

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA Y CIRUGÍA



Título:

“Análisis de los factores culturales, socioeconómicos y educativos que influyen en la prevalencia de casos de embarazo adolescente en la población adscrita al Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia durante el primer semestre del año 2023, para la elaboración de una propuesta sobre el abordaje integral en la promoción de la salud sexual y reproductiva en dicha población.”

Nombre de la sustentante:

Allison Yudith Cambronero Arguedas

Tutora:

Dra. Mariela Granados Blanco

Año 2023

Modalidad de tesis para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía

I. RESUMEN

La presente investigación se trata acerca de analizar los principales factores que son predisponentes para que el embarazo adolescente continúe en prevalencia específicamente en el cantón de Santa Bárbara de Heredia. **Objetivo:** Analizar los factores culturales, socioeconómicos y educativos que influyen en la prevalencia de casos de embarazo adolescente en la población adscrita al Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia durante el primer semestre del año 2023, para la elaboración de una propuesta sobre el abordaje integral en la promoción de la salud sexual y reproductiva en dicha población. **Metodología:** se trata de una investigación cualitativa con diseño fenomenológico. Se realizó una encuesta estructurada y autoadministrada a 10 profesionales en salud, así como una entrevista semiestructurada a 3 profesionales en salud. Los motores de búsqueda utilizados incluyen Google Académicos, PubMed y Elsevier, con una temporalidad que va desde el 2017 al 2023, en idiomas inglés y español. Se utilizaron como descriptores: “embarazo adolescente”, “factores culturales”, “sistemas de apoyo adolescente”. En total se incluyeron # artículos científicos relacionados con los objetivos, los cuales fueron clasificados según el nivel de evidencia de Sackett, quedando de la siguiente manera: **Resultados:** dentro de los resultados obtenidos se evidenció que la incidencia de embarazos adolescentes está asociada a malas condiciones sociales, económicas y lo más importante, a una deficiente educación sexual y desinformación acerca de métodos anticonceptivos, así como factores culturales que hacen que prevalezcan los mitos hacia estos temas. **Conclusión:** Se concluye que el embarazo adolescente es una problemática que prevalece en la población de Santa Bárbara de Heredia. Se evidencia que uno de los principales factores predisponentes es la falta de educación sexual y reproductiva, además es una de las deficiencias que presenta el Área de salud correspondiente al cantón. Por lo que radica la importancia de educar a la población general y brindar un abordaje integral a los adolescentes adscritos.

II. AGRADECIMIENTOS

Ante todo, mi gratitud hacia Dios es infinita, porque su incomparable bondad y su infinito amor han sido mi soporte y consuelo en cada etapa de mi vida y carrera universitaria.

Agradezco a mi abuelo que ha sido un pilar en mi vida para poder cumplir mis más anhelados sueños, impulsándome y brindándome todo lo que necesito para mis estudios.

Doy gracias a mi madre, que día a día ha estado a mi lado, porque ha vivido cada etapa de mi carrera como propia, apoyándome para nunca desistir y enseñándome con su ejemplo a seguir en pie ante las adversidades.

Gracias a mi padre, por enseñarme a trabajar por lo que sueño y a descubrir el lado positivo de cualquier situación que se presente.

Expreso mi sincero agradecimiento a los profesores que, con cariño, me han compartido sus conocimientos a lo largo de mi formación académica, porque fueron los que crearon el camino para llegar hasta donde estoy.

Por último, agradezco a quienes de una forma u otra han formado parte de mi vida, de mi carrera y me han apoyado durante la elaboración de esta tesis.

III. DEDICATORIA

A mi abuelo, porque su amor es inmensurable y porque gracias a su desprendimiento de los frutos del trabajo realizado durante toda su vida y sin esperar nada a cambio, es que he tenido la oportunidad de cumplir mis sueños.

IV. TABLA DE CONTENIDOS

I. RESUMEN	II
II. AGRADECIMIENTOS	III
III. DEDICATORIA	IV
IV. TABLA DE CONTENIDOS	V
V. LISTA DE TABLAS	IX
VI. LISTA DE FIGURAS	X
VII. LISTA DE GRÁFICOS	XI
VIII. LISTA DE ABREVIATURAS	XII
CAPÍTULO I – INTRODUCCIÓN	2
1.1 Introducción:.....	2
1.2 Planteamiento del problema:	3
1.3 Objetivos.....	4
1.3.1 Objetivo general	4
1.3.2 Objetivos específicos.....	4
1.4 Justificación	5
1.5 Antecedentes.....	9
1.5.1 Antecedentes históricos.....	9
1.5.2 Antecedentes internacionales	10
1.5.3 Antecedentes nacionales.....	11
CAPÍTULO II – MARCO TEÓRICO	12
2.1 Adolescencia.....	14
2.1.1 Desarrollo del adolescente.....	17

2.1.2 Salud en los adolescentes	20
2.2 Problemáticas en la adolescencia	24
2.3 Factores que influyen en la adolescencia	26
2.4 Embarazo adolescente	30
2.4.1 Factores de riesgo del embarazo adolescente.....	31
2.4.2 Aumento de casos de embarazo adolescente.....	33
2.4.3 Consecuencias y repercusiones del embarazo adolescente	36
2.5 Aborto.....	41
2.5.1 Clasificación del aborto.....	41
2.5.2 Sintomatología de la amenaza de aborto.....	42
2.5.3 Factores de riesgo aborto.....	43
2.5.4 Aborto espontáneo.....	43
2.5.5 Aborto incompleto.....	44
2.5.6 Aborto completo.....	44
2.5.7 Aborto en evolución	44
2.5.8 Aborto recurrente.....	45
2.6 Niveles de atención de salud en Costa Rica.....	46
2.6.1 Niveles de Atención	51
2.7 Deficiencias de los sistemas de atención.....	52
2.8 Abordaje integral.....	58
2.9 Prevención del embarazo adolescente.....	59
2.10 Anticoncepción.....	61
2.10.1 Educación sobre métodos anticonceptivos.....	63
2.10.2 Control y seguimiento de los anticonceptivos.....	63

2.10.3 Métodos anticonceptivos.....	64
CAPÍTULO III – MARCO METODOLÓGICO.....	72
3.1 Enfoque	74
3.2 Tipo de investigación	75
3.3 Población y muestra	75
3.4 Fuentes de información.....	76
3.5 Criterios de búsqueda de la información.....	77
3.6 Criterios de inclusión y exclusión.....	79
3. 7 Proceso de selección de la información	81
3.8 Clasificación de la información según nivel de evidencia	82
3.9 Variables de la Investigación.....	83
3.10 Descripción del procedimiento de recolección y análisis de datos	84
3.11 Descripción de Instrumentos y Técnicas.....	84
3.12 Validación de la entrevista.....	85
CAPÍTULO IV – ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	85
Objetivo 1. Identificar los posibles factores que influyen en el embarazo adolescente.	86
Objetivo 2. Describir los sistemas de apoyo actuales con los que cuenta la población adolescente adscrita al Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia.	96
Objetivo 3. Relacionar los factores de riesgo con los sistemas de apoyo para la visualización de las distintas deficiencias que influyen en la prevalencia de casos de embarazo adolescente. ...	99
CAPÍTULO V – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	102
CAPÍTULO VI – REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	109
6.1 Referencias Bibliográficas	110
CAPÍTULO VII – ANEXOS	120
7.1 Anexo 1	121

7.2 Anexo 2129

V. LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Principales problemáticas de los adolescentes	25
Tabla 2. Criterios de búsqueda de la información	76
Tabla 3. Criterios de inclusión y exclusión	79
Tabla 4. Clasificación de la información según nivel de evidencia	81
Tabla 5. Variable de la investigación	85
Tabla 6. Relación entre los factores de riesgo y los sistemas de apoyo para mejorar las deficiencias en cuanto a la prevalencia de los casos de embarazo adolescente	98
Tabla 7. Prevalencia del embarazo adolescente en Santa Bárbara de Heredia	100

VI. LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Tasa global de fecundidad estimada para 2006 y tasa específica de fecundidad del grupo de 15 a 19 años	36
Figura 2. Niveles afectados como consecuencia del embarazo adolescente	39
Figura 3. Consecuencias del embarazo adolescente	40
Figura 4. Comparación de complicaciones somáticas en embarazo de la adolescente y de adulta	41
Figura 5. Proceso de selección de la información	80

VII. LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 189

Gráfico 290

Gráfico 391

Gráfico 492

Gráfico 593

Gráfico 694

VIII. LISTA DE ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud.

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

PAySI: Programa de Educación Sexual y Afectividad Integral.

GnRH: Hormona liberadora de gonadotropina.

FSH: Hormona folículo estimulante.

LH: Hormona luteinizante.

PENSPA: Plan Estratégico Nacional de Salud del Adolescente.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social.

IVM: Invalidez, Vejez y Muerte.

EBAIS: Equipo Básico de Atención Integral en Salud.

PVP: Puestos de Visita Periódica.

ATAP: Asistente Técnico de Atención Primaria.

SARF: Sistema de Asignación de Recursos Financieros.

IVE: Interrupciones Voluntarias del Embarazo.

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual.

PAPPS: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud.

semFYC: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

DIU: Dispositivo Intrauterino.

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

AOC: Anticonceptivos Orales Combinados.

EE: Etinilestradiol.

EA: Anticoncepción de Emergencia.

CAPÍTULO I – INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción:

Es una realidad que, en cualquier parte del mundo, las problemáticas de ámbito social afectan de manera concomitante la salud y la calidad de vida de las personas. Cada país y región del mundo alberga algunas deficiencias sociales que mantienen una mayor prevalencia que otras.

Si bien, todas son importantes y se deberían intervenir de forma integral, hay una problemática que ha prevalecido a lo largo de los años alrededor del mundo y que afecta la calidad de vida desde las primeras etapas, la cual es el embarazo adolescente. Esto es un problema que involucra en distintos aspectos a varias personas al mismo tiempo, incluyendo a la madre que está en su adolescencia, al producto e incluso a los padres de la paciente.

Por lo tanto, el presente trabajo de investigación se basa en el análisis de los factores tanto culturales, socioeconómicos como educativos que pueden influir en que siga existiendo una prevalencia de casos de embarazo adolescente, específicamente en la población que se encuentra adscrita al Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia, orientado a la visualización las distintas deficiencias que se puedan encontrar.

Asimismo, se considera identificar y hacer una descripción de los diferentes sistemas de apoyo con los que cuenta la población descrita anteriormente, los cuales deberían ser brindados en todo el país de manera homogénea y en igualdad de condiciones, pero que lamentablemente no es una realidad.

Tomando en cuenta lo anterior y obteniendo esta información, la presente investigación pretende relacionar tanto los factores de riesgo asociados, así como los sistemas de apoyo encontrados en dicha población para tener una visualización general y evaluar las deficiencias que influyen en que sigan prevaleciendo los embarazos adolescentes y, por ende, continúe siendo una problemática para la sociedad.

1.2 Planteamiento del problema:

A pesar de que, en Costa Rica, durante los últimos años se ha logrado reducir notablemente la incidencia de embarazos adolescentes. En un estudio que publicó el Fondo de Población de las Naciones Unidas, se describe que, en Costa Rica, para el año 2000 en niñas menores de 14 años, se registraron un promedio de 12 embarazos por semana; mientras que para el año 2021 estos números bajaron a 3.8 casos por semana. A pesar de lo descrito, aún queda trabajo por hacer, para lograr alcanzar la meta se necesita un avance más significativo en cuanto a la implementación de medidas de prevención y la colaboración con abordajes multidisciplinarios por parte de las entidades responsables¹.

El hecho de que la tasa de embarazos se reduzca, no quiere decir que sea un problema que se erradicó, aún siguen existiendo embarazos adolescentes y esto quiere decir que hay algo en la educación, en los sistemas de apoyo o el ambiente que los rodea que sigue fallando o tiene deficiencias.

Los factores que forman parte de que esta problemática prevalezca en las diferentes regiones pueden ir desde económicos, violencia intrafamiliar, falta de educación adecuada sobre temas de sexualidad, entre otros². Cada madre, puede estar rodeada de distintos factores a la vez, los cuales pueden prevalecer de generación en generación si se resuelven, haciendo que esta problemática continúe con su incidencia.

Además, los embarazos que ocurren a estas edades, la gran mayoría de veces no son deseados, por lo que en muchas ocasiones pueden terminar en abortos inducidos, lo cual genera tanto riesgos psicológicos y físicos para la madre, ya que son hechos en ambientes no idóneos y pueden ocurrir complicaciones. Esto lo convierte en una problemática biopsicosocial la cual se debe enfrentar².

A causa de lo antes descrito, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores culturales, socioeconómicos y educativos que influyen en la prevalencia de casos de embarazo adolescente en la población adscrita al Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia durante el primer semestre del año 2023?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

1.3.1.1 Analizar los factores culturales, socioeconómicos y educativos que influyen en la prevalencia de casos de embarazo adolescente en la población adscrita al Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia durante el primer semestre del año 2023, para la elaboración de una propuesta sobre el abordaje integral en la promoción de la salud sexual y reproductiva en dicha población.

1.3.2 Objetivos específicos

1.3.2.1 Identificar los posibles factores que influyen en el embarazo adolescente.

1.3.2.2 Describir los sistemas de apoyo actuales con los que cuenta la población adolescente adscrita al Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia.

1.3.2.3 Relacionar los factores de riesgo con los sistemas de apoyo para la visualización de las distintas deficiencias que influyen en la prevalencia de casos de embarazo adolescente.

