



# Estrategia de Intervención Psicosocial

Para la prevención del embarazo en adolescentes en municipios  
priorizados del departamento de San Salvador.

**2017**



**Ministerio de Salud  
Instituto Nacional de  
Salud**

San Salvador, El Salvador,  
2018

**Elvia Violeta Menjivar**  
Ministra de Salud

**Ernesto Benjamín Pleites  
Sandoval**

Sub director del Instituto  
Nacional de Salud

**Con el Apoyo  
financiero de:**



**Instituto Nacional de Salud (INS)**

Esta es una publicación de la Unidad de  
Planificación y Apoyo a la Gestión

**Equipo Editorial**

Ernesto Benjamín Pleités Sandoval  
Julio Alberto Armero Guardado  
Yanira Antonieta Padilla Ramírez

**Coordinador del Estudio**

Julio Alberto Armero Guardado

**Equipo Técnico de campo**

Yanira Antonieta Padilla Ramírez, Eduardo Aarón  
González, Ernesto Antonio Olivo Martínez, Edith  
Aracely Medina Pérez, Verónica Lissette Avalos  
Sánchez, Jenni Roxana Gonzales Barahona, Jaime  
Roberto Rubio Morales, Rudy Ramírez, Karen  
Cano, Ivette Archila, Lorena Magaña.

**Redacción y revisión técnica del documento**

Julio Alberto Armero Guardado  
Yanira Antonieta Padilla Ramírez

**Revisión técnica del documento**

Lorena Aracely Magaña Calderón  
Susana Margarita Zelaya  
Rhina Domínguez de Quijada  
Eduardo Aarón González

**Agradecimiento:**

Personal de salud de Región Metropolitana, SIBASI  
Norte y UCSF de Guazapa, Aguilares, Apopa y  
Nejapa.  
Ana Lidia López  
Personal administrativo del INS

**Impresión**

Impresos Múltiples

**Forma recomendada de citar**

INS, El Salvador 2017. Estrategia de Intervención  
Psicosocial para la prevención del embarazo en  
adolescentes en San Salvador, 2017.

# ÍNDICE

---

- 10 Lista de abreviaturas
- 11 Resumen ejecutivo
- 13 Introducción
- 18 Planteamiento del problema
- 20 Justificación
- 21 Objetivos
- 22 Metodología
- 27 Resultados y análisis
- 28 Descripción de las características de las adolescentes participantes

## 36 CAPÍTULO I

- 36 Diagnósticos de salud mental

## 46 CAPÍTULO II

- 46 Nivel de funcionamiento familiar

## 55 CAPÍTULO III

- 55 Caracterización de las parejas

## 66 CAPÍTULO IV

- 66 Intervenciones psicosociales
- 72 Conclusiones
- 74 Recomendaciones
- 76 Referencias bibliográficas

## ÍNDICE DE ANEXOS

- Anexo 1. Consentimiento informado para Adolescente Embarazada
- Anexo 2. Asentimiento informado para Adolescente Embarazada
- Anexo 3. Formulario de monitoreo para atenciones
- Anexo 4. Formulario No.2 Registro Individual de pacientes adolescentes para evaluación psicosocial y educativa
- Anexo 5. Formulario No. 2 A. Registro individual de pacientes adolescentes para evaluación psicosocial de seguimiento
- Anexo 6. Formulario No.3 Lista de Asistencia a sesiones educativas: “Círculos Educativos”
- Anexo 7. Tabla de resúmenes

# LISTA DE ABREVIATURAS

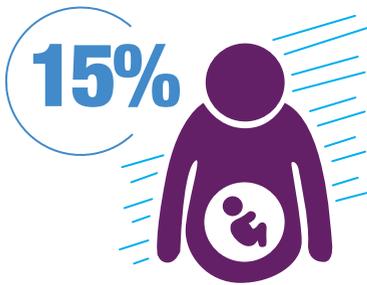
---

- **AECID.** Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
- **AMSS.** Área Metropolitana de San Salvador
- **APS-I.** Atención Primaria en Salud Integral
- **CIE-10.** Clasificación Internacional de Enfermedades, 10° versión
- **CSPRO.** Sistema para el procesamiento de Censos y Encuestas
- **DIGESTYC.** Dirección General de Estadísticas y Censos
- **DSM IV.** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
- **EHPM.** Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples
- **ENS.** Encuesta Nacional de Salud
- **FF-SIL.** Cuestionario de funcionamiento familiar
- **INS.** Instituto Nacional de Salud
- **ITS.** Infecciones de transmisión sexual
- **IRS.** Inicio de relaciones sexuales
- **LEPINA.** Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia
- **MINSAL.** Ministerio de Salud
- **MINED.** Ministerio de Educación
- **OMS.** Organización Mundial de la Salud
- **RIISS.** Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud
- **SIMMOW.** Sistema de Morbi Mortalidad en Línea
- **SQR.** Cuestionario de Síntomas
- **UCSF.** Unidad Comunitaria de Salud Familiar
- **UNFPA.** Fondo de Población de las Naciones Unidas

# RESUMEN EJECUTIVO

En El Salvador, el Minsal reporta que alrededor de una tercera parte de partos se registran en adolescentes (10 a 19 años de edad), población que aun no esta preparada para asumir el nuevo rol de madre que puede influir en su proyecto de vida. El departamento de San Salvador es el que registra el mayor número de nacimientos.

Con los resultados se logró identificar que el 56.8% de las adolescentes embarazadas o post parto adolecían de un trastorno de salud mental, de ellas



de las adolescentes embarazadas y pos parto sufren de **Depresión**

25% sufrían trastornos de ansiedad, el 15% trastornos de depresión, y el 15% reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación; además, 168 adolescentes han experimentado violencia psicológica, física, acoso o violencia sexual. Las principales cualidades que buscan las adolescentes en una pareja son 14% castidad y honestidad, 11% atracción mutua, amor y 9% que desee formar una familia y tener hijos.

Las intervenciones psicológicas se dieron en dos modalidades: en sesiones individuales y grupales, entre las técnicas psicoterapéuticas que se aplicaron fueron un 33% de arte terapia y 27% de identificación de pensamientos.

Se concluye que el embarazo en la adolescencia posiblemente influye en la salud mental, aumentándose muchas veces los problemas psicosociales y ambientales, por lo que se hace necesario proporcionar atención especializada en esta área, la cual debería brindarse de forma continua y especializada.



# INTRODUCCIÓN

---

El Salvador reconoce que uno de los sectores que se encuentra en mayor estado de vulnerabilidad es la niñez y adolescencia, aumentando esta vulnerabilidad cuando se da un embarazo de adolescente, por lo que existen normativas y compromisos de país para la reducción y control de las condiciones de niñas y niños.

La Constitución de la República de El Salvador establece en su artículo 34 que “todo menor tiene derecho a vivir en condiciones familiares y ambientales que le permitan su desarrollo integral, para lo cual tendrá la protección del Estado” y que “la Ley determinará los deberes del Estado y creará las Instituciones para la protección de la maternidad y la infancia”.<sup>1</sup>

De igual forma, la Política Nacional de Salud (2015- 2019) de El Salvador establece como objetivo “garantizar el derecho a la salud de todas las personas mediante un Sistema Nacional de Salud integrado, sólido, que fortalezca sostenidamente lo público y regule efectivamente lo privado, con un abordaje de determinación social de la salud y la aplicación plena de la estrategia de APS-I, sumando esfuerzos hacia la cobertura universal de salud, el acceso universal a la salud, búsqueda constante de la equidad y de un ambiente sano y seguro, a través de la promoción, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación.”<sup>2</sup>

Para el logro de este objetivo, la Política Nacional establece en su primer eje: el Fortalecimiento de las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIISS), en la línea de acción 4.3.2 sustenta: “dar cumplimiento a lo normado en la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (LEPINA), la Política Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia, la Política Nacional para la Atención Integral de la Niñez y Adolescencia, así como a los Protocolos y Tratados Internacionales de atención que garantizan los cuidados esenciales de la niñez y adolescencia en sus diferentes etapas”, y en la línea de acción 4.3.6: “Implementar acciones intersectoriales especialmente para prevenir el embarazo no deseado y no planificado, durante la adolescencia y fomentar la atención integral en adolescentes, con énfasis en el rechazo al estigma y discriminación, fomentado la permanencia y continuidad en el sistema de educación formal”, por lo que el embarazo en adolescente se aborda como compromiso de país y representa un problema de salud pública a nivel nacional, por ello, era de relevancia realizar acciones que permitieran contribuir a la mejora de la salud por medio del acceso a los servicios públicos de salud, educación en salud de calidad y en la disminución de riesgos en los adolescentes.

Para el año 2017 la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) reporta que la población total del país fue de 6 581 860 personas, de las cuales 3 959 652 residen en el área urbana y 2 622 208 en la rural, lo que en términos relativos representa el 60.2% y 39.8% respectivamente. En esta misma línea, se destaca que en el Área Metropolitana de San Salvador (AMSS), se concentra el 25.7% del total de la población del país, es decir 1 693 186 habitantes.

Una característica fundamental es que la población es mayoritariamente joven, puesto que el 53.6% de la población es menor de 30 años. En el grupo de 10 a 19 años se reportan 1 259 238 personas adolescentes, que, al diferenciar la población por sexo, muestran que las mujeres representan el 50.2 % de la población en este grupo de edad y los hombres el 49.7%.<sup>3</sup>

Las mujeres representaban el 52.7% de la población total del país y los hombres el 47.3%. aunque las mujeres representan al sector de mayor población todavía existe una desigualdad entre ambos sectores, siendo éste el que menos oportunidades tiene de acceder a una educación, a un trabajo adecuadamente remunerado, teniendo mayores condiciones de pobreza, estando expuestas a diferentes tipos de violencia debido al género y lo que aumenta la posibilidad de un embarazo precoz cuando se trata de niñas y adolescentes.

El embarazo es un período de cambios físicos y emocionales, dependiendo de las condiciones de vida, edad, el apoyo familiar y de la pareja se puede considerar como un cambio positivo o negativo, en el caso de las adolescentes embarazadas, la mayoría de las veces, se caracteriza por ser negativo en su vida, ya que no cuentan con la maduración física y psicológica para afrontar esta responsabilidad.

De acuerdo a los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), un 11% aproximadamente de todos los nacimientos en el mundo se producen entre adolescentes de 15 a 19 años. La gran mayoría de esos nacimientos (95%) ocurren en países de ingresos bajos y medianos. En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 mujeres.<sup>4</sup>

Por su parte, el Ministerio de Salud, en la Encuesta Nacional de Salud (ENS) menciona que la tasa de fecundidad entre las adolescentes es de 74 nacimientos por cada 1,000 mujeres, con respecto a la maternidad precoz, las adolescentes un 15.5 por ciento han tenido un nacido vivo y además un 19.2 por ciento ha iniciado el proceso reproductivo. Adicionalmente, las jóvenes del mismo rango de edad que tienen un nivel educativo de primaria tienen casi veinticinco veces más probabilidad de tener un nacido vivo en relación con las universitarias.<sup>5</sup>

En el mapa de embarazos en Niñas y Adolescentes en El Salvador 2015, que presentó el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), se menciona que de acuerdo a los registros del Ministerio de Salud en el año 2015 hubo 83 478 mujeres salvadoreñas embarazadas y de ellas, 25 132 eran adolescentes de entre 10 y 19 años, es decir que el 30% del total de embarazos se registraron en niñas y adolescentes, en el mismo informe se estima que durante el 2015 en promedio cada día 69 niñas o adolescentes quedaron embarazadas o sea, tres embarazos cada hora o bien un embarazo cada 21 minutos.<sup>6</sup>

En el estudio de Maternidad y unión en niñas y adolescentes consecuencias en la vulneración de sus derechos, 2016, se estima que el 18% de las niñas y adolescentes ha experimentado un segundo embarazo, se estima que hay un intervalo promedio de tiempo entre cada embarazo de dos años, siendo mayor entre las niñas y adolescentes de más edad. Se observa que el 62% de los segundos nacimientos ocurre 24 meses o más luego del nacimiento del primer hijo nacido vivo, seguido de un 25% que reportó haber tenido su segundo hijo entre

18 y 24 meses luego del primer nacimiento. Es decir, en promedio han experimentado el embarazo de su segundo hijo aproximadamente un año luego del nacimiento de su hijo.<sup>7</sup>

El Sistema de Morbi Mortalidad en Línea (SIMMOW) en el período comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del año 2017 se reportaron 68 459 inscripciones a control prenatal a nivel nacional de todas las edades, 28.1% (19 236) fueron en el grupo de edad de 10 a 19 años.<sup>8</sup>

En este ámbito surgió la implementación del Proyecto de Estrategias para la prevención del Embarazo en adolescentes en Municipios priorizados del Departamento de San Salvador, realizado por el Ministerio de Salud a través del Instituto Nacional de Salud (INS) en el año 2017, el cual tuvo dos componentes: la intervención educativa y la intervención psicosocial.

La intervención psicosocial tenía el propósito de fortalecer la salud mental de las adolescentes embarazadas a fin de favorecerlas en su desarrollo personal y familiar, así como al bebé por nacer, entendiéndose que la salud mental determina la capacidad de poder afrontar los retos de la vida con éxito.

En este informe se relatan los diversos componentes que tuvo la intervención psicosocial, evidenciándose con los datos cómo el embarazo afecta a las adolescentes, brindando un diagnóstico acerca de la salud mental, el nivel de funcionamiento familiar, el ámbito de violencia en que estas se encuentran inmersas, la caracterización de la pareja, así como las estrategias de apoyo que recibieron para ayudarles a establecer un plan o proyecto de vida, que les permitiría superar las condiciones de vida deficitarias, la situación de afectividad y de salud mental así como el respeto a sus derechos humanos.

Para la elaboración del proyecto se realizó un análisis de la problemática del embarazo en adolescentes a nivel nacional y las acciones que se estaban generando, los datos reflejaron que los departamentos más afectados fueron: San Salvador, La Libertad, San Vicente y Usulután. Se analizó el mapeo de acciones o estrategias que se estaban implementando a nivel nacional por diversas Instituciones Nacionales y Organizaciones no Gubernamentales y concentrándose en San Salvador antes de iniciar el estudio no tenía acciones directas encaminadas para el abordaje de esta problemática.

Con base en lo anterior se tomó la decisión de realizar el proyecto en cuatro municipios priorizados: Nejapa, Apopa, Aguilares y Guazapa, los cuales presentaban 953 atenciones maternas, durante el año 2016 y que pertenecen al Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) Norte de San Salvador.

En la intervención psicosocial se brindó atención psicológica a las adolescentes embarazadas y post parto, por medio de entrevistas clínicas para determinar si presentaban psicopatologías o experimentaban algún psico estresor. Los diagnósticos efectuados condujeron a la realización de intervenciones individuales y grupales dirigidas a las adolescentes embarazadas y adolescentes post parto de 10 a 19 años y sus parejas, que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de los cuatro Municipios, la intervención se hizo con una duración de ocho meses, comprendiéndose desde marzo a octubre de 2017.

# PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

---

El Ministerio de Salud Minsal, aborda la problemática del embarazo a temprana edad, es decir, el embarazo en la adolescencia, esta etapa del desarrollo de la vida de las personas que se caracteriza por constantes cambios y riesgos, uno de estos es el tener que enfrentarse a un embarazo precoz, el cual crea muchos problemas en distintas esferas del adolescente como en su salud, en el ámbito familiar, social y de salud mental.

Se reconoce que una adolescente embarazada puede sufrir problemas de salud físicos y mentales debido a múltiples determinantes como son: la inmadurez física y emocional, lo que puede llevar a complicaciones a nivel obstétrico, abortos, morbilidades y mortalidad materna, problemas sociales como: abandono de sus estudios, dificultades en el establecimiento de sus metas, rechazo de su grupo familiar, de sus pares, estigmatización y discriminación en su entorno social y cambios en su proyecto de vida. Todos estos componentes posiblemente repercuten en su salud mental provocando baja autoestima, inestabilidad emocional, sentimientos de culpa e inseguridad, auto desprecio, depresión, ansiedades y hasta ideas suicidas.

De igual forma, se consideran como factores predisponentes del embarazo en adolescentes: el abuso sexual, un nivel socio económico bajo, disminución de la autoestima, diferentes tipos de violencia de género como la violencia social, sexual, económica y patrimonial entre otras, menarquia y espermaquia temprana, inicio precoz de relaciones sexo coitales, desconocimiento de los distintos métodos de planificación familiar, desintegración familiar, deserción escolar, pensamientos mágicos -religiosos, aspectos culturales como la naturalización del embarazo a temprana edad y el concepto de familia, influencia de los medios de comunicación, etc.

Tanto los factores predisponentes del embarazo y sus consecuencias son reconocidos y abordados con carácter de obligatoriedad estatal por el Minsal, el cual por medio de la Reforma de Salud (2009-2014) plantea la atención integral e integrada en Salud Materna, que establece “cualquier mujer embarazada sin hacer diferencia por su edad pueda acceder a servicios de calidad durante el periodo prenatal, en el periodo alrededor del parto y el puerperio”.

Además, el Minsal cuenta con la Unidad de Atención Integral e Integrada a la Salud para adolescentes y jóvenes, en la que se promueve la creación de servicios amigables para adolescentes y jóvenes.

Esta Unidad forma parte de la coordinación intersectorial para adolescentes junto con organismos e instituciones que trabajan con el tema de adolescencia, teniendo como resultado de esta coordinación que el Gabinete de Gestión Social e Inclusión desarrolló la Estrategia Nacional Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas

y Adolescentes 2017-2027, cuyo objetivo general es “eliminar el embarazo en niñas y en adolescentes con intervenciones intersectoriales articuladas, que incorporan el enfoque de derechos humanos, género e inclusión, facilitando el empoderamiento de niñas y adolescentes para su pleno desarrollo buscando superar este problema”.<sup>9</sup>

No obstante, a pesar de los esfuerzos que se han realizado durante los últimos años, el embarazo en la adolescencia sigue teniendo estadísticas elevadas, por lo que era necesario abordar esta temática desde el punto de vista psicosocial, por medio de intervenciones psicoterapéuticas con el fin de disminuir las afecciones de salud mental que puedan tener durante este periodo de cambios en su vida. Es por ello la importancia de realizar la intervención a fin de obtener datos sobre la salud mental de las adolescentes y evidenciar las consecuencias y repercusiones que tiene esta problemática en El Salvador, analizar la situación e incentivar más investigaciones en este campo.

## JUSTIFICACIÓN

---

El Minsal reconoce que la condición de embarazo en las adolescentes es considerada de alto riesgo, por lo que se priorizó realizar una investigación en relación a este tema, con énfasis en los problemas de salud mental que posiblemente desarrollan las adolescentes en esta etapa de la vida, para ello se ejecutó una intervención psicosocial dirigida a la detección e intervención de factores de riesgo durante el embarazo en las adolescentes.

La intervención psicosocial se basó en la Política Nacional de Salud Mental que establece que se pueden diseñar y ejecutar estudios e investigación en materia de Salud Mental a fin de conocer los problemas, apoyar la toma acertada y oportuna de decisiones e incorporar cambios en el diseño y desarrollo de los planes y programas institucionales que contribuyan en la disminución de la carga social y la limitación del potencial humano.<sup>10</sup>

Esta intervención estuvo a cargo de profesionales especialistas en el área de psicología, siendo dirigida a adolescentes de 10 a 19 años que se inscribieron y llevaban sus controles prenatales en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) de Nejapa, Apopa, Guazapa y Aguilares, en el periodo de marzo a octubre de 2017, esto permitió que las adolescentes embarazadas y post parto tuvieran un espacio para compartir sus preocupaciones, ansiedades, miedos, tristezas y alegrías no solo con otras adolescentes sino con profesionales que contaban con la capacidad de enseñar herramientas y estrategias que les permitieran afrontar de manera adecuada cualquier conflicto que pudiera surgir en su vida.

A su vez, se recolectó información valiosa acerca de cómo el embarazo afecta el

estado emocional de las adolescentes, así como, el nivel de funcionamiento familiar y las condiciones y dinámica de las parejas de estas adolescentes, con lo cual se buscó aumentar el interés en esta problemática y fomentar nuevas investigaciones en el área.

## OBJETIVOS

---

### **Objetivo General:**

Desarrollar intervenciones psicosociales que contribuyan a la detección e intervención de factores de riesgo durante el embarazo adolescentes en los establecimientos de salud de Nejapa, Aguilares, Guazapa y Apopa durante los meses de enero a septiembre 2017.

### **Objetivos específicos**

1. Identificar síntomas y signos de afecciones de la salud mental, tales como depresión, ansiedad e ideación suicida en las niñas y adolescentes embarazadas y post parto.
2. Describir el nivel de funcionamiento familiar de las niñas y adolescentes embarazadas.
3. Caracterización de las parejas de las adolescentes embarazadas.
4. Realizar intervenciones psicológicas dirigidas a adolescentes embarazadas con su pareja que consulten en los establecimientos de salud priorizados.

## METODOLOGIA

---

### **Población**

La intervención psicosocial se oferto a toda adolescente embarazada o post parto adolescentes embarazadas y postparto, de 10 a 19 años, consultaran en las UCSF de Nejapa, Apopa, Guazapa y Aguilares, que cumplieran los criterios de inclusión, también se abordaron a las parejas de las adolescentes embarazadas o post parto, que aceptaron participar en el estudio.

Los criterios de inclusión utilizados para la realización de la intervención psicosocial fueron: que las adolescentes embarazadas o postparto y sus parejas participaran voluntariamente quedando por escrito a través de un asentimiento y consentimiento informado, tuvieran una edad entre 10 a 19 años, que se inscribieran, llevaran sus controles prenatales o recibieran algún

servicio en una de las UCSF donde se llevó a cabo la intervención, así como adolescentes embarazadas que estuvieran recibiendo control psicológico individualizado dentro del establecimiento de salud o en lo privado.

