Adolescent Pregnancy, 2004, p12.*

veces las relaciones sexuales no son planeadas, si no más bien son ocasionales, lo que también favorece las relaciones desprotegidas.

Según la Encuesta Nacional de Salud Familiar 2002/03, el 36.3% de las jóvenes menores de 15 años reportó no haber utilizado anticonceptivos en la primera relación sexual por que “no conocía ninguno”, en el grupo de los 15 a los 19 años el 40.7% reportó que no habían utilizado anticonceptivos porque “quería embarazarse”. Importante también es mencionar que en todo el grupo de las adolescentes el 17.5% dijo no haber utilizado ningún método de planificación porque su pareja se opuso.³³ Estos datos muestran nuevamente la desinformación en este grupo de edad, tanto el desconocimiento sobre los métodos de planificación familiar, como el desconocimiento de la adquisición de Infecciones de Transmisión Sexual incluido el VIH/SIDA, y el riesgo de un embarazo no deseado. Por otro lado demuestran que la decisión final sobre el uso de métodos anticonceptivos la tiene el hombre.

Se observa en los datos anteriores cómo influyen los roles de género en las adolescentes, en el grupo de edades de los 15 a los 19 años las jóvenes tienen relaciones desprotegidas con la ilusión de tener un embarazo, sin conocer las implicaciones que éste tiene en esta etapa de la vida, las consecuencias para su salud y la de su hijo/a y la responsabilidad que implica el formar una familia, sobre todo porque no cuentan con la madurez emocional que se requiere y tampoco con los medios económicos para brindarle las necesidades básicas.

Por lo tanto también ellos y ellas experimentarán las consecuencias,

³³ Encuesta Nacional de Salud Familiar, FESAL 2002/03

sufrirán a menudo mayores desventajas intelectuales, educativas y sociales.³⁴ Se ha descrito que los/as hijos/as de madres adolescentes tienen el doble de riesgo de sufrir maltrato infantil en comparación con los hijos/as de mujeres mayores.

El embarazo en los años de la adolescencia constituye una grave amenaza para el desarrollo psicosocial de la joven embarazada, experimentará muchas veces inestabilidad emocional, baja autoestima sobre todo en los casos en que ha sufrido el abandono de su pareja, además, sufrirá mayores desventajas socioeconómicas en épocas avanzadas de su vida pues difícilmente continuará con sus estudios limitando sus posibilidades de obtener un trabajo bien remunerado.

Las adolescentes al presentarse ante un embarazo, pueden adoptar diferentes actitudes, que dependen mucho de la etapa de la adolescencia en que se encuentren:³⁵

En la adolescencia temprana, en las mujeres menores de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto, se preocupan más por sus necesidades personales. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin dar lugar a su pareja aunque exista realmente. No identifican a su hijo/a como un ser independiente de ellas, no asumen su crianza, generalmente queda a cargo de los/as abuelos/as.

En la adolescencia Media, entre los 14 y 16 años, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, usualmente utilizan una vestimenta

³⁴ *Henríquez-Muller, ME, Yunes, J. Adolescencia: equivocaciones y esperanzas, p49.*

³⁵ *Cfr. OPS, Manual de la adolescencia, 1992.*

exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que dramaticen la experiencia corporal y emocional haciéndolas sentirse posesivas del feto, utilizándolo como poderoso instrumento que le afirme su independencia de los padres. Temen por los dolores del parto pero también temen por la salud de su hijo/a adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo/a.

En la Adolescencia Tardía, arriba de los 18 años es frecuente que el embarazo sea el elemento que le faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando muchas veces el papel de madre joven.

En este contexto, es frecuente que la adolescente tenga que compartir sus propias necesidades con las de su hijo/a, pues como adolescente que es, todavía necesita de cuidados y atenciones.

Muchas veces la adolescente trata de esconder su embarazo y en la búsqueda desesperada de una solución opta por el aborto, esta práctica conlleva muchos riesgos para la joven. Se estima que 20 millones de abortos ilegales se realizan en todo el mundo especialmente en regiones como África, el sur de Asia y América Latina. Además esta práctica es mucho más riesgosa en las adolescentes que en mujeres de mayor edad, debido a que buscan el procedimiento en etapas más avanzadas del embarazo, utilizan métodos más riesgosos y debido también a la tardanza en la búsqueda de ayuda médica en el caso de presentarse complicaciones.³⁶

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social reportó para el año 2005 un total de 1,162 abortos atendidos en adolescentes de 10 a 19 años,

³⁶ Cfr. WHO, *Adolescent Pregnancy*, 2004, p16.

de éstos el 3% fueron abortos sépticos³⁷.

No se dispone de cifras que determinen el número de abortos inducidos por ser ilegal esta práctica en nuestro país, sin embargo, se sabe que se realizan en lugares clandestinos con personal no calificado, muchas veces las jóvenes consultan tardíamente al hospital cuando presentan alguna complicación a causa del procedimiento.

Los riesgos del embarazo en la adolescente se incrementan, la mortalidad materna es mayor entre las mujeres en categorías de alto riesgo reproductivo; madres menores de 18 años y mayores de 34 años, espacios entre nacimientos menores de dos años y más de tres nacimientos³⁸. Así también, la mortalidad es aún mayor en aquellas mujeres más pobres y con bajo nivel educativo debido a que buscan menos atención en salud para ellas a causa de los pocos recursos económicos que tienen y por falta de información.

Dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio se encuentra el relacionado a la mejora de la salud materna (Objetivo 5), el cual tiene como meta el de reducir entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes. En El Salvador, la Tasa de Mortalidad Materna que reporta el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para el año 1999 es de 40.5 por 100,000 nacidos vivos. La misma fuente reporta que las muertes maternas para las edades de la adolescencia en los años 2003, 2004 y 2005 fue en porcentajes del 15.3%, 26% y 21.4% respectivamente, ocupando el segundo lugar dentro de las primeras 10 causas de mortalidad en mujeres de entre 15 y 19 años para el año 2003.

³⁷ Es un aborto acompañado de infección del material fetal, placentario y del endometrio. La fiebre es un signo típico y acompaña a otros síntomas característicos de un aborto natural o espontáneo, como sangrado vaginal y cólico.

³⁸ OPS, *La igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres: su contribución en la reducción de la mortalidad materna y la mortalidad infantil*. Hoja Informativa.

Se ha descrito en muchos estudios sobre el mayor riesgo de partos prematuros³⁹ en las adolescentes comparado con las mujeres mayores, este riesgo es más notorio en las adolescentes menores de 16 años. Otros estudios asocian el parto prematuro con la edad ginecológica en el momento del embarazo, así en aquellas adolescentes con menor edad ginecológica (menor de dos años) el riesgo de partos prematuros es aún mayor.⁴⁰

También se describen otras causas de mortalidad en las madres adolescentes como las infecciones puerperales, la anemia, la hipertensión inducida por el embarazo, entre otras.

Para el hijo/a de la adolescente también se han descrito mayores riesgos, no sólo los mencionados anteriormente como el riesgo de sufrir desnutrición, maltrato a la niñez, negligencia, bajo nivel educativo, problemas conductuales, etc.

En numerosos estudios se describe que hay una mayor incidencia de niños/as con bajo peso al nacimiento (<2,500 gr.) producto del embarazo en las adolescentes comparado con mujeres mayores, esto muchas veces está relacionado con el nacimiento de niños/as prematuros/as.

Si bien es cierto se han descrito los riesgos para la madre adolescente y para su hijo/a, también se ha demostrado que estos se minimizan a medida que reciben atención prenatal y materna con calidad y en forma oportuna.

La Directiva Técnica Nacional para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido, del Ministerio de Salud

³⁹ Aquellos nacimientos ocurridos después de la semana 28 y antes de las semanas 37 de gestación.

⁴⁰ Cfr. WHO, *Adolescent pregnancy*, 2004, p33.

Pública y Asistencia Social del año 2001 indica que el inicio del control prenatal⁴¹ deber ser en el transcurso de las primeras doce semanas de gestación. Lamentablemente muchas adolescentes no tienen conciencia de la importancia del control prenatal, por lo tanto lo inician en forma tardía, incompleta o no asisten a ninguno.

Por lo tanto es importante que las adolescentes sepan que llevar un control prenatal a temprana edad, les permitirá desarrollar un embarazo normal y garantizará que su hijo/a nacerá en las mejores condiciones de salud.

8.4 La adolescente y su pareja

Mucho se ha escrito sobre el embarazo en la adolescente, de los riesgos tanto para ella como para el niño/a, de las consecuencias sociales y psicológicas, pero igual de importante es abordar el problema que enfrenta la pareja de la joven madre. Si el joven también es adolescente, muy probablemente dejará los estudios para buscar un trabajo con qué mantener a la nueva familia, el cual por lo general será un trabajo poco remunerado, sus problemas estarán vinculados al aspecto económico y a esto se le sumará la presión ejercida por los amigos, quienes continuando solteros lo inducirán a seguir con su vida normal de salidas, paseos, fiestas, etc. La nueva pareja seguramente vivirá con una de las dos familias parentales, lo cual irá en detrimento de la economía de la familia que los adoptó.

Nuevamente hay que mencionar los roles de género que las socieda-

⁴¹ *Asistencia periódica y sistemática de la embarazada por integrantes del grupo de salud para vigilar la evolución del proceso de gestación, identificar factores de riesgo, detectar y tratar oportunamente las complicaciones, referir al nivel de mayor complejidad cuando corresponda, brindar contenidos educativos (consejería) y lograr un parto en las mejores condiciones de salud para madre y su hijo/a. Directiva Técnica Nacional para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido. MSPAS, 2001*

des construyen, ya que desde la infancia se nos enseña el papel que cada persona deberá tener dentro de la sociedad, la mujer crecerá sumisa y dedicada a la procreación de nuevos integrantes de la familia, y se encargará de su cuidado (rol reproductivo), mientras que a los niños se les enseña que su papel será el de proveer a esa familia, de ser el jefe del hogar (rol de proveedor), pero en cierta medida alejado de las relaciones con sus hijos/as, sin interesarse en establecer relaciones afectivas con su pareja y con los/as hijos/as de ambos, ya que se da por sentado que ese rol lo asumirá la mujer.