1.4 Justificación

En cada país y región del mundo, a lo largo del tiempo, han existido los problemas sociales y lamentablemente algunas van a prevalecer, aunque se intenten hacer cambios; sin embargo, es un deber de la ciudadanía y de las entidades a nivel mundial luchar por disminuir las tasas de incidencia de cada una de las problemáticas que los afectan.

El embarazo en las adolescentes ha prevalecido como una problemática de salud a nivel mundial. Los embarazos que se dan en menores de edad implican que exista una baja en la calidad de vida y en la salud tanto de los hijos como de las futuras madres. Además, se ha estudiado que las complicaciones que puedan ocurrir ya sean en el embarazo o durante el parto, han llegado a constituir la primera causa a nivel mundial de muerte en las madres que comprenden edades entre los 15 y los 19 años. Esto se debe a que, en esta etapa del desarrollo, el organismo no ha completado la madurez necesaria para una gestación saludable, por lo que se clasifican como edades de riesgo para llevar a cabo un embarazo².

Las niñas que quedan embarazadas tienen más probabilidades de sufrir eclampsia, endometritis puerperal e infecciones a nivel sistémico; estos riesgos existen en menor medida en mujeres adultas. Además, los hijos son más propensos a que tengan bajo peso al nacer, a nacimientos prematuros y afecciones neonatales³.

El hecho de que las niñas embarazadas tengan mayor riesgo de sufrir enfermedades y complicaciones es algo que se debería prevenir para evitar que aumenten los índices de patologías en el embarazo, así como para bajar los gastos en la atención de dichas complicaciones, utilizando el tiempo y el dinero del que se dispone en medidas de promoción y prevención de la morbi- mortalidad.

Según un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud, se describe que, aunque la tasa de nacimientos de embarazos adolescentes ha disminuido en el último tiempo, aún en el año 2021 a nivel mundial se contabilizan 42.5 partos por cada 1000 niñas³.

El abuso infantil es uno de los factores que influyen en la prevalencia de embarazos adolescentes. Según estimaciones de la OMS, 1 de cada 20 niñas entre los 15 y a los 19 años, han sufrido de relaciones sexuales forzadas alguna vez en sus vidas³.

A pesar de que a nivel mundial ha habido un descenso en la tasa de embarazos adolescentes, América Latina es la región donde se mantiene esta problemática y el descenso ha sido más lento, con 101 partos por cada 1000 niñas, esto debido a otro factor de riesgo predominante, el cual es que aún existen muchos países donde predominan niveles socioeconómicos bajos y se ha relacionado esto con la incidencia de embarazos³.

Las regiones donde se tiene un bajo nivel socioeconómico son más vulnerables a esta problemática debido a que gran parte de los habitantes no tienen un buen acceso a la educación y en menor medida a la educación sexual. Muchas personas no cuentan con un seguro social o atención de su salud y no cuentan con disponibilidad de métodos anticonceptivos ni el conocimiento sobre cómo adquirirlos o de su correcto uso.

Como se mencionó, en América Latina las tasas son altas, tanto así que se encuentra en el segundo lugar de las regiones con mayor incidencia de embarazos en adolescentes a nivel mundial. Se considera que las mujeres menores de 20 años en estado de gestación corresponden al 18% del total de embarazadas. Además, se reporta que cada año ocurren aproximadamente millón y medio de partos correspondientes a niñas entre los 15 y 19 años⁴.

Al ser América Latina la región donde el número de embarazos adolescentes disminuyen de forma más lenta, continúa siendo una problemática que prevalece. Debido a esto es importante establecer medidas preventivas que ayuden a reducir la incidencia en esta región.

En Centroamérica, existen datos alarmantes en cuanto a la tasa de niñas en estado de gestación. Países como Guatemala, Honduras y El Salvador, reportan datos de aproximadamente 14 niñas por día que quedan embarazadas y que llegan a dar a luz⁵.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), ha reportado que la llegada de la pandemia del COVID- 19 a Centroamérica, el número de embarazos

adolescentes tuvieron un aumento significativo, y esto se asocia con mayor medida a casos de abuso sexual⁴.

Para ejemplificarlo con datos, se estima que en el año 2021 se contabilizaron 2289 partos de niñas entre 10-14 años y 51548 entre 14-19 años, siendo datos muy altos y alarmantes para la sociedad⁵.

Otro motivo por el cual es importante realizar este tipo de investigaciones, es que en la mayoría de los países de Centroamérica aún se prohíbe la interrupción del embarazo en etapas tempranas, aunque la causa sea una violación. Sin tomar en cuenta todas las consecuencias que conllevan llevar a cabo estas gestaciones, el hecho de que es una responsabilidad que adquieren para toda su vida y que, además, altera todo el proceso de formación y educación, así como el futuro de las niñas afectadas y sus hijos⁵.

La interrupción de los embarazos es un tema en el que se puede entrar en polémica; sin embargo, se conoce que una gran parte de las adolescentes que entran en estado de gestación, optan por realizarse abortos ilegales que ponen en un mayor riesgo sus vidas por las condiciones y las formas en que se realizan. De otro modo, si se realizaran en las semanas correspondientes y por profesionales, habría menos repercusiones y las niñas podrían tener una buena calidad de vida y futuro.

Hablando del territorio nacional, Costa Rica, durante los últimos años ha logrado implementar programas de educación sexual, como lo es el Programa de Educación Sexual y Afectividad Integral (PAySI), el Proyecto Mesoamericano de Prevención del Embarazo Adolescente y la Ley 9406 de Relaciones Impropias⁶.

La Ley 9406 de Relaciones Impropias en Costa Rica, en el Artículo 159 habla acerca de las relaciones sexuales con menores de edad e indica que cualquier mayor que tenga cualquier tipo de relación de tipo sexual y por cualquier vía con un menor de edad, será enviado a prisión o tendrá una sanción.

Además, especifica que, si el menor tiene entre trece y quince años y el adulto es mayor por cinco años, recibirá una pena de tres a seis años, o de dos a tres años si el menor tiene más de quince y el adulto sea siete años mayor.

Por último, se le darán cuatro a diez años siempre que el autor sea ascendiente, tutor o tenga alguna autoridad con respecto a la persona víctima menor de edad. Así como cuando el acto haya consistido en la introducción de cualquier objeto, dedos o un animal por cualquier vía⁷.

A nivel nacional, se ha reportado una baja en la incidencia de embarazos adolescentes; sin embargo, no es una problemática fácil de erradicar, por lo que continúan habiendo casos reportados. Cada caso es importante, por lo que se deben de estudiar los factores y las situaciones que afectan o influyen en que las niñas continúen pasando por esta situación.

Es de gran importancia encontrar las debilidades que prevalecen en el entorno de las adolescentes y que las hacen más vulnerables o propensas a esta situación. Así como indagar las debilidades que siguen presentando las instituciones encargadas de la juventud en el país y sus respectivos líderes.

1.5 Antecedentes

1.5.1 Antecedentes históricos

Sipsma H et al⁸, en su estudio transversal, evaluaron el riesgo del embarazo adolescente y su incidencia. La muestra consistió en 208 adolescentes no embarazadas entre los 14 a los 19 años. Toda la población en estudio completó entrevistas al inicio y cada 6 meses durante 18 meses. Se utilizó el análisis de Regresión de Cox, el cual es un modelo predictivo de riesgos desde ese momento hasta que suceda el evento. Con esto querían determinar si el deseo de un embarazo tenía que ver con la incidencia de embarazos en el tiempo. Esto arrojó que la minoría deseaban un embarazo, y estas eran las mujeres de mayor edad, además, se encontró un riesgo mayor en las que deseaban tener un embarazo y no estaban en la escuela. Concluyeron que es importante la intervención en adolescentes sexualmente activas y con nuevas relaciones, para intentar reducir los deseos de embarazo.

Gaudie J et al⁹, en su estudio de seguimiento, investigaron cuáles eran los antecedentes de embarazos adolescentes durante 14 años. La muestra fue de 155 niñas que tuvieron su primer embarazo antes de los 20 años. Toda la población se sometió a un estudio durante 14 años para evaluar los antecedentes de su embarazo. Se encontró que dentro de los factores más asociados estaban el tipo de familia, la educación de los cuidadores y el comportamiento de la niña, pero que todas las niñas tenían riesgo a futuro. Concluyeron que es importante realizar intervenciones y educación, así como apoyo emocional desde los niveles de primaria.

Hellerstedt W et al¹⁰, en su análisis de regresión logística, describieron los sentimientos que presentan las adolescentes durante la espera de una prueba de embarazo. La muestra consistió en 117 jóvenes entre los 13 y 18 años que se realizaron pruebas de embarazo. Se les realizaron encuestas para determinar los sentimientos y la asociación con el compromiso escolar, expectativas, factores sociales y de la pareja. Entre las participantes resaltaron sentimiento tanto positivos como negativos y ambivalentes, además, los factores estudiados tuvieron gran asociación a los sentimientos. Concluyeron que es importante para

la prevención, que haya intervenciones con participación de la pareja y adultos, así como intentar mejorar las aspiraciones a futuro.

1.5.2 Antecedentes internacionales

Charlton B et al¹¹, realizaron una encuesta organizada en un modelo conceptual para investigar acerca de las experiencias de embarazo en adolescentes de minorías sexuales. Tomaron a 10 mujeres cisgénero entre los 21 a los 66 años, que tuvieron embarazos en la adolescencia. La idea era entrevistarlas para evaluar sus experiencias como minoría sexual y siendo adolescentes sus factores de riesgo. Las participantes tuvieron sus períodos de embarazo antes de los 19 años y no fueron deseados, además, la mitad fueron producto de un abuso sexual.

Medina O et al¹², en un estudio retrospectivo realizado en México, determinaron la asociación que había entre los embarazos adolescentes para determinar las desigualdades que tenían a nivel socioeconómico. Se estudiaron a adolescentes entre los 15 y 19 años durante el año 2015, determinando las tasas de fecundidad de acuerdo con las variables socioeconómicas para estimar la desigualdad. Encontraron una asociación muy significativa entre los embarazos y el acceso restringido a servicios de salud y de educación.

Del Risco O et al¹³, realizaron una entrevista semiestructurada a profesionales en salud para identificar las buenas prácticas en la atención prenatal de los embarazos en adolescentes. Se entrevistaron a 10 profesionales en salud que atienden a adolescentes en un hospital de Campinas, São Paulo, Brasil, utilizando un análisis de contenido temático. Describieron que para que existan buenas prácticas en el manejo prenatal de adolescentes, es necesario que haya un equipo multidisciplinario ya que es de complejidad. También concluyeron la importancia de la prevención, la educación sexual y la atención grupal con redes de apoyo.

1.5.3 Antecedentes nacionales

A pesar de que el embarazo adolescente es una problemática que afecta en gran manera a los países latinoamericanos, a nivel nacional, no se han encontrado estudios que sean de utilidad como antecedentes de investigación.

Dado a que es un tema no estudiado a profundidad en Costa Rica, radica la importancia de hacer la presente investigación, para conocer los factores que inciden en mayor manera para que esta problemática continúe. Así como poder tener claras las deficiencias que tiene el país en cuanto a prevención para construir ideas de mejora.

CAPÍTULO II – MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el período comprendido entre los 10 y los 19 años, siendo una etapa de gran importancia en el desarrollo de las personas, porque integra cambios tanto físicos como emocionales que marcan la vida de cada individuo¹⁴.

Los cambios físicos prepuberales se dan en la etapa de la adolescencia. En los niños se da un crecimiento del pene, el escroto y los testículos, así como del vello púbico (pubarca) y vello en las axilas, piernas, pecho y cara. También tienen cambios en la voz y emisiones nocturnas que ocurren durante el punto máximo de crecimiento¹⁵.

Las niñas comienzan a desarrollar vello púbico (pubarca), vello en axilas y piernas, normalmente en menor cantidad que en el sexo masculino, además del crecimiento de los senos (Telarca) que termina aproximadamente a los 18 años. En las niñas también ocurre la menarquia, que es el inicio de los períodos menstruales, misma que puede aparecer entre los 9 y los 16 años. Este cambio es de gran importancia debido a que a partir de ese momento podrían entrar en estado de gestación, esto aunado a que inicien su vida sexual a edades tempranas¹⁵.

La adolescencia se considera de los momentos más saludables de la vida, sin embargo, en esta etapa se encuentran expuestos a conductas que puedan afectar su salud de diferentes maneras, por ejemplo, el abuso del alcohol, drogas, afecciones psicológicas y alimenticios¹⁶.

Gran parte de los adolescentes no tienen una vida saludable, alimentación sana y ejercicio; por lo que, este comportamiento hace que en su vida adulta puedan presentar enfermedades crónicas como dislipidemias, diabetes, hipertensión, enfermedad renal crónica¹⁶.

Además, pueden tener conductas de riesgo como las actividades sexuales de manera anticipada o irresponsable, sin protección. Esto conlleva grandes consecuencias como lo son las enfermedades de transmisión sexual o, por otro lado, los embarazos en adolescentes, ambos desencadenan problemas a corto, mediano y largo plazo¹⁶.

2.1 Adolescencia

Por años se ha afirmado que adolescencia procede de la palabra latina “adolescere”, del verbo adolecer, y en castellano tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y, también, crecimiento y maduración. La adolescencia comprende un periodo de tiempo impreciso, y su duración ha ido aumentando en los últimos años debido al comienzo más precoz de la pubertad y a la prolongación del periodo de formación escolar y profesional. Por otra parte, es importante mencionar que la OMS considera adolescencia entre los 10 y 19 años y juventud al periodo entre los 19 y 25 años de edad¹⁷.