Los criterios de exclusión utilizados fueron: la no participación de adolescentes embarazadas o post parto con condiciones clínicas físicas y mentales que le impedían la colaboración y convivencia, aquellas con comportamientos violentos o condiciones clínicas que hubieran puesto en riesgo la integridad de las demás participantes y personal de salud, las adolescentes embarazadas cuya pareja, acompañante o familiares estuvieran renuentes a dejarlas solas o a participar libremente durante las intervenciones y aquellas que no asistieron a sus controles prenatales en el periodo que se realizó la investigación.

## **Cuestionarios**

Para la realización de la intervención psicosocial se utilizaron dos formularios del proyecto:

**a) Formulario 2.** Registro Individual de pacientes adolescentes para evaluación psicosocial y educativa, el cual contenía los siguientes apartados: datos generales y demográficos (estado familiar, religión, escolaridad, vivienda, etc.), actividad laboral e ingresos económicos, educación sexual, antecedentes de salud, información sobre pareja actual y parejas anteriores, cuestionario de síntomas, experiencia sobre tipos de violencia, el funcionamiento familiar, diagnósticos de salud mental, seguimiento de embarazo y planificación familiar post parto.

**b) Formulario 2 – A.** Registro individual de pacientes adolescentes para evaluación psicosocial de seguimiento, el cual estaba conformado por fecha, tipo de sesión, nombre de técnica, síntomas y evaluación.

## **Capacitación y trabajo de campo**

El periodo de la intervención psicosocial tuvo una duración total de 10 meses distribuidos de la siguiente manera: en los meses de enero y febrero de 2017 se realizaron las capacitaciones a los profesionales de psicología, abordando las estrategias que se utilizarían como las sesiones grupales, capacitación en ética y buenas practicas, la inducción de los procedimientos operativos estándar en que se detallaban todas las actividades y procesos necesarios para el trabajo de campo.

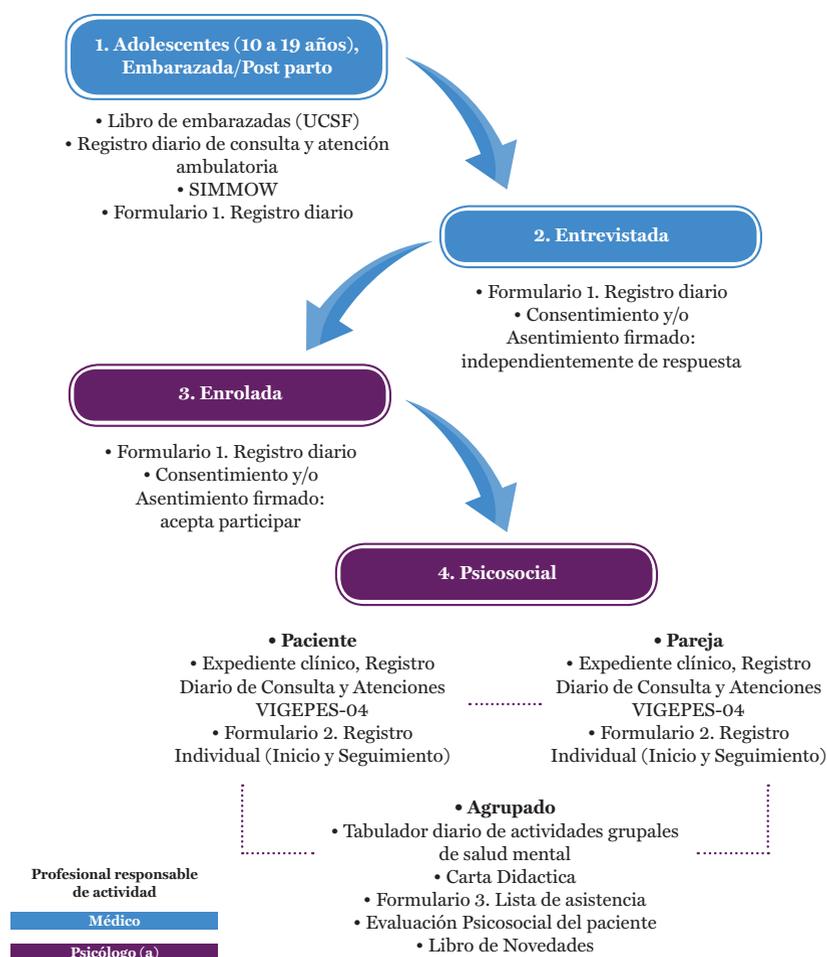
Posteriormente estuvieron ocho meses en trabajo de campo de marzo a octubre; realizando la intervención en las UCSF de Nejapa, Apopa, Aguilares y Guazapa. La

intervención psicosocial fue realizada por profesionales en psicología, los cuales fueron asignados donde se realizó la intervención, trabajando en el mismo horario que lo realiza el personal de salud del Minsal, atendiendo de lunes a viernes.

## Proceso de recopilación de Datos

Cada profesional de psicología trabajó en coordinación con el personal de salud que elaboró en los establecimientos de salud, lo que permitió que fuera integrado al flujograma de atenciones de dichas UCSF. Para los datos de la información el Instituto Nacional de Salud elaboró el flujograma de la atención psicológica de la siguiente manera:

**Figura 1.** Flujograma de atención de pacientes adolescentes embarazadas y post parto.



Fuente: Elaboración propia

Cada psicólogo abordaba a las adolescentes embarazadas y post parto que asistían a las diferentes UCSF, ya sea para inscribirse, llevar su control prenatal, realizarse exámenes de laboratorio, consultas en el área médica, odontología, nutrición, control de niño sano, etc., con la finalidad de explicarles el estudio que se realizaba, además, se revisaba diariamente el libro de embarazadas de la UCSF, el Registro Diario de Consulta y Atención Ambulatorio, y periódicamente el Sistema de Morbi Mortalidad en línea (SIMMOW) para verificar que se hubiera cubierto al total de la población que era objeto del estudio.

A cada adolescente se le explicaba en qué consistía el proyecto invitándoles a participar, lo cual se hacía también con su pareja si la acompañaba a la consulta. Posteriormente se les solicitaba que firmaran el asentimiento y/o consentimiento informado según correspondiera, estos formularios eran firmados independientemente si aceptaban o no participar en el estudio, aquellas adolescentes que si aceptaban quedaban enroladas en el estudio, por lo cual se procedía a realizar una entrevista estructurada, la cual tenía una duración aproximada de una hora (Formulario 2.) con la finalidad de detectar signos y síntomas de depresión, ideación suicida, o alguna otra afección de la salud mental.

También se les programaban citas para realizar un tratamiento psicoterapéutico, incorporando a dichas adolescentes en las que podían ser en la modalidad de intervenciones grupales o individuales con otras adolescentes embarazadas o post parto.

Para el registro de la información recolectada se utilizaron dos métodos: en formato escrito y en tablet, para luego ser digitado en pantalla de captura de datos del software CSPro versión 6.3, en ambos métodos se registraban las entrevistas estructuradas y la evolución clínica de los participantes, las intervenciones individuales, grupales y de pareja. Durante toda la intervención se llevaron los registros de expediente clínico y el Registro Diario de Consulta y Atenciones en los respectivos establecimientos de salud.

## **Procesamiento**

Durante todo el proceso de recolección de la información se realizó la verificación y control de calidad de los datos recolectados por los profesionales. Posteriormente se realizaron los tabulados y generación tablas y gráficas.

## **Limitantes**

Durante el proceso de intervención hubo algunas situaciones que limitaron el desarrollo de la intervención: cambios en el personal contratado para campo, ya que en los municipios de Apopa y Aguilares hubo una nueva

contratación de psicólogo una vez iniciada la intervención; falta de ambientes específicos para adolescentes que consultan los establecimientos de salud, no estaba dentro del flujo regular de la atención de adolescentes embarazadas la derivación a la consulta psicológica, la actitud negativa de no participar en la intervención psicosocial de las adolescentes embarazadas o post parto, así como la inasistencia de las adolescentes a las citas subsecuentes para ser atendidas por los psicólogos, y las citas asignadas por los psicólogos, y la poca participación de las parejas de estas adolescentes, esto podría estar influenciado por factores como: la violencia social, la presencia de grupos ilícitos alrededor de los establecimientos de salud, la accesibilidad geográfica marcada por una distancia del hogar con respecto al establecimiento de salud. Otros factores fueron: problemas con el transporte pues algunas lugares de residencia de las usuarias embarazadas eran de difícil acceso, condiciones familiares como la influencia negativa de las parejas o sus familiares a que participaran.

De igual manera el factor socioeconómico fue una limitante porque la mayoría de adolescentes embarazadas o post parto, se caracterizaban por no tener ingresos propios y tener una condición familiar dependiente, posiblemente condicionándolas para no participar en la intervención o tener poca disponibilidad para ello.

## RESULTADO Y ANALISIS

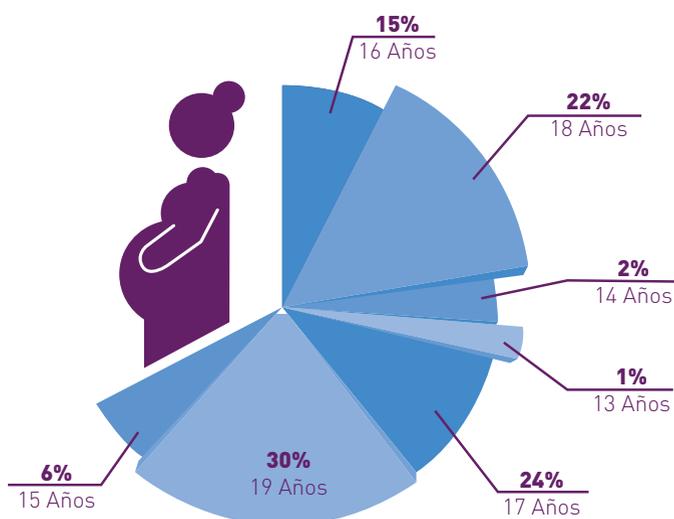
Según registro publicados en el SIMMOWW, durante el periodo de marzo a octubre del 2017, se reportaron 670 atenciones prenatales en adolescentes embarazadas o post parto, al comparar dicha información con los registros recolectados a través de la intervención se evidenció discordancia, por lo que con apoyo del personal de estadística del SIBASI Norte se procedió a realizar un barrido administrativo, se encontró un total de 97 expedientes que no correspondían a adolescentes embarazadas o post parto, algunas usuarias tenían expedientes duplicadas, otras las edades eran diferente a la digitada, algunos pacientes tenían el mismo número de expediente entre otras. Estas correcciones se realizaron tanto en físico como en el SIMMOW. Al final la población de usuarias adolescentes embarazadas o post parto que fueron atendidas en las cuatro UCSF fueron 573 atenciones maternas, de ellas a 550 (96%) fueron entrevistadas por el equipo investigador, de las cuales 350 (64%) manifestaron querer participar en la intervención psicosocial, el resto no quiso participar, debido a que el proyecto se realizó de los meses de marzo a octubre del año 2017, fueron excluidas aquellas adolescentes embarazadas o post parto que asistieron a las UCSF en enero, febrero, noviembre y diciembre del mismo año.



# DESCRIPCION DE LAS CARACTERISTICAS DE LAS ADOLESCENTES PARTICIPANTES

A través de la intervención psicosocial realizado en las cuatro unidades comunitarias de salud familiar de los municipios de Apopa, Nejapa, Guazapa y Aguilares del departamento de San Salvador, dirigida a las niñas y adolescentes embarazadas que aceptaron participar voluntariamente fueron enroladas un total de 350 adolescentes embarazadas o post parto durante los 8 meses que duro el proyecto, 2.6% (9) con edades de 13 a 14 años, un 44.6% (156) en el grupo de 15 a 17 años y 52.9% (185) con edades de 18 a 19 años de edad.

**Gráfico 1.** Edad de adolescentes embarazadas o post parto que participaron en el proyecto de Intervención psicosocial en las UCSF.



Fuente: Base de datos de intervención psicosocial. Proyecto embarazo adolescente,INS.

El 60% fueron captadas durante su control preventivo (inscripción y control subsecuente) al establecimiento de salud, entrevistándose en promedio 43 adolescentes por mes, es decir, una paciente diariamente.

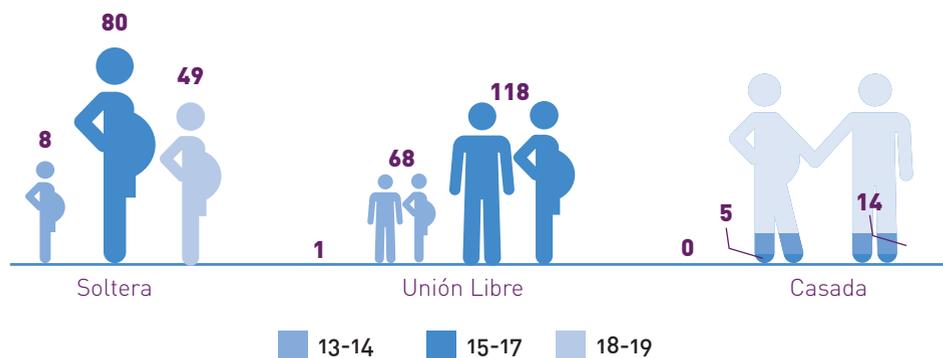
Cinco de cada 10 adolescente llegaron sola al establecimiento de salud, solo el 11.4% (40) fue acompañada por su pareja (Anexo 1).

La edad y el acompañamiento adquiere relevancia en el tema del embarazo en

adolescentes por los diversos factores socioculturales que están involucrados tanto para ésta como para el recién nacido, por lo que al relacionarla con la persona que le acompañó a la consulta se estableció que las adolescentes que están en el rango de edad de 13 a 14 años (9 adolescentes), siete fueron acompañadas a consulta por su madre y dos llegaron solas.

Mientras que en el grupo de edad de 15 a 17 años (156 adolescentes) existe una diferencia, 67 (43%) llegaron solas a consulta, mientras 37 (24%) fueron acompañadas por la madre y 16 (10.3%) por la pareja. En el grupo de 18 a 19 años (185 adolescentes) se identificó un aumento de asistencia de las parejas, un 13% (24) de éstas acompañaban a la adolescente a la consulta en las USCF, disminuyendo el acompañamiento de la figura materna en este grupo, también se resalta que el 67% (124) de las adolescentes asistieron a sus controles de embarazo sin acompañamiento representando un alto número, lo cual significa que los cuidados durante el embarazo son responsabilidad de la mujer, adjudicándole el compromiso de velar por que éste finalice adecuadamente.

**Gráfico 2.** Estado familiar según grupo de edad de adolescentes embarazadas y post parto.



Fuente: Base de datos de intervención psicosocial. Proyecto embarazo adolescente. INS

Cerca del 60 % de las usuarias reportaban un estado familiar en unión libre o acompañada (53.4%) o casada (5.4%), ver anexo 2. en el grupo de 13 a 14 años, ocho de las nueve adolescentes se encontraban solteras y una adolescente a pesar de su edad se encontraba ya en unión libre o acompañada, mientras que, en el grupo de edad de 15 a 17 años de 153 adolescentes embarazadas o post parto, 68 estaban en unión libre y 80 su estado familiar era soltera.

Al momento de realizar el estudio la Legislación Salvadoreña admitía los matrimonios en personas menores de 18 años, lo cual fue derogado por medio de las reformas que entraron en vigencia en septiembre del 2017. Anteriormente el Código de Familia en su artículo 14 establecía “que los menores de dieciocho años podrán casarse si siendo púberes, tuvieren ya un hijo en común, o si la mujer estuviere embarazada” y en el

artículo 18 existía “Regla especial para los menores: los menores de dieciocho años que de conformidad a este Código pueden casarse, deberán obtener el asentimiento expreso de los padres bajo cuya autoridad parental se encontraren. Si faltare uno de ellos bastará el asentimiento del otro; pero faltando ambos, los ascendientes de grado más próximo serán los llamados a darlo, prefiriéndose aquéllos con quienes conviva el menor. En paridad de votos, se preferirá el favorable al matrimonio”,<sup>11</sup> basándose en lo anterior 5 adolescentes embarazadas o post parto del grupo de 15 a 17 años se encontraban casadas.

En el grupo de edad de 18 a 19 años (181 adolescentes), con respecto al estado familiar aumenta el número de uniones libres-acompañadas (64%) y el de casadas (8%), disminuyendo las que se encuentran solteras (26.5%); además, 2 adolescentes manifestaron ser viudas y 5 estar separadas de sus parejas, con lo anterior se



evidencian dos aspectos fundamentales: en primer lugar, muchas de las adolescentes están formando hogares a temprana edad, sin contar con la maduración física y cognitiva necesaria para la creación de uniones estables, lo que podría desencadenar situaciones de violencia doméstica, física y sexual, daños a la salud física y mental e incluso aislamiento social por la desigualdad de género y la diferencia de edad en relación con sus parejas.<sup>9</sup>

En segundo lugar, las adolescentes embarazadas o post parto que se encuentran solteras se han enfrentado a la situación del embarazo sin apoyo de la pareja, lo que podría provocar sentimientos de abandono, dificultades económicas y estigmatización social, repitiéndose las condicionantes de género en donde la maternidad es una categoría más frecuente entre las adolescentes que la paternidad de los varones en estas mismas edades, muchas veces algunos varones adolescentes pueden desconocer o no responsabilizarse del hecho de haber sido padres,<sup>12</sup> perpetuando el patrón socio cultural en donde por mandato de género

la responsable del embarazo es en exclusiva la mujer, quien además de ser buena madre y cambiar su proyecto de vida debe asumir el rol tradicional asignado por el hecho de ser mujer, es decir, cuidar en el hogar a sus hijos.

Del total de usuarias intervenidas, una fue de nacionalidad guatemalteca y el resto salvadoreña, el 95% residente en el departamento de San Salvador, sin embargo, se atendieron en las UCSF pacientes procedentes de Cuscatlán (8), La Libertad (5) y Chalatenango (2). El 89.3% de las usuarias residentes en el departamento de San Salvador procedían de los cuatro municipios intervenidos y el resto de otros cuatro municipios del departamento de San Salvador. Ocho de las 9 adolescentes de 12 a 14 años procedían de los municipios intervenidos y una del municipio de Ciudad Delgado (Anexo 1). Esto demuestra el desplazamiento que tienen estas adolescentes debido a cambios de residencia y factores económicos, 325 (93%) adolescentes tienen una sola residencia, mientras que 25 (8%) adolescentes viven en dos o tres lugares que pertenecen a diferentes zonas geográficas, debido a la situación socio económica



la mayoría de ellas se encuentran en familias extensas, es decir, conviven con pareja, padre, madre, hermanos y otros familiares.

Con respecto al nivel educativo de las entrevistadas, Del total de usuarias un 1.7% no saben leer ni escribir y el 69.2% (238) su último grado de estudio fue de primaria a noveno grado. De las 344 adolescentes que manifestaron haber estudiado, solo el 22.7% (78) refirieron continuar estudiando.

En el grupo de 13 a 14 años, de 9 adolescentes 3 había cursado hasta sexto grado; 98 (62%) de las adolescentes del grupo de 15 a 17 años había estudiado algún grado en tercer ciclo (7°, 8° y 9°), mientras que de 127 (70.1%) del grupo de 18 a 19 años estudiaron de noveno a bachillerato.

36 adolescentes expresaron haber finalizado su bachillerato ya sea general o técnico, de estas, solamente 5 (10%) continuaron algún técnico o ingresaron a la Universidad y se encontraban cursando primer o segundo año del técnico o de la carrera universitaria que habían seleccionado.

Es importante mencionar que 266 (76%) del total de las adolescentes entrevistadas manifestaron no estar estudiando al momento de realizar la entrevista y muchas de ellas habían abandonado la escuela antes de salir embarazadas, entre las razones por

las que ya no continuaron sus estudios se identificó el factor económico, el deseo de no seguir estudiando, por influencia de la pareja, cambio de residencia. El abandono de sus estudios sumado al embarazo a temprana edad aumenta la vulnerabilidad de las adolescentes, pudiendo constituirse en una condicionante para no regresar al sistema educativo, establecer un proyecto de vida e influir en el poder de toma de sus decisiones, quedando en una situación de desigualdad en relación a su pareja y familia.

En cuanto si alguna vez ha trabajado obteniendo un salario, no se encuentran diferencias debido a que de 350 adolescentes 219 (62.6%) manifestaron que nunca han trabajado y sólo 131 (37.4%) que si lo habían hecho. De estas 131 adolescentes entrevistadas que habían trabajado 109 (83%) no estaban trabajando en el momento de la entrevista, las edades que tenían cuando iniciaron a trabajar fueron: 6 (5%) adolescentes entre los 6 a 10 años, 59 (45.0%) entre los 11 y 15 años, 66 (50.4%) adolescentes entre los 16 y 19 años, esto posiblemente signifique que tempranamente asumen responsabilidades de contribuir económicamente a la familia, repercutiendo en el desarrollo de la infancia. Los tipos de trabajo que habían realizado las ubica en el sector informal de la economía, ya que eran de comerciantes o empleadas de cafetín, panadería, oficios varios y maquila, lo cual podría estar condicionado por el bajo nivel escolar que estas poseen generándoles problemas de desarrollo profesional e inserción a mejores oportunidades laborales, lo que contribuye a la reproducción del círculo de pobreza, falta de expectativas, desmotivación a querer superar su situación socio-económica y a una dependencia económica que las sitúa en el sector de mayor vulnerabilidad social.