Por razones biológicas el desarrollo del embarazo, el parto, la lactancia, etc., son atributos de la mujer, los hombres no se sienten parte de este proceso; tanto es así que la participación masculina durante el embarazo (acompañamiento a control prenatal, asistencia durante el parto) es muy limitada por razones culturales e institucionales, es común ver que la mayoría de adolescentes embarazadas acuden a sus controles prenatales solas, o al menos sin la compañía de su pareja. Por otro lado, tampoco participarán de la crianza y formación de los/as hijos/as.

Los hombres y las mujeres construyen su concepción de la paternidad y maternidad a partir de las diversas representaciones compartidas en los grupos socioculturales, en el ámbito de la escuela, la familia, la religión, los medios masivos de comunicación, las explicaciones científicas, entre otras. La paternidad raramente es concebida por los hombres como una elección, más bien es una etapa inevitable y una etapa natural en su relación de pareja y parte de su desarrollo adulto.⁴²

En muchos países el matrimonio a edades tempranas es un factor

⁴² Alatorre J, *Paternidad Responsable en el Istmo Centroamericano*, Naciones Unidas-CEPAL, 27 de junio 2001.

determinante para predecir el desarrollo del embarazo en la adolescencia, sin embargo en otros países como los de América Latina es la edad a la primera relación sexual el factor determinante, ya que en estos países es frecuente que las relaciones sexuales se inicien fuera del matrimonio, y es a consecuencia del embarazo no planeado que los y las jóvenes se unen, en la mayoría de casos en unión no matrimonial, ya sea porque ambos aún no cumplen los 18 años o más frecuentemente porque es la joven quien es menor de edad, muchas veces por presiones sociales la pareja se ve obligada a formar un hogar.

En el país, la Encuesta Nacional de Salud Familiar 2002/03 reportó que el 32.7% de las adolescentes tuvo su primera relación sexual con hombres de 25 años de edad o más.

Tomando en cuenta la poca madurez emocional característica en la etapa de la adolescencia, la vulnerabilidad de los y las jóvenes, y las pocas habilidades que han adquirido para la vida, se vuelve difícil mantener la estabilidad de esta nueva familia, frecuentemente estas relaciones terminan en un corto plazo y al finalizar la relación afectiva entre la pareja, el hombre abandonará su responsabilidad con los/as hijos/as tanto en lo económico como en lo afectivo.

Por otro lado las diferencias de edad entre la pareja hacen más propensas a las adolescentes a ser víctimas de todo tipo de violencia. Las mujeres que se casan a temprana edad son más propensas a creer que hay ocasiones en que es aceptable que el esposo golpee a su pareja, y por lo tanto están más propensas a sufrir violencia intrafamiliar.⁴³

⁴³ UNICEF, *Early marriage a harmful traditional practice*, 2005, p2

Sin embargo, también la violencia intrafamiliar sufrida por las adolescentes en sus propios hogares favorece que ellas se unan a sus parejas tempranamente como un mecanismo de escape a este problema.

8.5 Abuso Sexual

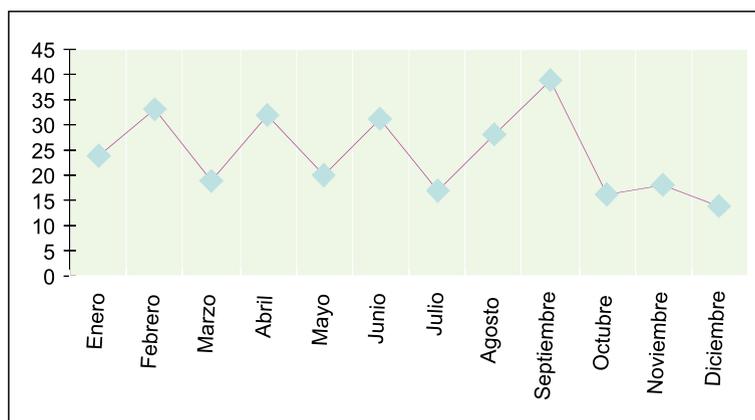
Muchos embarazos en adolescentes son producto de abusos sexuales y violaciones por parte de parientes por consanguinidad o afinidad, por lo que es necesario conocer sobre esta problemática.

Los hombres muchas veces intentan relacionarse con las mujeres desde una posición de mayor jerarquía y control en todos los ámbitos sociales. En el plano de la sexualidad esta forma de relacionarse tiene graves consecuencias y puede llegar hasta la violencia, desde la coerción sutil sobre la pareja hasta el abuso sexual y la violación.⁴⁴

El ISDEMU, desde el año 1997 a través del Programa de Saneamiento de la Relación Familiar (PSRF), atiende casos de Violencia Intrafamiliar en todas sus formas: Violencia Psicológica, Física y Sexual. Para el año 2005 dentro del programa se atendió un total de 291 denuncias relacionadas con agresión sexual teniendo como víctimas a mujeres entre las edades de 10 a 19 años. La distribución de los casos en todo el año se observa en el siguiente gráfico:

⁴⁴ Alatorre J, *Paternidad Responsable en el Istmo Centroamericano*, Naciones Unidas-CEPAL, 27 de junio 2001.

Gráfico 2
Distribución de casos de agresión sexual en adolescentes de 10–19 años enero a diciembre 2005



FUENTE: ISDEMU, Estadísticas del Programa de Saneamiento de la Relación Familiar 2005.

La Violencia Sexual se define según la Ley contra la Violencia Intrafamiliar (1996) como: “Acciones que obligan a una persona a mantener contactos sexualizados físicos o verbales, o a participar en ellos mediante la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza u otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente, se considerará violencia sexual el hecho de que la persona agresora obligue a la persona agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas”⁴⁵.

Las niñas y las adolescentes por su condición de vulnerabilidad bio-psico-social, resultan ser fácilmente víctimas de agresión sexual, la cual no denuncian por estar sometidas a chantaje o amenazas sobre ellas o sus seres queridos.

⁴⁵ Ley contra la Violencia Intrafamiliar, 1996, Art.3, literal C.

Sin embargo, cuando denuncian se ha detectado que el rango de edad en donde mayor número de casos de víctimas se reportó para el año 2005 fue el grupo entre los 14 y 16 años al cual le correspondió el 47% del total de casos atendidos en el grupo de adolescentes, según el cuadro siguiente:

Tabla 2
Casos de agresión sexual según etapas de la adolescencia

Etapas de la adolescencia	Edad (años)	No. de casos	Porcentaje
Adolescencia temprana	10 - 13	90	31%
Adolescencia media	14 - 16	136	47%
Adolescencia tardía	17 - 19	65	22%
Total		291	100

FUENTE: ISDEMU, Estadísticas del Programa de Saneamiento de la Relación Familiar 2005

Según el tipo de abuso sexual que sufrieron las adolescentes para el año 2005, el de tipo vaginal ocurrió en el 61% de los casos, de los cuales 4 de cada 10 se consumaron, es decir que hubo penetración vaginal.

El Código Penal en su Artículo 159 dice: “El que tuviese acceso carnal por vía vaginal o anal con menor de quince años de edad o con otra persona aprovechándose de su enajenación mental, de su estado de inconsciencia o de su incapacidad de resistir, será sancionado con prisión de catorce a

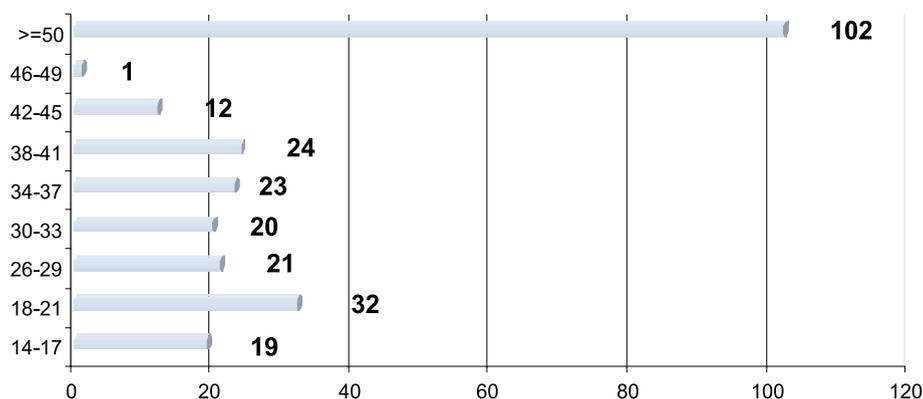
veinte años”, y en su Artículo 163 dice: “El que tuviere acceso carnal por vía vaginal o anal mediante engaño, con persona mayor de quince años y menor de dieciocho años de edad será sancionado con prisión de cuatro a diez años⁴⁶”.

Legalmente está establecida una sanción para el agresor, sin embargo, no hay una cultura de denuncia en la población, y en el caso de las niñas y adolescentes muchas veces sufren la agresión durante mucho tiempo y no lo manifiestan por miedo a las amenazas recibidas por parte del agresor. Según los casos captados a través del Programa de Saneamiento de la Relación Familiar para el año 2005, el 36% de las adolescentes que denunció el hecho reportó que la agresión se dio en un solo evento, y el 64% restante reportó hechos en diferentes ocasiones y en frecuencias variables (a diario, semanalmente, quincenalmente, mensualmente, etc.)

Con relación al agresor, según las estadísticas del PSRF, el 87% de los agresores fueron hombres y el 80% de ellos se ubicó entre los 26 y más de 50 años de edad, es importante de resaltar que solamente el grupo de agresores mayores de 50 años constituyó el 35% (102) de los casos reportados cuyas víctimas fueron adolescentes (ver gráfico).

⁴⁶ Reformas al Código Penal, Decreto 210, publicado en Diario Oficial tomo 362, número 4, San Salvador, 8 de enero de 2004.