Aunque en los adolescentes las enfermedades orgánicas y nutricionales se ven en menor medida y han ido disminuyendo en los últimos años, los adolescentes continúan expuestos a considerables riesgos: accidentes, violencia, delincuencia, uso y consumo de drogas, conductas sexuales de riesgo, embarazos no deseados, circunstancias familiares, en las escuelas, el uso de nuevas tecnologías, trastornos mentales, entre otros. Es importante tener en cuenta que la mayoría de estas conductas son prevenibles¹⁸.

Por su parte, la adolescencia es un periodo de la vida en la que no solamente se encuentra expuesto a riesgos sino también a diversos cambios físicos, psíquicos y sociales, que dan paso a la transición de niño a persona adulta. Con respecto a lo anterior, se puede mencionar que esta etapa inicia con la pubertad y termina cuando cesa el desarrollo biopsicosocial. Aunado a lo anterior, la Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia la sitúa entre los 10 y 21 años, distinguiendo 3 etapas: inicial, media y tardía. Los cambios tienen una amplia variación dentro de la normalidad. Es útil conocer cuáles y cómo son normalmente, para poder diferenciar las variaciones esperables, de las anomalías en el desarrollo físico y psicosocial¹⁸.

Adolescencia inicial: Abarca aproximadamente desde los 10 a los 13 años, y se caracteriza fundamentalmente porque en este momento ocurren los cambios puberales. Los procesos psíquicos que suceden durante la adolescencia inician generalmente con la pubertad, así como los importantes cambios corporales que trae consigo¹⁷. Durante el desarrollo psicológico de esta etapa. Hay una característica evidente, la cual es la existencia de egocentrismo, el cual constituye un proceso visto

normal en los niños y adolescentes, que va disminuyendo de forma progresiva, dando paso a un punto de vista sociocéntrico, que ya es más característico o propio en la adultez. Desde un punto de vista del desarrollo cognitivo, esta etapa implica el comienzo del surgimiento del pensamiento abstracto o formal. La toma de decisiones exige habilidades cada vez más complejas que son esenciales para la creatividad y el alto rendimiento académico¹⁷.

Por otro lado, en el ámbito del desarrollo social se inicia la movilización desde fuera de la familia. El deseo de independencia de los jóvenes aumenta y su interés por las actividades familiares disminuye. En lo que al desarrollo sexual se refiere, en esta etapa hay mucho interés por el cuerpo y los cambios que acompañan a la pubertad. Finalmente, el desarrollo moral incluye etapas en las que las elecciones morales se vuelven predominantemente egocéntricas y hedonistas, basadas en el interés propio, el miedo al castigo, las expectativas de recompensa o consideraciones materiales.¹⁹.

Adolescencia media: Dura de 14 a 17 años, principalmente por discordias familiares, por aumento de importancia grupal. En este punto, es probable que se inicien conductas de riesgo¹⁶. El desarrollo psicológico en esta etapa mejora aún más la sensación de una nueva individualidad. Sin embargo, la autoimagen depende en gran medida de las opiniones de terceros. Los adolescentes se aíslan y pasan más tiempo solos, experimentan una mayor amplitud y apertura emocional y adquieren la capacidad de examinar las emociones de los demás y preocuparse por los demás¹⁸.

En la mitad de la adolescencia, por otro lado, los dominios psicológicos y las tendencias impulsivas (otro factor asociado con el comportamiento de riesgo) siguen su ritmo y las aspiraciones profesionales de los jóvenes se vuelven menos idealistas. Por otro lado, esta etapa del desarrollo cognitivo se caracteriza por un aumento de las habilidades de pensamiento y razonamiento abstracto. Desde un punto de vista del desarrollo social, en esta etapa los adolescentes se involucran profundamente en sus subculturas de pares. Cuando se trata de desarrollo sexual, la mitad de la adolescencia es cuando aceptas tu cuerpo y la euforia que lo acompaña. La mayoría de los adolescentes ya han experimentado la mayoría de los cambios de la pubertad y están menos preocupados por ellos. Finalmente, el nivel de desarrollo moral en la adolescencia media generalmente corresponde al nivel convencional en el que se desempeñan la mayoría de los adultos.¹⁹.

Adolescencia tardía: Se refiere a las edades de 18 a 21 años y se caracteriza por una reaceptación de los valores parentales y la aceptación de los deberes y responsabilidades inherentes a la madurez. Durante esta etapa de la vida se logra un crecimiento y desarrollo físico significativo, y se logran las metas psicosociales que los adolescentes necesitan para crecer hasta la edad adulta (obtener independencia, aceptar su propia imagen corporal y desarrollar relaciones con sus pares), formación, establecimiento de identidad, etc.) y conseguir una identidad¹⁶.

Para la mayoría de los adolescentes, este es un período de personalidad más tranquila e integrada¹⁶. Desde un punto de vista del desarrollo psicológico, muchos aspectos de la identidad se fortalecen en esta etapa. La autoimagen ya no la definen los pares, sino los propios jóvenes. Los intereses se vuelven más estables y los límites y limitaciones personales se vuelven conscientes.

En cuanto al desarrollo cognitivo, el pensamiento abstracto se establece firmemente al final de la adolescencia. En segundo lugar, esta etapa del desarrollo social se caracteriza por el desvanecimiento de la influencia de los grupos de pares a medida que los jóvenes se familiarizan más con sus propios principios e identidades. Las amistades son cada vez más selectivas. En lo que respecta al desarrollo sexual, el cambio y la imagen corporal no se aceptan hasta finales de la adolescencia. También ha aceptado su identidad sexual y ha comenzado a tener relaciones sexuales frecuentes. Finalmente, desde el punto de vista del desarrollo moral, en este nivel final y avanzado se presta especial atención a los principios morales que una persona elige por sí misma.¹⁹

Hay muchas supersticiones que permanecen debido a que la pubertad está conformada por muchos cambios. Se dice que es un período de extrema inestabilidad y agitación emocional, una ruptura total con las mentalidades y pensamientos irracionales mencionados anteriormente, e incluso una etapa de psicosis normal y falta de armonía generacional. En apoyo de lo anterior, a continuación, se detallan las principales características de este período¹⁷.

- El desarrollo del adolescente típico es turbulento: no hay investigaciones que respalden esta creencia. Queda claro que aproximadamente el 80% de adolescentes, no pasan por una época convulsa, se llevan bien con sus padres y familiares, les gusta estudiar y trabajar y se interesan por los valores sociales y culturales de su entorno¹⁷.

- La adolescencia es una época de oleadas incontrolables de emociones. Los estudios han demostrado que no hay diferencias en las emociones de los niños. Se ha descubierto que cuanto más mayores se vuelven los adolescentes, más negativo es su estado mental, quizás debido a mayores compromisos y responsabilidades académicas y laborales.¹⁷.

- El pensamiento adolescente es irracional e infantil. Desde las investigaciones de Piaget sabemos que durante la adolescencia las personas pasan del pensamiento concreto al pensamiento abstracto con las características predictivas de futuro características de la madurez.¹⁷.

2.1.1 Desarrollo del adolescente

Como se mencionó en puntos anteriores de este capítulo, la adolescencia es una época de importantes cambios físicos, intelectuales y emocionales. A medida que avanza el desarrollo, es común que los adolescentes pasen gradualmente más tiempo actuando como adultos y menos tiempo como niños. Por lo tanto, el entorno es crucial para guiar a los adolescentes a través de esta difícil etapa de desarrollo²⁰. En el desarrollo del adolescente se distinguen etapas de desarrollo intelectual, desarrollo emocional, desarrollo social y psicológico y desarrollo físico y sexual. Para una mejor comprensión, se explica a continuación:

Desarrollo intelectual y conductual: Comienza a desarrollarse la capacidad de pensar de forma lógica y abstracta. Esta mayor complejidad mejora la autoconciencia y la capacidad de reflexionar sobre uno mismo. La idea de tomar decisiones conscientes sobre su futuro profesional está en auge, y si bien la mayoría de los adolescentes poco a poco van tomando conciencia de sus intereses y talentos, no tienen objetivos claramente definidos. Además, de alguna manera tienen la capacidad de cuestionar la dimensión moral. Por otro lado, también se han identificado conductas relacionadas con experiencias sexuales con conductas de riesgo²¹.

Desarrollo emocional: Esta etapa se caracteriza por arrebatos aparentemente espontáneos y puede ser un desafío para los padres y educadores, quienes a menudo son los más afectados. Los adolescentes aprenden gradualmente a suprimir pensamientos y conductas inapropiadas y a reemplazarlos con conductas decididas. Por otro lado, la frustración es común cuando se intenta crecer en diferentes direcciones. Esto dificulta la comunicación cuando los padres y los adolescentes renegocian las relaciones. Finalmente, los médicos pueden abrir la

puerta a la comunicación ofreciendo a los adolescentes y a los padres consejos de apoyo prácticos y basados en hechos²⁰.

Desarrollo social y psicológico: Para los niños, la familia es el centro de su vida social. Durante la adolescencia, el grupo de pares comienza a sustituir a la familia como centro social del niño. Los grupos de referencia a menudo se forman a partir de diferencias en vestimenta, apariencia, comportamiento, pasatiempos, intereses y otras características que parecen significativas o insignificantes para un observador externo. Por otro lado, la pertenencia a pandillas es más común cuando el entorno social y doméstico no puede compensar las demandas disfuncionales del grupo de referencia. Por lo tanto, es importante que los padres presten atención a conductas anormales que conducen a conductas de riesgo, como el consumo de drogas ilícitas, que suele comenzar en la adolescencia²¹.

Es necesario tener un impacto positivo en el entorno social y familiar de los jóvenes compartiendo sus valores y estableciendo altas expectativas para evitar las drogas ilegales. Se ha demostrado que incluso las intervenciones a muy corto plazo realizadas por médicos y profesionales de la salud reducen el consumo de drogas entre los jóvenes, por lo que el asesoramiento adecuado debería formar parte de la atención médica de rutina²⁰.

Desarrollo físico y sexual: Se dice que el inicio del cambio puberal está determinado por variables tanto genéticas como ambientales (dieta, salud personal y ambiental, higiene, actividad física, ubicación geográfica, estímulos psicológicos y sociales).²¹.

Durante la infancia y la etapa prepuberal, la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) y las gonadotropinas pituitarias (hormona estimulante del folículo [FSH] y hormona luteinizante [LH]) actúan como mecanismos inhibidores del sistema nervioso central y mecanismos de retroalimentación negativa, suprimidos por una alta susceptibilidad a Influidos por los esteroides gonadales, incluso concentraciones muy bajas pueden detener la producción de GnRH. Entre los 6 y los 8 años, en cambio, se produce la maduración suprarrenal, o maduración de las glándulas suprarrenales. Inicio aproximadamente 2 años antes del aumento de los esteroides gonadales, independientemente del eje hipotalámico-pituitario-gonadal²¹.

El inicio y la progresión de la pubertad varían de una pubertad a otra y existe un amplio rango de normalidad. Sin embargo, la edad media a la que comienza el desarrollo testicular es de $12,3 \pm 1,1$ años, y la edad media a la que se produce la menarquia es de $12,7 \pm 0,9$ años. En este sentido, los cambios físicos durante la pubertad son aceleración y desaceleración del crecimiento óseo y visceral, cambios en la composición corporal y maduración sexual (gónadas, órganos reproductivos y caracteres sexuales secundarios)²¹.

Una desaceleración del crecimiento precede al pico de crecimiento máximo y suele ocurrir entre los 12 y 13 años para las niñas y entre los 14 y 15 años para los niños. El crecimiento puberal es de 20 a 25% de la altura adulta final. Para ambos sexos, el aumento fue mayor en el segundo año de "recaída", de 5,8 cm a 13,1 cm para los hombres y de 5,4 cm a 11,2 cm para las mujeres. Este crecimiento puberal no es armonioso y crece "parte por parte", creciendo primero las partes inferiores (miembros inferiores) y los pies primero en un orden de crecimiento de distal a proximal. La altura final se alcanza entre los 16 y 17 años para las niñas, pero puede llegar hasta los 21 años para los niños²¹.

En términos de cambios en la composición corporal, el aumento de peso durante el período de crecimiento adolescente alcanza aproximadamente 50% del peso adulto ideal. Las mujeres tienden a tener más grasa y desarrollar más huesos y músculos que los hombres, lo que resulta en un físico masculino más delgado al final del crecimiento. El primer signo de la pubertad en las mujeres es el brote pectoral, que suele coincidir con una edad ósea de 11 años. Las niñas completan la pubertad en unos cuatro años, pero puede oscilar entre un año y medio y ocho años²⁰.

Los primeros signos del inicio de la pubertad en los hombres son el agrandamiento de los testículos y el escroto, lo que hace que el escroto se vuelva rojo y áspero. Esto ocurre a una edad ósea de 13 años. Generalmente hay un intervalo de 12 a 14 meses entre las etapas 2 y 3 de Tanner, el período de crecimiento testicular más rápido. Finalmente, las características sexuales secundarias tanto masculinas como femeninas dependen de la estimulación androgénica, mientras que el desarrollo mamario depende de la estimulación estrogénica. Aparecer temprano

o tarde frente a sus compañeros es muy importante para los jóvenes y puede provocar problemas de autoestima y psicológicos²¹.