“ El 6.3% de las adolescentes embarazadas trabaja actualmente, como empleada o comerciante”

El 85.4% (299) recibe ayuda económica, 8 de cada 10 por alguien residente en el país, solo un 10% es por familiares residentes en el exterior. Siendo más de una persona (37.5%) la que la apoya económicamente, en segundo lugar por su pareja (35.5%) y en tercer lugar su mamá (10.7%), ver anexo 3.

La religión como un factor asociado a la vida cotidiana de las familias no ejerce ninguna diferencia en el tema del embarazo para este grupo de adolescentes, pues independientemente de pertenecer a una religión determinada, están en la condición de embarazo, de las 350 entrevistadas, 101 (28.9%) pertenecían a la religión católica, 100 (28.6%) eran de la religión cristiana, 105 (30%) expresaron no tener ninguna religión, siendo que los principios y valores religiosos probablemente no determinan la decisión de tener una vida sexualmente activa.



En relación a educación sexual y reproductiva, el 36.3% (127) adolescentes refirieron haber recibido este tipo de educación por más de una persona, en segundo lugar, por el personal docente (18.0%) y en tercer lugar la mamá (14.9%).

El 82% (287) de la información sobre salud sexual y reproductiva la obtienen de más de una forma (34.6%) así como de sesiones educativas (22.3%), conversaciones (16.3%) y televisión (8.9%).

El 54.9% (192) adolescentes manifestaron haber utilizado alguna vez algún método anticonceptivo, siendo los dos principales los inyectables (37.5%) y el preservativo (35.4%); siendo la principal razón de utilizarlo la prevención de la anticoncepción (48.4%). Seis de cada 10 adolescentes recibió ayuda para decidir el método a utilizar siendo la pareja (62.0%) quien le ayudo principalmente.

Al consultarle sobre los métodos de anticonceptivos que las adolescentes conocen el 87.4% (306) conoce más de un método, (Anexo 4).

El Minsal desarrolla el programa de inscripción materna, el cual busca proporcionar atención a las mujeres embarazadas, al respecto las adolescentes que se inscribieron durante el período. El 36% de las adolescentes fue captada en el primer trimestre de embarazo, de ellas 5 de 9 del grupo de 13 a 14 años, 50 (32%) y 61 (33%) en el grupo de 15 a 17 años y de 18 a 19 años respectivamente fueron captadas en el primer trimestre de su embarazo. Evidenciándose demora en la inscripción prenatal. Es decir, que las usuarias más jóvenes realizaron una inscripción precoz, el cual es uno de los requisitos del control prenatal, seguramente el hecho que estas adolescentes hayan sido acompañadas por sus madres influyó en una inscripción temprana, mientras de los grupos de mayor edad de las adolescentes embarazadas la inscripción se fue realizando de forma tardía, la influencia de factores ambientales, socioeconómicos y educacionales interviene en esta situación, teniendo como consecuencia el aumento de factores de riesgo, significando el retraso de diagnósticos tempranos y tratamientos oportunos, es decir, prevenir, corregir, compensar y tratar las complicaciones que puedan surgir durante y después del embarazo.

En los lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido del Minsal se establece que toda mujer embarazada debe completar como mínimo cinco controles prenatales (uno de inscripción y cuatro de seguimiento), por medio del estudio se detectó la baja asistencia a estos, es así, que de 350 adolescentes, solo 23 (7%) del total de las entrevistadas tuvieron cinco controles prenatales cumpliendo así la norma, mientras que 68 (19%) adolescentes solo asistió a uno, 56 (16%) a dos, 58 (17%) a tres y el 37 (11%) a cuatro, también se documentó la asistencia de las adolescentes embarazadas a más de cinco controles, asistiendo de 6 a 9 controles 33 (11%).

Los controles prenatales son de gran importancia para el desarrollo del embarazo de forma adecuada, pues estos tienen como finalidad vigilar la evolución del proceso de gestación, identificar factores de riesgo, detectar y tratar oportunamente las complicaciones, referir al nivel de mayor complejidad cuando sea necesario, brindar educación y consejería de acuerdo a las necesidades de la mujer, lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y su hijo,<sup>13</sup> entre las posibles causas de la inasistencia se podrían señalar: el conflicto emocional al enterarse que está embarazada, falta de información de los cuidados que debe tener durante todo el proceso de embarazo, desconocimiento del tiempo de gestación, limitado respaldo familiar, desconocimiento de la importancia de tener un control de su estado, falta de dinero para asistir a los establecimientos de salud, accesibilidad geográfica por razones de distancia de su casa a las USCF.



# CAPITULO I

## DIAGNOSTICOS DE SALUD MENTAL

---



## Capítulo I. Diagnósticos de Salud Mental

Los diagnósticos de salud mental constituyen un elemento fundamental al momento de orientar una intervención psicosocial, proporcionando información sobre el estado mental de las usuarias, estudiando sus puntos fuertes, debilidades y disfunciones con la finalidad de orientar un tratamiento psicoterapéutico con éxito.

El Minsal actualmente utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual permite clasificar la conducta desadaptada y otros tipos de trastornos, utilizando un sistema de clasificación multiaxial (5 ejes) diseñada para ordenar la información que se obtiene para el caso, logrando describir a la persona por medio de un conjunto de factores importantes en el área clínica. Estos diagnósticos no son de carácter permanente pueden llegar a sufrir modificaciones a medida que las condiciones que los generen cambien.

Segun evaluación psicologica realizada a las adolescentes embarazadas o post parto, el 56.8% (199) se les diagnóstico algún transtorno de salud mental.

Estos diagnósticos se presentan de dos formas: en primer lugar, agrupado por edad, en los grupos de 13 a 14 años, cinco de las nueve presentaron algun transtorno psicológico, el 56% (88) en el grupo de 15 a 17 años y 57.3% (106) en el grupo de 18 a 19 años se les diagnóstico algún problema de salud mental, como se puede evidenciar no existe diferencias entre los grupos de edad.

En segundo lugar, se presentan en forma global los principales diagnósticos psicológicos del Eje I, es decir, los resultados de las 350 adolescentes embarazadas o post parto al momento de la entrevista, 52 (15%) tuvieron un diagnóstico de episodio depresivo, el cual se clasificó en episodio depresivo (leve, moderado y grave). De acuerdo. De acuerdo al CIE-10, estos se caracterizan por que la persona sufre una alteración de su estado de ánimo, siendo este bajo, la persona se encuentra en un estado de abatimiento e infelicidad, hay reducción de la energía, disminución de la actividad, la capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse esta reducida y es frecuente un cansancio exagerado incluso tras un esfuerzo mínimo, ver gráfico 3.

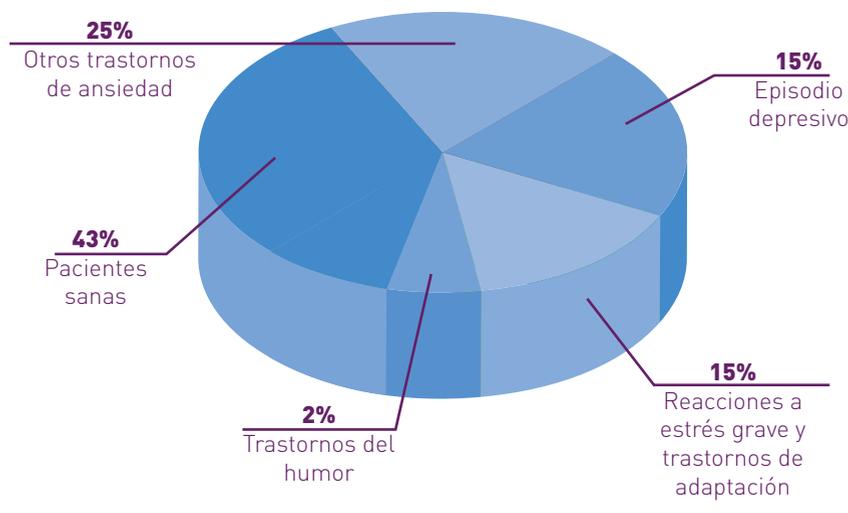
A 8 (2%) de las adolescentes se le diagnosticó con trastornos del humor, en los cuales el estado de ánimo es de intensidad fluctuante, con una duración de años, acarreando malestares e incluso incapacidad y se visualiza en los datos de ciclotimia, distimia y trastornos del humor afectivo, siendo la ciclotimia un trastorno caracterizado por una inestabilidad persistente del estado de ánimo, que implica la existencia de muchos periodos de depresión y de euforia leves; la distimia es un tipo de depresión en la cual los síntomas tienen una duración mayor que en la depresión, es decir, son crónicos se pueden llegar a presentar de

forma continua por un periodo mínimo de dos años, sin embargo la severidad e intensidad de los síntomas es menor, habiendo una pérdida o aumento de apetito, falta de energía o fatiga, baja autoestima entre otros.<sup>14</sup>

A 86 (25.0%) adolescentes se les diagnóstico con otros trastornos de ansiedad los cuales se caracterizan por síntomas como palpitaciones, dolor torácico, nerviosismo, temblores, mareos y malestar epigástrico. También 53 (15%) tuvo un diagnóstico de reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación los cuales pueden surgir como consecuencia de una respuesta mal adaptativa a estrés grave o persistente, que interfiere con los mecanismos de afrontamiento satisfactorios y llevan un deterioro del funcionamiento social.<sup>15</sup>

Finalmente, 151 (43%) adolescentes entrevistadas tuvo un diagnóstico de paciente supuestamente sana, no obstante, según el SQR de éstas el 33% de adolescentes se le identificó algún síntoma de angustia psicológica significativa y 67% tiene síntomas psicóticos, pero estos síntomas no cumplen los criterios para diagnosticarlas con un trastorno específico, de acuerdo al CIE-10. Todo lo anterior implica que los embarazos en adolescentes tienen factores de riesgo que posiblemente las predisponen a mayores riesgos de mortalidad y otras complicaciones en la salud de la niñez y adolescencia.

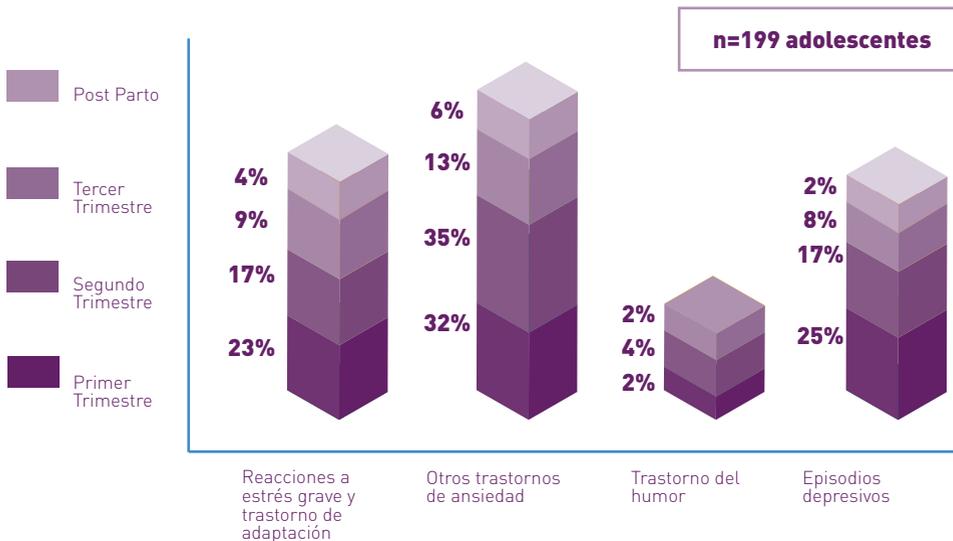
**Gráfico 3.** Principales diagnósticos psicológicos (Eje I) de las adolescentes embarazadas y post parto que participaron en el proyecto de Intervención psicosocial.



Fuente: Base de datos de estudio de adolescentes embarazadas y post parto de intervención psicosocial

Los trastornos de salud mental identificados en las adolescentes embarazadas o post parto se pueden vincular en términos generales con la edad gestacional. Se observa en el gráfico 4, que durante el primer y segundo trimestre, 199 (56.8%) adolescentes embarazadas o post parto presentaron trastornos de salud mental como depresión, ansiedad, estrés post traumático, etc., es muy probable que estas manifestaciones estén asociadas a los cambios hormonales, las alteraciones de los neurotransmisores, así como la influencia de factores ambientales, sociales y económicos: como el malestar que les genera el tener que asumir nuevas responsabilidades para las cuales no están preparadas y en cierta medida las limita o inhibe de vivir sucesos que hacen parte de la adolescencia, ya que tienen que ocuparse de proveer cuidados a su embarazo, asumir el rol de futura madre y las responsabilidades que lleva implícita en el marco de la familia.

**Gráfico 4.** Relación entre los principales diagnósticos psicológicos (Eje I) y edad gestacional de las adolescentes embarazadas y post parto.



Fuente: Base de datos de intervención psicosocial. Proyecto embarazo adolescente. INS

Además de la clasificación anterior, también se hizo la evaluación del Eje II, el cual recopila los trastornos de personalidad y retraso mental, definiéndose la personalidad como “la integración de todos los rasgos y características del individuo que determinan una forma de comportarse”.<sup>16</sup> En la formación de la personalidad influyen determinantes biológicos y psicológicos que pueden afectarla, surgiendo alteraciones las cuales se denominan trastornos de personalidad.

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV) “un trastorno de personalidad es



un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto”.<sup>17</sup> El 5.1% (18) adolescentes fueron diagnosticadas con trastorno de personalidad, siendo similares para los tres grupos de edad. En el grupo de 13 a 14 años se reporta un caso de las nueve adolescentes atendidas, 8 de las 156 en el grupo de 15 a 17 años y 9 de 185 en el grupo de 18 a 19 años de edad.

El 95% de las adolescentes entrevistadas fue diagnosticada con una personalidad normal y sin retraso mental evidente, mientras que 18 presentaron algún problema de personalidad dentro de las cuales se pueden mencionar dos con trastorno ansioso de la personalidad y de acuerdo al CIE-10 se le diagnosticó con trastorno ansioso de la personalidad y de acuerdo al CIE-10 se caracteriza por sentimientos de tensión y temor, inseguridad e inferioridad, con un continuo deseo de agrandar y ser aceptado, hipersensibilidad a la crítica y al rechazo; una adolescente embarazada se diagnosticó con el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo en el cual existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, siendo el ánimo impredecible y caprichoso.

Siguiendo con la idea anterior, cuatro adolescentes embarazadas posee un diagnóstico denominado como dependiente de la personalidad, según el CIE-10, caracterizado por la excesiva dependencia de otras personas para tomar decisiones más o menos importantes de su vida, gran temor al abandono, sentimientos de impotencia e incompetencia y aceptación pasiva de los deseos de los demás e incapacidad para afrontar las demandas de la vida cotidiana, y una adolescente embarazada con el trastorno disocial en donde existe desprecio hacia las obligaciones sociales y cruel despreocupación por los sentimientos de los demás, existiendo una gran disparidad entre las normas sociales vigentes y su comportamiento. Así como otra adolescente se le estableció un trastorno esquizoide en donde hay frialdad emocional, ausencia de relaciones sociales u otros contactos, tendencia a la fantasía, las actividades solitarias y la introspección.

De igual forma, a 5 adolescentes se les diagnóstico un trastorno paranoide, en los cuales hay un patrón de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, manifestándose en las áreas de cognición, afectividad, actividad interpersonal y control de los impulsos. Paralelamente cuatro adolescentes embarazadas fueron diagnosticadas con trastornos mixtos de la personalidad los cuales son trastornos y anomalías de la personalidad que suelen ser problemáticos pero que no presentan el conjunto específico de síntomas que caracterizan otros trastornos, son síntomas de varios trastornos.

Existen diversos factores que influyen en la aparición de los trastornos de personalidad, uno de estos es el contexto social en donde la adolescente embarazada

se está desarrollando, el cual muchas veces es en un ambiente de violencia, como se evidencia en la investigación, pues de las 18 adolescentes diagnosticadas con trastornos de la personalidad, según el eje II, 11 sufren algún tipo de violencia, ya sea, psicológica, física, acoso sexual o violencia sexual, y esta condición puede haber contribuido a la formación de estos trastornos de personalidad. Con respecto a las 332 que presentan personalidad normal y sin retraso mental evidente, el 81% sufre algún tipo de violencia, pero la forma de afrontar sus problemas ha sido más adecuada y no da la pauta para clasificarlas en este eje.

**Tabla 1.** Principales diagnósticos de trastornos de personalidad y retraso mental (Eje II) de las adolescentes embarazadas o post parto.

Principales Diagnósticos de trastornos de personalidad y retraso mental (Diagnostico Eje II)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Personalidad normal y sin retraso mental evidente	332	95%
Trastorno ansioso de la personalidad	2	1%
Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo	1	0.33%
Trastorno dependiente de la personalidad	4	1%
Trastorno disocial de la personalidad	1	0.33%
Trastorno esquizoide de la personalidad	1	0.33%
Trastorno paranoide de personalidad	5	1%
Trastornos mixtos de la personalidad	4	1%
Total general	350	100%

Fuente: Base de datos de intervención psicosocial. Proyecto embarazo adolescente. INS

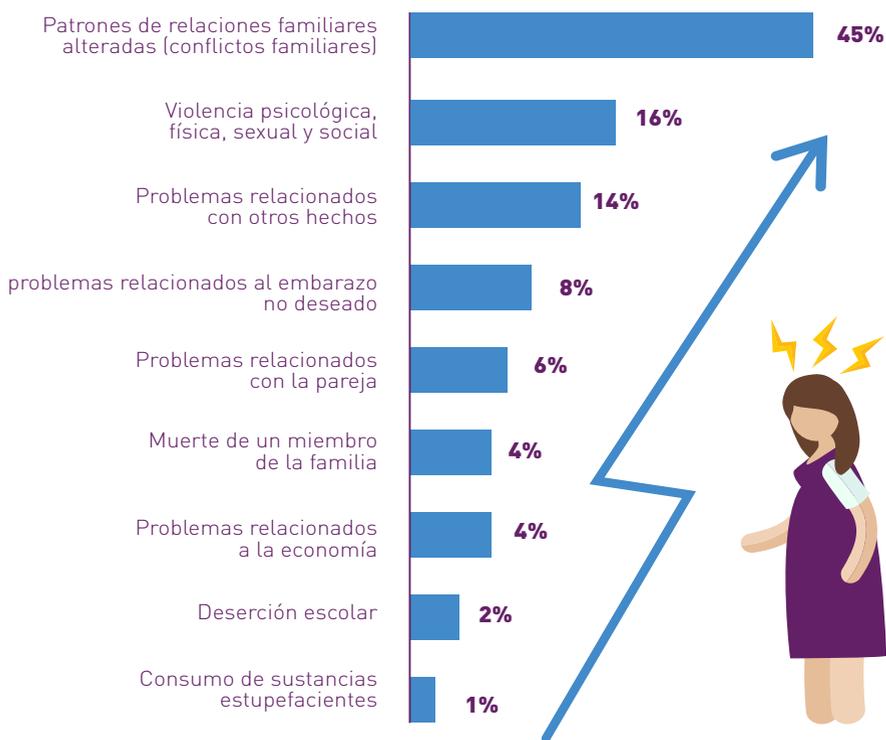
De igual manera en la clasificación multiaxial, en el Eje III, se estableció la relación entre la condición médica que presentaban al momento de la entrevista que son potencialmente relevantes para la comprensión o abordaje del trastorno mental, siendo demostrado que la situación de embarazo, además de placenta previa, infecciones de las vías urinarias, gripes, etc., posiblemente sea un factor condicionante para los trastornos clasificados del eje I y II.

En relación a los problemas psicosociales y ambientales, que forman el diagnóstico del Eje IV, estos pueden comprender: un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, un estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo

social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por la adolescente que pudieran estar afectando su salud mental, los cuales son de importancia porque constituyen variables de riesgo, ya que aumentan la probabilidad de la aparición de un trastorno por la situación de vulnerabilidad en que se encuentra éstas, al realizar el análisis por grupo de edades se evidencia que no existen diferencias en los grupos, de 13 a 14 años, de 9 adolescentes 4 se encontraban sin situación psicosocial anómala y 5 si presentaban algún problema, de 15 a 17 años, de 156 adolescentes, 75 no tenía ningún problema mientras que 81 presentaban una alteración, de 18 a 19 años, de 185 adolescentes, 94 no tenían situación psicosocial anómala y 91 si la tenían, en todos los grupos aproximadamente la mitad de las adolescentes presentaban alguna dificultad o un acontecimiento que les afectaba en su desarrollo.

Cuando se realiza el análisis general, es decir, las 350 entrevistadas, se encontraron los siguientes problemas: 80 adolescentes tienen patrones de relaciones familiares alteradas, es decir, conflictos familiares, 29 tienen problemas debido a la violencia psicológica, física, sexual y social y 25 adolescentes problemas relacionados con otros hechos como lo son dificultades para relacionarse con amigos, familiares u otras personas.

**Gráfico 5.** Diagnósticos de los problemas psicosociales y ambientales (Eje IV) de las adolescentes embarazadas y post parto.



Fuente: Base de datos de intervención psicosocial. Proyecto embarazo adolescente. INS

Finalmente se hace la Evaluación de la actividad global (Eje V) el cual consiste en la opinión del profesional de psicología acerca del nivel general de actividad de la adolescente, es decir, de su funcionamiento psicosocial, lo que incluye aspectos como: autocuidado, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio, tiempo libre y funcionamiento cognitivo, esto se centra en lo que la persona puede hacer, la calidad de sus actividades cotidianas y su necesidad de asistencia, para ello se utilizó la escala de evaluación de la actividad global (EEAG) en relación a la actividad psicosocial, social y laboral, siendo una escala descriptiva que proporciona una puntuación única sobre la actividad de la adolescente,<sup>18</sup> en la tabla 2. se mencionan los resultados de la escala.