Gráfico 3
Frecuencia de agresores según grupos de edad en víctimas
adolescentes de 10 a 19 años edad



FUENTE: ISDEMU, Estadísticas del Programa de Saneamiento de la Relación Familiar 2005

Otro aspecto importante de mencionar es la relación del agresor con la víctima, en la que el 30.1% de casos, el agresor era familia directa de la adolescente (papá, hermano, primo, tío, abuelo), el 46% tenía una relación por afinidad con la víctima (novio, conviviente, amigo, conocido, maestro), y sólo en el 14.1% de los casos el agresor era desconocido por la víctima⁴⁷.

Se observa que en la mayoría de los casos atendidos por el Programa de Saneamiento de la Relación Familiar el agresor era una persona cercana a la adolescente, lo que demuestra nuevamente la situación de desventaja y subordinación a la que están sometidas las jóvenes dentro de su familia y de su círculo de amistades, afectándoles no sólo su salud sexual y reproductiva, sino también su salud mental.

⁴⁷ ISDEMU, Estadísticas del Programa de Saneamiento de la Relación Familiar, 2005

Las mujeres que reportan abuso sexual en su primera relación parecen ser más propensas a sufrir nuevas relaciones sexuales forzadas que aquellas que no han sufrido esta agresión. Un estudio realizado en diferentes países por la Organización Mundial de la Salud reveló que el 60% de las mujeres cuya primera experiencia sexual fue forzada reportaron subsecuentemente relaciones sexuales violentas con sus parejas en comparación con el 23-27% de aquellas mujeres cuya primera relación fue consensuada⁴⁸.

Cuando las relaciones son forzadas, difícilmente la mujer tendrá la capacidad de negociar con el agresor la utilización de preservativos, lo que trae como consecuencia el riesgo de un embarazo no deseado, el adquirir infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.

⁴⁸ Cfr. WHO-Population Council, *The adverse health and social outcomes of sexual coercion: Experiences of young women in developing countries*, June 2004.

9. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

9.1 Datos Generales

De los 73 casos revisados, se encontró que la **edad** más baja dentro de la muestra fue de 12 años, la mayor fue de 19, siendo la edad media encontrada de 16 años.

En la siguiente tabla se observa la distribución de los casos según la edad:

Tabla 3

Tabla de frecuencias según edades de las adolescentes

Edad (años)	F	Porcentaje
12	1	1.4%
13	5	6.8%
14	8	11.0%
15	13	17.8%
16	15	20.5%
17	11	15.1%
18	9	12.3%
19	11	15.1%
Total	73	100%

Fuente: Expedientes clínicos del Programa de Adolescentes del Hospital Nacional de Maternidad "Dr. Raúl Argüello Escolán". Febrero–noviembre 2005.

Para una mejor comprensión de los hallazgos se presenta esta variable agrupando a los casos según la clasificación de las etapas de la adolescencia (tabla 4):

Tabla 4
Porcentaje de casos según edades y etapas de la Adolescencia

Etapas de la Adolescencia	Edad (años)	F	Porcentaje
Adolescencia Temprana	De 10 a 13	6	8.2%
Adolescencia media	De 14 a 16	36	49.3%
Adolescencia Tardía	De 17 a 19	31	42.5%
Total		73	100%

Fuente: Expedientes clínicos del Programa de Adolescentes del Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Raúl Argüello Escolán”. Febrero–noviembre 2005.

En relación al ***estado civil*** el 60.2% estaban en unión no matrimonial, el 38.4% estaban solas y únicamente el 1.4% estaba casada. Como los datos indican el tipo de unión más frecuente entre las adolescentes es la no matrimonial, que podría ser a causa de la edad de la adolescente (menor de 18 años), o por la edad de ambos.

También es importante resaltar el porcentaje de adolescentes solas, lo que probablemente indica que muchas de ellas no cuentan con el apoyo económico y emocional de su pareja y muy probablemente tendrán que criar solas a su hijo/a sin la figura paterna. (Ver gráfico 4).

Esto refleja no sólo el problema de la paternidad irresponsable, sino también el hecho de que estas jóvenes han sido víctimas de una práctica machista vinculada a la supremacía Masculina, por medio de la cual el

hombre en su necesidad de reafirmar socialmente su condición de hombre debe tener múltiples conquistas y/o parejas para demostrar su virilidad como símbolo de poder sexual.

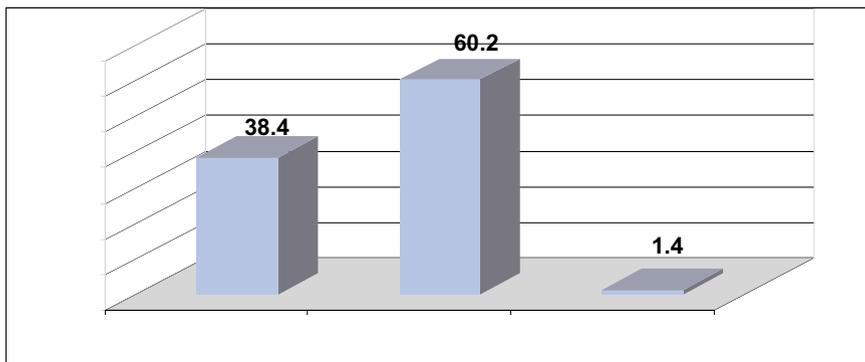
También es importante recalcar que las adolescentes no poseen suficiente información sobre un comportamiento sexual responsable, sobre la prevención de un embarazo, así como, de las graves consecuencias del mismo, debido entre otros factores, a la poca madurez emocional y cognitiva que hace que ella continúe siendo psicológicamente una niña, enfrentando una responsabilidad para la cual no está preparada física y mentalmente.

Estos resultados nos confirman que un alto porcentaje de adolescentes embarazadas se encuentran solas (38.4%), sin apoyo de sus parejas durante el proceso del embarazo, parto y posterior crianza de sus hijos e hijas.

Es sabido que la adolescente que conforma una unión de pareja, aparte de su rol materno, también desempeña un rol reproductivo y de servicio directo a las necesidades de su pareja o de la casa (lavado, planchado, etc). La mayoría han declarado que sufren violencia física y psicológica de parte de su pareja (70%).

A este respecto debe decirse que las jóvenes al provenir de un sistema familiar androcéntrico son educadas bajo un esquema que justifica la violencia contra las mujeres y las condiciona a culpabilizarse de la violencia recibida, a sabiendas que nadie tiene el derecho de maltratar a otra persona en el marco del ejercicio de los derechos humanos fundamentales. Algunas declararon haber sufrido violencia dentro de su familia parental y por lo tanto fue una válvula de escape establecer una relación de pareja, lo que no significó terminar con la violencia.

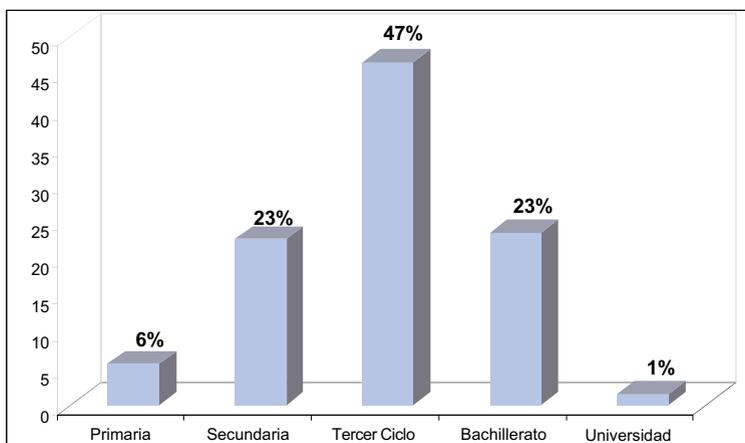
Gráfico 4
Porcentaje de adolescentes según estado civil



Fuente: Expedientes clínicos del Programa de Adolescentes del Hospital Nacional de Maternidad "Dr. Raúl Argüello Escolán". Febrero–noviembre 2005.

En la variable de escolaridad, los resultados obtenidos son los siguientes:

Gráfico 5
Porcentaje de adolescentes según nivel de escolaridad



Fuente: Expedientes clínicos del Programa de Adolescentes del Hospital Nacional de Maternidad. "Dr. Raúl Argüello Escolán". Febrero–noviembre 2005

En relación al **nivel de escolaridad**, la media fue de 7.8 años cursados, variando desde el segundo grado hasta el primer ciclo universitario. En esta variable se excluyeron dos casos en los cuales el nivel educativo no se encontró en el expediente.

En relación a la **ocupación actual** el 54.8% eran amas de casa, el 42.5% estudiantes, y el 2.7% reportó tener un trabajo fuera de casa (empleadas domésticas). Estos resultados reflejan que las jóvenes en su mayoría, están desempeñando un rol reproductivo, y que el embarazo y posterior cuidado de los/as hijos/as les impide a ellas continuar desarrollándose adecuadamente a través del sistema educativo y realizándose como personas, para estar mejor capacitadas y acceder a una vida con calidad en los diferentes ámbitos sociales, culturales y económicos.

De acuerdo al área geográfica y **lugar de residencia** el 95.9% de la muestra residían en el área urbana, y de éstos el 67.6% residían en San Salvador, Apopa y Soyapango.

9.2 Datos de Salud Sexual y Reproductiva

La edad media de la **menarquia** fue de 12 años, y la media en la **edad de inicio de las relaciones sexuales** fue de 14 años. Como se observa prácticamente a los dos años de edad ginecológica las adolescentes se vuelven sexualmente activas lo que incrementa la frecuencia de relaciones sexuales en adolescentes, poniendo en peligro su salud, por contraer Infecciones de Transmisión Sexual incluido el VIH/SIDA, así como por los graves riesgos biológicos propios del embarazo a temprana edad.

El 8.2% de los casos, reportó **embarazos anteriores, el período intergenésico** encontrado fue entre 1 y 4 años. Estos hallazgos son

preocupantes al dimensionar que una niña ha interrumpido su normal proceso de desarrollo, en vez de encontrarse asistiendo a la escuela jugando con sus compañeras, tiene que asumir responsabilidades propias de una mujer adulta.