2.1.2 Salud en los adolescentes

Según la OMS, las posibilidades de que un adolescente o un adulto joven llegue a la vejez varían mucho dependiendo del lugar del mundo donde viva. El grupo de 10 a 24 años tuvo la tasa de mortalidad más baja y el grupo de 20 a 24 años la más alta. A esta edad, las mujeres tienden a verse menos afectadas que los hombres. En este grupo de edad, la mortalidad refleja los tipos de riesgos a los que las personas están más expuestas. Las infecciones son más comunes en niños de 10 a 14 años, pero son menos comunes en adolescentes mayores y adultos jóvenes, y más muertes se deben a accidentes, lesiones, autolesiones y agresiones²². Dentro de los problemas de salud más frecuentes en adolescentes se encuentran:

Accidentes de tránsito: Se estima que en 2019 fallecieron unos 115 000 adolescentes de 10 a 19 años a consecuencia de accidentes de tránsito. Muchos de ellos eran usuarios que presentaban más vulnerabilidad, es decir, peatones, ciclistas o usuarios de vehículos motorizados de dos ruedas²².

Ahogamientos: El ahogamiento es una de las principales causas de muerte entre los jóvenes. Se estima que más de 30.000 jóvenes murieron de esta manera en 2019, más de las tres cuartas partes de ellos eran masculinos²².

Violencia: La violencia interpersonal es una de las principales causas de muerte de adolescentes y jóvenes en todo el mundo, aunque su importancia varía considerablemente de una región a otra. En los países de ingresos bajos y medianos de la región de las Américas de la OMS, casi un tercio de las muertes de adolescentes se deben a delitos violentos²².

Consumo de alcohol y droga: En muchos países, el consumo de alcohol en la adolescencia es un problema grave. Más de una cuarta parte de los jóvenes de 15 a 19 años, unos 155 millones de jóvenes, lo consumen. Cabe mencionar que el cannabis es la droga psicoactiva más consumida entre los jóvenes: en 2018, alrededor del 4,7% de los jóvenes de 15 a 16 años la consumieron al

menos una vez durante el año 2018. El consumo de alcohol y drogas provoca trastornos neurocognitivos en la infancia y la adolescencia que pueden conducir a problemas de comportamiento, emocionales, sociales y académicos más adelante en sus vidas²².

Consumo de tabaco: La mayoría de las personas que consumen tabaco hoy en día comenzaron a consumirlo en la adolescencia. Se calculó que en 2018 al menos uno de cada diez jóvenes de 13 a 15 años consumía tabaco, considerando que en algunas zonas esta proporción era considerablemente mayor. Los cigarrillos electrónicos son especialmente peligrosos para niños y jóvenes. La nicotina es una sustancia que produce adicción en gran manera y en estos casos es importante recordar que el cerebro continúa con su desarrollo hasta los 25 años, aproximadamente²².

Salud mental: La depresión y la ansiedad son las principales causas de enfermedad y discapacidad entre los jóvenes, y una proporción significativa de las muertes entre los jóvenes de 15 a 19 años se deben a suicidio. Aunque la mitad de los trastornos de salud mental en adultos comienzan antes de los 15 años, en gran medida siguen sin diagnosticarse ni tratarse. Entre los factores que afectan el bienestar y la salud mental de los jóvenes, la violencia, la pobreza, el estigma, la exclusión y vivir en entornos frágiles o crisis humanitarias pueden aumentar el riesgo de problemas de salud mental²².

Infección por el VIH: Se estima que 1,7 millones de jóvenes de entre 10 y 19 años se infectaron con el VIH en 2021, el 90 por ciento de los cuales vivían en la Región de África de la OMS. Aunque el número de nuevas infecciones entre los jóvenes ha disminuido significativamente desde su punto máximo en 1994, este grupo de edad todavía representa alrededor de 10 millones de todas las nuevas infecciones causadas por el virus, y tres cuartas partes de ese porcentaje son mujeres²¹.

Tuberculosis: Aunque la tuberculosis se puede prevenir y tratar, sigue afectando la vida y el desarrollo de millones de niños y jóvenes. Los niños y jóvenes menores de 15 años representan aproximadamente el 11,1% de los casos de tuberculosis en todo el mundo. Según datos concretos,

cada año 1,1 millones de niños menores de 15 años enferman de tuberculosis y más de 225.000 de ellos mueren²².

Otras enfermedades infecciosas: La adolescencia temprana (de 9 a 14 años) es el mejor momento para vacunarse contra la infección por el virus del papiloma humano. Se estima que se podrían salvar más de 40 millones de vidas este siglo si se vacunara al 90% de las niñas del mundo. Pero solamente el 12% de las niñas fueron vacunadas en 2021²².

Embarazos y partos precoces: Alrededor de 12 millones de adolescentes entre los 15 a los 19 años y al menos 777.000 niñas menores de 15 años dan a luz cada año en las regiones en desarrollo. Las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto son una de las principales causas de muerte entre mujeres jóvenes en todo el mundo. Se estima que la tasa mundial de natalidad entre las madres adolescentes será de 42 nacimientos por cada mil mujeres en 2021 y varía de uno a más de 200 nacimientos por cada mil mujeres por país. Estas cifras muestran que ha habido una clara disminución desde 1990, que también se puede observar en la disminución de la mortalidad materna entre las mujeres adolescentes entre 15 y 19 años²¹.

Higiene del entorno: Varios factores ambientales están estrechamente asociados con las principales causas de muerte entre los adolescentes, incluidas las lesiones accidentales y las enfermedades infecciosas. Además, las personas a esta edad aún no han completado su desarrollo fisiológico, por lo que son más vulnerables a la contaminación y a los riesgos ambientales, incluido el cambio climático, la contaminación química y de metales pesados, la radiación ultravioleta, la contaminación del aire, los problemas de insalubridad urbana, así como defectos en los sistemas de agua y saneamiento²².

Sobrepeso: En 2016, más de uno de cada seis jóvenes de 10 a 19 años tenía sobrepeso, y la prevalencia variaba según las regiones de la OMS, desde menos del 10 por ciento en la región del Sudeste Asiático hasta más del 30 por ciento en las Américas²⁰.

Nutrición: Una cantidad importante de niños de los países en desarrollo sufren desnutrición durante la adolescencia, lo que los hace más propensos a enfermarse y morir a una edad temprana. Según la OMS, la anemia por deficiencia de hierro fue la segunda causa principal de años perdidos por discapacidad en adolescentes de 10 a 19 años en 2019. Los suplementos que contienen hierro y ácido fólico pueden ayudar a los adolescentes a mejorar su salud nutricional. En las zonas donde existe mayor incidencia de parásitos intestinales como el anquilostoma B, se recomiendan tratamientos desparasitación regulares en los jóvenes para prevenir las deficiencias de micronutrientes²².

Actividad física: En el año 2016, solamente uno de cada cinco adolescentes cumplía las directrices que dicta la OMS acerca de la actividad física. La prevalencia de actividad física inadecuada es alta en todas las regiones de la OMS y es mayor entre las mujeres que entre los hombres en esta etapa²².

Mientras tanto, el Ministerio de Salud de Costa Rica lanzó el Plan Estratégico Nacional de Salud de los Jóvenes 2021-2030 (PENSPA) para promover la atención integral y diferenciada de la salud de los adolescentes y de esta forma, cerrar brechas de acceso y calidad en una gama de medidas promocionales y preventivas. Atención en las áreas de salud mental, violencia, desnutrición, cáncer, educación sexual y embarazo²³.

Además, PENSPA 2021-2030 pretende ampliar el alcance geográfico e institucional de estas buenas prácticas, que han producido excelentes resultados con un uso generalizado por parte de los jóvenes. Con el compromiso de las instituciones públicas podemos promover cada día una mejor atención para los adolescentes, con el objetivo de promover y sentirse bienvenidos a utilizar los servicios de salud que se les ofrecen²¹.

El Ministerio de Salud es responsable de coordinar el Plan Estratégico Nacional de Salud del Adolescente, liderado por una nueva comisión interinstitucional formada por la Caja Costarricense de Seguro Social. El Consejo de la Niñez y la Juventud, la Mesa de la Infancia, el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, el Consejo Interinstitucional de Madres Jóvenes y los Ministerios de Educación, Planificación y Salud para monitorear diversos indicadores y

resultados e identificarlos y promoverlos. medidas necesarias para superar obstáculos o corregir riesgo en la implementación de PENSPA 2021-2030

Por otro lado, el Ministerio de Salud lanzó el Plan Estratégico Nacional de Salud del Adolescente 2021-2030 (PENSPA) en Costa Rica, que promueve la atención integral y diferenciada de la salud de los jóvenes y reduce las diferencias en la disponibilidad y calidad de los diferentes servicios de salud. Servicios de promoción, prevención y tratamiento en las áreas de salud mental, violencia, desnutrición, cáncer, educación sexual y embarazo²³.

2.2 Problemáticas en la adolescencia

Comúnmente se percibe a los adolescentes como valientes o insensibles ante su difícil crecimiento. Ciertamente, en esta etapa de la vida, aumenta la tendencia a correr riesgos. Las experiencias de ansiedad son factores que facilitan el desarrollo de conductas de riesgo en los adolescentes, particularmente mediante la búsqueda de estímulos externos y nuevas experiencias. Por ello, son habituales conductas como las relaciones sexuales de riesgo y la sobredosis de alcohol y otras sustancias psicoactivas²⁴.

Es importante resaltar que, a pesar de la vulnerabilidad descrita, el adolescente está en competencia de desarrollar habilidades de resiliencia que se comportan como factores protectores. De modo que, un adolescente resiliente puede convertirse en una persona con mayor capacidad de ajustarse a las distintas demandas de su entorno de la mejor forma²³.

Por un lado, los jóvenes de hoy son aquellos que recién nacieron a principios de los años 2000, donde las redes sociales son la principal fuente de interacción y comunicación social, donde se fomenta el teletrabajo y donde los procesos educativos se virtualizan. en la situación. Y la soledad se convirtió en uno de los elementos comunes en su vida. De manera similar, los jóvenes que envejecen hoy nacieron en hogares pequeños, a menudo monoparentales y con hijos únicos. Dada la creciente necesidad y oportunidad de trabajar para hombres y mujeres, es posible que estos jóvenes crecieran en hogares donde otros los cuidaban y cuidaban, pasando poco tiempo con sus padres²⁴.

Para mencionar algunas de las principales problemáticas de los adolescentes se presenta la siguiente tabla organizada según el contexto social y las diversas situaciones que pueden presentarse.

Tabla 1. Principales problemáticas de los adolescentes.

Problemas personales	Pérdida y problemas familiares	Violencia social	Problemas sexuales	Problemas educativos, sociales y económicos
Enfermedades psíquicas o físicas	Muerte de seres queridos	Accidentes	Abuso sexual	Desaprobar materias
Problemas con la autoimagen	Cambia de lugar de residencia	Problemas con la policía	Aborto	Confusión vocacional
Depresión y tristeza	Peleas o alejamiento y amigos	Abandono por parte de los padres	Preocupación por la fertilidad	Expulsiones
Ideación suicida	Pérdida de mascotas	Golpes	Embarazo no deseado	Miedo al fracaso
Ruptura con la pareja	Separación o divorcio de los padres	Asalto	Relaciones sexuales insatisfechas	Pobreza
Crisis de Fe	Agresividad intrafamiliar	Robo	Miedo contra el sida	Inseguridad social
Culpa por haber mentido	Enfermedad de algún miembro de la familia	Búsqueda de peleas	ETS	Discriminación
Problemas afecto- amorosos	Atender hermanos u otros familiares	Recibir amenazas		Malos vínculos con docentes

Transgresión de normal religiosas	Consumo de sustancias ilícitas en la familia			Violencia
-----------------------------------	--	--	--	-----------

Fuente: elaboración propia con base en la referencia bibliográfica ²⁵.

2.3 Factores que influyen en la adolescencia

Un factor de riesgo puede considerarse una característica o disposición de un individuo o comunidad que se sabe que está asociada con una mayor probabilidad de efectos adversos para la salud. La adolescencia es, por tanto, un período crítico en el que el desarrollo físico, mental y social del adolescente y el entorno familiar en el que se desenvuelve están sometidos a constantes cambios, que pueden constituir la base para el desarrollo de personas consideradas en riesgo, así como la descripción de síntomas, enfermedades y trastornos de la personalidad²⁶.

Como se mencionó anteriormente, la adolescencia es una época de muchas experiencias nuevas. No es inusual que entren en contacto con drogas y alcohol. Sin embargo, la ingestión de estas sustancias, entre otras acciones, hace que los adolescentes sean aún más vulnerables y no perciban el nivel de peligro al que se enfrentan²⁷.

Además, radica en importancia recordar que estos son tiempos frágiles en muchos sentidos. No hay datos precisos sobre cuándo se producen este tipo de actos, pero la vulnerabilidad de los niños incluye diferentes aspectos como la trata de recién nacidos. Explotación laboral, incitación al consumo de drogas y trata de personas, violaciones, migraciones forzadas, diversas formas de explotación sexual comercial, etc²³.

Dentro de este contexto, se pueden mencionar algunos factores que suelen influir en la adolescencia, los cuales serán descritos a continuación:

Problemas sociales: Es de gran importancia identificar algunos de los principales problemas sociales que enfrentan los jóvenes y adolescentes en la actualidad. Esto se debe a que conocer sobre las posibles causas y riesgos que afectan el entorno psicosocial de los adolescentes

proporciona indicadores que pueden ayudar a prevenir estos problemas en los adolescentes y en la sociedad en general²⁷.

El alcoholismo: El consumo de alcohol entre menores de edad tiende a ser el resultado de muchos factores, entre ellos se localizan la familia, el círculo social, los medios de comunicación, las normas culturales y religiosas, así como las políticas gubernamentales. Es destacable la influencia que aportan las familias en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas en los menores de edad. La composición familiar, el nivel de ingresos económicos y la violencia son algunas de las áreas que más se asocian con el consumo de alcohol y drogas en adolescentes²⁶.