**Tabla 2.** Escala de Evaluación Global (Eje V) frecuencia de las adolescentes embarazadas y post parto.

FRECUENCIA DE ADOLESCENTES	ESCALA DE EVALUACION GLOBAL
122	Síntomas ausentes o mínimos, buena actividad en todas las áreas
77	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales
58	Tienen algunos síntomas leves y alguna dificultad en la actividad social, laboral y escolar
54	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades
29	Tienen síntomas moderados, dificultad moderada en la actividad social, escolar y laboral
7	Tienen síntomas graves con ideación suicida, alteración grave de la actividad social, laboral y escolar
1	Tiene alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el pensamiento o el estado de animo
1	Tiene algún peligro de causar lesiones a otros o así mismo
1	Tienen peligro persistente de lesionar a otros o así mismo

Fuente: Base de datos de intervención psicosocial. Proyecto embarazo adolescente. INS



## CAPITULO II NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

---



## Capítulo II. Nivel de funcionamiento familiar

Se define a la familia como un grupo humano caracterizado por vínculos afectivos, sanguíneos o adoptivos en el que a partir de los contactos continuos e interacciones comunicativas se posibilita el desarrollo de estabilidad, cohesión interna, así como posibilidades de progreso evolutivo según las necesidades de cada uno de sus miembros y siempre en función del ciclo vital del sistema familiar.<sup>19</sup>

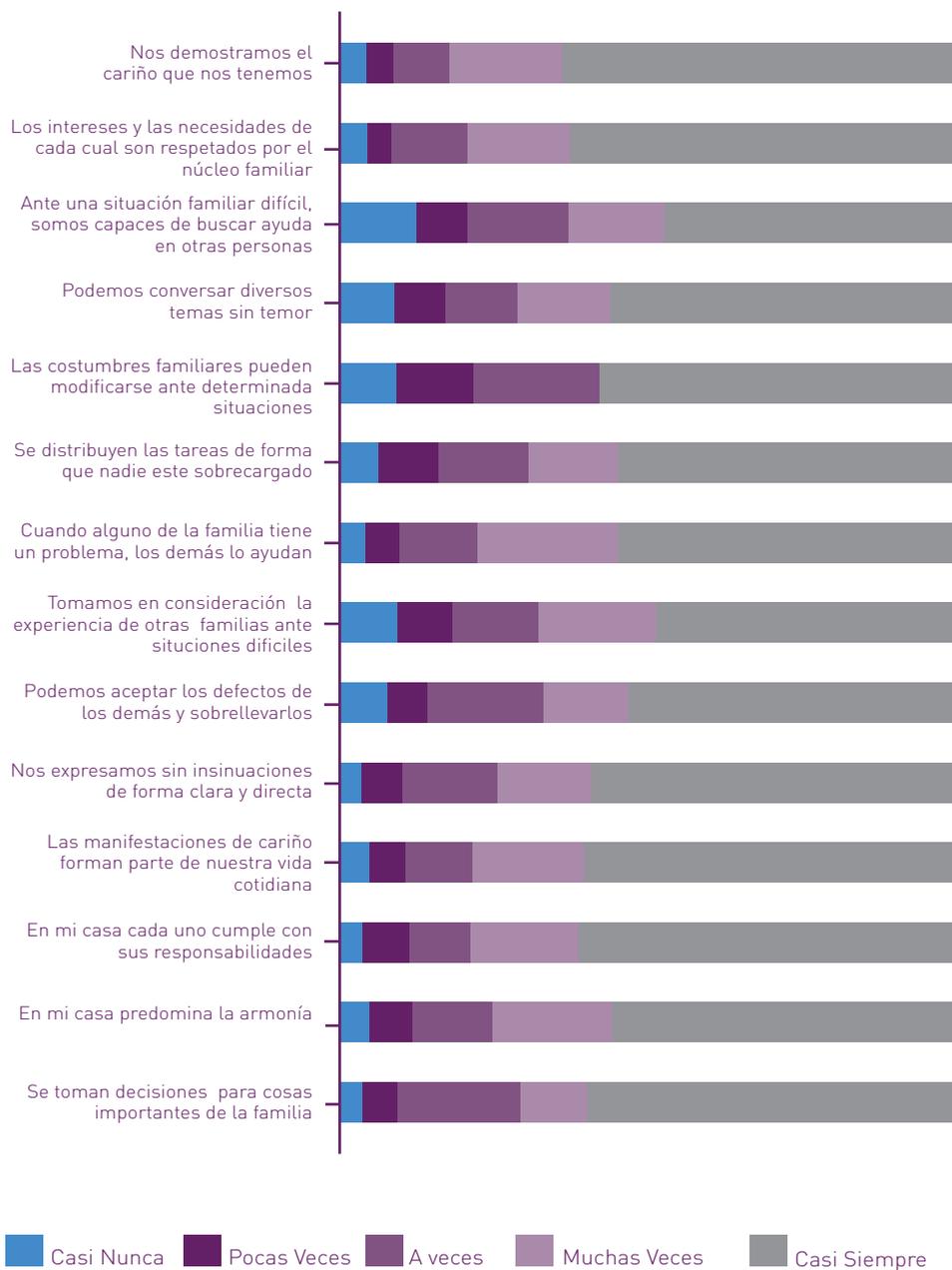
La familia es el primer contacto de socialización que tienen las personas, donde se desarrollan las primeras experiencias que servirán de base para enfrentar diferentes situaciones que surge a lo largo de su vida, es de aquí que surgen la importancia de determinar cuál es el funcionamiento familiar en que se están desarrollando las adolescentes, entendiéndose por este aquel conjunto de atributos que caracterizan a la familia como sistema y que explican las regularidades encontradas en la forma cómo el sistema familiar opera, evalúa o se comporta.<sup>20</sup>

Para determinar este nivel de funcionamiento se realizó el cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL elaborado por Ortega, T., De la Cuesta, D. and Dias, C. (1999), el cual consistía en una prueba de percepción del funcionamiento familiar y constaba de 14 situaciones ubicadas en el ámbito familiar, las adolescentes embarazadas y post parto tenían que considerar con que periodicidad ocurrían esas situaciones dentro de su grupo familiar. En el gráfico 6. Se presentan dichos resultados.





**Gráfico 6.** Situaciones que pueden ocurrir o no a una determinada familia las cuales se encuentran en el Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL que realizaron las adolescentes embarazadas y post parto.



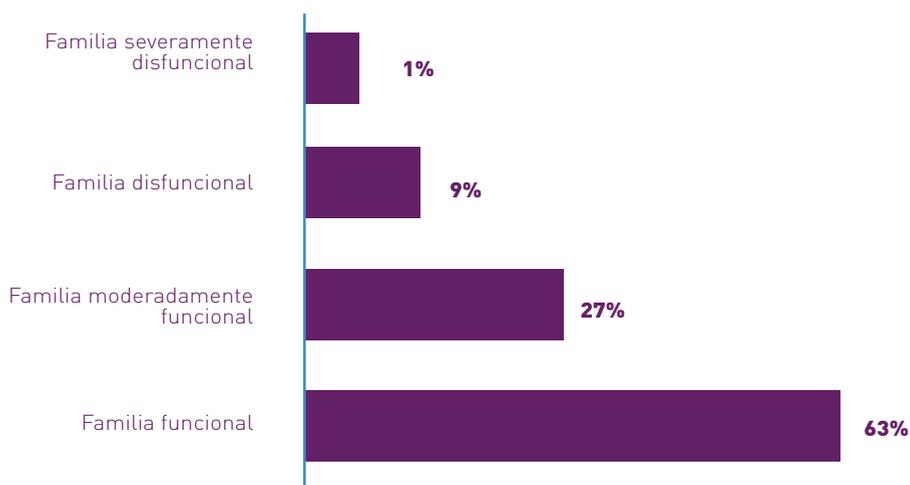
Fuente: Base de datos de intervención psicosocial. Proyecto embarazo adolescente, INS.

Cada situación que se presenta en el cuestionario pertenece a una serie de categorías que permite identificar las relaciones dentro del grupo familiar, estas son:

- **Cohesión:** la cual consiste en unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
- **Armonía:** la correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- **Comunicación:** la capacidad de los miembros de la familia en transmitir sus experiencias de forma clara y directa.
- **Permeabilidad:** la capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
- **Afectividad:** capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- **Roles:** cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.<sup>21</sup>

Con base a los valores que mide el cuestionario se obtuvo un puntaje de la percepción de las adolescentes del tipo de familia en que vivían, siendo divididos en cuatro áreas: familia funcional, familia moderadamente funcional, familia disfuncional y familia severamente disfuncional, las cuales se pueden observar en el grafico 7.

**Gráfico 7.** Nivel de funcionamiento familiar de las adolescentes embarazadas y post parto.

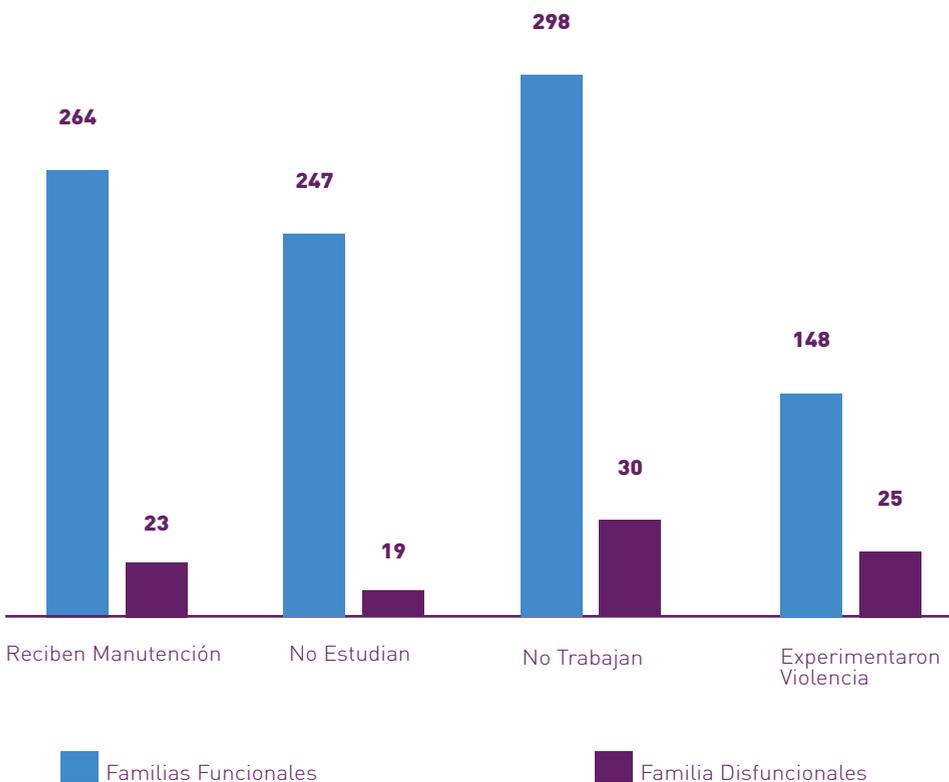


Base de datos de intervención psicosocial. Proyecto embarazo adolescente, INS.

En el Gráfico 7 se puede identificar que el 9% de las participantes se encuentran inmersas en una familia disfuncional y el 1% en una familia severamente disfuncional, ambas categorías cuentan con las características que en éstas no se valora al otro, no se apoyan, no se cumplen con los roles correspondientes a cada miembro de la familia, no se delegan responsabilidades, lo cual afecta directamente a los integrantes del grupo familiar.

El 27% se encuentran en una familia moderadamente funcional y el 63% en una familia funcional, las características de éstas es que son cohesionadas con una unión familiar física y emocional que les permite enfrentar diferentes situaciones y tomar decisiones de las tareas cotidianas, armonía con correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.<sup>22</sup>

**Gráfico 8.** Factores que probablemente influyen en la percepción del funcionamiento familiar de las adolescentes embarazadas o post parto.



Fuente: Base de datos de intervención psicosocial. Proyecto embarazo adolescente, INS.

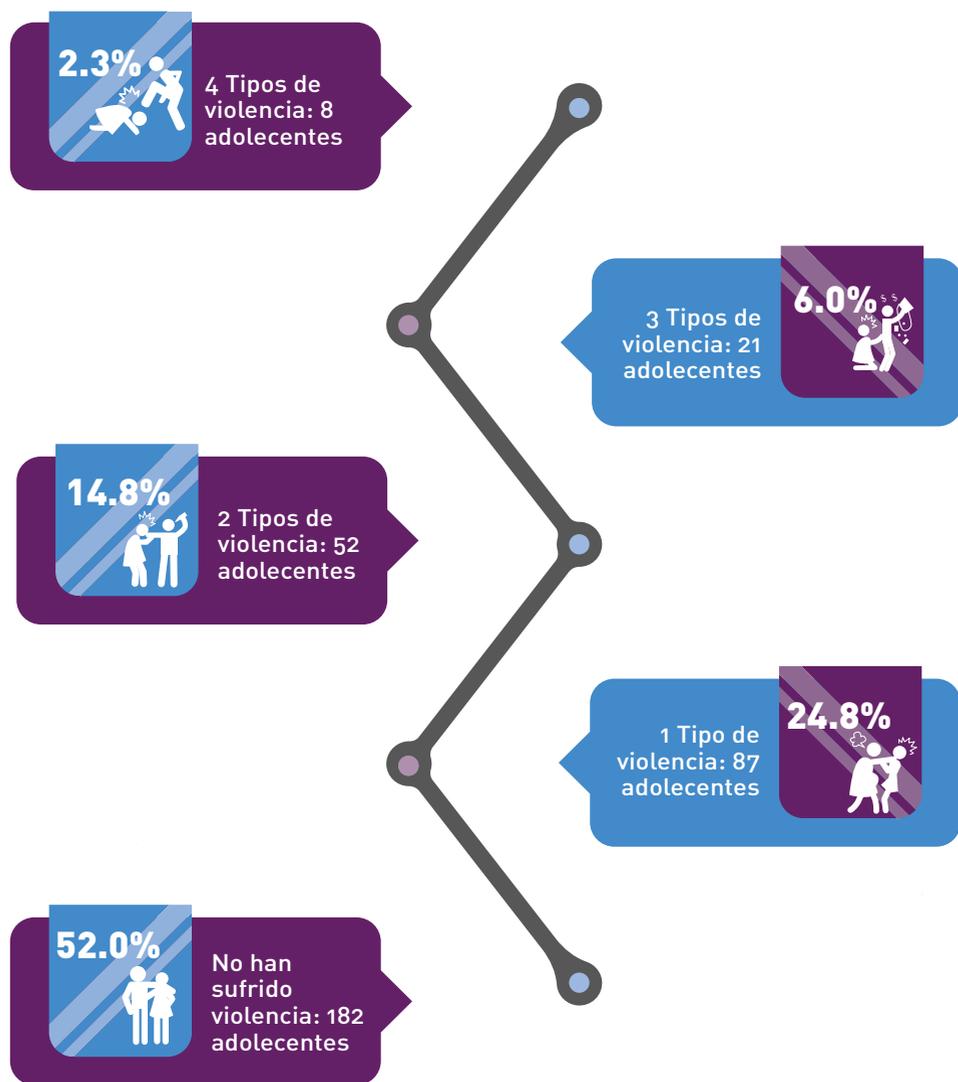
En cuanto a la edad y el nivel de funcionamiento familiar no existe diferencia en cuanto a los grupos de edades de la forma en que las adolescentes manifiestan su nivel de funcionamiento familiar, debido a que sin importar la edad en que se encuentran muchas de ellas, 317 (90%) podrían no identificar las manifestaciones que corresponden a un hogar disfuncional, por diversos factores: El 85.4% (299) recibe ayuda económica adolescentes manifestaron recibir manutención, lo que podría haber contribuido a la percepción de las entrevistadas que pertenecen a una familia funcional, otro factor es que podrían estar sufriendo violencia por la existencia de relaciones de poder dominantes y dependencia económica debido a que el 266 (77.3%) no continúan estudiando y 328 (93.7%) no trabajan actualmente lo que vulnera aún más a la adolescente para ser tratada en igualdad de condiciones familiares sin exclusión y discriminación.

También la dependencia se convierte en un factor de riesgo de violencia de género, observándose en que 148 (46%) de las 317 han experimentado algún tipo de violencia y posiblemente están acostumbradas a vivir en este ambiente.

Esto es reforzado por el hecho de la falta de espacios adecuados para compartir a nivel familiar, escolar y comunitario, así como la ausencia de medios efectivos que permitan reconstruir los comportamientos impuestos socioculturalmente y así como modificar la visión de las actitudes violentas altamente aceptadas dentro de la población salvadoreña, produciéndose una invisibilización de la violencia, en la cual hay una legitimación y reproducción de expresiones y comportamiento en contra de la mujer, mediante mecanismos sociales que operan por medio de mitos sociales y se producen en la mayoría de ámbitos de la sociedad, como lo son: La naturalización de las experiencias de violencia cotidiana vividas por las mujeres en la ciudad, la relativización del daño y las consecuencias que implican para las mujeres estas formas de violencia cotidiana, la culpabilización a las mujeres por las conductas agresivas de que son objeto, implicando una doble victimización y como consecuencia un silenciamiento futuro, la focalización y asociación de la violencia con ciertos grupos de mujeres, limitando los alcances de esta y abonando así los estereotipos sociales que siguen teniendo vigencia en gran parte de la población, la patologización de la violencia hacia las mujeres ubicando a la misma como un fenómeno individual y psicopatológico (el agresor es un enfermo) obturando así la visión de la violencia hacia las mujeres como un fenómeno cultural.<sup>23</sup>

Los mecanismos sociales de invisibilización de la violencia, adquieren mayor relevancia cuando se muestran los resultados de los tipos de violencia que han sufrido las adolescentes y post parto entrevistadas, definiendo la OMS la violencia como el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte.<sup>24</sup>

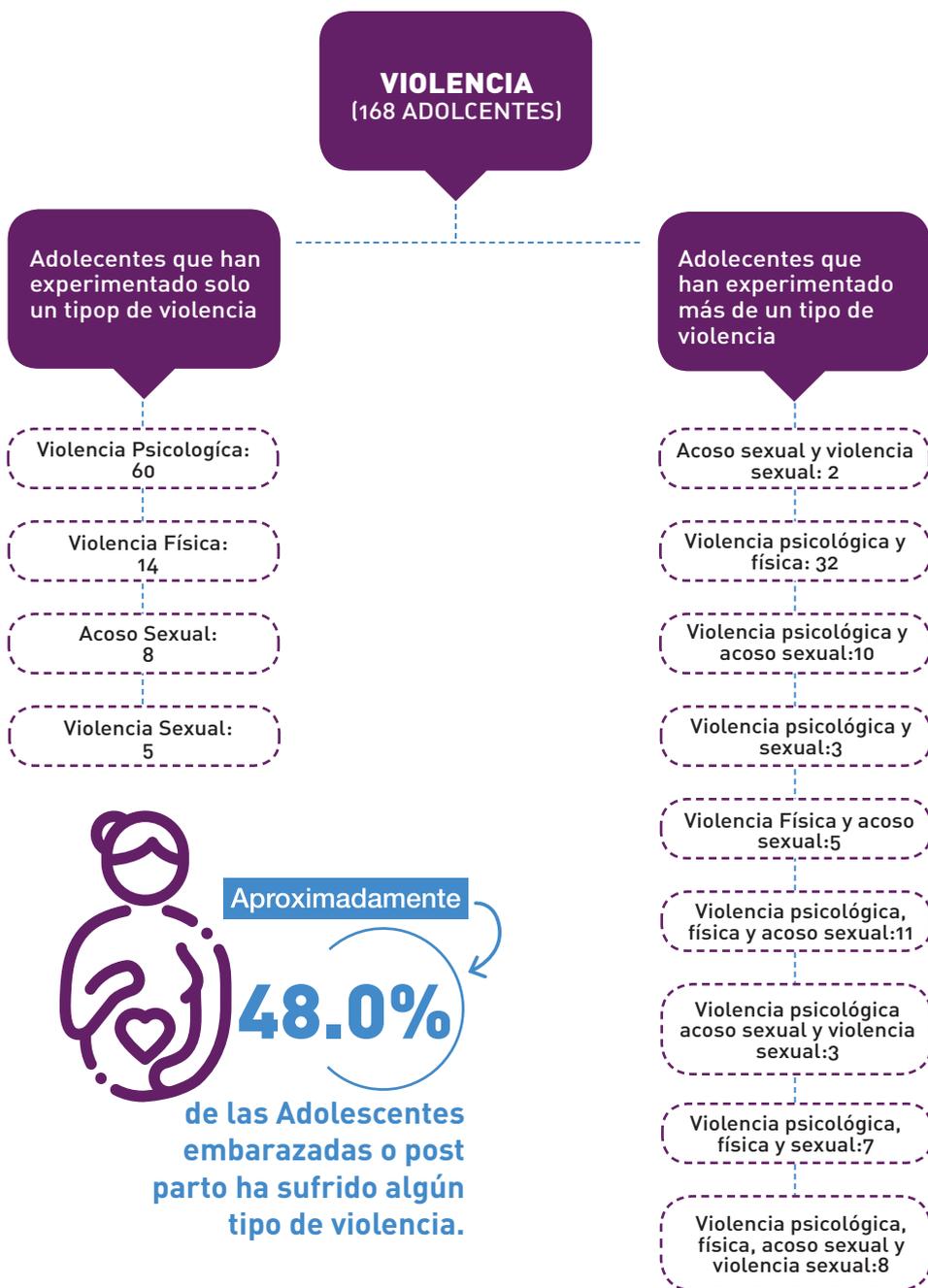
Figura 2. Tipos de violencia que han sufrido las adolescentes embarazadas y post parto.