En cuatro adolescentes que pertenecían a la muestra se presentaron antecedentes de un embarazo y en dos casos más, dos embarazos. Si tomamos estos dos últimos casos con dos gestaciones previas, nos damos cuenta que tres embarazos dentro del período de la adolescencia denotan un enorme riesgo para la salud y la vulnerabilidad de ellas, ante un embarazo precoz.

Esta situación pone al descubierto como la práctica del abuso sexual inicia a edades muy tempranas en la vida de las mujeres, producto de la concepción machista que ve a las mujeres, especialmente a las jóvenes como un objeto sexual (cosificación de la mujer), irrespetando sus derechos humanos. Así mismo, deja en evidencia la presencia de un sistema social y familiar permisivo frente a esta grave problemática que enfrentan las adolescentes. El poco conocimiento que tienen las jóvenes sobre el riesgo que implican los embarazos para su salud reproductiva, aunado a la incapacidad para tomar decisiones, las diversas estrategias de los abusadores, las presiones de grupo, influencias de los medios de comunicación, la pertenencia a hogares disfuncionales y/o con violencia, hace que estas niñas no encuentren opciones para enfrentar este fenómeno de tal magnitud.

Por otra parte, en estos casos de adolescentes con **embarazos previos**, no se encontró el antecedente de parto prematuro, sin embargo, sí se encontró que el 33.3% de los casos presentó Preeclampsia Grave durante

el desarrollo del embarazo anterior, condición patológica asociada directamente al embarazo que ocurre en las edades extremas de la vida de las mujeres y que eleva el riesgo de muerte de quien la padece, por lo que podemos mencionar que el embarazo en adolescentes se constituye en una forma de violencia de género extrema.

En relación al antecedente de ***Infecciones de Transmisión Sexual*** el 5.5% de los casos reportó Condilomatosis Vulvar, este es un dato importante considerando que el agente causal de esta Infección de Transmisión Sexual (el Virus del Papiloma Humano) está relacionado al desarrollo del Cáncer Cérvico-Uterino, el cual se asocia con el inicio de las relaciones sexuales a edades muy tempranas y a prácticas sexuales con múltiples parejas tanto del hombre como de las mujeres.

A este respecto podemos establecer una relación genérica con la práctica machista a través de la cual el hombre mantiene múltiples parejas sexuales en su afán de reafirmar su identidad social como hombre, incluyendo dentro de estas parejas, trabajadoras comerciales del sexo y/o personas promiscuas, contagiándose del virus del papiloma humano o del herpes virus adquiriendo calidad de portador de los mismos. Generalmente cuando la adolescente establece una relación sexual, la pareja ya puede ser portadora de estos virus los cuales le transmite, aumentando su riesgo de padecer de Cáncer Cérvico-Uterino, el cual si no es detectado a tiempo puede ser mortal, esto se constituye en otra forma de violencia de género extrema sobre agregada al embarazo en la adolescente.

En relación al ***VIH/SIDA***, estaba reportado que en el 82.2% de la muestra se había practicado la prueba, teniendo resultados negativos.

En 23 casos no se encontró el resultado de la última ***citología*** realizada, en los casos en que sí se encontró el resultado, se observó que el 91.8% eran citologías negativas, el 6.1% reportó Lesión Intraepitelial de Bajo Grado (LIEBG), y el 2% con Lesión Intraepitelial de Alto Grado (LEIAG).

Como se describió anteriormente el riesgo de adquirir el Virus del Papiloma Humano está relacionado con el apareamiento del Cáncer Cérvico-Uterino, en estos casos ya hay lesiones (LEIBG y LEIAG) que forman parte de la evolución hacia este tipo de cáncer, que de no recibir tratamiento, el desenlace sería mortal. En otros casos, la evolución del virus del papiloma humano condiciona estadios del Cáncer Cérvico-Uterino que requieren tratamientos mutilantes implicando la realización de una histerectomía⁴⁹, lo cual corta de forma definitiva la capacidad reproductiva de la adolescente, con su posterior desvalorización social como mujer reproductora y condicionando una baja autoestima e incorporación al Síndrome del Fracaso.

En relación a la utilización de ***métodos de planificación familiar***, se encontró que únicamente el 13.6% de la muestra aceptó haber utilizado algún método de planificación familiar, en su mayoría estas adolescentes tuvieron relaciones sexuales sin protección. En la tabla N° 5 se observan los métodos más utilizados por ellas:

⁴⁹ Procedimiento quirúrgico a través del cual se realiza la extracción del útero y sus anexos.

Tabla 5
Porcentaje de utilización de métodos de planificación familiar

Métodos de Planificación Familiar	F	Utilización (porcentaje)
Orales	2	20%
Inyectables	5	50%
Barrera Masculina	3	30%
Total	10	100%

Fuente: Expedientes clínicos del Programa de Adolescentes del Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Raúl Argüello Escolán”. Febrero–noviembre 2005

El método de planificación familiar de mayor utilización fue el inyectable (50%), y el 30% de los casos utilizó como método de barrera el preservativo masculino.

9.3 Datos del embarazo actual

El número de **controles prenatales** asistidos por las adolescentes varió entre los tres y los once controles, el 81% de los casos asistió entre tres y cinco controles, el 16.4% tuvo una asistencia entre seis y ocho controles, y sólo el 2.8% asistió a más de nueve controles.

Es importante mencionar que muchas de las adolescentes ya habían iniciado su control en otro centro de salud, y habían sido referidas al hospital por alguna anomalía detectada, por lo tanto no fue posible determinar en forma precisa el número exacto de controles asistidos en todo el embarazo.

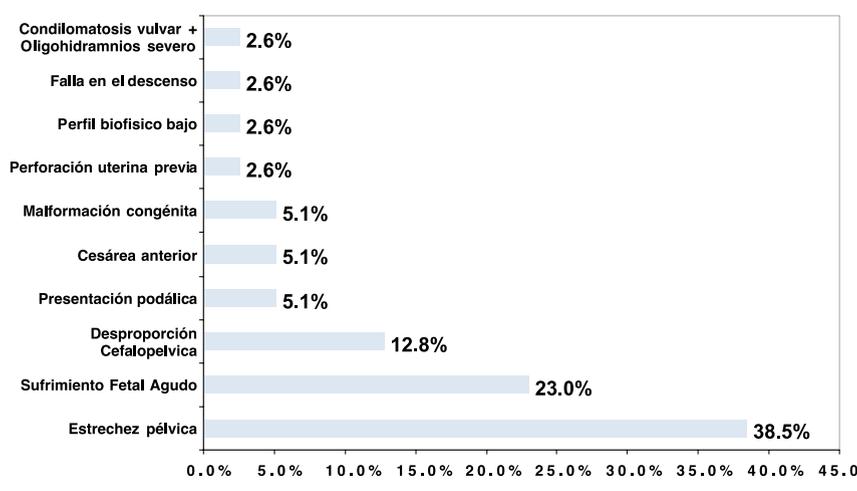
Dentro de los problemas propios del embarazo se encontró que en relación a la **amenaza de aborto** únicamente el 1.4% de la muestra lo presentó, sin embargo ningún caso finalizó en pérdida de la gestación.

No se encontró datos en relación a la **amenaza o parto inmaduro**, pero en relación al **parto prematuro** éste se encontró en el 2.7% de los casos, los partos se verificaron entre las semanas 34/35 de gestación.

El 6.8% de los casos presentó **Preeclampsia grave**, en ningún caso se reportó eclampsia. Y el 2.7% de los casos presentó **Ruptura Prematura de Membranas**.

La **vía del parto** fue en el 53.4% por cesárea, las indicaciones para realizarla se describen en el gráfico siguiente:

Gráfico 6
Porcentaje de cesáreas según la indicación de realizarlas



Fuente: Expedientes clínicos del Programa de Adolescentes del Hospital Nacional de Maternidad "Dr. Raúl Argüello Escolán". Febrero–noviembre 2005

El mayor porcentaje de indicación de cesárea fue por **estrechez pélvica** (38.5%), esto guarda relación con el hecho de que el crecimiento de los huesos de la pelvis en la adolescente aún no ha alcanzado su desarrollo completo, obstaculizando el paso del feto por el canal del parto. La segunda indicación fue el **sufrimiento fetal agudo** (23%), el cual se presenta durante el trabajo de parto y ocurre frecuentemente por una disminución del aporte de oxígeno al feto o por un trabajo de parto prolongado. En tercer lugar con 12.8% de los casos fue por **desproporción céfalo-pélvica**, en la cual interviene el tamaño reducido de la pelvis materna y el tamaño mayor del feto, produciéndose un obstáculo para el descenso del mismo. Cuando se presenta una desproporción céfalo-pélvica junto a un trabajo de parto prolongado, existe alto riesgo de una hemorragia posparto que puede atentar contra la vida de la adolescente, principalmente si no recibe una atención médico-hospitalaria adecuada.

Las **complicaciones posparto**, representaron el 9.5% de la muestra, de éstas el 78% correspondió a **dehiscencia de herida operatoria**⁵⁰ (en números absolutos correspondió a 7 casos), y el 22% presentó **Metritis**⁵¹. En ninguno de los casos hubo mortalidad materna.

9.4 Datos del/la recién nacido/a

Únicamente el 2.8% de los/as recién nacidos/as fueron **prematuros** (nacimientos antes de la semana 37 de gestación).

El 83.6% tuvo un **peso normal** esperado (entre 2,500 gr.– 3,500 gr.), el 8.2% tuvo **bajo peso al nacer** (abajo de 2,500 gr.), y el 8.2% tuvo peso arriba de 3,500 gr.

⁵⁰ Abertura espontánea de herida operatoria.

⁵¹ Infección puerperal causada por bacterias usualmente estreptococos, se presenta con elevación de la temperatura corporal, dolor a la movilización uterina.

En relación a la **talla**, el 45.2% de los/as recién nacidos/as estuvo dentro del rango considerado como normal. El 54.8% nació con talla baja. La condición de una talla baja le confiere desventajas a los/as recién nacidos/as en el corto y largo plazo, mismas que se transmitirán a los/as hijos/as de éstos/as.