Las drogas: Las mujeres tienen a ser más conscientes acerca de los riesgos de un consumo abusivo de las drogas, por lo que tienen menor tendencia a realizar estas prácticas. Los hombres, por el contrario, tienen a asumir ese riesgo y por lo general, pueden ser más impulsivos²⁷.

La delincuencia: Se trata de un comportamiento que surge de la incapacidad de los individuos para adaptarse a las exigencias de la sociedad en la que viven, que se ha convertido en una sociedad multinacional, cuyo ámbito de actividad se extiende al tráfico de armas, el blanqueo de dinero y el contrabando de inmigración. aquí. Se dice que la delincuencia juvenil es un fenómeno social que amenaza la seguridad social. También va en contra de las costumbres que la sociedad ya ha establecido. Una vez más, se trata de un fenómeno global. Porque se extiende desde los bosques de las ciudades industriales hasta los suburbios de las grandes ciudades, desde los ricos y burgueses hasta los más pobres. Este es un problema de todas las clases sociales y en todas partes de nuestra civilización²⁷.

El embarazo adolescente: Un embarazo adolescente o a temprana edad es el que ocurre antes de los 19 años. La situación psicológica de las adolescentes embarazadas es compleja y difícil de manejar. Por otro lado, la mayoría de los embarazos adolescentes no son planeados ni deseados. El embarazo a esta edad puede ser resultado de violencia física, psicológica y económica. Los expertos dicen que el riesgo de que las niñas mueran por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el postparto se duplica si entran en estado de gestación antes de los 15 años. Por tal razón,

es de suma importancia hablar con los adolescentes acerca de las correctas prácticas sexuales desde los hogares y en sus establecimientos educativos²⁴.

Por último, la maternidad temprana sin el apoyo de la pareja es una situación que obliga a niñas y adolescentes a hacerse cargo de un ser que no podría sobrevivir por sí mismo. En ocasiones, deben asumir de forma abrupta responsabilidades y funciones que socialmente no corresponden a su etapa de vida y la estigmatización resultante²⁷.

Prostitución en adolescentes: La vulnerabilidad que caracteriza a la personalidad joven, combinada con la ingenuidad al creer en la posibilidad de ganar dinero de maneras aparentemente fáciles, significa que las niñas y los jóvenes que son engañados por esta "oferta de trabajo" terminan en empleos profesionales muy necesarios. Modelo de inicio mundial. Este tipo de práctica siempre ha existido, y la televisión desempeña un papel importante en la popularización de la escultura corporal como forma de marketing, y muchos hogares abogan por ganar dinero fácilmente y celebran sus logros²⁶.

Narcotráfico: El tráfico de drogas es un hecho cotidiano para las personas afectadas por un entorno psicosocial negativo. Al no tener dinero o no querer trabajar, optan por la ruta más fácil del narcotráfico y se obsesionan con intentar conseguir su dinero. El problema se puede atribuir a diferentes grupos sociales, pero el dinero escasea y el joven creció en un hogar donde la falta de atención y comunicación lo alejó de su familia, y ella llenó el vacío, es más común entre los jóvenes con personas que a menudo la llevan en la dirección equivocada²⁷.

Ambiente frustrante: Esto suele suceder si el joven no encuentra suficientes manifestaciones de cariño, si hay censura frecuente y desmotivada, si recibe constantes amenazas, castigos e intromisiones en su vida privada, y si no tiene comprensión y distanciamiento de los problemas que presenta²⁶.

Sexualidad mal orientada: Los prejuicios relacionados con las cuestiones sexuales limitan la comunicación en este ámbito, y muchos jóvenes buscan respuestas e información por otros medios que no siempre son ideales. Si persisten lagunas que causan grandes problemas debido a la ignorancia, la desinformación y la formación de juicios erróneos sobre la sexualidad²⁶.

Problemas derivados del mal uso de Internet: Estos problemas pueden deberse a una combinación de ciertos factores, como la autoestima, la sociabilidad y las dificultades. Información peligrosa o dañina, por ejemplo, imágenes con contenido sexual, pornográfico o violento, uso de drogas o productos farmacéuticos, adhesión a ideologías racistas o sexistas o que demuestren afiliación religiosa, así como el fácil acceso a sitios con textos o información que puedan alentarlos²⁷.

Depresión y trastornos emocionales: La depresión es una patología a nivel mental caracterizada por trastornos del estado de ánimo. No se trata sólo de "sentirse deprimido" algunos días. La depresión es usual en una gran mayoría de los adolescentes. Porque están en un proceso normal de maduración, están afectados por las hormonas sexuales y generalmente tienen conflictos por la independencia con sus padres. Otros factores que pueden influir en la depresión en los adolescentes incluyen la muerte de un amigo cercano o un familiar, la separación de la pareja y el fracaso escolar. Además, la enfermedad es más común en personas jóvenes con baja autoestima y que son muy autocríticas consigo mismas. Desafortunadamente, en los últimos años, las tasas de depresión entre niños y adolescentes han aumentado entre un 8% y un 9% en toda la población infantil. Casi 70 niños y adolescentes que sufren depresión y trastornos emocionales no son diagnosticados ni tratados adecuadamente²⁶.

Acoso escolar o "bullying": Es cualquier forma de maltrato psicológico, verbal o físico que se repite durante un período de tiempo entre estudiantes dentro de instituciones educativas y a través de redes sociales, y en este caso específicamente denominado ciberbullying. Estadísticamente, las principales formas de violencia son emocionales y ocurren mayoritariamente en las aulas y pasillos de las escuelas. Los protagonistas de los incidentes de acoso escolar suelen ser niños que se acercan a la pubertad. Existiendo una proporción ligeramente mayor de niñas en el perfil de víctima²⁷.

Desórdenes Alimenticios: Una gran proporción de adolescentes tiene hábitos alimentarios poco saludables y necesitan más información sobre cómo mantener una alimentación saludable y realizar ejercicio. En general, la mayoría de las personas, durante la adolescencia, incluso con un

peso saludable, comienzan a sentirse culpables y avergonzadas de su cuerpo, lo que puede provocar trastornos alimentarios, depresión y baja autoestima²⁷.

Inadecuado ambiente familiar: desafortunadamente, la disfunción de la familia no cumple con sus funciones básicas, y las reglas y roles de la familia no están claros, lo que dificulta el libre y saludable desarrollo de la personalidad de los adolescentes. Necesitamos un apoyo familiar abierto que pueda adaptarse a los cambios que requiere la individualización de los adolescentes²⁶.

Pertenencia a grupos antisociales: La causa fundamental de este factor es que se satisfacen la necesidad de autovalidación y la necesidad de seguir los códigos del grupo. En general, cuando los adolescentes no encuentran un camino adecuado hacia la autoafirmación, recurren al reconocimiento grupal ante una imitación de patrones inapropiados y lo buscan en este tipo de grupos donde se encuentra fácilmente²⁶.

La promiscuidad: Este no solo es un factor de riesgo potencial para embarazos precoces e infecciones de transmisión sexual, sino que también puede promover a que exista una autoestima negativa y distorsionar la personalidad de los adolescentes²⁷.

Abandono escolar: Este hecho lleva a que los adolescentes se vean aislados de la sociedad, incapaces de encontrar oportunidades de autoafirmación positiva y menos oportunidades de revisar su capacidad para afrontar los problemas y asumir responsabilidades, afectando su autoestima, confianza en sí mismos, así como la oportunidad de un adecuado desarrollo social²⁶.

Bajo nivel escolar, cultural y económico: Se trata de elementos que se cree que protegen el desarrollo y la salud, y su falta puede impedir que los jóvenes se enfrenten adecuadamente a situaciones de conflicto que puedan llegar a aparecer²⁶.

2.4 Embarazo adolescente

Conceptualizando, el embarazo adolescente es un período de transición y de gran inestabilidad que involucra y afecta distintos ámbitos de la vida adolescente. Desafortunadamente, en las edades más tardías de la adolescencia hay una mayor frecuencia de embarazo, así como en

en un nivel socioeconómico bajo y en un entorno social, familiar y personal inestable y, en general, en países en desarrollo. Además, es un período de importante impacto económico, académico, profesional, social y emocional, aunque cabe señalar que el contexto cultural y grupo social al que pertenece cada joven influye mucho en el carácter y crecimiento del joven. de tales consecuencias²⁸.

Como consecuencia de lo anterior, la interrupción voluntaria del embarazo tiende a producirse independientemente de las consecuencias que pueda ocasionar, lo que determina que el 35% de los embarazos en adolescentes se interrumpan de forma voluntaria. Por todo lo que significa el embarazo en la vida de una persona joven, es necesario visualizar y optimizar las formas preventivas aplicadas hasta el momento para lograr comportamientos más saludables basados en actitudes adecuadas y establecidas²⁸.

Finalmente, el embarazo adolescente en su mayoría no responde a decisiones de la mujer, sino a la falta de oportunidades y a las presiones sociales, culturales y económicas del entorno de vida de los jóvenes. Debido a que muchas de ellas tienen poca autodeterminación y derecho a actuar libremente, muchas de ellas se convierten en madres de manera involuntaria y en muchos casos como resultado de violencia sexual. En algunas comunidades limitan la disponibilidad de información sobre derechos sexuales y reproductivos porque se cree que acelera el inicio de relaciones sexuales, lo que viola el derecho de los jóvenes a recibir información relevante y aprender a tomar decisiones informadas²⁹.

2.4.1 Factores de riesgo del embarazo adolescente

El embarazo adolescente no es un fenómeno nuevo, sus características difieren de décadas anteriores, debido a cambios que han afectado significativamente a los grupos sociales, ejemplo de lo cual es la principal influencia de los medios de comunicación, especialmente la televisión. fuente de información para los jóvenes de hoy, que incide principalmente en sus actitudes en diversos ámbitos de la vida, especialmente en el comportamiento sexual, por lo que los medios de comunicación generalmente muestran el sexo como romántico y deseable, especialmente cuando es ilegal, pero no se menciona la anticoncepción. métodos, por no hablar de las consecuencias negativas que trae el inicio de la vida sexual temprana y que sólo ofrece "ilusiones". Es a estos

problemas a los que los jóvenes tienden a buscar soluciones que incluyan todo lo que implica. Por ello, a continuación, se detallan algunos de los factores que influyen en la prevalencia del embarazo adolescente:

Ámbito familiar: Cambios como las percepciones de los factores de la vida familiar y los patrones de comportamiento tienen un efecto profundo en la falta de límites claros con respecto a las razones del embarazo adolescente. De manera similar, la falta o insuficiencia de la educación e introducción de la sexualidad por parte de los padres a menudo lleva a los jóvenes a buscar fuentes de información inapropiadas, como su grupo de pares, que también carece de información y tiene una visión distorsionada de la realidad; por otro lado, acuden a la fuente de mayor riesgo, que es su propio experimento, lo que puede acarrear graves consecuencias, principalmente por las peculiaridades de la etapa de desarrollo en la que se desarrolla. Por otro lado, en cuanto a conductas de riesgo, algunas pueden denominarse conductas impulsivas e irreflexivas que pueden derivar en un embarazo no deseado³⁰.

Edad: Uno de los aspectos más interesantes del análisis fue la edad en la que la incidencia de embarazo fue mayor, jóvenes embarazadas de 60-15-17 años, lo que confirma la situación actual de nuestro país en cuanto a incidencia. edad, donde la edad promedio general es de 16 años y 4 meses, lo que puede considerarse el resultado de las principales características de esta pubertad que, como se dijo anteriormente, es una fase confusa y contradictoria que da lugar a una serie de fricciones. entre la familia y el entorno que lo rodea, lo que incentiva al joven a buscar nuevas formas de sentirse aceptado y comprendido, como tener relaciones sexuales con su pareja, sea estable o no³⁰.

Escolaridad: Se observó que la mayor concentración de la población de estudio se encuentra en la etapa media de la adolescencia, lo que indica una etapa intermedia incompleta. Es importante subrayar que, en la mayoría de los casos, los motivos del rechazo se debieron a una débil capacidad para tolerar críticas de pares o comentarios negativos; Además, otras causas se han asociado con cambios durante el embarazo, como los síntomas del embarazo. Por otro lado, quienes continúan estudiando muchas veces tienen que abandonarlo para afrontar adecuadamente su nuevo rol como madres, ya sea por exigencias laborales o porque no cuentan con el apoyo para cuidar a un hijo. su tiempo ausencia³⁰.

Vivienda: En casi la mitad de los casos se tiene constancia de la estancia de la vivienda según pertenencia, lo que se suma al estado del apartamento, donde se encontraron un total de 41 cajas, las cuales se encontraban en buen estado y estado material. preservación Un gran número de jóvenes, por el contrario, vive en apartamentos alquilados o en barrios marginales, lo que significa un mayor riesgo de abuso sexual, propagación de enfermedades infecciosas, pérdida de privacidad personal y grandes oportunidades de perturbaciones emocionales. entre otros³⁰.

Dinámica familiar: La mayoría de los problemas en las relaciones entre padres e hijos se deben a fallas en la comunicación, generalmente una comunicación fragmentada debido a múltiples tabúes y una autoridad rígida, sin capacidad de llegar a consensos entre los miembros., lo que provoca errores en los mensajes (rotondas, aproximaciones indirectas y otros). Finalmente, hay que tener en cuenta que la comunicación, especialmente con los adolescentes, que debe prevalecer en las relaciones humanas, debe ser abierta, eficaz, más clara y directa, lo que favorezca un clima de desarrollo. ambiente óptimo para el desarrollo general de una persona en la familia³⁰.