Fuente: Base de datos de intervención psicosocial. Proyecto embarazo adolescente, INS.

De las 350 adolescentes embarazadas o post parto participantes 168 (48%) han sufrido algún tipo de violencia, como lo son la violencia física, psicológica, acoso sexual o abuso sexual, 87 (52%) adolescentes han experimentado solamente un tipo de violencia, mientras que 81 (48%) han experimentado dos, tres o cuatro tipos de violencia, en la Figura 3 se detalla el tipo de violencia según sea de manera individual o conjunta.

**Figura 3.** Frecuencia de adolescentes embarazadas o post parto que han experimentado violencia psicológica, física, acoso sexual y violencia sexual.



Fuente: Base de datos de intervención psicosocial. Proyecto embarazo adolescente, INS.

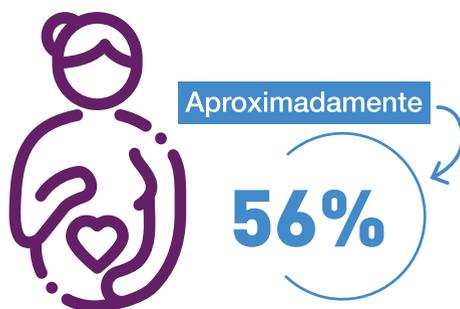
Es de considerar que La Ley Especial Integral para una vida libre de violencia para las mujeres, en su artículo 9 define los diferentes tipos de violencia, en el literal d) define la violencia psicológica y emocional como toda conducta que directa o indirecta que ocasione daño emocional, disminuya el autoestima, perjudique o perturbe el sano desarrollo de la mujer; ya sea que esta conducta sea verbal o no verbal, que produzca en la mujer desvalorización o sufrimiento, mediante amenazas, exigencia de obediencia o sumisión, coerción, culpabilización o limitaciones de su ámbito de libertad y cualquier alteración en su salud que se desencadene en la distorsión del concepto de sí misma, del valor como persona, de la visión del mundo o de las propias capacidades afectivas, ejercidas en cualquier tipo de relación.<sup>25</sup>

En la figura 3, también se refleja que la violencia que más han sufrido las adolescentes entrevistadas es la psicológica, manifestando 134 ser víctimas de ésta no solo de forma exclusiva sino mezclada con otros tipos de violencia y de ellas el 56% afirmó que este tipo de violencia ha sido ejercida en su núcleo familiar y el 11% por la pareja.

Siempre en la figura 3, se destaca la violencia física, la cual está también definida en la ley antes mencionada en su literal c), en donde se establece que es toda conducta que directa o indirectamente, está dirigida a ocasionar daño o sufrimiento físico contra la mujer, con resultado o riesgo de producir lesión física o daño, ejercida por quien sea o haya sido su cónyuge o por quien esté o haya estado ligado a ella por análoga relación de afectividad aun si convivencia. Asimismo, tendrán la consideración de actos de violencia física contra la mujer, los ejercidos por la persona agresora en su entorno familiar, social o laboral, 77 adolescentes han sido víctimas de esta violencia experimentándola de forma separada o conjunta con otros tipos de violencia, su principal agresor en un 70% ha sido su familia, habiendo sido el período de la edad de inicio más alta de 6 a 15 años.



En la intervención se evidencia que quien ejerce más la violencia psicológica y física es la familia, dentro de la cual es la madre y el padre los principales agresores, por lo que ésta, no cumple con una de sus funciones principales como primer agente de socialización, el cual es proteger y educar, con principios y valores que se aprenden dentro del hogar, y sirven de base para establecer relaciones interpersonales con otras personas, sus parejas y otras figuras de amor significativas, no solo en la adolescencia sino también en las diferentes etapas de la vida, por lo que se requiere realizar esfuerzos enfocados a fortalecer a las familias con el propósito de reducir la vulnerabilidad ante la violencia intrafamiliar.



**De la violencia psicológica ha sido ejercida en el núcleo familiar donde vive la adolescentes y un 11% por su pareja.**

Probablemente la reproducción de la violencia psicológica y física en las familias se deban al contexto sociocultural en que esta inmersas y que se van heredando, reproduciéndose el ciclo de la violencia al interior de éstas, incluso desconociéndose los deberes y derechos de los niños, niñas y adolescentes, sustentados en la legislación salvadoreña.

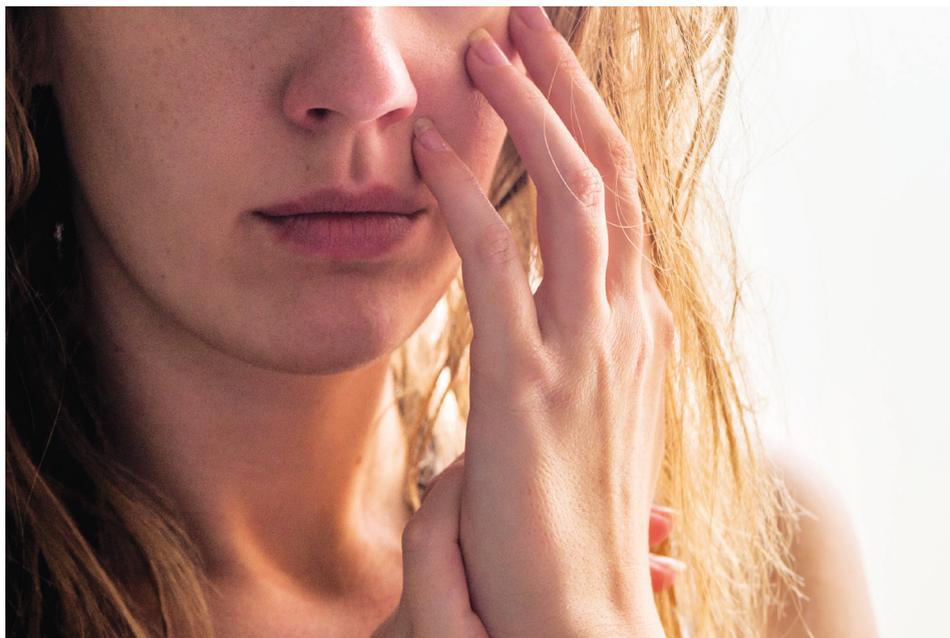
El ordenamiento jurídico salvadoreño establece en la Ley Contra la Violencia Intrafamiliar en el artículo 3 que constituye violencia intrafamiliar, cualquier acción u omisión, directa o indirecta que cause daño, sufrimiento físico, sexual, psicológico o muerte a las personas integrantes de una familia, definiendo en el literal a) del mismo artículo como violencia psicológica la acción u omisión directa o indirecta cuyo propósito sea controlar o degradar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta u omisión que produzcan un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación, el desarrollo integral y las posibilidades personales; y en el literal b) violencia física como Acciones, comportamientos u omisiones que amenazan o lesionan la integridad física de una persona, por lo que es necesario promover el conocimiento y la comprensión de esta ley.<sup>26</sup>

De igual forma, en la figura 3 se observa que 47 adolescentes embarazadas habían sufrido acoso sexual, el cual se define como una situación en que se produce un comportamiento no deseado relacionado con el sexo de una persona, con el propósito o el efecto de atentar contra su dignidad y de crear un

entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante u ofensivo,<sup>27</sup> en este tipo de violencia las adolescentes embarazadas y post parto mencionan que ésta la han sufrido en un 68% de personas desconocidas, vecinos o con las que han tenido contacto en redes sociales, un 13% de amistades y un 15% de familiares. Las edades que han sufrido este acoso son en los períodos de 11 a 19 años.

Otro tipo de violencia observado en la figura 3 es la violencia sexual, la cual se define en el literal f) de la Ley Especial Integral para una vida libre de violencia para las mujeres como toda conducta que amenace o vulnere el derecho de la mujer a decidir voluntariamente su vida sexual, comprendida en esta no solo el acto sexual sino toda forma de contacto o acceso sexual, genital o no genital, con independencia de que la persona agresora guarde o no relación conyugal, de pareja, social, laboral, afectiva o de parentesco con la mujer víctima, y según la investigación las adolescentes han sufrido más violencia por parte de desconocidos y la familia política con un 52%, un 29% por parte de su familia y un 10% de sus amistades, ésta violencia se visualiza en mayor medida en las edades de 11 a 15 años.

En definitiva, los tipos de violencia que han sufrido estas adolescentes embarazadas les afecta en diversas formas el desarrollo de una adecuada salud mental, con limitada capacidad de empoderarse de su proyecto de vida, de identificar su situación de vulnerabilidad y de poco acceso a oportunidades productivas, además, de aceptar y asumir el esquema de reproducción y maternidad a temprana edad.



# CAPITULO III

## CARACTERIZACION DE LAS PAREJAS

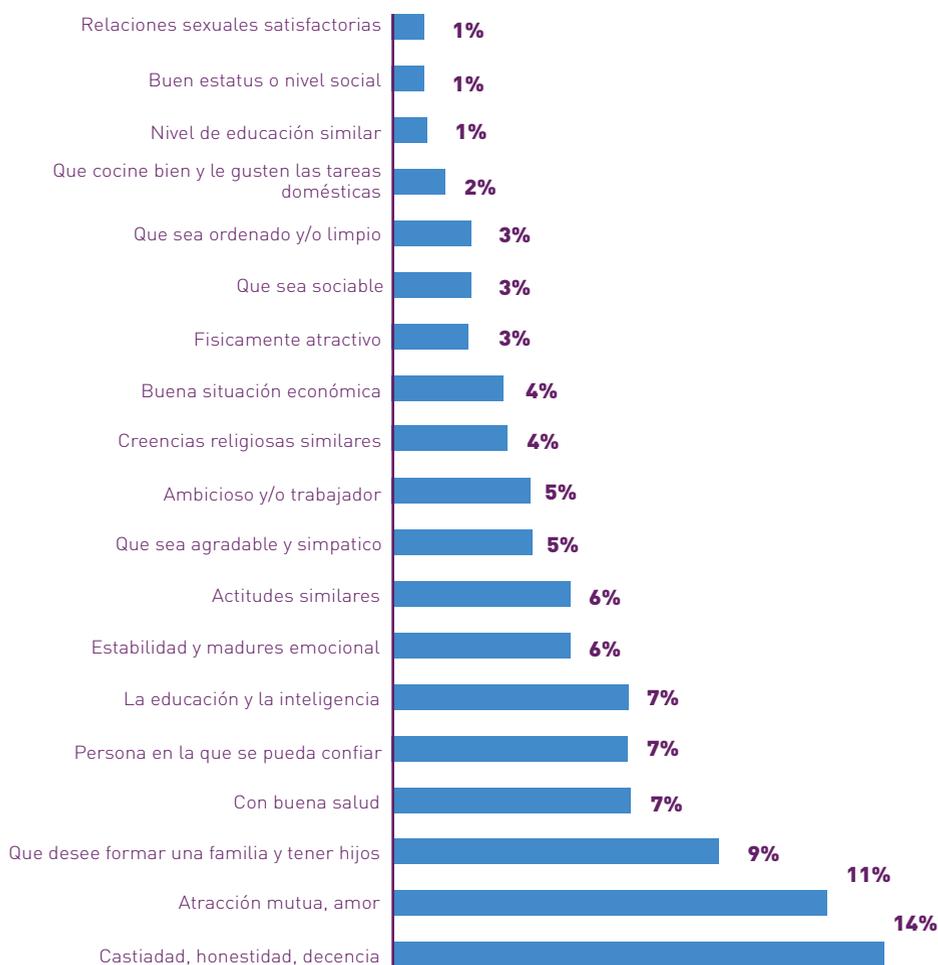
---



### Capítulo III. Caracterización de las parejas

Se entiende como pareja la entidad social basada en la relación entre dos personas, reconocido así por los que lo rodean, en el cual se respetan los usos y las costumbres del contexto social en el que están inmersos,<sup>28</sup> como el noviazgo, la unión no matrimonial y el matrimonio, por lo que la elección de la pareja es un proceso complejo en el que se consideran factores biológicos, personales, psicológicos, sociales y emocionales, los cuales influyen en las cualidades que se desean como un ideario de la pareja, entre éstas se tienen respeto, amor, honestidad, buena salud, confianza, atracción física, actitudes similares, etc. A continuación se presentan los resultados de las cualidades que las adolescentes y post parto desean en una pareja.

**Gráfico 9.** Expresión de las cualidades que desean en una persona las adolescentes embarazadas y post parto.



Fuente: Base de datos de intervención psicosocial. Proyecto embarazo adolescente, INS.

En el gráfico 9 se puede observar que la principal cualidad que buscan en una pareja es el de la castidad, honestidad y decencia 50 (14%) adolescentes; atracción mutua 40 (11%) adolescentes y que desea formar una familia y tener hijos 33 (9%) adolescentes, esto significa que las adolescentes desean formar una familia nuclear, es decir, compuesta por padre, madre e hijos, pues en El Salvador durante los últimos años la mayor parte de parejas están conformadas por los tipos de familia nuclear, seguido por las familias extensas y las monoparentales.

Por lo que el patrón establecido culturalmente es el de integrar una familia conformada por los padres e hijos,<sup>29</sup> y se convierte en ideal de las adolescentes, esto demuestra que la relación de pareja depende del contexto cultural en donde ambas personas se han desarrollado y las cualidades que desean en una pareja varían por países dependiendo a que región cultural pertenecen, particularmente en el país, el ideal es determinante para la selección de la pareja, sin embargo, se tiene una falla por los patrones culturales vigentes.

Estas cualidades tampoco sufren variaciones en cuanto a los grupos de edad, en los tres grupos (13 a 14; 15 a 17 y 18 a 19) las adolescentes embarazadas y post parto buscan siempre las mismas características en una pareja, es de tomar en cuenta la condición de vulnerabilidad en que se encuentran al momento de la sesión, deseaban un hogar formal, establecido que le diera seguridad, un sentido de pertenencia y un hogar para el desarrollo de su hijo, aunque estos son las aspiraciones que reflejaban las adolescentes, la realidad en la que están inmersa puede ser diferente debido a que 85 (24%) de las entrevistadas no contaba con una pareja.

Otro dato importante, es que para ellas el tener relaciones sexuales satisfactorias no es relevante, esto tiene que ver con el concepto de sexualidad, la OMS la define como un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de vida, abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales, pero está condicionada a factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

Estos factores están influenciados a su vez por el enfoque de género, es decir, las expectativas acerca de que las mujeres y los hombres, independientemente de su edad deben de comportarse de maneras diferentes unas de otros. En El Salvador, tradicionalmente se le ha asignado un rol pasivo acerca de su sexualidad a la mujer, limitando o reduciendo su actividad sexual, la mujer que expresa sus deseos sexuales de manera libre es estigmatizada socialmente, mientras que el hombre al ser activo se espera un comportamiento libre de tener deseos y llevar a cabo estrategias para satisfacerlos.

Además, ha existido la tendencia a centrar el análisis de la fecundidad en las mujeres y a concebir a éstas como las responsables casi únicas de la prevención de embarazos no deseados y como el foco central de las políticas de salud sexual y reproductiva, esto ha dificultado concebir a los hombres como sujetos corresponsables en la prevención de embarazos no deseados y las consecuencias adversas en materia de salud sexual y reproductiva que se desprenden del ejercicio sexual, obstaculizando la consolidación de nuevas masculinidades que permitan la construcción de la reproducción y la sexualidad como ámbitos relacionales, la corresponsabilidad reproductiva de los hombres y su participación activa como agentes de salud sexual y reproductiva, tal y como fue planteado en la Conferencia del El Cairo desde 1994.<sup>7</sup>

En relación a la reproducción y la sexualidad, en específico al uso de métodos anticonceptivos, 158 (45.1%) de las entrevistadas nunca ha usado un método anticonceptivo, a pesar que solamente 16 (4.5%) de éstas los desconocían, esto significa que las adolescentes si tienen información de la existencia de los métodos anticonceptivos, posiblemente lo que prevalece es el bajo poder de negociación que tiene la pareja para llegar a un acuerdo del uso de los mismos, así como los mitos relacionados con el uso de éstos.



Además las personas que les han provisto información sobre educación sexual y reproductiva a 63 (18.0%) adolescentes fue el personal docente de las instituciones educativas en las que habían estudiado, a 52 (14.9%) fue la madre, 37 (11.1%) adolescentes el personal de salud, y 127 (36.3%) de varias personas como la familia, amistades, etc. También obtienen la información sobre métodos anticonceptivos de conversaciones, sesiones educativas, televisión, internet y redes sociales. En relación a esto es necesario que los profesores y personal de salud se encuentren en constantes capacitaciones a fin de fortalecer el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, Infecciones de Transmisión sexual (ITS), teniendo ellos un papel fundamental para la prevención del embarazo en adolescentes.

De igual forma, de las 192 (55%) adolescentes que si habían usado un método anticonceptivo seleccionaron como principal tipo de método los anticonceptivos

inyectados 37.5% y el preservativo masculino 35.4%, expresando que las razones de seleccionar estos métodos fueron anticoncepción, protección de ITS, el modo de uso, disponibilidad del método, entre otras; 63 (33%) de estas adolescentes que ya habían utilizado un método anticonceptivo decidieron utilizarlos por decisión propia, mientras que la toma de decisión para la utilización de los métodos anticonceptivos de 129 (67%) adolescentes estuvo determinada por 62% por la pareja, 11% por la mamá y el 8 % por el personal de salud.

Los resultados destacan la necesidad de la promoción del uso de los métodos anticonceptivos, el acceso en diferentes espacios geográficos y la corresponsabilidad que debe existir en la pareja, así como la calidad de la información en el medio social que es influenciado por mensajes conducentes a inicio de relaciones sexuales precoces.

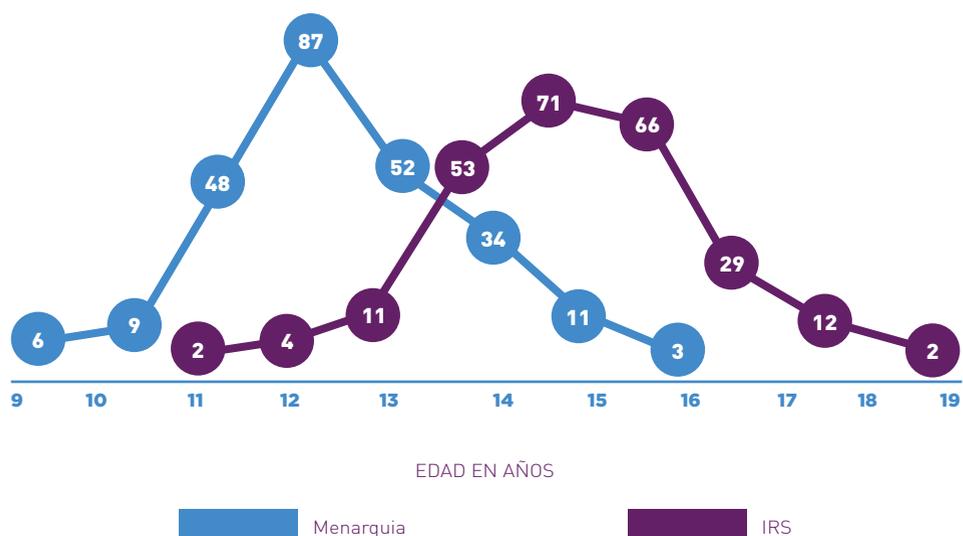
Con referencia a la edad del padre del bebé de la adolescente embarazada, existe una variación significativa lo cual aumenta la vulnerabilidad de las adolescentes , ya que éstas tienen menos habilidades para negociar las alternativas de protección posible y porque las parejas de más edad definen el tipo de relación sexo coital, así como probablemente tienen más posibilidades de padecer alguna enfermedad de transmisión sexual<sup>30</sup> (6 adolescentes entrevistadas mencionaron haber padecido de ITS), evidenciándose que del total de las entrevistadas, 225 tienen parejas mayores que ellas, con una diferencia de cuatro años hasta treinta y cinco años: de 13 a 15 años de edad de la adolescente embarazada, 14 parejas están en el rango de 18 a 25 años; de 16 a 17 años de edad, 77 parejas son mayores y se encuentran en el rango de 20 a 35 años; y de 18 a 19 años de edad de la adolescente embarazada 134 parejas oscilan en un rango de edad de 20 a 54 años.



“ El 33% de las adolescentes que ya habían utilizado el método anticonceptivo decidieron utilizarlos por decisión propia”

Las diferencias de edades identificadas orientan a que se retome el marco normativo para la protección de las niñas y adolescentes, dependiendo de la diferencia de edades y de la condición de vulnerabilidad de los derechos a que están sometidas las embarazadas. En este mismo contexto se deberá capacitar a los prestadores de los servicios de atención de salud en la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (LEPINA), así como a los diversos sectores y a las familias con el propósito de garantizar la protección de la niñez y adolescencia en los diferentes escenarios de convivencia social de la niñez salvadoreña.

**Gráfico 10.** Menarquía e Inicio de relaciones sexo-coitales (IRS) de las adolescentes embarazadas o post parto. (n=250)



Fuente: Base de datos de intervención psicosocial. Proyecto embarazo adolescente, INS.

Resulta oportuno establecer la edad de menarquía y de inicio de relaciones sexo-coitales (IRS), de 250 adolescentes embarazadas o post parto entrevistadas se puede observar en el Gráfico 10, que 15 (4%) adolescentes tuvieron su menarquía entre los 9 y 10 años, mientras que gran parte de las adolescentes entre los 11 a 14 años (63%), lo que podría constituirse como un factor de riesgo, por los rápidos cambios físicos y psicológicos que se produce, con una autopercepción deficientes y el impulso de experimentación y búsqueda de identidad,<sup>31</sup> lo que posiblemente influye con el inicio de relaciones sexo-coitales la cual comenzó a temprana edad, desde los 11 años, pero entre los 14, 15 y 16 años se observa un incremento de estas con un 54%.