Tabla 6
Tabla de frecuencias talla recién nacido/a

Talla (cms)	F	Porcentaje
45	4	5.5
46	1	1.4
47	19	26.0
48	16	21.9
49	16	21.9
50	11	15.1
51	6	8.2
Total	73	100

Fuente: Expedientes clínicos del Programa de Adolescentes del Hospital Nacional de Maternidad "Dr. Raúl Argüello Escolán". Febrero–noviembre 2005.

En relación al **APGAR**⁵² al primer minuto se encontró una media de 8.2 puntos y a los cinco minutos de 9.1.

En relación a la presencia de **malformaciones congénitas**⁵³ en los/as recién nacidos/as éstas se encontraron en el 5.5% de la muestra (4 casos), correspondiendo a diversos tipos.

⁵² Guía de evaluación de la vitalidad del/la recién nacido/a en base a puntajes que oscilan entre 0 y 10.

⁵³ Defecto estructural presente al nacimiento que puede afectar a órganos o sistemas.

En la tabla siguiente se describe el tipo de malformación congénita.

Tabla 7

Tabla de frecuencias de malformaciones congénitas

Malformaciones congénitas	F	Porcentaje
Gastrosquisis	2	50%
Labio Leporino	1	25%
Situs Inverso + Esbozo Lingual	1	25%
Total	4	100%

Fuente: Expedientes clínicos del Programa de Adolescentes del Hospital Nacional de Maternidad "Dr. Raúl Argüello Escolán". Febrero–noviembre 2005

Los casos fueron referidos al Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom para su corrección a través de cirugía. En ninguno de los casos se reportó mortalidad perinatal.

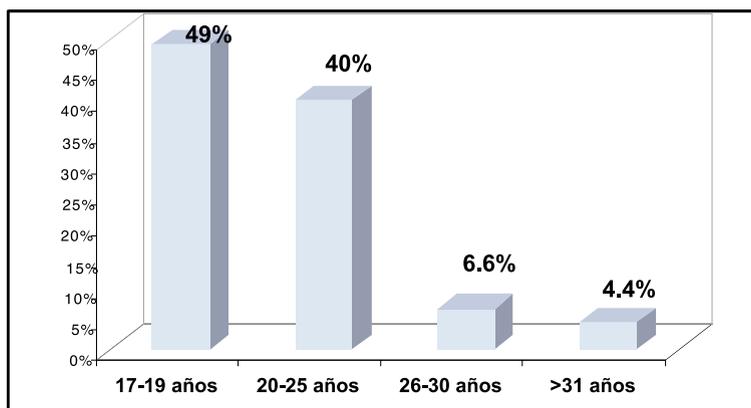
9.5 Datos de la pareja

Con relación la variable de la **edad de la pareja**, no se pudo encontrar el dato en la totalidad de la muestra, en muchos casos se verificó que la adolescente ocultó los datos sobre su pareja y en otros el dato era desconocido por la adolescente, principalmente en los que el embarazo fue producto de violación.

Sin embargo el dato sobre la edad de la pareja se recuperó de 45 expedientes, siendo la mediana encontrada de 20 años, la edad máxima fue de 39 años. El 49% de las parejas correspondió a adolescentes y el 51% a personas mayores de 20 años.

Gráfico 7

Edad de la pareja según grupos de edad



Fuente: Expedientes clínicos del Programa de Adolescentes del Hospital Nacional de Maternidad.

“Dr. Raúl Argüello Escolán”. Febrero–noviembre 2005

En relación a la **ocupación** el 8.2% de las parejas eran estudiantes, el 91.8% correspondió a trabajadores, la mayoría de ellos con trabajos que son poco remunerados: obreros, vendedores, albañiles, cocineros, motoristas, entre otros.

9.6 Otros datos

Se encontró además que el 22% de los casos tuvo control en Psicología por diversas razones, entre ellas: adicción a cocaína, depresión, violaciones, hogares desintegrados, problema de madre alcohólica, intento de aborto.

Estas condiciones detectadas se asocian directamente con la ocurrencia del embarazo en adolescentes y a la vez con el deterioro de su salud mental, considerando que sumado a la carga emocional que implica el desarrollo del embarazo, ellas tienen otros conflictos que empeoran su situación, en varios casos son problemas no relacionados directamente a ella, sino más

bien problemas dentro de su grupo familiar y parental como el caso del alcoholismo materno y paterno que indudablemente afecta su estabilidad emocional.

Por otro lado se encontraron conductas de riesgo como la adicción a drogas, problema social frecuente en estas edades. Generalmente los hogares disfuncionales no suplen la necesidad de afecto en las adolescentes quienes ven un pasaporte de salida a los problemas en las relaciones amorosas con su pareja y en la concepción de un embarazo que les permitirá suplir en su hijo/a el déficit de amor que ellas han tenido en sus hogares, encontrándose posteriormente ante una contradicción y conflicto de vida por el desafío de criar a su hijo/a sin apoyo familiar ni de su pareja, extendiendo los niveles de pobreza individual y social.

Se encontró que el 7% de la muestra (5 casos) fueron embarazos producto de violación, en uno de ellos el agresor era el padrastro de la joven. Nuevamente es importante mencionar las consecuencias del patrón de conducta machista en donde el hombre utiliza la fuerza, la coerción y la violencia para relacionarse con las mujeres incluso en el plano sexual y al interior de la familia atropellando los derechos más fundamentales de la niñez. Estas jóvenes tendrán que enfrentar ellas solas el trauma psicológico y emocional que implica un incesto, así como también la responsabilidad de la crianza de un hijo/a que no deseaban, en una época en donde no cuentan con la madurez psicológica, ni las condiciones económicas necesarias. Por otro lado es importante mencionar el impacto psicológico que también tendrá su hijo/a, al ser muchas veces rechazado por su madre y por la sociedad por el hecho de ser producto de una violación.

Este no es un dato aislado ya que las estadísticas del Programa de

Saneamiento de la Relación Familiar (ISDEMU) para el año 2005 reportaron que en el 30.1% de casos de abuso sexual atendidos, el agresor era familia directa de la adolescente (papá, hermano, primo, tío, abuelo).

Las consecuencias para la víctima del abuso sexual y la violación se han descrito en varios estudios, entre ellas se mencionan trastornos emocionales, baja autoestima, depresión, conductas autodestructivas como el consumo de alcohol y drogas, incluso conductas sexuales de riesgo como el tener múltiples parejas sexuales.

9.7 Resultados del Grupo Focal

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir del grupo focal en el cual participaron nueve adolescentes asistidas dentro del Programa de Atención a Adolescentes del Hospital Nacional de Maternidad “Raúl Argüello Escolán”, se muestran además algunas citas textuales de las participantes.

9.7.1 Datos relacionados a salud sexual y reproductiva de la adolescente

Se discutió sobre el ***inicio de las relaciones sexuales*** a temprana edad, encontrándose la mayor frecuencia (3) a la edad de los 16 años. Sin embargo una de las participantes había iniciado su actividad sexual a los 12 años.

Se obtuvo comentarios como:

***“En el grupo de amigas todas habían tenido relaciones...
poco a poco todas fuimos cayendo”***

***“Ese año tres compañeras de la clase
quedaron embarazadas”***

Este tipo de comentarios hacen notar que para las adolescentes es importante y determinante lo que su grupo de amistades piensa y realiza, el sentirse parte de un grupo y pertenecer a él constituye un factor decisivo en sus patrones de conducta. Queda también evidenciado que la falta de un desarrollo cognitivo adecuado en las/os adolescentes les vuelve un grupo vulnerable dentro de la sociedad, característica que es muchas veces aprovechada por personas adultas mayores para el acometimiento de abusos sexuales que conducen a la problemática del embarazo en adolescentes.

En relación a si la ***primera relación sexual*** fue voluntaria o forzada, todas las participantes respondieron que fue una relación voluntaria.

Al racionalizar este tipo de respuesta es necesario tener en consideración que durante la etapa de la adolescencia surge la necesidad psicofisiológica de experimentar sexualmente, como parte de la reafirmación de la identidad a nivel individual, social y sexual, así como para la definición de las preferencias sexuales. Esta condición dentro de un entorno machista el cual cosifica a las mujeres como objetos sexuales, significa una alta vulnerabilidad para las adolescentes frente al problema del embarazo y sus consecuencias negativas para ellas y sus hijos/as.

Al indagar si el ***embarazo actual*** había sido forzado o voluntario, las respuestas obtenidas en todos los casos corresponden a embarazo voluntario, pero dos de ellas expresaron que a pesar de no ser forzado, no lo deseaban en ese momento:

“Yo no quería todavía, pero no estaba planificando”
“Yo no lo deseaba, pero tampoco estaba planificando”

Otra respuesta fue la de una joven que estaba preocupada porque ya tenía una relación de largo tiempo con su pareja y no quedaba embarazada:

“Sí fue voluntario, ¡yo quería quedar embarazada, si a ponerme en tratamiento iba cuando salí embarazada”

En ocasiones las adolescentes mantienen relaciones sexuales desprotegidas intencionalmente con la idea de tener un embarazo, sin tomar en cuenta los riesgos para ella y para su hijo/a, identificándose con el rol genérico que les condiciona a pensar que para ser mujer y sentirse completas necesitan embarazarse.

Para todas las participantes del grupo focal había sido su primer embarazo, sin embargo, al indagar sobre el número de parejas sexuales las respuestas fueron las siguientes: seis participantes manifestaron haber tenido una sola pareja, y tres de ellas dijeron haber tenido dos parejas sexuales.

Todas respondieron que ya tenían algún **conocimiento sobre el ejercicio de la sexualidad** antes de iniciar su relación de pareja y éste había sido adquirido a través de sus amigas, sólo en un caso la fuente de información había sido la madre:

“Sí, mi mamá me había informado, por eso cuando le dije del embarazo se enojó”.

Esta situación nos confirma que la mayor fuente de información sobre la sexualidad se da por medio de los grupos de pares entre adolescentes, siendo una información inexacta y cargada de mitos, lo cual aumenta el riesgo de ocurrencia del embarazo en adolescentes así como de las Infecciones de Transmisión Sexual incluido el VIH-SIDA. También es evidente que aún existe un vacío con respecto a la correcta educación sobre el tema de salud sexual y reproductiva a nivel de este grupo de edad.