2.4.2 Aumento de casos de embarazo adolescente

Según un informe publicado hoy por la Organización Panamericana de la De acuerdo con la OMS y la OPS en América Latina y el Caribe, continúan siendo las subregiones con la segunda tasa más alta en el mundo de embarazos adolescentes, señala un informe publicado hoy por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)²⁹

Lamentablemente la falta de información y el acceso restringido a una educación sexual integral y a servicios de salud sexual y reproductiva adecuados tienen una relación directa con el embarazo adolescente. Es necesario mencionar que los embarazos en adolescentes en su gran mayoría son causa el abuso sexual infantil. En algunos países, las niñas adolescentes sin educación o con sólo educación primaria tienen cuatro veces más posibilidad de quedar embarazadas que adolescentes con educación secundaria o terciaria. De la misma manera, la probabilidad de empezar a concebir hijos es entre tres y cuatro veces mayor en las adolescentes de hogares en el quintil inferior en comparación con las que viven en los quintiles más altos en el mismo país³⁰.

Por su parte, en lo que respecta a Costa Rica, aproximadamente 14 mil adolescentes quedan embarazadas cada año y de ellas cerca de 500 son menores de 15 años. Según datos del Censo 2011, el 9.1% de las adolescentes entre los 12 y 19 años, ha tenido al menos un hijo nacido vivo. Es debido a eso por lo que, se considera que el embarazo en la adolescencia es uno de los desafíos más grandes que tiene Costa Rica desde la perspectiva de derechos de las personas jóvenes, la salud sexual y salud reproductiva, el desarrollo humano y la lucha contra la pobreza. Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/), América Latina y el Caribe siguen siendo las subregiones con las tasas más altas de embarazo adolescente en el mundo. OMS, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)³⁰

La tasa mundial de embarazos en adolescentes es de aproximadamente 46 nacimientos por cada 1.000 niñas, mientras que América Latina y el Caribe tiene la segunda tasa de embarazos en adolescentes más alta del mundo, con alrededor de 66,5 nacimientos por cada 1.000 niñas de entre 15 y 19 años y sólo superan al África subsahariana, muestra el informe Acelerar la reducción del embarazo adolescente en América Latina y el Caribe. Si bien la tasa total de fertilidad, o número de hijos por mujer, ha disminuido en América Latina y el Caribe durante los últimos 30 años, la fertilidad juvenil ha disminuido ligeramente, según el informe. Además, según informes del UNFPA, es la única región del mundo donde está aumentando el número de embarazos en adolescentes menores de 15 años. Se estima que el 15% de todos los embarazos en la región ocurren entre jóvenes menores de 20 años cada año, y 2 millones de bebés nacen de madres entre 15 y 19 años³².

Lamentablemente, las tasas de natalidad entre adolescentes siguen siendo elevadas, afectando principalmente a poblaciones que viven en condiciones vulnerables y muestran disparidades entre los países y dentro de ellos. Por otro lado, la mortalidad materna es una de las principales causas de muerte entre los adultos jóvenes y entre las personas de 15 a 24 años en Estados Unidos. Según la OMS, en 2014, casi 1.900 adolescentes y adultos jóvenes murieron por problemas de salud durante el embarazo, el parto y el parto. A nivel mundial, el riesgo de muerte materna se duplica para las madres menores de 15 años en los países de ingresos bajos y medianos. Según el informe, los recién nacidos de madres menores de 20 años tienen un 50 por ciento más de muertes perinatales que los nacidos de madres de entre 20 y 29 años. Desafortunadamente, la falta

de información y las oportunidades limitadas para recibir educación sexual integral y servicios apropiados de salud sexual y reproductiva están directamente relacionadas con el embarazo adolescente. Cabe mencionar que el embarazo en la adolescencia es causado en su mayoría por abuso sexual infantil. En algunos países, las niñas sin educación o solo con educación primaria tienen cuatro veces más probabilidades de quedar embarazadas que las niñas con educación secundaria o terciaria. De manera similar, las adolescentes de hogares del quintil más bajo tienen entre tres y cuatro veces más probabilidades de quedar embarazadas que las del quintil más alto del mismo país. En Costa Rica, por el contrario, cada año quedan embarazadas unas 14.000 jóvenes, y unas 500 de ellas son menores de 15 años. Según el censo de 2011, el 9,1 por ciento de los jóvenes de 12 a 19 años tuvieron al menos un nacido vivo. Por ello, el embarazo adolescente es considerado uno de los mayores desafíos de Costa Rica en relación con los derechos de la juventud, la salud sexual y reproductiva, el desarrollo humano y la lucha contra la pobreza³².

La posibilidad y responsabilidad de prevenir embarazos en la adolescencia, no corresponde solo a las personas adolescentes, sino que es de todas y todos; como sociedad tenemos una responsabilidad en garantizar condiciones y oportunidades para el desarrollo pleno de las personas adolescentes³².

Por último, debido a que el embarazo en la adolescencia es un foco fundamental de intervención, el UNFPA junto con el Gobierno de Costa Rica han priorizado dentro del Plan de Acción del Programa de País 2013-2017 el seguimiento y la implementación de la Política Nacional de Sexualidad (2010-2021), el Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes (PENSPA, 2010) y el Plan de Acción del Consejo Interinstitucional de Atención a la Madre Adolescente³².

Figura 1. Tasa global de fecundidad estimada para 2006, y tasa específica de fecundidad del grupo de 15 a 19 años

Región	Tasa global de fecundidad 2005-2010	Tasa específica de fecundidad (15-19 años) 2005-2010
Mundial	2,55	52,6
África	4,67	103,9
Asia	2,34	39,7
Europa	1,45	14,7
Portugal	1,46	13,5
España	1,41	9,3
América Latina y el Caribe	2,37	76,2
América del Norte	2,00	39,9
Oceanía	2,30	26,5

Fuente: tomada de la referencia bibliografía ³³.

2.4.3 Consecuencias y repercusiones del embarazo adolescente

El embarazo durante este período tiene consecuencias importantes para la joven madre y su hijo. La madre presenta sangrado, parto prolongado, infecciones del tracto urinario, bacteriuria asintomática, deserción escolar, síntomas placentarios, bajo peso y desnutrición materna asociada, parto prematuro, rotura prematura de membranas, transición temprana al parto, trastornos de adaptación psicosocial, integración, mala preparación para una relación satisfactoria con los hijos,

parto prematuro, muerte materna, hipertensión, anemia, adaptación de integración psicosocial y aborto³³.

Por otro lado, durante el parto, los problemas más comunes son los cambios en la apariencia y posición del feto, los cuales están relacionados con el desarrollo incompleto de la pelvis de la madre, lo que determina la imposibilidad de pasar por el canal del parto. el feto; estas distocias provocan un aumento de los partos por cesárea. Los bebés corren un alto riesgo de prematuridad, defectos de nacimiento, bajo peso al nacer, sepsis y muerte perinatal. La mortalidad perinatal es alta entre los niños adolescentes. Se ha confirmado que la mortalidad infantil en este grupo duplica o triplica la de las madres mayores de 20 años³⁴.

Además de ser un riesgo médico grave, el embarazo adolescente provoca dificultades socioeconómicas y emocionales para la madre y su hijo, lo que se conoce como síndrome de fracaso. Los autores señalan que en el ámbito familiar existen conflictos entre los miembros de la familia, desmoralización de la sociedad por acontecimientos inesperados y cambios económicos adversos, que también afectan la calidad de vida de la familia y la comunidad³³.

Por último, es bien sabido que el embarazo adolescente impone altos costos emocionales, sociales, financieros y de salud a las madres jóvenes y a sus hijos, por lo que es importante cuidar adecuadamente a los jóvenes, de ahí la necesidad de actuar. En cuanto a la prevención de este problema de salud desde la unidad básica de la sociedad que es la familia, donde el equipo de atención primaria juega un papel importante, trabajando con las familias para promover hábitos y estilos de vida saludables a través de actividades de promoción de la salud. para el desarrollo más saludable de la adolescencia y así evitar el embarazo en esta etapa de la vida y sus consecuencias adversas para la salud de la madre y su hijo³⁴.

Para complementar lo anteriormente dicho, se detallan algunas de las principales complicaciones y riesgos del embarazo adolescente.

Consecuencias en la madre en un embarazo adolescente:

- Corre el riesgo de experimentar anemia.

- Preeclampsia y eclampsia.
- Parto prematuro, prolongado o difícil.
- Carga de culpabilidad.
- Mayor probabilidad de divorcio (problemas maritales, unidos a causa del embarazo).
- Desempleo o menor salario
- Riesgo de aborto
- Cáncer de mama
- Riesgos tanto biológicos, como psíquicos y sociales.
- Hemorragias
- Infecciones
- Reacción depresiva que puede llevarla al suicidio o intento de suicidio.
- Genera gran ansiedad, incertidumbre e interferencia con el logro de la madurez biopsicosocial³³.

Consecuencias del producto debido a embarazo adolescente:

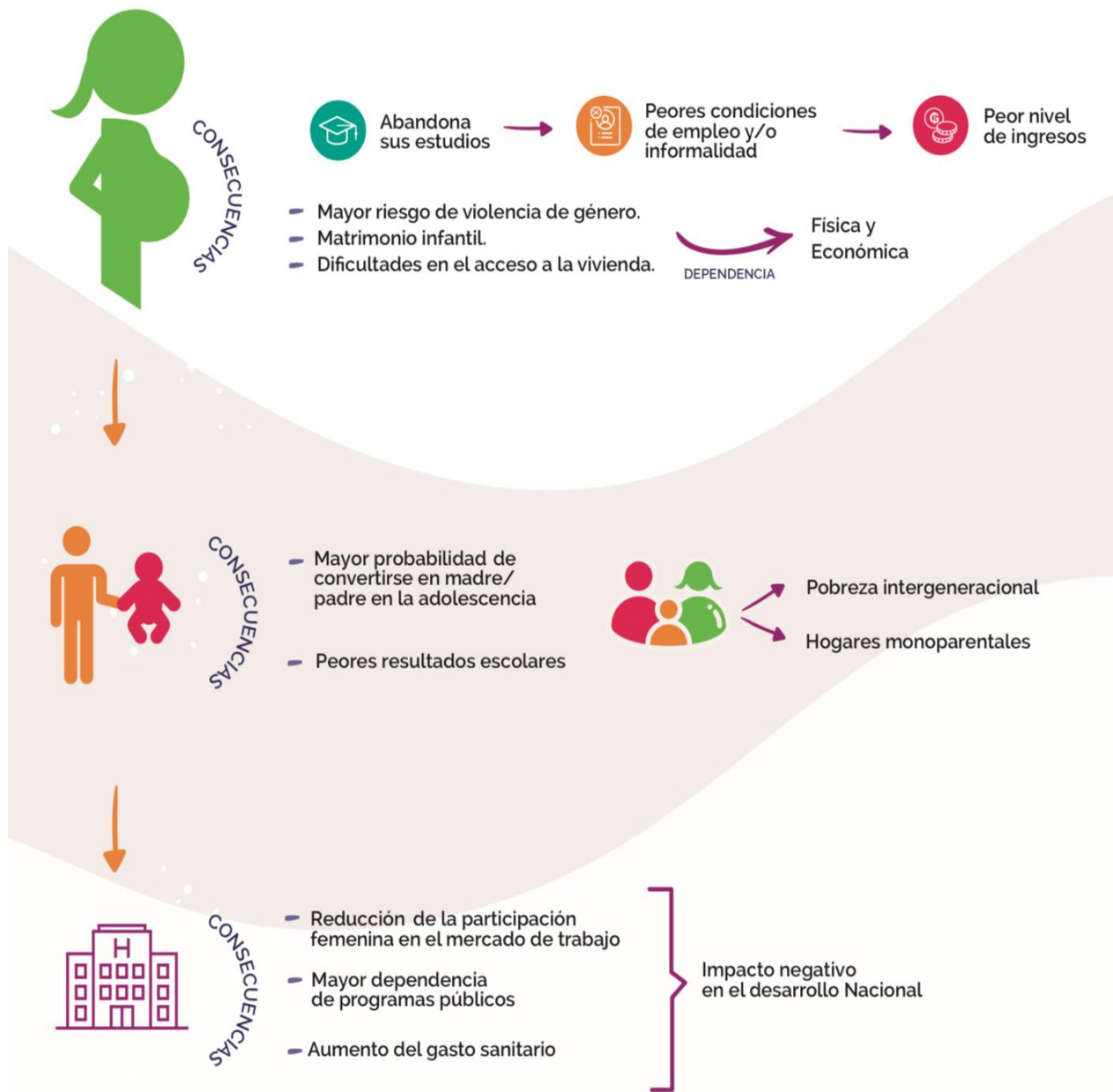
- Presenta bajo peso al nacer
- Prematuridad
- Malformaciones congénitas
- Problemas de desarrollo
- Retraso mental
- Ceguera
- Epilepsia o parálisis cerebral³³.

Figura 2. Niveles afectados como consecuencia del embarazo adolescente.

NIVEL 1	Madre e hijo/a	 <p>Morbimortalidad materna e infantil. Posibilidades de formar un hogar estable. Asistencia del niño a educación preescolar. Violencia de género.</p>
NIVEL 2	Entorno familiar	 <p>Jóvenes que ni estudian ni trabajan. Violencia doméstica.</p>
NIVEL 3	Sociedad y Estado	 <p>Reducción de la participación farmacéutica en el mercado laboral. Pérdida de ingresos potenciales por recaudación de impuestos y contribuciones. Gastos en asistencia médica y social.</p>

Fuente: tomada de la referencia bibliográfica ³⁵.