El iniciar relaciones sexo-coitales a temprana edad, se ha asociado a riesgos como el embarazo precoz, las enfermedades de transmisión sexual, experiencias negativas que repercuten en su autoestima, autoimagen, expectativas hacia su futuro y la variabilidad en cuanto a las parejas, 124 (35%) de las adolescentes embarazadas y post parto manifestaron haber tenido más de una pareja sexual, teniendo desde una pareja hasta más de cinco, indicando la inestabilidad emocional en la que se encuentran; algunas de estas adolescentes también tuvieron hijos con sus ex parejas, la mayoría de ellas no planificaron sus embarazos. Los motivos que tuvieron para elegirlos como pareja fueron atracción física, simpatía, su condición

moral o religiosa o porque compartían intereses y entre las razones de su separación se encuentran infidelidad, problemas, discusiones, aburrimiento, diferencias de intereses, entre otras.

En el orden de las ideas anteriores, de las 350 adolescentes embarazadas y post parto, 265 (76%) afirmaron que tenían pareja, sin embargo, muchas de ellas, viven con la familia de origen y 85 (24%) no tienen pareja actualmente, entre los motivos por lo que ya no están juntos se encuentra los problemas y discusiones, infidelidad, tener otra pareja, problemas económicos, por la familia de la pareja, que no quiere hijos, etc.

En cuanto a cómo iniciaron las 350 adolescentes la relación con el padre de su bebe, la mayoría de las entrevistadas 224 (64%) iniciaron su relación como noviazgo formal, 74 (21%) tuvieron un noviazgo informal, 40 (11%) de manera casual y 12 (3%) eran amigos con derecho. El tiempo que transcurrió desde que se conocieron antes de iniciar la relación fue 101 (29%) de uno a tres meses, 65 (19%) de cuatro a seis meses, 58 (17%) de uno a dos años. La motivación que tuvieron para elegir a su pareja fueron la atracción física, enamoramiento o amor, por simpatía, por compartir intereses, por la condición moral o religiosa de la persona, etc.



El tiempo que pasó desde que fueron pareja hasta tener la primera relación fue el siguiente: 95 (27%) fue de uno a tres meses, 79 (23%) de cuatro a seis meses, 58 (17%) de uno a dos años y 23 (7%) adolescentes menos de una semana. Las razones por las que tuvieron relaciones sexuales fueron curiosidad y deseo, presión de la pareja o amistades, factores económicos o por violación sexual. Esto refleja la falta de planificación de un proyecto de vida en estas edades y la limitada comprensión de las intenciones de sus parejas.

El periodo que hubo desde la primera vez que tuvieron relaciones sexuales hasta quedar embarazadas fue 87 (25%) de uno a tres meses, 73 (21%) de cuatro a seis meses, 59 (17%) de uno a dos años, 21 (6%) menos de una semana, en cuanto si planificaron su embarazo, 251 (71%) adolescentes mencionaron que no lo habían hecho, y 189 (54%) deseaban tener dos hijos en el transcurso de su vida, 107 (31%) solo uno, de los datos anteriores se puede mencionar que a pesar de conocer

sobre los métodos anticonceptivos, estas adolescentes no practicaban la planificación familiar, dejándolas en un posición delicada pues no cuentan con un nivel educativo que les permita acceder a un trabajo bien remunerado, afectando su seguridad económica, además, de tener un cuerpo que fisiológicamente todavía no se encuentra preparado para el embarazo.

---

“ De las 52 adolescentes con embarazos previos, 12 nunca habían utilizado ningún método anticonceptivo a pesar de conocerlos.”

---

En relación a los antecedentes de salud de las adolescentes embarazadas al momento de la entrevista, 298 (85%) de las adolescentes eran primigestas, mientras que el 46 (13%) había tenido un embarazo previo y solo 6 (2%) restante había tenido dos o tres embarazos, lo que significa que la mayoría de ellas por primera vez se estaban enfrentando a la condición de embarazo y a la experiencia de cuidar el desarrollo del futuro ser.

Por otra parte de las 52 (15%) adolescentes que expresaron haber tenido un embarazo previo, de éstas 16 habían tenido antecedentes de aborto; 7 antecedentes de cesárea; 6 antecedentes de muerte de hijo nacido vivo y 5 de hijo nacido muerto, al tener ya su segundo o tercer embarazo estas adolescentes resultan más propensas a tener complicaciones al momento del parto, en el informe Tendencia de Embarazos y Partos en adolescentes atendidas en la red de establecimientos del Minsal y Fosalud (periodo 2013-2016),<sup>32</sup> se menciona que el 28% de los partos registrados a nivel nacional pertenecen a adolescentes entre 10 a 19 años, siendo que de éstas 5010 adolescentes han tenido partos por cesáreas, 660 cesáreas subsecuentes, es decir, cesárea en adolescentes a quien se le realizó una cesárea anterior, 137 nacidos muertos, estos datos permiten verificar que el embarazo en la adolescencia trae consecuencias en la salud de la madre y del bebe, y estas situaciones no solo se dan en los municipios que llevo el proyecto sino también a nivel de país.

De las 52 adolescentes con embarazos previos, 12 nunca habían utilizado ningún método anticonceptivo a pesar de conocerlos, 24 de estas nunca habían trabajado y otras 24 a pesar de haber trabajado anteriormente al realizar la entrevista no se encontraban trabajando, 47 tampoco siguieron estudiando, a 10 no le ayudaban con su manutención, 6 no recibían ayuda económica y 16 no tenían pareja, por lo que se puede observar con estos datos es que los múltiples embarazos además de causar los problemas de salud, afectan aún más la posibilidad de que continúen las adolescentes estudiando o se incorporen al mercado laboral para lograr un desarrollo personal y de familia.

**Tabla 3. Antecedentes obstétricos de y momento de captación de la adolescente embarazada o post parto que consultó UCSF y que participó en intervención psicosocial, marzo - octubre 2017.**

		13 a 14 años	15 a 17 años	18 a 19 años	Total general	%
<b>Que trimestre del embarazo tiene actualmente</b>						
	Post parto		17	11	28	8.0%
	Primer trimestre	5	50	61	116	33.1%
	Segundo trimestre	3	53	75	131	37.4%
	Tercer trimestre	1	36	38	75	21.4%
	Total	9	156	185	350	100.0%
<b>Número de embarazos previos</b>						
	Cero	9	139	150	298	85.1%
	Uno		15	31	46	13.1%
	Dos		2	2	4	1.1%
	Tres			2	2	0.6%
	Total	9	156	185	350	100.0%
<b>Más de un embarazo previo</b>						
	Antecedentes de haber tenido un aborto (n=52)	0	5	11	16	30.8%
	Antecedentes de haberse realizado cesarea (n=52)	0	2	5	7	13.5%
	Antecedente de muerte de hijo/ a nacido vivo (n=52)	0	2	4	6	11.5%
	Antecedentes de hijo/ a nacido muerto (n=52)	0	0	5	5	9.6%

Fuente: Base de datos de intervención psicosocial. Proyecto embarazo adolescente. INS

En el tema del embarazo en adolescentes usualmente se ha hecho énfasis en las niñas y adolescentes, disminuyendo las acciones y el papel del hombre en el tema, considerando que el embarazo es responsabilidad también del hombre,

durante la intervención también se entrevistaron a las parejas que acompañaban a las adolescentes embarazadas y post parto a los establecimientos de salud, de 350 adolescentes entrevistadas 40 (11.4%) fueron acompañadas por sus parejas, aceptando participar 19 de estas. (Anexo 1.)

### Caracterización de las parejas

Las edades de las parejas variaban desde 18 hasta los 55 años, 7 de 19 hombres tenían una edad de 21 años, 5 hombres de 19 años, 2 hombres con una edad de 18 años, es de señalar que dentro de las parejas de las adolescentes embarazadas y post parto se encontraban hombres con una edad de hasta 55 años.

Además, todos los entrevistados sabían leer y escribir, al momento de la entrevista 16 de 19 hombres no estudiaban, teniendo como escolaridad desde segundo grado hasta tercer año de bachillerato, mientras que 16 si se encontraban trabajando, laborando como albañil, comerciante o empleado, de los 19 entrevistados 6 recibían ayuda económica y manutención, de personas como madre, padre, hermanos u otros familiares, lo cual los ubica en una situación económica dependiente de su núcleo familiar, reafirmando en el hecho que 13 de los entrevistados viven con su pareja y otros familiares.



Al mismo tiempo de la entrevistas a estas parejas se les realizó un diagnóstico de salud mental, en el cual en el Eje I, 13 de los 19 tuvieron un diagnóstico de paciente supuestamente sano, 4 con trastorno de reacción a estrés agudo y 2 con trastorno de adaptación y de ansiedad generalizada. En el eje II, ninguno mostró signos o síntomas de trastornos de personalidad, diagnosticándoseles con una personalidad normal y sin retraso evidente, en cuanto a los problemas psicosociales y ambientales (Eje IV), 4 de los 19 hombres tendrían patrones de relaciones familiares alteradas, 1 consumo de sustancias estupefacientes, 3 problemas relacionados con otros hechos, economía y la pareja.

Así mismo, se les preguntó acerca del funcionamiento familiar, expresando 18 que se encontraban en familias funcionales y 1 en familias disfuncionales. En cuanto a la violencia que han experimentado 7 de los 19 hombres expresaron haber experimentado violencia psicológica, 6 hombres violencia física, 3 acoso sexual y ninguno de los entrevistados ha sufrido violencia sexual. Las personas que han ejercido violencia

psicológica y física son de compañeros, grupos contrarios, amistades, familiares y el acoso sexual lo han tenido de amistades y desconocidos.

En las cualidades que los hombres desean en una pareja, se encuentran: en primer lugar, la atracción mutua y amor 4 de 19 hombres, en segundo lugar, una persona en la que se puede confiar (3) y en tercero que tuvieran creencias religiosas similares (3).

Otro aspecto es la educación sexual que poseen, de los 19 hombres entrevistados, 10 han usado alguna vez métodos anticonceptivos, siendo el más utilizado el preservativo masculino, las razones que manifestaron para usar un método anticonceptivo es para la protección de enfermedades de transmisión sexual y evitar embarazos no deseados. Asimismo, 6 de los 19 hombres mencionaron que alguien le ayudó a decidir que método usar, entre estas personas se encuentran las amistades, madre, pareja y familiares y conocían más de un método anticonceptivo siendo éstos los orales, inyectados o preservativos masculinos.

Con referencia a la información sobre la pareja actual, los 19 hombres manifestaron tener pareja al momento de la entrevista, iniciando la relación 6 de los 19 hombres con noviazgo informal, 5 con noviazgo formal, 5 de manera casual y 2 como amigos con derecho. Los motivos para elegir a su pareja fueron atracción física, condición moral o religiosa, enamoramiento o amor, por simpatía u otras, todos los entrevistados mencionaron que la razón por la que tuvieron relaciones sexuales fue por curiosidad y deseo, 13 de los 19 no planificaron el embarazo, 10 hombres desean tener dos hijos, 4 hombres solamente un hijo y 5 quisieran tres hijos.

También 5 de los 19 entrevistados solamente han tenido una pareja sexual, mientras que 3 han tenido una pareja sexual previa y 11 hombres de tres a más de cinco parejas, teniendo 3 de ellos hijos con sus ex parejas, embarazos que tampoco fueron planificados, la motivación que tuvieron para elegir a sus ex parejas fue la atracción física y por influencia de sus amistades, finalizando sus relaciones por razones como infidelidad, problemas, discusiones y por la familia de la pareja. Las 19 parejas de las adolescentes embarazadas y post parto entrevistadas también fueron invitadas a participar en las sesiones de psicoterapia, en las diferentes modalidades (individuales y grupales) pero debido a factores como los horarios laborales, la poca responsabilidad ante el embarazo de las adolescentes, la situación legal en la que se encuentran las parejas, imposibilitó que estas participaran en las sesiones.

---

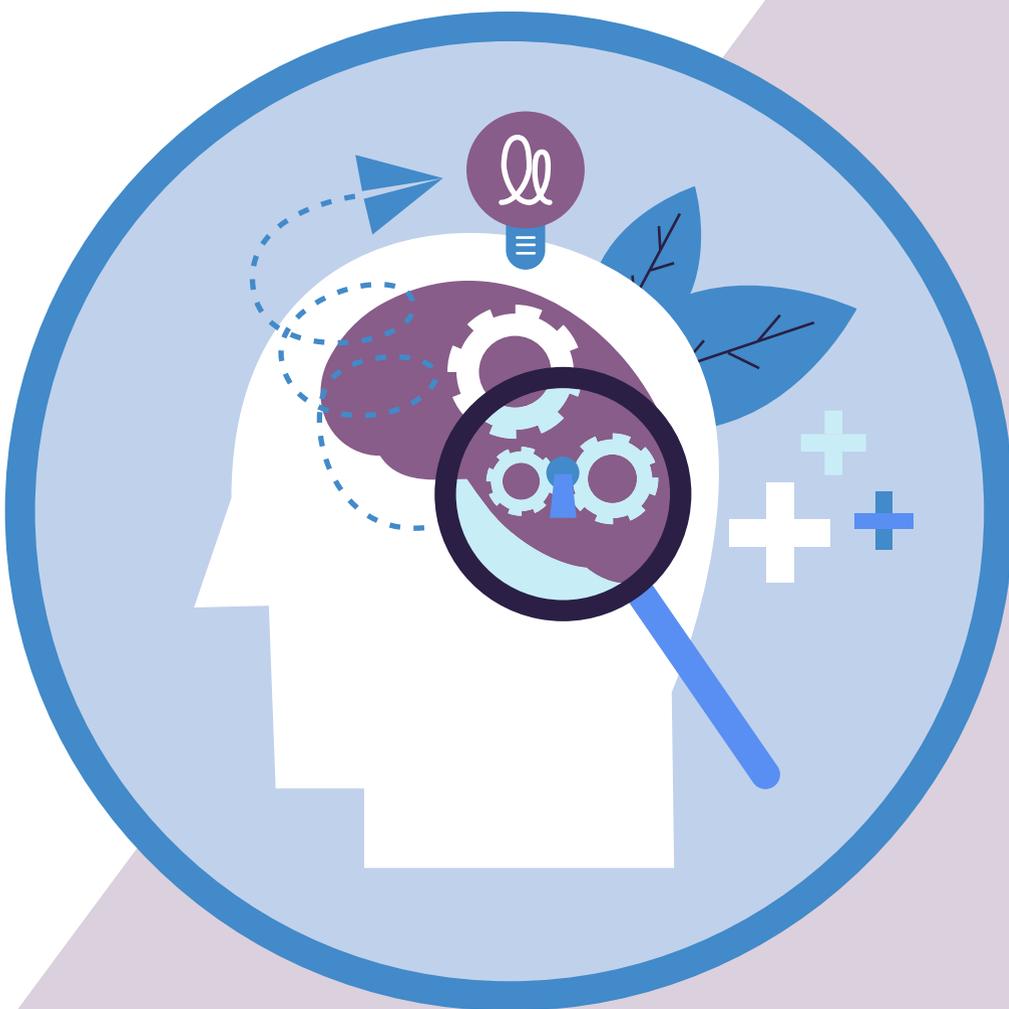
“ Solo 19 parejas de las que acompañaron a las adolescentes embarazadas aceptaron participar en la intervención psicosocial.”

---

# CAPITULO IV

## INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

---



## Capítulo IV. Intervenciones psicosociales

El embarazo en la adolescencia interrumpe la búsqueda normal de la identidad pues modifica las prioridades volviéndose el proceso de embarazo lo fundamental, como se ha observado en los diagnósticos presentados las adolescentes embarazadas y post parto mostraban comportamientos poco adaptativos y emociones inapropiadas, que al no saber cómo manejarla afectan su desarrollo y la relación con los demás, al contar con profesionales de psicología que tienen experiencia en manejar conductas desadaptativas se permitió no solo establecer un diagnóstico sino proveerles de atención especializada consistente en intervenciones psicológicas, las cuales se basaron en la aplicación de principios y técnicas psicológicas por parte de un profesional de psicología con el fin de ayudar a las adolescentes embarazadas y post parto a comprender sus problemas, a reducir o superar estos, a prevenir la ocurrencia de los mismos y/o a mejorar las capacidades de relacionarse con otras personas.<sup>33</sup>

Estas intervenciones fueron en total 666, dándose en sesiones con dos modalidades: individuales y grupales. El 75% de las sesiones realizadas fueron individuales, las cuales eran sesiones psicoterapéuticas donde solo asistió una persona enfocándose exclusivamente en las necesidades de ésta, creando un ambiente de confidencialidad lo que facilitó la expresión de los problemas y emociones de cada una de ellas y se les generó un seguimiento a fin de apoyarle en la superación de sus problemas y el fortalecimiento de sus capacidades para llegar a finalizar su embarazo en forma exitosa.



El 25% de las sesiones fueron de tipo grupal, es decir, se llevaron a cabo con los grupos de adolescentes embarazadas y post parto, lo que permitió ofrecer a la adolescente un ambiente amigable y que se sintieran acompañadas en este proceso, porque estaban con personas de su mismo rango de edad, con vivencias similares, se fortalecieron los lazos de convivencia social, apoyándose mutuamente con sus experiencias y de esta forma superarlas.

La realización de estas sesiones adquieren relevancia ya que las dos modalidades tenían como metas que las adolescentes tuvieran una percepción emocional de bienestar, empoderarlas y estimular un proceso inicial que generara una respuesta adaptativa adecuada para así restablecer el proceso dirigido a lograr su autonomía, es decir, hacia el crecimiento y la madurez emocional, mediante la promoción de ideas de cambio que anularan las sensaciones iniciales de impotencia y malestar psicológico expresados por algunas de ellas,<sup>34</sup> apoyándolas a reconstruir un proyecto de vida que las convirtiera en

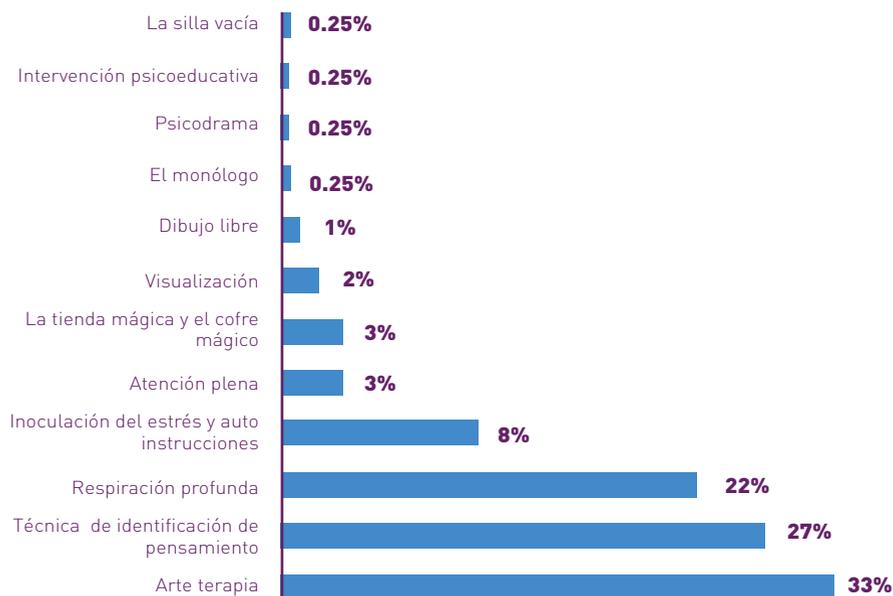
agentes productivos, propiciando la ruptura de los esquemas culturales o del papel que se les asigna dentro de la sociedad.

El número de asistentes a las sesiones fue variado, de las 350 adolescentes y post parto entrevistadas, 232 (66.3%) no asistieron a las citas posteriores, 55 (15.7%) acudieron a una sesión, 32 (9.1%) a dos sesiones, 10 (2.9%) a tres sesiones y 21 (6.0%) adolescentes entre cuatro a trece sesiones. Aunque se les hizo énfasis en la importancia del tratamiento psicoterapéutico, muchas de estas adolescentes tampoco asistieron con regularidad a sus controles prenatales probablemente por la semana de embarazo, por limitaciones económicas, por inconvenientes de las familias o por el poco interés demostrado para el seguimiento de su embarazo.

Durante las sesiones, independientemente de su modalidad individual o grupal, se dieron diferentes técnicas, basándose en los modelos de terapia cognitiva-conductual, terapia psicoanalítica y terapia psicodinámica, terapia humanista y terapia integrativa.