Todas las participantes dijeron que tenían ***conocimiento sobre métodos de planificación familiar*** antes del embarazo, pero únicamente 3 respondieron que sí los habían utilizado. Es interesante evidenciar los mitos que existen en torno a los métodos de planificación familiar y la manera en cómo influyen en la utilización de los mismos. Así también, hay que resaltar la importancia que las adolescentes le dan a la estética y a la imagen que desean proyectar, a través de las siguientes expresiones:

“Al principio sí planificaba con inyección mensual, la usé por tres meses, pero luego mis amigas me dijeron ¡eso te va a esterilizar!, entonces la suspendí”.

“No planificaba porque he sido bien obsesiva con mi cuerpo, no quería engordar... ¡y salió peor porque con el embarazo engordé más!”

Las adolescentes tienen fantasías en torno a su fertilidad, muchas veces no piensan en la posibilidad de un embarazo, y se arriesgan una y otra vez:

“Yo creía que no podía quedar embarazada, porque ya había sucedido en varias ocasiones y nunca había pasado nada, yo llevaba el método del ritmo”.

El 55% de las participantes respondió que en algún momento de la relación habían utilizado preservativo, lo cual sucedió de forma eventual:

“Sí, pero no nos gustaba a ninguno de los dos, no es lo mismo, y da dolor y ardor. Además yo llevaba el método del ritmo”.

“Sí, en pocas ocasiones, no por planificar sino que pensando en las enfermedades de transmisión sexual, como uno no conoce bien a la pareja, él estuvo de acuerdo”.

Al investigar la ***utilización actual de algún método de planificación familiar***, el resultado fue que en su mayoría las adolescentes planificaban con métodos inyectables, el resto respondió que no utilizaron ningún método. Es importante resaltar el hecho que una de las participantes ya estaba con su segundo embarazo, el cual no fue planificado.

“No planifico, es que estoy embarazada actualmente... de gemelos”

“No, porque no estoy acompañada”

Se discutió con las participantes sobre las expectativas de un nuevo embarazo, la minoría dijo no querer un nuevo embarazo y el resto optó por esperar varios años, sólo una adolescente ya estaba embarazada al momento de la entrevista.

***“Cuando el niño tenga 8 años”
“Cuando el niño tenga 5 años, yo ya voy a tener 20... Si me
espero más ya voy a estar muy vieja”***

Este tipo de comentarios refleja que las jóvenes están influenciadas bajo los estándares de belleza y vitalidad sexual que ponen los hombres dentro de la sociedad, dando mayor valor a las jóvenes, que a las adultas con o sin hijos/as. Se conoce, sobre las preferencias de muchos hombres por disponer de parejas adolescentes, despreciándolas cuando alcanzan la mayoría de edad y reproduciendo el círculo de conquistas.

9.7.2 Relaciones de pareja

Siete parejas de las participantes eran de 20 años y más, incluso en algunos casos la diferencia de edad entre la pareja y la adolescente fue hasta 6 años.

Se investigó ***si la pareja cuestionó la paternidad*** del presente embarazo, dos de las adolescentes dijeron que sí y había sucedido sobre todo por influencias de la familia de ellos.

***“Las hermanas le decían, no te acompañes,
ese hijo quizás no es tuyo”***

Este tipo de comentarios evidencia que la práctica machista en relación a múltiples conquistas sexuales, fomenta la paternidad irresponsable, dado que el hombre desconfía de la fidelidad de su pareja al proyectar en ella la forma de su propio comportamiento sexual. También se destaca la práctica androcéntrica sexista de las parientes femeninas del varón condenando el embarazo de la adolescente para proteger al hombre.

En relación a la **responsabilidad económica con el hijo/a**, se encontró que seis de las participantes recibieron apoyo económico por parte de su pareja, dos dijeron que la responsabilidad era compartida (los dos trabajan), y una manifestó que su pareja no aporta económicamente. En cualquiera de los casos, las competencias productivas de las/os adolescentes no son las adecuadas para ubicarse en el ámbito productivo a niveles competitivos, y generalmente tienen acceso a trabajos en categoría de subempleos con bajas remuneraciones que les colocan en condición desfavorable para el desarrollo adecuado del nuevo grupo familiar, siendo una desventaja que les afectará a ellas/os y sus hijas/os. De forma general, se vuelven dependientes económicamente de cualquiera de las familias parentales, significando una carga económica importante, lo cual genera conflictos de relaciones interpersonales que muchas veces terminan en separación de pareja con las correspondientes implicaciones negativas en el futuro desarrollo de los/as hijos/as.

En el momento del embarazo dos de las parejas dejaron de estudiar para sostener económicamente al hijo/a, la mayoría de ellos ya estaban trabajando cuando inició el embarazo.

Ante estos resultados podemos evidenciar que el embarazo en la adolescencia, extiende sus efectos sobre el hombre, ya que éste deja de estudiar para buscar un trabajo y poder aportar económicamente para la crianza del hijo/a. También se genera un grado de estrés y cambio de estilo de vida, considerando que exista un nivel de responsabilidad compartida, lo cual no siempre se da.

Se indagó sobre la **expectativa de la pareja (hombre) a cerca del sexo de su hijo/a**, y en su mayoría las adolescentes respondieron que a ellos les era indiferente el sexo, sin embargo dos de las participantes res-

pondieron así:

“Niño, porque los hombres prefieren que el primer hijo sea varón”
“Niña, cuando supo que era niño, no le gustó mucho... pero dijo que lo aceptaría siempre que viniera sano”

Al preguntar que si la pareja le propuso que de ***ser niño se llamaría como él o como su suegro*** todas las adolescentes con hijos respondieron afirmativamente:

“Sí, lleva el nombre del papá, la decisión fue de los dos”.
“Sí, los dos estuvimos de acuerdo, pero yo le dije que si era niña, no le pondría mi nombre”

En relación a la ***toma de decisiones dentro de la pareja*** y si es compartida, todas respondieron que sí compartían la toma de decisiones, sin embargo resaltaron comentarios como el de una joven que vive en la casa de sus padres:

“Sí, nos ponemos de acuerdo los dos, y luego se lo comunicamos a mi familia”

Este tipo de comentario nos lleva a reafirmar la falta de condiciones sociales y económicas que tienen las adolescentes para enfrentar el desafío de un embarazo y posterior crianza del hijo/a, así como, su categoría de subfamilias⁵⁴ la cual desarrollan al estar subordinados a otro núcleo familiar primario.

⁵⁴ Subfamilia: se refiere a que la nueva pareja convive bajo el mismo techo de la familia parental de uno de ellos.

Se discutió además, el **acompañamiento al control prenatal por parte de su pareja**, los resultados encontrados fueron que, cinco participantes respondieron que su pareja les acompañó a los controles prenatales, sin embargo, por razones institucionales no les permitieron la entrada al hospital.

Se cuestionó a cerca de si **la pareja ha mantenido relación con otra(s) persona(s) durante el presente embarazo**, ante lo cual una adolescente aceptó conocer que su pareja había mantenido otra relación durante su embarazo.

“Sí, tuvo otra relación, pero yo tuve la culpa porque con las molestias del embarazo yo no quería verlo, y él me dijo que se sintió solo... Que sólo fue una noche... por eso lo hizo”

Este comentario nos refleja que las adolescentes pueden estar muy subordinadas al poder de dominio por parte de su pareja, hasta el grado de culparse inmotivadamente ante faltas a la fidelidad cometidas por sus parejas, justificando que el hombre puede ejercer prácticas sexuales con otras parejas ante ciertas circunstancias, y bajo ese planteamiento, durante el curso del embarazo estaría aceptándose el hecho de recurrir por parte del hombre a una compañera sexual sustituta mientras dura el periodo de gestación. Esto reafirma lo que anteriormente se ha dicho, que el sistema familiar y social condiciona a las mujeres a tomar una posición de responsabilidad y de culpa ante las conductas irresponsables de los hombres u otros errores que comete la familia.

Al respecto de la experiencia de **violencia intrafamiliar recibida por parte de su pareja**, la mayoría de las adolescentes manifestaron que sí la han sufrido, y la violencia de la cual manifestaron haber sido víctimas fue de tipo psicológico y físico. A continuación citamos algunas frases de las jóvenes:

“Sí, cuando tenía cuatro meses de embarazo, nos golpeamos, él me pegó... yo lo mordí”

Nuevamente se demuestra que el hombre, utiliza la violencia como una herramienta para subordinar a su pareja independientemente de su estado grávido:

“Si no hacemos cosas que ellos dicen, se enojan y nos insultan”

La mujer se culpa, o asume la responsabilidad de la conducta violenta de su pareja, reforzando, justificando y aceptando la misma:

“A veces yo he tenido culpa porque le digo mentiras, y él se da cuenta y entonces peleamos, y me empuja, me tira a la cama, sólo ha sido una vez...”

Además es interesante comentar que muchas de las participantes mencionaron que los motivos de las peleas estaban relacionados a los roles genéricos que a cada uno les correspondía, como por ejemplo, el hecho de que sus parejas se negaron a compartir actividades del hogar y/ o de la atención a los/as hijos/as.

“Cuando discutimos es porque él trabaja de 7 a 7 y llega cansado, eso yo lo entiendo, y a veces oye llorar a la niña y quiere que yo vea por qué está llorando, como si él no tuviera manos”
“Al niño, le grita y lo nalguea, y eso que sólo el domingo pasa con él, en un ratito lo saca de quicio”
“No nos ayudan con las cosas de la casa y quieren que una atiende al niño... y él no hace nada... sólo viendo tele... sólo de machistas se la llevan”

Debido a la educación que reciben los hombres en su familia en relación a que las tareas domésticas son actividades exclusivas de las mujeres, tenemos una sociedad en la que los hombres son discapacitados, no por el hecho que no las puedan realizar, sino porque es la enseñanza de nuestra cultura.

Una de las participantes que negó haber recibido violencia intrafamiliar por su pareja, manifestó que ella sí la ejerce contra su compañero:

“Yo a él sí le pego, él me dice que mi mamá le dio a él mujer... no hija, ¡por eso no me pega!”