Figura 3. Consecuencias del embarazo adolescente.



Fuente: tomada de la referencia bibliográfica ³⁵.

Figura 4. Comparación de complicaciones somáticas en embarazo de la adolescente y de adulta.

	Embarazos adolescentes	Embarazos adultos
Anemia	49,36%	43,67%
Infección tracto urinario	13,29-23,2%	6,96%
Retardo crecimiento uterino*	12,02%	5,69%
Parto prematuro	8,3-8,86%	2,8-4,43%
Recién nacido de bajo peso	6,32-6,9%	3,16-10,1%
Complicaciones en el parto (hemorragia, desgarros cervicales)	10,75-15,7%	5,69-5,7%
Parto instrumental	4,9-8,22%	2,1-10,12%

Fuente: tomada de la referencia bibliográfica ³³.

2.5 Aborto

Un aborto se define como la terminación de un embarazo o bien la muerte y expulsión del feto antes de los cinco meses de embarazo. Después de esta fecha, y hasta las 28 semanas de embarazo se llama parto inmaduro y es un parto prematuro si tiene más de 28 semanas de gestación. Por otra parte, se dice que sucedió un aborto completo cuando se expulsa el feto con la placenta y las membranas. Existe retención placentaria cuando se expulsa solamente el feto y se dice que hay restos uterinos cuando sólo se expulsa una parte del producto de la concepción. También, es importante tener en cuenta que algunas veces es difícil distinguir realmente lo que se ha expulsado, dadas las alteraciones que sufre no sólo el feto, sino la placenta y las membranas³⁶.

2.5.1 Clasificación del aborto

Aborto espontáneo: El aborto espontáneo puede deberse tanto a defectos paternos como maternos. Respecto a los primeros, es importante señalar que del 40% al 50% de los abortos espontáneos de origen materno son atribuidos a la sífilis, muchas veces desconocida, ignorada, o negada a sabiendas. El restante 50% se debe al alcoholismo habitual y crónico, agotamiento físico o intelectual, vejez, entre otras causas³⁶.

Las causas de orden materno son variadas; las malformaciones de cada uno de los órganos del aparato genital femenino, los pólipos, fibromas, cánceres, las endometritis, entre otras. También, algunas patologías crónicas como diabetes, hipertensión, o enfermedades producidas por infecciones bacterianas o virales son causantes de aborto espontáneo³⁶.

Como causas conjuntas, tanto paternas como maternas y, que actúan a la vez, podemos citar los matrimonios muy jóvenes, los tardíos, la vejez prematura o la decrepitud de uno de los cónyuges, la miseria, el hambre, las privaciones, el terror, la desesperación, el alcoholismo común, la sífilis o la tuberculosis, también padecidas conjuntamente. Todas estas causas pueden actuar en el momento propulsor de la fecundación. Otras causas de gran importancia de aborto espontáneo son las malformaciones del embrión³⁶.

Aborto provocado: Algunos pueblos no consideran acto criminal el aborto provocado, ya que entre ellos es conceptualizado como un acto natural. Este criterio se ha mantenido en ciertas civilizaciones y hoy es practicado impunemente en ciertas sociedades³⁶.

En Europa Occidental el aborto es más o menos duramente reprimido, según la política de natalidad llevada por los países en cuestión. Sin embargo, y pese a la persecución penal de la que es objeto, sus prácticas se desarrollan clandestinamente y muy a menudo, sin las necesarias garantías de higiene y asepsia, lo cual provoca graves lesiones o la muerte a la embarazada. Dentro de este grupo se incluye el aborto producido por imprudencia. Su distintiva es su carácter negativo de omisión voluntaria o imprudencia unido a la aceptación de los resultados abortivos³⁶.

Aborto terapéutico: Es el que tiene por objeto evacuar científicamente, por medio de maniobras regladas, la cavidad uterina, vaciándola de todo su contenido. Este aborto lo verifican médicos especializados y se toman las medidas precisas para salvaguardar la vida de la paciente, seriamente amenazada. Se realiza cuando la vida del feto se considera perdida (producto muerto) o si se representa un grave peligro para la madre³⁶.

2.5.2 Sintomatología de la amenaza de aborto

Por lo general, suele caracterizarse por sangrado vaginal del primer trimestre, no representa una urgencia médica, tiene un amplio diagnóstico diferencial y debe ser evaluado con una historia clínica y examen físico completos; realizando los esfuerzos necesarios para descartar una enfermedad molar o un embarazo tubárico. Además, la paciente refiere dolor cólico hipogástrico sumado a metrorragia, sin historia de eliminación de restos ovulares ni pérdida de líquido amniótico. En algunas ocasiones se puede ofrecer un manejo expectante basándose esencialmente en el reposo en cama por 48 horas hasta que cese el sangrado. También, se recomienda la abstinencia sexual por 10 días y antiespasmódicos sólo para manejo sintomático del dolor. Por último, es necesario mencionar que ningún medicamento es útil para el manejo de los síntomas de aborto, la progesterona no disminuye el riesgo de aborto en estas mujeres³⁷.

2.5.3 Factores de riesgo aborto

- Tener más de 35 años.
- Abortos espontáneos en embarazos anteriores (abortos espontáneos repetidos)
- Anomalías estructurales de los órganos reproductores, como fibromas, tejido cicatricial, un útero bicorne (doble) o un cuello uterino débil (insuficiencia cervical) que tiende a abrirse (dilatarse) a medida que el útero se agranda.
- Consumo de cigarrillos.
- Consumo de sustancias como cocaína y alcohol.
- Lesiones graves.
- Infecciones durante el embarazo, como una infección por citomegalovirus o bien, rubéola.
- Una glándula tiroidea hipoactiva (hipotiroidismo) o una glándula tiroidea hiperactiva (hipertiroidismo) si alguno de estos trastornos es grave o está mal controlado.
- Diabetes Mellitus grave o mal controlada.
- Algunos trastornos, como la enfermedad renal crónica, el lupus eritematoso sistémico (lupus) y la hipertensión arterial, si no son tratados y controlados adecuadamente durante el embarazo³⁸.

2.5.4 Aborto espontáneo

Se define como la pérdida del producto de la concepción sin intervención externa antes de la viabilidad. El término "pérdida" es un término utilizado por las mujeres para referirse a un aborto espontáneo; se emplea este término a menudo en la sociedad, porque las pacientes asocian la palabra "aborto" con la terminación electiva del embarazo³⁷.

2.5.5 Aborto incompleto

Se refiere al aborto en el cual, no todos los productos de la concepción han sido expulsados. Los productos retenidos pueden ser parte del feto, la placenta o las membranas. Se caracteriza por cuadro de dolor cólico hipogástrico intenso, con metrorragia abundante, modificaciones cervicales (cuello permeable) e incluso palpación de restos ovulares en el canal cervical y con una altura uterina levemente menor de la que corresponde a la edad gestacional. La ecografía vaginal muestra restos en la cavidad endometrial (grosor endometrial ≥ 15 mm). Se produce con mayor frecuencia en abortos mayores a las 10 semanas de gestación³⁷.

2.5.6 Aborto completo

Aborto en que todos los productos de la concepción han sido expulsados sin la necesidad de una intervención médica o quirúrgica. El cuadro se caracteriza por historia previa de dolor cólico intenso, acompañado de metrorragia y eliminación de restos ovulares, pero que en el momento de la consulta presenta escaso dolor, escasa metrorragia, generalmente un cuello uterino cerrado o poco modificado y un tamaño uterino similar al de un útero no grávido. Se da más comúnmente en abortos que se producen precozmente, antes de las 8 semanas, pues el producto de la gestación es más pequeño y se elimina en forma íntegra. La ecografía vaginal muestra un endometrio de menos de 15 mm de grosor³⁷.

2.5.7 Aborto en evolución

Ausencia de vitalidad fetal, en la que no se ha producido ninguna actividad uterina que expulse los productos de la concepción. Es un cuadro asintomático, diagnosticado por ecografía. La presentación clínica solo consiste en un tamaño uterino adecuado o levemente menor al esperado para la edad gestacional³⁷.

2.5.8 Aborto recurrente

De acuerdo con la literatura, se define como la presencia de tres o más abortos espontáneos consecutivos (embarazo ectópico y embarazo molar no se incluyen) antes de las 20 semanas de gestación. Tiene una incidencia de 0,5 a 4% de las mujeres. Mientras más edad gestacional se haya alcanzado antes del aborto, mayor es la probabilidad de que exista una patología asociada que explique el aborto recurrente. Se reserva el término de abortadora recurrente primaria si la pareja no ha tenido embarazos viables entre sí, y abortadora secundaria, si ha existido al menos uno viable. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que solo el 5% de las parejas en edad reproductiva experimenta dos abortos espontáneos clínicos consecutivos, y entre 1-3% sufren tres o más abortos³⁸.

Por otra parte, es indispensable que en la anamnesis se indague a cerca de la edad gestacional en la que ocurrió el aborto ya que, por lo general, suelen ocurrir siempre en una edad gestacional similar. Además, los abortos por causas endocrinas o cromosómicas suelen ocurrir a edades más tempranas que las causas anatómicas o inmunológicas³⁶.

La importancia de distinguir entre aborto esporádico y recurrente radica tanto en el pronóstico como en la necesidad de realizar estudios en la pareja, ya que, aquellas con aborto esporádico tendrán un 80 % de éxito en su siguiente embarazo sin mediar tratamiento alguno, no justificándose en general la solicitud de exámenes complementarios. Por el contrario, las parejas con aborto recurrente tendrán solo 50-60% de éxito global en su siguiente embarazo no tratado, siendo múltiples los factores que pudieran condicionar el mal resultado reproductivo, y que es preciso investigar³⁹.

Por último, es importante considerar que la edad materna es lejos el factor de riesgo de mayor peso para aborto hasta ahora conocido. De hecho, existe una fuerte relación entre mayor edad y deterioro de la calidad ovocitaria, lo cual determina una mayor predisposición a la formación de gestaciones aneuploides, que evolucionan, la mayoría de las veces, hacia el aborto espontáneo. Diferentes estudios describen tasas de aborto clínico de 9-15% en mujeres menores de 35 años y de 51-75% en las mayores de 40 años, como aparece representado en la tabla 1. Si se incluyen los

abortos subclínicos, las tasas son aún superiores, fluctuando entre 22% y 57% en el grupo de mujeres menores de 35 años³⁹.

2.6 Niveles de atención de salud en Costa Rica

La mayoría de los países del mundo se han fijado metas para extender los servicios de salud a toda la población. Sin embargo, pocos han logrado avances significativos, Costa Rica es una de las pocas naciones privilegiadas que se movió hacia la cobertura regional de salud en la década de 1970. Las decisiones políticas y administrativas tomadas a principios de la década pueden considerarse como las primeras grandes reformas de los servicios de salud en Costa Rica³⁹.

La decisión de implementar un programa de salud para poblaciones rurales estuvo motivada por al menos cuatro circunstancias concurrentes. Es la situación y desarrollo de la población rural. En segundo lugar, hay un movimiento en América Latina, facilitado por la Agencia Nacional de Salud (OPS/OMS), para que los países implementen programas para ampliar la cobertura de las poblaciones rurales y urbanas pobres, y para implementar complementos “simples” o utilizando un trabajador de salud voluntario. En tercer lugar, los éxitos logrados en el programa de erradicación de la malaria en 1970 llevaron a gran parte del país a una fase de consolidación de 'fase'. Una población rural dispersa. En cuarto lugar, un análisis del estado de salud del país muestra que el 35% de la población vive en ciudades de menos de 500 habitantes y el 17% en ciudades de 500 a 2.000 habitantes³⁹.

Entre las principales actividades que tuvo el programa están:

- Vacunación a niños (DPT, antipolio y anti sarampión); a escolares (DT); a mujeres embarazadas (toxoiide tetánico) y a la población adulta (toxoiide tetánico). Muchas de estas vacunas se aplicaban en el domicilio y se transportaban en termos especiales para este propósito.

- Control de crecimiento y desarrollo de niños menores de 6 años.

- Control prenatal en el domicilio y promoción del parto en las maternidades.

- Identificación de signos de alarma (edemas, hipertensión y sangrado vaginal) para referencia a la consulta médica.

- Orientación en cuanto a planificación familiar para mujeres en edad fértil.
- Desparasitación periódica (cada 6 meses) a toda la población en el domicilio y en los centros educativos, con prioridad a niños menores de seis años, escolares y mujeres embarazadas. Se utilizó un antihelmíntico de amplio espectro.
- Uso de sales de rehidratación oral, para la prevención y el tratamiento de la deshidratación por diarrea aguda. También se promovió el uso de soluciones rehidratantes de producción casera para este fin.
- Promoción de la organización comunitaria: comités de salud y asociaciones de desarrollo.
- Promoción de huertas escolares y familiares.
- Participación de la población en la eliminación de criaderos de vectores de malaria y dengue.
- Promoción de la higiene en la vivienda, el consumo de agua limpia y la construcción y uso de las letrinas sanitarias.
- El personal de salud rural disponía aproximadamente de 20 medicamentos de uso común: antihelmínticos y sales de rehidratación oral, un antihistamínico, un antitusivo, medicamentos analgésicos, medicamentos para el tratamiento de la escabiosis, la pediculosis y antimaláricos, entre otros³⁹.