Estas técnicas a su vez se agruparon en dos áreas, el primero de ellos se refiere a técnicas exclusivas para tratar los síntomas, afecciones o malestares que por su situación de embarazo pudieron estar sufriendo (Ver Gráfico 11) y el segundo para tratar otros acontecimientos que pudieran estar afectando la salud mental de las adolescentes (Ver Gráfico 12)

**Gráfico 11.** Técnicas aplicadas a las adolescentes embarazadas y post parto según Manual de Minsal/INS.



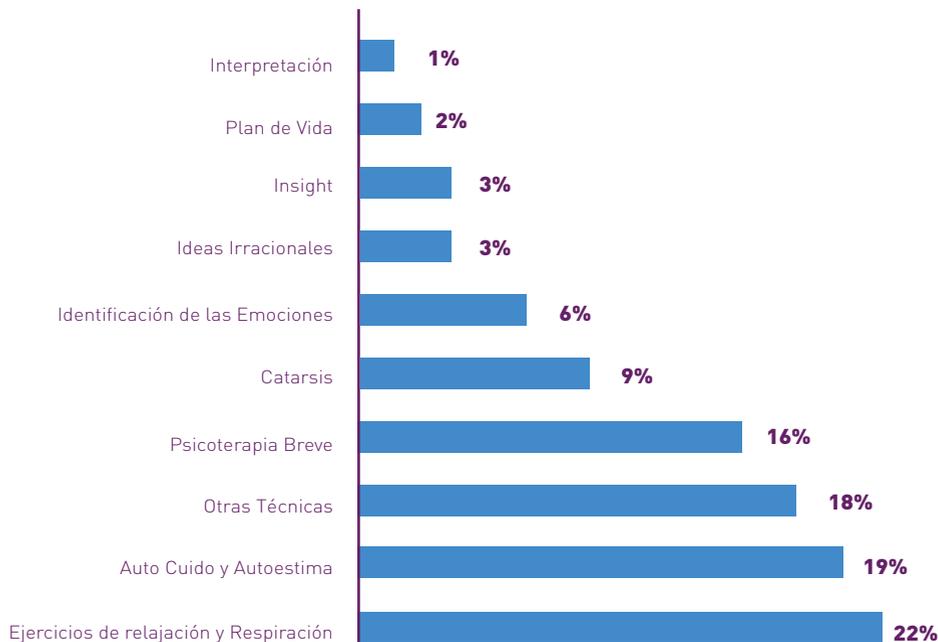
*fuentes: Base de datos de intervención psicosocial. Proyecto embarazo adolescente, INS.*

En el Gráfico 11. Se presentan el primer grupo, basándose en el “Manual de técnicas para psicoterapia grupal” elaborado por Minsal/INS, de las cuales el 33% de las técnicas aplicadas conciernen a la aplicación de arte terapia que tenía como objetivo combinar las cualidades terapéuticas y curativas del arte con la terapia psicológica, permitiría de manera alternativa la expresión de pensamiento, emociones y sentimientos, haciéndose técnicas de dibujo, pintura, creación de flores, pensamientos, etc.<sup>35</sup>

La técnica de identificación de pensamientos se aplicó en un 27% y tenía como objetivo que las participantes reconocieran cómo los pensamientos influyen sobre el estado de ánimo y en las reacciones del cuerpo. Por medio de ésta, se realizaron una serie de ejercicios que permitieron identificar los errores, distorsiones de pensamiento.

El 22% pertenece a la técnica de respiración profunda, la cual buscaba que se lograra mantener en control las emociones de baja intensidad y síntomas físicos provocados por situaciones o condiciones de la vida diaria y ante eventos inesperados intensos, se utilizó para ansiedad, inquietud, temor, nerviosismo, angustia, dolor, enfado, o con algún síntoma de alteración física.

**Gráfico 12.** Otras técnicas aplicadas a las adolescentes embarazadas y post parto



Fuente: Base de datos de intervención psicosocial. Proyecto embarazo adolescente, INS.

Se puede observar en el gráfico 12. otras técnicas que se utilizaron durante el desarrollo de la intervención basándose en la experiencia de los Profesionales de Psicología que participaron en las intervenciones y las características individuales de cada usuaria, la que se aplicó más frecuente fueron los ejercicios de relajación y respiración con 22% y que son procedimientos cuyo objetivo principal es enseñar a la persona a controlar su propio nivel de activación a través de la modificación directa de las condiciones fisiológicas sin ayuda de recursos externos , otra técnica fue el auto cuidado y autoestima con un 19%, siendo el auto cuidado la práctica de actividades que las personas realizan en favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar y la autoestima el aprecio o consideración que se tiene de sí mismo y otras técnicas como técnicas de duelo o evaluaciones fue de 18%.<sup>36</sup>



Mejoró en los síntomas que presentaba con respecto al Eje "I" y el 54% mostró mejoras en relación al Eje "IV".

Después de la realización de las técnicas antes mencionadas se realizaba una evaluación para ver el grado de eficacia y de cambios de pensamientos que podía efectuar la adolescente, mostrando algunos cambios como tranquilidad, alegría y cambio de pensamientos, el 58% mejoró en los síntomas que presentaba con respecto al Eje I, y el 54% mostró mejoras en relación al Eje IV.

## Seguimiento del embarazo

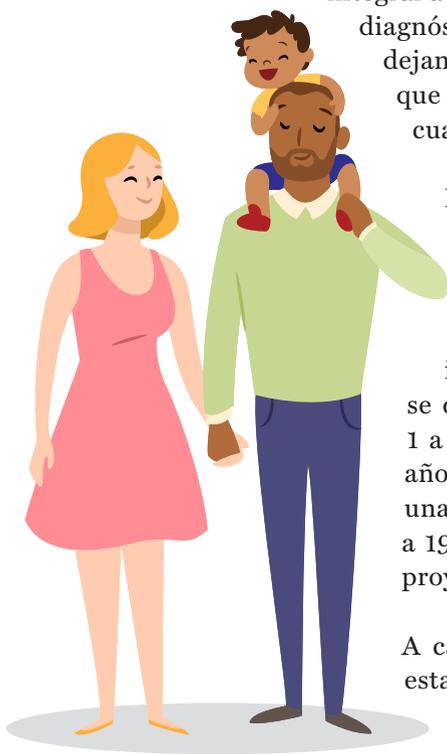
Otro aspecto abordado durante las entrevista fue el seguimiento del embarazo, el cual se realizó con la finalidad de obtener información acerca del momento del parto, solo 95 de las adolescentes abordadas estaban en la fase de post parto, de las cuales ninguna era del grupo de 13 a 14 años, estando en el rango de edad de 15 a 17 años 49 (52%) adolescentes y del grupo de 18 a 19 años 46 (48%) adolescentes, 89 (94%) expresaron que el lugar donde habían verificado parto fue en Hospital Público, siendo los mayores establecimientos de salud el Hospital Nacional General "Dr. Juan José Fernández", Zacamil con 61 (64%) adolescentes y el Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez" con 21 (22%) adolescentes. (Anexo 8)

También se les preguntó si ya habían iniciado planificación familiar post parto, obteniendo que 39 (41%) adolescentes si lo habían hecho, dividiéndolas según edad de la siguiente manera de 15 a 17 años 19 (39%) adolescentes y de 18 a 19 años 20 (43%) adolescentes, seleccionando 26 (67%) entrevistadas anticonceptivos

inyectables, 5 (13%) la lactancia materna, 3 (8%) anticonceptivos orales, 3 (8%) esterilización masculina o femenina y el 2 (5%) el DIU.

## Apoyo en UCSF

Con el propósito de dar una respuesta a la necesidad de atención psicológica a los usuarios que consultaron las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de Nejapa, Apopa, Aguilares y Guazapa, y debido a la limitantes de recursos en esta área, así como para apoyar el modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario, los profesionales psicólogos contratados para el proyecto de embarazo en adolescentes procedieron a realizar una atención integral a toda persona que lo solicitará, efectuando diagnósticos de trastornos de salud mental y dejando consultas subsecuentes, de tal manera que se atendieron en total 776 usuarios de las cuatro USCF.



En estos 776 usuarios se incluyó a las adolescentes embarazadas que aceptaron participar en la investigación, 751 eran femeninas y 25 masculinos, debido a que es importante contemplar el involucramiento de este grupo. Además, se dividieron por grupos de edad, siendo de 1 a 9 años 19 usuarios, del grupo de 10 a 19 años 686 y mayores de 20 años 71. Se observó una diferencia entre los grupos de edad de 10 a 19 años por ser este el que formo parte del proyecto de intervención psicosocial.

A cada uno de los usuarios atendidos se les estableció un diagnóstico identificándose algún trastorno mental (776 usuarios) y de éstos llegaron a consulta por primera vez 558 y 218 siguieron asistiendo de manera subsecuente. Lo que permitió esta atención identificar en forma inmediata problemas que requieren darle una respuesta a fin de lograr abordarlos en el tiempo oportuno y evitar problemas de largo plazo que los puede llevar a situaciones de salud que son irreversibles, por lo que se vuelve imprescindible la intervención en este grupo poblacional de niños, niñas, adolescentes y adultos para contribuir de esta manera con el modelo de atención integral de salud y calidad de vida de los salvadoreños.

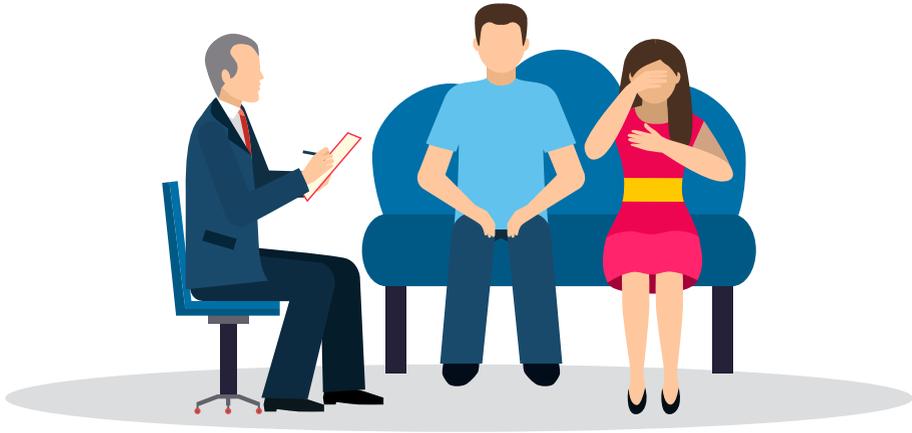
# CONCLUSIONES

---

- El embarazo en la etapa de la adolescencia influye en la salud mental de estas, pues supone un impacto en muchos ámbitos de su vida (familiar, económico, educativo y de pareja), lo que se refleja en la aparición o aumento de algunos signos y síntomas de depresión, ansiedad, adaptación, debido al momento difícil y estresante al que se enfrentan, pues no cuentan con la madurez física y emocional necesaria para afrontar las responsabilidades que adquieren por su futura maternidad.
- Los problemas psicosociales y ambientales son frecuentes en la adolescencia estos pudieron tener un incremento debido al embarazo, como lo son los conflictos familiares, la violencia, los relacionados con la economía, etc., porque la situación de embarazo supone una tensión emocional fuerte no solo a la adolescente, sino también para su entorno familiar (familia, pareja).
- Muchas de las adolescentes embarazadas son sujetas a violencia intrafamiliar siendo víctimas en mayor medida por parte de sus progenitores (mamá, papá) aumentando su vulnerabilidad debido a las situaciones de conflicto que viven, humillaciones, amenazas, insultos, rechazo, críticas y castigos desproporcionados que han surgido desde muy temprana edad y manteniéndose durante y después del embarazo.
- Las adolescentes embarazadas han interiorizado patrones de comportamiento esperados por su estado gestacional, teniendo una identidad pasiva, construida en el marco de la familia, papel que históricamente se le ha asignado por el estereotipo de género, la cual ha definido la identidad femenina en función de la maternidad y las tareas domésticas, centrándose en la crianza de los hijos.
- Si bien el Minsal ha fortalecido la atención en salud mental en la red de establecimientos de salud y ha elaborado documentos técnicos jurídicos para la atención de los usuarios, la cobertura de profesionales en el primer nivel de atención es limitada lo que puede estar afectando a la detección temprana de problemas de salud mental que las adolescentes embarazadas o post parto estén adoleciendo.
- Las intervenciones psicosociales fueron una herramienta favorable para las adolescentes embarazadas que les permitió conocerse, desarrollarse y relacionarse con otras adolescentes en similar situación, obteniendo mecanismos de resiliencia y apoyo que les ayudó a mejorar sus estados emocionales y encontrar otro sentido de la vida manifestado por sentimientos de alegría y de lucha por llevar su embarazo a feliz término.
- La participación en el diagnóstico e intervención psicoterapéutica por psicólogos fortalece la superación emocional y psicológica de las adolescentes embarazadas principalmente en esta etapa de la vida, ya que para superarla se necesita de un acompañamiento constante con el propósito de que logren una buena salud mental, favorable para su desarrollo personal y de sus hijos.
- El personal docente y el profesional de la salud son guías importantes para la orientación de temas de salud sexual reproductiva y para el abordaje de la prevención del embarazo, convirtiéndose históricamente en figuras reconocidas en los diferentes ambientes laborales educativos.

# RECOMENDACIONES

---



- Las instituciones que brindan servicios preventivos dirigidos a las adolescentes embarazadas o post parto deben fortalecer en su oferta de servicios la atención psicológica para poder identificar los problemas de salud mental, psicosociales y ambientales por los que puedan estar atravesando una adolescente embarazada.
- Fortalecer una atención integral a nivel local a fin de crear programas para identificar los diferentes tipos de violencia inmersos en el hogar y en el entorno social de las adolescentes. Así mismo, buscar vías alternas de solución para reducir este tipo de vivencias disfuncionales, trabajando de manera conjunta con las diversas instituciones Mined, Sociedad Civil, Minsal, Sector Justicia involucradas en la defensa de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en El Salvador.
- Capacitar por parte del Minsal y Mined al personal de los establecimientos de salud, al grupo familiar y al sistema educativo a través de talleres participativos en estrategias y acciones con enfoque de género para empoderar a las adolescentes embarazadas y así modificar los estereotipos con los que han crecido y se identifican.
- Los factores relacionados con la prevención del embarazo de las adolescentes demandan de la formación y actualización constante de la Legislación, del enfoque de género y de la masculinidad dirigida a los formadores y educadores de las Instituciones Educativas, así como del personal de salud a través de procesos continuos a fin de lograr una sensibilización y participación intersectorial.

# REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Constitución de la República. El Salvador: Asamblea Legislativa de la República de El Salvador; D.L.N.38, D.O. N° 234, Tomo N° 281, 16 de diciembre de 1983.
2. Política Nacional de Salud 2015-2019. El Salvador: Ministerio de Salud, Acuerdo N° 1422, 28 de septiembre de 2016.
3. Dirección General de Estadísticas y Censos. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2017. Delgado, mayo de 2018.
4. Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia. [Internet]. 2018. [citado 26 de febrero 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
5. Ministerio de Salud/Instituto Nacional de Salud. Encuesta Nacional de Salud de Indicadores Múltiples por Conglomerados/Encuesta Nacional de Salud (MICS), 3° Edición, El Salvador, 2014.
6. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) El Salvador. Mapa de embarazos en niñas y adolescentes en El Salvador 2015. Primera Edición, Julio 2016.
7. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Ministerio de Salud (MINSAL); Instituto Nacional de Salud (INS); Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU); Consejo Nacional de la Niñez y de la Adolescencia (CONNA); Instituto Nacional de la Juventud (INJUVE). Maternidad y Unión en niñas y adolescentes: Consecuencias en la vulneración de sus derechos. El Salvador 2015. Informe Final. San Salvador, El Salvador, noviembre de 2016.
8. Ministerio de Salud, Sistema de Morbi Mortalidad en Línea (SIMMOW). El Salvador, 2018 [citado 28 de febrero 2018]. Disponible en: <http://sim-mow.salud.gov.sv>
9. Gabinete de Gestión Social e Inclusión. Estrategia Nacional Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2017-2027. El Salvador, octubre 2017.
10. Política Nacional de Salud Mental. El Salvador: Ministerio de Salud, Acuerdo N. 1373, D.O. 207, Tomo N°393, El Salvador, 7 de noviembre de 2011.
11. Código de Familia. El Salvador: Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, D.L.N. 677, D.O. N° 231, Tomo N° 321, 13 de diciembre 1993.
12. Comité Interinstitucional. Prevención del Embarazo en Adolescentes. Con Perspectiva de Género y Enfoque de Derechos Humanos: "Hacia una Política Nacional", [Internet] Republica Dominicana: Mediabyte, S.R.L. 2011. Disponible en: [https://www.unicef.org/republicadominicana/prevencion\\_embarazo\\_adolescente2011.pdf](https://www.unicef.org/republicadominicana/prevencion_embarazo_adolescente2011.pdf)
13. Ministerio de Salud. Lineamientos Técnicos para la Atención de la mujer en el período pre-concepcional, parto, puerperio y al recién nacido, San Salvador, El Salvador, 4° Edición, 2011.
14. Cárdenas EM, Feria M, Vásquez J, Palacios L, De la Peña F., Guía Clínica para los Trastornos Afectivos (Depresión y Distimia) en niños y adolescentes. [Internet] México: Instituto Nacional de Psiquiatría, 2010. Disponible en: [http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos\\_afectivos.pdf](http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_afectivos.pdf)
15. Organización Mundial de la Salud, Clasificación de los Trastornos mentales y del comportamiento, Cie-10, Madrid, España: Medica Panamericana. 2000
16. Montañó, M.R., Palacios, J. y Gantiva, C., Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. Redalyc.org. [Internet]. 2009 [citado 8 de marzo 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225531007>
17. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR. Barcelona, España: Masson. 2002.
18. Servicio Andaluz de Salud. Escala de evaluación de la actividad global (EEAG). [Internet] 2010. [citado 8 de marzo 2018]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/433/pdf/14-GAF.pdf>

19. Bezanilla, J. y Miranda, M. La familia como grupo social: una reconceptualización, Periódicos electrónicos em psicología. [Internet]. 2013. [citado 12 de marzo 2018]. Disponible en: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-339X2013000200005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2013000200005)
20. Funcionamiento Familiar: Evaluación de los Potenciadores y Obstructores. [Internet] Disponible en: de <https://www.uv.es/lisis/instrumentos/Funcionamiento-FamiliaR.pdf>
21. Plantilla-Cuestionario de Funcionamiento Familiar (ff-sil). [Internet]. Febrero, 2015. [citado 12 de marzo de 2018] Recuperado de <http://dانا-larcon.com/plantilla-cuestionario-de-funcionamiento-familiar-ff-sil-para-trabajo-social/>
22. Ortega, T., De la Cuesta, D. y Días, C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. Rev Cubana Enfermer. [Internet] 1999. [citado 13 de marzo de 2018] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03191999000300005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000300005)
23. López, C. Dispositivos de visibilización/invisibilización de la violencia hacia las mujeres. [Internet]. II Jornadas del Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Género. 2011. Disponible en: [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.4914/ev.4914.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4914/ev.4914.pdf)
24. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud: violencia. [Internet]. 2017. [citado 15 de marzo 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/violence/es/>
25. Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres. El Salvador: Asamblea Legislativa de la Republica de El Salvador; D.L. N°. 520, D.O. N° 2, Tomo N° 390, 4 de enero de 2011.
26. Ley Contra la Violencia Intrafamiliar. El Salvador: Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, D.L. N° 902, D.O. N° 241, Tomo N° 333, 20 de diciembre de 1996.
27. Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer. Acoso sexual y laboral, [Internet] Boletín N. 39. 2009. [citado 16 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.isdemu.gob.sv/index.php?option=com...36%3Aboletines-2009>
28. Wainsten M. y Wittner V. Enfoque psicossocial de la pareja: aproximaciones desde la terapia de la comunicación y la terapia de solución de problemas. [Internet] 2004. [citado 20 de marzo de 2018] Disponible en: <https://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico4/4%20PSICO%20008.pdf>
29. Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social (FUSADES) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Una mirada a las familias salvadoreñas: sus transformaciones y desafíos desde la óptica de las políticas sociales con enfoque hacia la niñez. El Salvador. 2015.
30. Sanabria, G. y Rodríguez, A. Investigación para la promoción de la salud sexual y reproductiva. La Habana, Cuba: Escuela Nacional de Salud Pública y CENESEX, 2013.
31. Moral L, Espinola-Canata M, Ferreira-Gaona MI, Díaz-Reissner. Planificación familiar en adolescentes que consultan en el Servicio de Ginecosbtricia Instituto de Prevision Social, Hospital Central, Paraguay, 2012/2015. Revista salud publica Paraguay, [Internet]. 2017. [citado 22 de marzo de 2018] Disponible en [www.ins.gov.py/revistas/index.php/rssp/article/download/462/380](http://www.ins.gov.py/revistas/index.php/rssp/article/download/462/380) 2017
32. Instituto Nacional de Salud. Tendencia de Embarazos y Partos en adolescentes atendidas en la red de establecimientos del MINSAL y FOSALUD, El Salvador. 2017.
33. Bados, A. La intervención psicológica: características y modelos, [Internet] Barcelona, España, octubre 2008. [citado 10 de abril de 2018]. Disponible en <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/4963/1/IPCS%20caracter%20y%20modelos.pdf>
34. Díaz, Edgar. Guía clínica de intervención psicológica del embarazo en la adolescencia. Imbiomed. [Internet]. México. 2007. [citado 16 de abril de 2018]. Disponible en: [www.inper.mx/descargas/pdf/Guiaclinicaintervencionpsicologicadelembarazoenaadolescencia.pdf](http://www.inper.mx/descargas/pdf/Guiaclinicaintervencionpsicologicadelembarazoenaadolescencia.pdf)
35. Ministerio de Salud/Instituto Nacional de Salud. Manual de técnicas para psicoterapia grupal. 2016.
36. Méndez, F., Olivares, J. y Quiles, M. Técnicas de relajación y respiración. Disponible en: [http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/electivas/ECFP/Analisis-y-modificacion-de-la-conducta-Dahab/Tecnicas%20de%20relajacion%20y%20respiracion%20\(Carrillo,%20Rodriguez\).pdf](http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/electivas/ECFP/Analisis-y-modificacion-de-la-conducta-Dahab/Tecnicas%20de%20relajacion%20y%20respiracion%20(Carrillo,%20Rodriguez).pdf)