La construcción de la masculinidad hegemónica está reflejada en la expresión anterior, ya que para algunas mujeres los hombres deben ejercer la violencia contra ellas para mostrar su hombría e inclusive su “amor”. La aseveración de la adolescente donde el compañero afirma que la suegra entregó a una mujer, demuestra la connotación de cosa asignada como objeto y no como una persona con iguales derechos. Nos preocupa además, la expresión donde deja entrever la posibilidad de castigar o maltratar a las hijas que puedan tener en la pareja.

Constatamos que ninguna de ellas ha estado en maras o grupos de riesgo.

9.7.3 Aspectos sociales

En relación al ***estado civil*** de las participantes, ocho de ellas estaban en unión no matrimonial y una estaba sola.

Dos de las participantes ya habitaban con sus parejas incluso antes del embarazo, es decir que la razón de formar la unión no fue en estos casos el embarazo.

En los casos de las adolescentes que estaban en ***unión no matrimonial*** con sus parejas, se observó que no tenían planificado casarse, y en algún momento se plantearon la posibilidad de romper con la relación. Algunas razones de por que no decidieron casarse fueron:

“Si estoy casada va a ser más costoso si decido acompañarme con otra persona”
“Nos hemos puesto un lapso de dos años para conocernos y veremos si nos casamos, porque si me caso y no funciona y me divorcio a los pocos meses todos van a hablar de mí”
“No quiero casarme, si algún día yo me separo sólo le digo que me voy”

Estas frases denotan la inmadurez y la inestabilidad que tienen las adolescentes, a pesar de llevar una vida en pareja y de ser madres, aún no han asumido la responsabilidad de formar una relación de pareja estable, muy probablemente en corto tiempo esta relación se habrá terminado, repercutiendo también en los hijos e hijas, quienes crecerán sin la figura de un padre.

También en el caso en que ambas personas de la pareja son adolescentes, los dos son niños que se encuentran en una relación que debería ser de adultos; todos los problemas que conlleva la madurez de la etapa de la adolescencia, la búsqueda de la identidad, la formación de la personalidad, la conformación de la red social, entre otros, nos llevan a explicarnos las actuaciones disfuncionales entre ellos, que en la mayoría de los casos como resultado tienen una separación en el corto plazo. Además, se evidencia en la mayoría del grupo meta que sus expectativas no giran en torno a formar una familia o relación de pareja estable y bien estructurada con ese compañero: ***“No quiero casarme, si algún día yo me separo sólo le digo que me voy”***.

Convencidos como estamos, que la familia “es la base fundamental de la sociedad” consideramos que debe fomentarse y fortalecerse la enseñanza de los valores, para desarrollar una familia dentro de una estructura de madurez, en los ámbitos biológico, psicológico y social, de mutuo respeto y cooperación entre los/as miembros/as de la familia.

En relación al impacto del embarazo en la formación educativa, ocho de las adolescentes estaban estudiando en el momento de su embarazo, y una de ellas había suspendido los estudios antes del embarazo, teniendo un nivel de escolaridad hasta 5 grado.

Únicamente dos adolescentes manifestaron querer continuar sus estudios para finalizar el bachillerato. Por otro lado, ninguna consideró continuar estudios universitarios.

Es importante reflexionar sobre este hallazgo, ya que refleja que muchas jóvenes suspenden sus estudios, y si tomamos en cuenta que no trabajan, están teniendo como resultado tiempo libre el cual invierten en actividades que no les brindan ningún aporte beneficioso, al contrario puede acarrear problemas como el inicio en pandillas, el consumo de drogas, el embarazo a temprana edad.

En el caso de las adolescentes que estudian en el momento del embarazo, les corta las expectativas no sólo de su proyecto de vida, sino también a nivel de su adecuada formación académica y profesional, ubicándolas en una clara desventaja social frente a las oportunidades laborales, a la vez condicionándolas para su futuro desarrollo dentro del sistema de subordinación machista.

Al preguntar ***cuál fue la reacción cuando supo que estaba embarazada***, cinco respondieron haberse sentido felices por la noticia del embarazo, dos dijeron haberse preocupado por la reacción de su familia y dos manifestaron haber considerado la posibilidad de un aborto.

Estas son algunas expresiones de las adolescentes que pensaron en la posibilidad de realizarse un aborto:

“Yo me afligí, yo no sabía qué hacer, se lo conté primero a mis amigas, yo quería abortarlo, y me dijeron cómo, y me puse una pastilla en la vagina, me llevaron al hospital, entonces ahí se dio cuenta mi mamá”.

“Yo también pensé en abortarlo... Por mi cuerpo... no quería engordar, mi papá quería que yo lo abortara y andaba viendo como empeñaba algo para abortarlo, pero al final me decidí. Ahora todos estamos felices”.

Como se puede observar, más de la mitad de las adolescentes tuvo una reacción de angustia, preocupación o desesperación frente al embarazo, considerando llegar a concretizar acciones extremas, como se leen en las afirmaciones anteriores, motivadas éstas por el miedo a la desaprobación familiar, por un rechazo directo de su pareja, el estigma social, el rechazo del centro educativo, el miedo a la experiencia de un parto y la responsabilidad que implica la crianza de un nuevo ser, la imposibilidad económica, el rechazo cuando el embarazo es producto de una violación, donde la madre adolescente no puede superar ese dolor, ese estigma que ha dejado el abuso de que fue objeto y que lo ve reflejado en su hijo/a, lo que conduce a un rechazo inconsciente de este nuevo ser, el cual se verá afectado en el transcurso de su vida, siendo sujeto a un mayor riesgo de ser una persona abusada, abandonada o incorporarse a grupos de riesgo que le ofrecen “apoyo”, adicciones, etc.

Estas situaciones nos llevan a deducir que en su mayoría los embarazos en adolescentes suceden en contra de su voluntad plena, y son más bien el efecto del abuso sexual o presión que sus parejas ejercen sobre ellas.

También es importante destacar que las adolescentes son vulnerables a la práctica de un aborto clandestino, realizado por personas no calificadas y en condiciones no seguras, lo cual aumenta el peligro de muerte para ellas e incrementa los gastos de atención dentro del sector de salud, ya que cuando llegan a consultar generalmente se encuentran en estado grave producto de infecciones sistémicas, por lo que ameritan ingreso en unidades hospitalarias altamente especializadas y seguramente requerirán intervenciones quirúrgicas de alto riesgo.

Se indagó además la **reacción de la familia de la adolescente** cuando supo del embarazo, cuatro manifestaron que la familia había manifestado enojo ante la noticia siendo la principal preocupación la falta de continuidad dentro del sistema educativo, cinco de los casos manifestaron que su familia fue comprensiva ante la situación.

Se preguntó a las participantes en relación a su **expectativa sobre el sexo de su hijo/a**, cuatro manifestaron haber deseado tener un niño y cinco dijeron que niña.

Se exploró sobre la situación de **convivencia con la familia de algún miembro/a de la pareja**, a lo cual dos participantes dijeron haber convivido con la familia de su pareja.

Respecto a la pregunta con relación a si han recibido algún tipo de **violencia por parte de la familia de su pareja**, en cuatro de los casos la

respuesta fue afirmativa y el tipo de violencia recibida fue psicológica.

Esta situación pone de manifiesto que la violencia contra la mujer es de tipo extendida, ya que la ejerce no sólo la pareja sino que también otras personas que han tenido o tienen algún tipo de relación ya sea por consanguinidad o por afinidad.

En relación a la presencia de ***violencia intrafamiliar en la familia de la adolescente***, la mayoría de las participantes manifestaron haber sufrido violencia intrafamiliar, en sus formas de violencia física y psicológica.

“Yo prefería pasar en el instituto que en mi casa, porque mucho pleito con mi mamá y con mi hermano”
“Sí, mi papá me pegaba cuando me regañaba, en Navidad fue una vez porque yo había tomado”
“Sí, con mis hermanos, golpes y gritos”

Se discutió con las adolescentes si ***les recomendarían un embarazo a otras adolescentes***, todas las participantes dijeron no recomendarlo, algunas razones se mencionan a continuación:

“No, porque a esta edad no estamos capacitadas, no le podemos dar un buen futuro al bebé”
“No, yo no lo recomendaría porque le cambia la vida”
“Es una gran responsabilidad porque cuando se enferman uno no sabe de dónde sacar dinero”.
“Es que uno no entiende hasta que le pasa esto”.

La totalidad de las adolescentes percibieron al embarazo como una condición no apropiada para ellas y sus hijos/as, en el marco de una reflexión vivencial y posterior al acontecimiento del embarazo y parto. Esto nos reafirma que las adolescentes son altamente vulnerables debido a que no tienen el suficiente desarrollo cognitivo para comprender los riesgos e implicaciones de las relaciones sexuales y sus consecuencias posteriores, como es el caso del embarazo, las infecciones de transmisión sexual incluido el VIH-SIDA.

Se indagó sobre el **nivel de escolaridad de las madres de las adolescentes**, evidenciándose que tres de las madres llegaron hasta la secundaria, dos hasta primaria, dos hasta el tercer ciclo, una adolescente dijo desconocer la escolaridad de la madre, y otra adolescente dijo que la mamá era profesional (contadora).

Es importante destacar la relación existente entre el bajo nivel de escolaridad y el embarazo en adolescentes, lo cual se asocia a la poca información sobre la salud sexual y reproductiva.

En relación a la **edad en la cual la madre de la adolescente tuvo su primer embarazo**, los resultados observados se muestran a continuación:

Seis de las madres de las adolescentes tuvieron su primer embarazo en la etapa de la adolescencia, vemos entonces que en muchos casos el patrón familiar de embarazos a temprana edad es reproducido culturalmente a las siguientes generaciones, convirtiéndose en un ciclo vicioso que va en deterioro de las adolescentes, de sus hijos/as, de la familia y en general de la sociedad.