# ANEXOS

<b>Anexo 1 . Momento de captación, lugar de procedencia y persona que acompaña a adolescente embarazada o post parto que consultó UCSF y que participó en intervención psicosocial, marzo - octubre 2017.</b>						
	13 a 14 años	15 a 17 años	18 a 19 años	Total general	%	% acumulado
<b>Momento de captación de adolescente</b>						
Control Prenatal Sub secunete	5	56	74	135	38.6%	38.6%
Otros		54	65	119	34.0%	72.6%
Inscripción materna	4	34	35	73	20.9%	93.4%
Citada para entrevista		12	11	23	6.6%	100.0%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>156</b>	<b>185</b>	<b>350</b>	<b>100%</b>	
Porcentaje	2.6%	44.6%	52.9%			
<b>Mes en el que fueron captadas</b>						
Marzo	2	35	40	77	22.0%	22.0%
Abril	1	21	28	50	14.3%	36.3%
Mayo	1	13	11	25	7.1%	43.4%
Junio	0	8	9	17	4.9%	48.3%
Julio	1	8	10	19	5.4%	53.7%
Agosto	1	34	46	81	23.1%	76.9%
Septiembre	1	26	26	53	15.1%	92.0%
Octubre	2	11	15	28	8.0%	100.0%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>156</b>	<b>185</b>	<b>350</b>	<b>100.0%</b>	
<b>Persona que acompaña a adolescente</b>						
Llega sola a la consulta	2	67	124	193	55.1%	55.1%
Con madre	7	37	15	59	16.9%	72.0%
Otros		26	18	44	12.6%	84.6%
Con pareja		16	24	40	11.4%	96.0%
Con suegra		9	4	13	3.7%	99.7%
Con padre		1		1	0.3%	100.0%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>156</b>	<b>185</b>	<b>350</b>	<b>100.0%</b>	
<b>Nacionalidad</b>						
Salvadoreña	9	155	185	349	99.7%	99.7%
Guatemalteca		1		1	0.3%	100.0%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>156</b>	<b>185</b>	<b>350</b>	<b>100%</b>	
<b>Departamento de residencia</b>						
San Salvador	9	148	178	335	95.7%	95.7%
Cuscatlán		5	3	8	2.3%	98.0%
La Libertad		1	4	5	1.4%	99.4%
Chalatenango		2		2	0.6%	100.0%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>156</b>	<b>185</b>	<b>350</b>	<b>100.0%</b>	
<b>Municipio de residencia del departamento de San Salvador</b>						
Apopa	5	54	65	124	37.0%	37.0%
Nejapa	2	38	34	74	22.1%	59.1%
Guazapa		27	40	67	20.0%	79.1%
Aguilares	1	11	22	34	10.1%	89.3%
El Paisnal		10	7	17	5.1%	94.3%
Tonacatepeque		4	6	10	3.0%	97.3%

San Salvador		3	4	7	2.1%	99.4%
Ciudad Delgado	1	1		2	0.6%	100.0%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>148</b>	<b>178</b>	<b>335</b>	<b>100.0%</b>	

Fuente: Base de datos de intervención psicosocial. Proyecto embarazo adolescente. INS

<b>Anexo 2. Estado familiar, religión y escolaridad de adolescente embarazada o post parto que consultó UCSF y que participó en intervención psicosocial, marzo - octubre 2017.</b>						
	13 a 14 años	15 a 17 años	18 a 19 años	Total general	%	% acumulado
<b>Estado familiar</b>						
Unión libre - acompañada	1	68	118	187	53.4%	53.4%
Soltera	8	80	49	137	39.1%	92.6%
Casada	0	5	14	19	5.4%	98.0%
Separada	0	2	3	5	1.4%	99.4%
Viuda	0	1	1	2	0.6%	100.0%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>156</b>	<b>185</b>	<b>350</b>	<b>100.0%</b>	
<b>Religión</b>						
Sin Religión	4	54	47	105	30.0%	30.0%
Católica	2	36	63	101	28.9%	58.9%
Congregación cristiana	2	45	53	100	28.6%	87.4%
Protestante	1	18	21	40	11.4%	98.9%
Otras		3	1	4	1.1%	100.0%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>156</b>	<b>185</b>	<b>350</b>	<b>100.0%</b>	
<b>Escolaridad</b>						
No sabe leer ni escribir		2	0	4	6	1.7%
Ha estudiado de manera formal en centro educativo		7	156	181	344	98.3%
<b>Último grado aprobado</b>						
Preparatoria		1		1	0.3%	0.3%
Tercer grado		6	2	8	2.3%	2.6%
Cuarto grado	1	7	3	11	3.2%	5.8%
Quinto grado	2	6	7	15	4.4%	10.2%
Sexto grado	3	17	11	31	9.0%	19.2%
Septimo grado	1	36	17	54	15.7%	34.9%
Octavo grado		24	11	35	10.2%	45.1%
Noveno grado		38	45	83	24.1%	69.2%
Primer año de bachillerato general		7	20	27	7.8%	77.0%
Primer año de bachillerato técnico		8	15	23	6.7%	83.7%
Segundo año de bachillerato general		2	23	25	7.3%	91.0%
Segundo año de bachillerato técnico		3	13	16	4.7%	95.6%
Tercer año de bachillerato técnico			11	11	3.2%	98.8%

No responde		1	3	4	1.2%	100.0%
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>156</b>	<b>181</b>	<b>344</b>	<b>100.0%</b>	
Continua estudiando						
Si	3	46	29	78	22.7%	
No	4	110	152	266	77.3%	
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>156</b>	<b>181</b>	<b>344</b>	<b>100.0%</b>	

### Anexo 3

#### Número de personas y viviendas donde reside, actividad laboral y ayuda económica de adolescente embarazada o post parto que consultó UCSF y que participó en intervención psicosocial, marzo - octubre 2017.

	13 a 14 años	15 a 17 años	18 a 19 años	Total general	%
Número de viviendas en las que reside					
Una	8	149	168	325	92.9%
Dos	1	6	16	23	6.6%
Tres		1	1	2	0.6%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>156</b>	<b>185</b>	<b>350</b>	<b>100.0%</b>
Personas con las que convive					
Más de una persona	8	107	120	235	67.1%
Pareja		23	49	72	20.6%
Madre		12	3	15	4.3%
Otro familiar		10	5	15	4.3%
Otros familiares de pareja			4	4	1.1%
Padre	1	1	2	4	1.1%
Alguien que no es familia		1	2	3	0.9%
Hermano(a)		2		2	0.6%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>156</b>	<b>185</b>	<b>350</b>	<b>100.0%</b>
Cuantos trabajos ha tenido					
Cero	7	114	98	219	62.6%
Uno	2	22	47	71	20.3%
Dos		13	22	35	10.0%
Tres		5	11	16	4.6%
Más de tres		2	7	9	2.6%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>156</b>	<b>185</b>	<b>350</b>	<b>100.0%</b>
Edad en la que inicio a trabajar (n=131)					
De 6 a 10 años de edad	1	2	3	6	4.6%
De 11 a 15 años de edad	1	30	28	59	45.0%
De 16 a 19 años de edad		10	56	66	50.4%
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>42</b>	<b>87</b>	<b>131</b>	<b>100.0%</b>
Adolescentes que trabajan actualmente	1	6	15	22	6.3%
De que trabaja actualmente (n=22)					
Comerciante		1	4	5	
Empleada	1	5	11	17	

Total	1	6	15	22	
Recibe ayuda económica	6	130	163	299	85.4%
Formas de recibir ingresos económicos (n=299)					
Más de una forma		9	17	26	8.7%
Persona en el país	5	106	131	242	80.9%
Persona fuera del país	1	15	14	30	10.0%
<b>No responde</b>			<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0.3%</b>
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>130</b>	<b>163</b>	<b>299</b>	<b>100.0%</b>
Persona de quien recibe ayuda económica (n=299)					
De más de una persona	2	46	64	112	37.5%
Pareja		35	71	106	35.5%
Mamá	2	20	10	32	10.7%
Papá	1	17	7	25	8.4%
Otro familiar		8	9	17	5.7%
Otro familiar de la pareja	1	2	2	5	1.7%
Alguien que no es familia		1		1	0.3%
Hermano		1		1	0.3%
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>130</b>	<b>163</b>	<b>299</b>	<b>100.0%</b>

**Anexo 4.**  
**Conocimiento y uso de anticonceptivos de adolescente embarazada o post parto que consulto UCSF y que participó en intervención psicosocial, marzo - octubre 2017.**

	13 a 14 años	15 a 17 años	18 a 19 años	Total general	%
Quien le ha provisto sobre educación sexual y reproductiva					
Más de una persona	3	55	69	127	36.3%
Personal docente	1	28	34	63	18.0%
Mamá	2	26	24	52	14.9%
Ninguna	3	18	18	39	11.1%
Personal de salud		18	19	37	10.6%
Otro		7	9	16	4.6%
Amistades		2	6	8	2.3%
<b>No responde</b>		<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1.1%</b>
Papá		1	1	2	0.6%
Personal religioso			2	2	0.6%
	9	156	185	350	100.0%
Como obtiene la información					
De más de una forma	3	46	72	121	34.6%
Sesiones educativas	1	39	38	78	22.3%
Conversaciones	1	29	27	57	16.3%
Televisión	1	16	14	31	8.9%
Ninguno	2	11	14	27	7.7%
Internet		6	10	16	4.6%
<b>No responde</b>		<b>3</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>2.0%</b>

Redes sociales		4	3	7	2.0%
Libros y revistas	1	2	2	5	1.4%
Radio			1	1	0.3%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>156</b>	<b>185</b>	<b>350</b>	<b>100.0%</b>
Ha usado alguna vez algún método anticonceptivo					
No	8	86	64	158	45.1%
Si	1	70	121	192	54.9%
	9	156	185	350	100.0%
Cual método a usado					
Anticonceptivo inyectado		29	43	72	37.5%
Preservativo masculino	1	26	41	68	35.4%
Más de un método		4	22	26	13.5%
Anticonceptivo orales		8	8	16	8.3%
Coito interruptor o método del retiro		3	5	8	4.2%
DIU			1	1	0.5%
Pildora del día después			1	1	0.5%
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>70</b>	<b>121</b>	<b>192</b>	<b>100.0%</b>
Cual fue la razón de usar ese método					
Anticoncepción		35	58	93	48.4%
Más de una razón		22	37	59	30.7%
Protección de infecciones de transmisión sexual	1	2	9	12	6.3%
Facil de utilizarlo método de uso		3	3	6	3.1%
Modo de uso			5	5	2.6%
Seguridad del método		3	2	5	2.6%
Disponibilidad del método		1	2	3	1.6%
Presión de la pareja		2	1	3	1.6%
Tiempo de protección			3	3	1.6%
<b>No responde</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1.0%</b>
No tiene efectos secundarios		1		1	0.5%
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>70</b>	<b>121</b>	<b>192</b>	<b>100.0%</b>
Le ayudo alguien a decidir el método					
No		20	43	63	32.8%
Si	1	50	78	129	67.2%
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>70</b>	<b>121</b>	<b>192</b>	<b>100.0%</b>
Quien le ayudo a decidir el método anticonceptivo					
Pareja		29	51	80	62.0%
Madre	1	10	3	14	10.9%
Personal de salud		3	7	10	7.8%
Más de una persona		3	5	8	6.2%

Amistades		2	5	7	5.4%
Familiares		2	5	7	5.4%
Familia de pareja		1	1	2	1.6%
Otros			1	1	0.8%
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>50</b>	<b>78</b>	<b>129</b>	<b>100.0%</b>
Describa los métodos anticonceptivos que usted conoce					
Más de un método	5	129	172	306	87.4%
Preservativo masculino	1	9	8	18	5.1%
No conoce ninguno	3	11	2	16	4.6%
Anticonceptivos inyectados		4	1	5	1.4%
<b>No responde</b>		<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>0.9%</b>
Anticonceptivos orales			1	1	0.3%
DIU		1		1	0.3%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>156</b>	<b>185</b>	<b>350</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Base de datos de intervención psicosocial. Proyecto embarazo adolescente. INS

**Anexo 5.**  
**Menarquía, inicio de relaciones sexuales, grupos de edad de parejas de adolescente embarazada o post parto que consultó UCSF y que participó en intervención psicosocial, marzo - octubre 2017.**

	13 a 14 años	15 a 17 años	18 a 19 años	Total general	%
Edad de menarquía					
12 años	3	39	45	87	34.8%
13 años		30	22	52	20.8%
11 años	1	20	27	48	19.2%
14 años		16	18	34	13.6%
15 años		4	7	11	4.4%
10 años	1	1	7	9	3.6%
9 años		4	2	6	2.4%
16 años			3	3	1.2%
<b>No responde</b>	<b>4</b>	<b>42</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	
Edad que tuvo su primera relación sexual					
De 10 a 14 años	5	40	25	70	20.0%
De 15 a 19 años	0	74	106	180	51.4%
<b>No responde</b>	<b>4</b>	<b>42</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>28.6%</b>
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>156</b>	<b>185</b>	<b>350</b>	<b>100.0%</b>
Con antecedentes de ITS	0	4	2	6	1.7%
En los últimos 6 meses cuantas parejas ha tenido					
Uno	6	137	170	313	89.4%
Cero	3	15	13	31	8.9%
Tres		3	2	5	1.4%
Más de tres		1		1	0.3%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>156</b>	<b>185</b>	<b>350</b>	<b>100.0%</b>

Número de adolescentes que actualmente tienen pareja	4	102	159	265	75.7%
Su pareja es el padre biológico	4	101	159	264	75.4%
Que edad tiene el padre o madre de su bebe					
De 15 a 19 años	7	71	51	129	36.9%
De 20 a 25 años	1	71	100	172	49.1%
De 26 a 30 años		7	17	24	6.9%
De 31 a 35 años		6	4	10	2.9%
De 36 a 40 años			8	8	2.3%
De 41 a 50 años			4	4	1.1%
<b>No responde</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>0.9%</b>
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>156</b>	<b>185</b>	<b>350</b>	<b>100.0%</b>
Planificaron el embarazo					
No	9	128	114	251	71.7%
Si		28	71	99	28.3%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>156</b>	<b>185</b>	<b>350</b>	<b>100.0%</b>
Cuantos hijos quisiera tener					
2	4	85	100	189	54.0%
Uno	5	54	48	107	30.6%
3		11	26	37	10.6%
<b>No sabe</b>		<b>6</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>2.9%</b>
4			7	7	2.0%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>156</b>	<b>185</b>	<b>350</b>	<b>100.0%</b>
Fuente: Base de datos de intervención psicosocial. Proyecto embarazo adolescente. INS					

**Anexo 7**  
**Diagnósticos según Eje de salud mental en adolescente embarazada o post parto que consulto UCSF y que participó en intervención psicosocial, marzo - octubre 2017.**

	13 a 14 años	15 a 17 años	18 a 19 años	Total general	%
<b>Eje 1 Primer diagnostico</b>					
Paciente sano	4	68	79	151	43.1%
<b>Porcentaje</b>	<b>55.6%</b>	<b>56.4%</b>	<b>57.3%</b>		
Trastorno de Ansiedad Generalizada	1	22	28	51	25.6%
Episodio Depresivo Leve	1	20	17	38	19.1%
Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo		12	21	33	16.6%
Reacción a Estrés Agudo		10	11	21	10.6%
Trastorno De Estrés Post- Traumático		9	9	18	9.0%
Trastorno de Adaptación	3	4	7	14	7.0%
Episodio Depresivo Moderado		4	4	8	4.0%
Distimia		2	4	6	3.0%
Episodio Depresivo sin especificación		3	1	4	2.0%
Ciclotimia			1	1	0.5%
Episodio Depresivo grave sin síntomas psicóticos			1	1	0.5%
Otros Episodios Depresivos			1	1	0.5%
Trastorno de Ansiedad Especificado		1		1	0.5%
Trastorno de Ansiedad sin Especificación			1	1	0.5%
Trastorno del Humor (afectivo) sin Especificación		1		1	0.5%
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>88</b>	<b>106</b>	<b>199</b>	<b>100.0%</b>
<b>Eje 2 primer posible diagnostico</b>					
Personalidad normal y sin retraso mental evidente	8	148	176	332	94.9%
Trastorno Ansioso de la Personalidad			2	2	
Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad de Tipo Impulsivo		1		1	
Trastorno Dependiente de la Personalidad		2	2	4	
Trastorno Disocial de la Personalidad		1		1	
Trastorno Esquizoide de la Personalidad		1		1	
Trastorno Paranoide de Personalidad		3	2	5	

Trastornos Mixtos de la Personalidad	1		3	4	
Con trastorno de personalidad	1	8	9	18	5.1%
	11.1%	5.1%	4.9%		
Primera situación psicosocial anómala					
Sin situación psicológica anómala	4	75	94	173	49.4%
Con situación psicológica anómala	5	81	91	177	50.6%
<b>Porcentaje</b>	<b>55.6%</b>	<b>51.9%</b>	<b>49.2%</b>		
Patrones de relaciones familiares alteradas (Conflictos Familiares)	2	39	39	80	45.2%
Violencia Psicológica, Física, Sexual y Social		9	20	29	16.4%
Problemas relacionados con otros hechos	1	14	10	25	14.1%
Problemas relacionados al Embarazo no deseado		9	6	15	8.5%
Problemas relacionados con la pareja		3	7	10	5.6%
Muerte de un miembro de la familia		2	5	7	4.0%
Problemas relacionados a la economía	1	4	2	7	4.0%
Deserción Escolar	1	1	1	3	1.7%
Consumo de Sustancias Estupefacientes			1	1	0.6%
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>81</b>	<b>91</b>	<b>177</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Base de datos de intervención psicosocial. Proyecto embarazo adolescente. INS

**Anexo 8**  
**Tabla XX. Seguimiento de adolescente embarazada o post parto que consulto UCSF y que participó en intervención psicosocial, marzo - octubre 2017.**

	13 a 14 años	15 a 17 años	18 a 19 años	Total	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No usuarias que finalizo embarazo durante la intervención	0	49	46	95		
Verifico parto		49	46	95		
Lugar donde verifico parto						
Hospital público	0	48	41	89	94%	94%
Otros	0		5	5	5%	99%
UCSF	0	1		1	1%	100%
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>49</b>	<b>46</b>	<b>95</b>	<b>100%</b>	
Nombre de Establecimiento de salud donde verifico el parto						
Hospital Nacional Zacamil	0	29	32	61	64%	64%
Hospital Nacional de la Mujer	0	16	5	21	22%	86%
Hospital Nacional de Suchitoto	0	2	2	4	4%	91%
Hospital Nacional de Chalatenango	0	1	2	3	3%	94%
UCSF de Apopa	0	1	0	1	1%	95%
No responde	0	0	5	5	5%	100%
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>49</b>	<b>46</b>	<b>95</b>	<b>100%</b>	
Condición de la madre						
Viva	0	49	46	95		

Condición del recién nacido						
Vivo	0	49	46	95		
Complicaciones durante el embarazo						
Si	0	20	17	37	39%	
Complicaciones durante el parto						
Si	0	12	11	23	24%	
Complicaciones que presento						
Infección de vías urinarias	0	8	8	16		
Cesarea por sufrimiento fetal	0	1	2	3		
Anemia	0	3		3		
Vaginosis	0	1	2	3		
Bebe con bajo peso	0		1	1		
Desgarre y hemorragia	0	1	1	2		
Diabetes gestacional	0	1		1		
Dolor por episiotomía	0		1	1		
Hematoma	0	1		1		
Placenta previa	0		1	1		
Pre eclampsia	0	1		1		
Presión baja	0		1	1		
Vómitos excesivos	0	1		1		
Fuente: Base de datos de intervención psicosocial. Proyecto embarazo adolescente. INS						

# LISTADO DE PERSONAL DE APOYO

## REGIÓN DE SALUD METROPOLITANA

- Nadia Rodríguez, Florencia Bojórquez,

## SIBASI NORTE

- Tania Quijada, Alicia de Flores, Archila, Dora Alicia Ramírez

## UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR (UCSF) UCSF NEJAPA

- Claudia Etefvina Chiquillo, Mitzy Carolina Álvarez Quevedo, Maritza Herminia Bran de Flores, Claudia Ileana Chacón de Crespín, Ana Ruth Miriam Escobar de Galdámez, Ana Yisela Lemus de Chicas, Edith Arely Sánchez de Sánchez, Morena Guadalupe Mazín Bernal, Oscar Arnulfo Novoa Peña, Roberto Carlos Guerrero Granados, Oscar Mauricio Escobar López, Gilberto Alfonso Orantes, Ricardo Adberto Dimas Mena.

## UCSF APOPA

- Nicolás Alvarado Rivera, Ana Maritza Aguilar de Hernández, Irma Angélica Fuentes de Flores, María del Carmen Pleitez, Sonia del Carmen Ortiz, Carmen Elizabeth Guevara de Arriaza, Zulma Arely Laínez Valdés, Ana Marina Ramírez de Torres, Leoncia Muñoz de González, Ana Elsa Hernández de Pimentel, Ada Esperanza Méndez, María de Lourdes Aguirre Baches, Nazly Antonia Leiva Gálvez, Imelda Antonia González de Quintanilla, Socorro Emperatriz Cañénguez Cerna, Claudia Lissette Fuentes Palacios.

## UCSF AGUILARES

- Gerardo Alfredo Aguilar García, Sandra Carolina Orantes Hernández, Jacqueline Iraheta Zavala, Giannina Margarita Orellana de Bichara, Elsy Nubia Ramos, Silvia Edith Martínez Rodríguez, Flor de María Renderos Fuentes, Rosa Cándida Díaz, Jennifer Salena Cordero Vidal, Emilia de Jesús Vaquero de Girón.

## UCSF GUAZAPA

- Silvia Patricia López, Priscila del Carmen Mena, José Álvaro Rodríguez, Silvia Patricia Guzmán, Elsy Moreno de Hernández.