10. CONCLUSIONES

La problemática del embarazo en las adolescentes tiene múltiples causas, las cuales se encuentran interrelacionadas entre sí. Sin embargo, no podemos obviar el papel determinante que ejerce la sociedad a través de los roles genéricos asignados al ser hombre y al ser mujer, los cuales influyen negativamente sobre las mujeres exponiéndolas al embarazo en la adolescencia y todas sus graves repercusiones. Las familias disfuncionales, el bajo nivel educativo, la falta de información en aspectos de salud sexual y reproductiva, la falta de proyectos de vida, y otros aspectos relacionados deben ser considerados como parte de la génesis de esta grave problemática social.

Los cambios biológicos que se han registrado en los últimos años, como la llegada más temprana de la edad ginecológica en las adolescentes, incrementa los años de vida reproductiva e influye en que más tempranamente estén iniciando la actividad sexual cuando biológica y psicológicamente no tienen la madurez necesaria para asumir conductas saludables, aunado a la falta de información y educación sobre la salud sexual y reproductiva coloca a las adolescentes en riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA. Así como también, el embarazo a temprana edad con todos los riesgos que conlleva para la madre y su hijo/a.

La adolescencia debe considerarse como una etapa de vital importancia en el desarrollo bio-psico-social de las personas, siendo un espacio de transición hacia la adultez, en la cual se termina la maduración física y psicológica, y además, se constituye la identidad de las y los jóvenes, por lo que se debe promover que cuenten con espacios y ambientes

saludables que les permitan desarrollarse de la mejor forma posible libres de un embarazo en la adolescencia, y estar habilitados/as para enfrentar las relaciones de pareja y de familia en un contexto de responsabilidad y buenas condiciones económicas que les permitan a ellas/os y sus hijos/as alcanzar una vida con calidad, contribuyendo también a un desarrollo humano sostenible dentro de la sociedad.

11. RECOMENDACIONES

1. Crear y/o fortalecer programas dirigidos a las y los adolescentes a través de los cuales se identifique los factores de riesgo y se promueva estilos de vida saludables orientados a crear en ellas/os objetivos y metas adecuados para sus vidas, reforzando la construcción de valores, así como, habilidades y destrezas que les faciliten su incorporación al ámbito productivo.
2. Integrar el enfoque de igualdad y equidad de género en los programas educativos dirigidos al grupo de adolescentes propiciando relaciones entre mujeres y hombres en el marco del ejercicio de los derechos individuales.
3. Que los programas dirigidos para adolescentes en lo relacionado a su salud sexual y reproductiva brinden información que satisfaga las necesidades particulares de las y los jóvenes, además de brindar un ambiente de confiabilidad y libre de actitudes de desaprobación, involucrándolos/as a ambos e incentivándolos/as al ejercicio de relaciones de pareja con responsabilidad, orientándolos a la postergación de las relaciones sexuales tempranas incluyendo el embarazo, y en aquellos casos en los que exista una vida sexual activa que las relaciones sean protegidas, así como brindar información veraz acerca de los métodos de planificación familiar.
4. Sensibilizar y capacitar a las personas que laboran dentro del sector salud y educación y otros sectores relacionados, sobre la prevención de la problemática social del embarazo en adolescentes.

5. Desarrollar un sistema de registro diferenciado que permita identificar la problemática y conocer sobre la dinámica y estructura de la misma, facilitando la orientación de las intervenciones de acuerdo al mapa de riesgo.
6. Propiciar campañas de información sobre la problemática en los medios incluyendo los medios alternativos, para desarrollar sensibilización y participación en la prevención desde las/os mismas/os adolescentes, sus núcleos familiares y comunidades.
7. Intervenir a nivel del grupo de hombres adolescentes y adultos, con información sobre el ejercicio de la masculinidad responsable, generando espacios a diferentes niveles incluyendo el sistema educativo nacional y privado, universidades, grupos religiosos, comunidades urbanas y rurales, entre otros, con el objetivo de sensibilizar a esta población sobre las graves consecuencias del embarazo en la adolescencia y su impacto a nivel individual, familiar y social.

12. GLOSARIO

Aborto: El aborto espontáneo es la pérdida del embarazo antes de las 20 semanas, cuando el feto no está aún en condiciones de sobrevivir fuera del útero materno.

APGAR: Guía de evaluación de la vitalidad del/la recién nacido/a en base a puntajes que oscilan entre 0 y 10.

Androcentrismo: Considerar al hombre como el centro o la medida de todas las cosas.

Citología: Examen que se realiza de las células del cuello del útero para investigar cáncer cérvico uterino.

Enfoque de Género/ Perspectiva de Género: Significa utilizar los elementos de la teoría de género para analizar las relaciones sociales entre hombres y mujeres, con el fin de proponer acciones, tales como políticas nacionales y la ejecución de proyectos, que promuevan la construcción de relaciones más equitativas entre hombres y mujeres.

Género: Son todas las creencias, comportamientos, funciones y relaciones entre mujeres y hombres, construidas por la sociedad, y asignadas según el sexo con el que nacemos.

Gastroquiasis: herniación (protrusión) del contenido abdominal a través de la pared abdominal sin involucrar el cordón umbilical.

Histerectomía: Procedimiento quirúrgico a través del cual se extrae el útero y sus anexos.

Identidad de género: Es sentirse y reconocerse como mujer o sentirse y reconocerse como hombre, a partir de lo que la sociedad establece a cada sexo.

Labio leporino: es un defecto congénito de las estructuras que conforman la boca, es una hendidura o separación del labio y/o el paladar.

Machismo: Hecho, costumbre o fenómeno social y cultural, que resalta la hombría y la prepotencia de los hombres sobre las mujeres en todos los campos de la vida: social, laboral y afectiva.

Menarquia: Se llama menarquia, a la fecha en que aparece el primer periodo menstrual.

Objeto sexual: Es el estereotipo o la imagen de la mujer como una “cosa”

que los hombres usan para satisfacer sus necesidades sexuales.

Parto prematuro: Aquellos nacimientos ocurridos después de la semana 28 y antes de lo 37 semana de gestación.

Parto inmaduro: Aquellos nacimientos ocurridos después de la semana 21 y antes de la semana 28 de gestación.

Preeclampsia: condición que se caracteriza por presión arterial alta, y presencia de proteínas en orina después de las 20 semanas de gestación, también conocido como toxemia o Hipertensión inducida por el embarazo.

Rol reproductivo/trabajo reproductivo: Son todas las actividades destinadas a garantizar la sobrevivencia y el bienestar de la familia.

Rol productivo/trabajo productivo: Son todas las actividades mediante las cuales se producen bienes o servicios para venderlos y obtener ingresos en dinero o en especie.

Situs Inverso: cuando existe una inversión de las vísceras de modo que el corazón y el estómago se ubican en el lado derecho y el hígado, en el izquierdo.

Sexo: Es el grupo de características biológicas o físicas con las que nacemos, y que nos diferencian a los hombres de las mujeres. Por ello se clasifican a las personas en sexo masculino y femenino.

Teoría de Género: Analiza las relaciones sociales entre mujeres y hombres, en el hogar, en la comunidad y en el mundo.

Unión no matrimonial: Es la unión de una pareja constituida por un hombre y una mujer, que sin impedimento legal para contraer matrimonio entre sí, hicieren una vida en común libremente, en forma singular, continua, estable y notoria, por un período de tres o más años.

Violencia Intrafamiliar: Constituye cualquier acción u omisión, directa o indirecta que cause daño, sufrimiento físico, sexual, psicológico o muerte a las personas integrantes de la familia.

Violación: Existe violación cuando “El que mediante la violencia tuviere acceso carnal por vía vaginal o anal con otra persona”.

13. BIBLIOGRAFÍA

1. PNUD, Informe sobre desarrollo humano, 2003.
2. FESPAD, Los derechos de la niña y el niño, 2004
3. Schwarcz, R.L. Obstetricia, cuarta edición.
4. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Manual Técnico de Salud Reproductiva, 1999.
5. USAID, Deserción escolar y salud reproductiva, San Salvador, 2005.
6. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Directiva Técnica nacional para la atención de la mujer durante embarazo, parto puerperio y del recién nacido, 2001.
7. OMS, La salud de los jóvenes, un reto y una esperanza, 1995.
8. OPS, Manual de la adolescencia, 1992.
9. WHO-Population Council, The adverse health and social outcomes of sexual coercion: Experiences of young women in developing countries, 2004 www.popcouncil.com.
10. UNICEF, Acelerar los procesos en educación de las niñas, 2003. www.UNICEF.org/spanish/publications/files/pub-ic-sp.pdf.
11. Reformas al Código Penal, decreto 210, publicado en el diario Oficial tomo 362, número 4, San Salvador, 8 de enero de 2004.
12. ISDEMU, Plan de acción 2005–2009, Política Nacional de la Mujer.
13. Henríquez-Muller, ME, Yunes, J, Adolescencia: equivocaciones y esperanzas.
14. OPS, Género, Mujer y Salud en las América, 1993.
15. Ministerio de Salud Pública, Estadísticas de salud años 2003,2004,2005.Unidad de Información Monitoreo y Evaluación.

16. Issler. J.R. Embarazo en la adolescencia. Revista de posgrado de la cátedra de medicina N°107, agosto 2001.
<http://med.unne.edu.ar/revista/tapahtm.tapas>.
17. WHO. Adolescent Pregnancy. Issues in adolescent health and development.
18. OPS, Youth: voices and change. Promoting healthy behaviors in adolescents,2005.
19. OMS. The world health report 2004, changing history.
20. Ley contra la violencia intrafamiliar.1996.
21. Alatorre J, Paternidad Responsable en el Istmo Centroamericano, Naciones Unidas- CEPAL, 27 de junio 2001.
22. ISDEMU, Palabras Nuevas para un Mundo Nuevo, 2003.
23. Código de Familia, publicado en Diario Oficial 231, tomo 321, fecha 13 de diciembre de 1993.



9ª Avenida Norte # 120,
San Salvador
Conmutador: 2221-2100
Teléfono Amigo de la Familia:
2221-2020 • 800-9999
www.isdemu.gob.sv



ISDEMU
INSTITUTO SALVADOREÑO PARA
EL DESARROLLO DE LA MUJER