En la década de 1990, todos los países latinoamericanos implementaron algún tipo de reforma sanitaria, más o menos integral, con diferentes matices dependiendo de las características del sistema de salud. En general, se informaron varios escenarios específicos de cada país que se alineaban y proporcionaban argumentos sólidos para implementar estas reformas. Estos incluyen cambios epidemiológicos en la morbilidad y la mortalidad, el aumento de los costos del sistema de salud, la mala cobertura de los servicios, las disparidades, las ineficiencias y las disparidades entre los pacientes y la atención primaria. Las instituciones financieras internacionales también exigen la privatización de los servicios de salud³⁹.

Costa Rica es uno de los pocos países de América Latina que ha desarrollado exitosamente un sistema nacional de salud que tiene un servicio aceptable, universalidad, solidaridad e igualdad y que incide en la salud de la población. Los modelos de salud tienen una enorme complejidad e interacción de factores sociales, políticos, técnicos y administrativos, cuyo contenido debe adaptarse para asegurar su difusión. El nuevo modelo propuesto se sustenta en la organización y estrategias utilizadas en las últimas dos décadas, donde el desarrollo del sistema de salud se basa en la prevención de enfermedades, la gestión de riesgos y la movilización y organización de recursos para ampliar la cobertura a las ciudades y zonas rurales⁴⁰.

El enfoque del nuevo modelo es un servicio de salud integral que satisfaga de manera efectiva y humana las nuevas necesidades y demandas de salud de la población a expensas del Estado y sea capaz de mantener y fortalecer los principios de seguridad. Desde el punto de vista de la comunidad, el modelo de tratamiento propuesto tiene como objetivo preservar y fortalecer los principios de atención de la salud en el país e integrar la implementación del seguro social a los derechos de todos los ciudadanos costarricenses. Estos principios son³⁹:

- **Universalidad:** El Sistema Nacional de Salud deberá cubrir y proteger a todos los ciudadanos de manera integral, incorporándolos al sistema con plenos derechos y deberes, sin barreras geográficas, sociales, económicas ni culturales.

- **Solidaridad:** El nuevo modelo será altamente solidario, para lo cual necesitará implementar cambios en la obligatoriedad de los seguros sociales, así como sistemas más eficientes en los controles de recaudación y aseguramiento.

- **Equidad:** El nuevo modelo deberá reducir las diferencias en los niveles de salud entre las distintas regiones del país y los grupos poblacionales, así como asegurar la igualdad de oportunidades al acceso de la atención integral de salud de buena calidad para iguales necesidades de los usuarios³⁹.

La regionalización es parte de las características del nuevo modelo, que organiza el país en regiones administrativas bajo la división regional del Ministerio de Planificación. Cada región se divide en regiones sanitarias según la división política y administrativa del país. Cada unidad geográfica tiene entre 15.000 y 40.000 habitantes en el área rural y entre 30.000 y 60.000 en el área

urbana, tomando en cuenta la distribución cantonal y distrital del país. Cada región sanitaria se divide en sectores con 3.500-4.000 habitantes³⁹.

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) fue fundada en 1941 por el Dr. Bajo el liderazgo de Rafael Ángel Calderón Guardia bajo la Ley No. 17 como institución estatal semiautónoma y hacia 1943 la CCSS fue reformada como institución autónoma. estado una institución para el tratamiento de la población trabajadora a través de un sistema de solidaridad tripartito que involucra al empleador, el Estado y el empleado con el objetivo de desarrollar gradualmente los seguros de enfermedad y maternidad, así como los seguros de pensiones, vejez y muerte⁴⁰.

En 1947, se estableció el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) para cubrir a los empleados gubernamentales, instituciones independientes y semiindependientes, y ese mismo año se reformó para incluir a los empleados privados y se amplió en 1960. trabajadores comerciales, escuelas privadas, oficinas profesionales y trabajadores municipales y así sucesivamente hasta 1971 cuando se incluyeron todos los trabajadores estatales⁴¹. El 12 de mayo de 1961, la Ley N° 2738 aprobó la generalización del seguro social para la CCSS, y en 1973, la Ley N° 5349 transfirió los hospitales a la CCSS, administrada por el Consejo Técnico de Asistencia Médica. Sociales y financiados por la Seguridad Social y el Estado durante tres años, hasta el momento se han construido 29 hospitales, que tienen competencia para ejercer la prevención sanitaria⁴².

Para 1975, se incluyeron el Seguro de Trabajadores Agrícolas y el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte para Trabajadores Agrícolas, y se asignó a la CCSS la administración de un sistema de pensiones no contributivo para brindar protección financiera a los ciudadanos pobres. En 1982, la CCSS y los servicios del Ministerio de Salud se fusionaron y en 1983 la CCSS asumió la responsabilidad total de brindar servicios a los ciudadanos⁴². La Caja Costarricense de Seguro Social brinda atención integral a la población costarricense a través de hospitales, clínicas y EBAIS. Debido a la alta demanda por parte de la institución, se introdujo el uso de tecnología, como archivo digital y autorización de call center, para brindar una mejor atención a los usuarios y mejorar el trabajo del personal de salud y administrativo⁴³.

La CCSS tiene como misión, visión y valores, lo siguiente:

Misión: Proporcionar los servicios de salud en forma integral, al individuo, la familia y la comunidad, otorgar la protección económica, social y de pensiones, conforme la legislación vigente a la población costarricense, mediante⁴⁴:

- El respeto a las personas y a los principios filosóficos de la Seguridad Social: Universalidad, Solidaridad, Unidad, Igualdad, Obligatoriedad y Equidad.

- El fomento de los principios éticos, la mística, el compromiso y la excelencia en el trabajo de los funcionarios de la Institución.

- La orientación de los servicios a la satisfacción de los usuarios.

- La capacitación continua y la motivación de los funcionarios.

- La gestión innovadora, con apertura al cambio, para lograr más eficiencia y calidad en la prestación de los servicios.

- El aseguramiento de la sostenibilidad financiera, mediante un sistema efectivo de recaudación y cobro.

- La promoción de la investigación y el desarrollo de las ciencias de la salud y de la gestión administrativa.

- La sostenibilidad económica, la participación social y comunitaria⁴⁴.

Visión: Seremos una institución articulada, líder en la prestación de los servicios integrales de salud, de pensiones y de prestaciones sociales, en respuesta a los problemas y a las necesidades de la población, con servicios oportunos, de calidad y en armonía con el ambiente humano⁴⁵.

Valores: La institución se guía por cinco valores que son inmutables en el tiempo y carecen de creencias comunes que orienten a la CCSS para cumplir su misión.

1. Responsabilidad: responsabilidad y rendición de cuentas, perseverancia y disciplina, aceptando las consecuencias de sus acciones.
2. Compromiso: compartir y realizar la promesa común, para el desarrollo de metas institucionales.
3. Respeto: observar y escuchar a las personas y sus problemas, reconocer su dignidad humana sin discriminación.

4. Cortesía: mostrar reglas de comportamiento que revelen el derecho manera de interactuar con los demás en todos los ambientes en los que se desenvuelve, y estos últimos tienen integridad: actuar con honestidad y racionalidad; incapacidad para engañar o engañar a las personas⁴⁵.

La Caja Costarricense de Seguro Social brinda atención médica integral a la población de Costa Rica. Con base en la ubicación de los establecimientos de salud, la CCSS dividió la región en regiones geográficas que operan sistemáticamente en modelos de red según niveles terapéuticos. protocolo y relaciones de cooperación mutua, cuya finalidad es garantizar la continuidad del tratamiento de los usuarios⁴³.

La CCSS está compuesta por un conjunto de instituciones divididas en tres niveles de atención de diversa complejidad y resolución, interconectadas y articuladas horizontal o verticalmente. Los que son menos complejos se denominan primer nivel de mantenimiento, que se ocupa de las complejidades más básicas del sistema. El segundo y tercer nivel corresponden a diferentes niveles y servicios complejos ascendentes y normalmente funcionan sobre la base de referencias dadas por el primer nivel⁴¹.

2.6.1 Niveles de Atención

- Primer Nivel: primer nivel de atención que corresponde a las áreas de salud tipo I, que comprenden las acciones más elementales y básicas del sistema.
- Segundo Nivel : segundo nivel de atención que corresponde a áreas de salud tipo II y III, hospitales periféricos y regionales.
- Tercer Nivel : tercer nivel de atención que corresponde a hospitales nacionales generales y especializados, es una agrupación de diferentes servicios especializados y complejidad mayor que actúan sobre las bases de referencia del primer nivel⁴⁰.

El territorio está dividido en siete regiones geográficas integradas, las cuales son la región Chorotega, Huetar Norte, Pacífico Central, Central Norte, Huetar Atlántica, Central Sur y la

Región Brunca, con un total de 106 Áreas de salud y 1057 EBAIS; la Central Sur está conformada por 32 Áreas de Salud, 372 EBAIS y 84 Puestos de Visita Periódica (PVP), dicha región es la que tiene más establecimientos de salud posee debido a tener una población mayor⁴⁰.

Entre los tipos de establecimientos que posee la CCSS están:

- Áreas de Salud: estas son organizaciones establecidas para la prestación de los servicios integrales de salud las cuales brindan dichos servicios en un espacio del territorio asignado previamente.

- EBAIS: equipo integrado por un médico general, un auxiliar de enfermería, un asistente técnico de atención primaria (ATAP), un asistente de REDES y un técnico de Salud en Farmacia.

- Puestos de Visita Periódica: estos se encuentran usualmente en lugar que tienen poco acceso, donde un EBAIS se desplaza a prestar servicios de salud con el fin de acercarlos a esta población⁴¹.

2.7 Deficiencias de los sistemas de atención

En Costa Rica hacer mejor las cosas, interactuar con la sociedad y satisfacer las necesidades de los ciudadanos siempre ha sido una preocupación en el sector salud, que dio saltos cualitativos según ciertos períodos históricos donde la negociación política era el paradigma dominante. Por otro lado, en las décadas de 1960 y 1970 se implementaron políticas cuyo nacimiento ideológico tuvo lugar en las décadas de 1940 y 1950 como resultado de la creación de un nuevo Estado intervencionista encargado de gestionar el nuevo modelo de producción y desarrollo de Costa Rica⁴⁶.

De manera similar, en 78-82 se publicó la política de reforma administrativa porque no podía retrasarse y porque era una continuación de la política de traslados hospitalarios. Sin embargo, esto se detuvo en la temporada 82-86 a consecuencia de la crisis económica, que obligó a introducir otras medidas intensivas que dieron resultados en su momento, pero que perdieron la continuidad del proceso incluso en este segundo período. Se propuso una muy buena justificación para la integración de los servicios de la Caja Ministerio de Salud⁴⁶.

Sin embargo, en los años 86-90 se hicieron suficientes diagnósticos que señalan problemas que más o menos determinaron el declive del sistema y que aún se están resolviendo. A los problemas humanos, económicos, políticos, culturales y administrativos se suman otros aspectos internos y externos, como los siguientes⁴⁶:

a. Deshumanización.

b. Ineficiencia.

c. Ineficacia.

d. Rompimiento del principio de equidad por la entronización de la corrupción en diferentes formas⁴⁶.

Rompimiento del principio de solidaridad, por la evasión de parte de la empresa privada y el no pago del Estado como patrono y como tal. No pago de una cuota justa por parte de grupos apoyados en convenios, aseguramiento por cuenta propia o por la vía del Estado y que no pagan por sus verdaderos ingresos⁴⁶.

e. Menosprecio por la institución de parte de importantes grupos de sus funcionarios, e incluso de la población en general, dada la ausencia de un contrato psicológico con los intereses de esta y de los fines que se persiguen de contribuir al proceso productivo nacional y de paz social orientada al aumento de la calidad de vida del ser humano sin distinciones de ningún tipo⁴⁶.

f. Disgregación de la responsabilidad, a tal grado que se perdió precisión para ubicarla y exigirla, tanto a nivel interno, como desde la perspectiva del demandante de servicios⁴⁶.

g. Imagen deteriorada que se ha introducido en la sociedad como el viento, por ineficacia e ineficiencia e incapacidad para resolver viejos problemas, de horarios de atención, colas, demoras, gestión arcaica, procedimientos complejos, exceso de papeles, impenetrabilidad en algunas áreas del sistema, poca amabilidad, retrasos injustificados, personal malinformado y malhumorado, teléfonos que no contestan, falta de respuesta a reclamaciones, parcialidad y favoritismo⁴⁶.

h. Mala praxis que hace daño a la filosofía institucional y en la confianza de la población que contribuye a mutilar aún más la imagen positiva que pueda alcanzarse con todo lo bueno que se hace⁴⁶.

i. Pérdida de confort, por instalaciones insuficientes o en deterioro, a pesar de los esfuerzos en inversiones, realizados en la última década⁴⁶.

j. Poco respeto por la persona, sus valores, confidencialidad, intimidad y pudor⁴⁶.

k. Culto al poder y a la personificación de este, en los diferentes niveles de la institución⁴⁶.

l. Costos elevados por el uso ineficiente de la variable tecnológica en todos los órdenes⁴⁶.

m. Excesivo gasto en medicalización mal aprovechada⁴⁶.

n. Excesiva burocratización y aumento de procedimientos en la ejecución de procesos que no agrega valor a los servicios⁴⁶.

o. Desvinculación de la realidad respecto del discurso oficial⁴⁶.

p. Poca conciencia de la población para defender la institución como patrimonio local y nacional⁴⁶.

Dicho esto, Costa Rica siempre ha buscado la excelencia técnico-científica. Sin embargo, como vimos antes, procesos tan complejos tuvieron lugar en contextos tan complejos que muchos esfuerzos no produjeron el resultado esperado⁴⁶.

Actualmente se están implementando programas especiales para conocer los resultados del impacto de los servicios de salud. Con los métodos utilizados se identifican definitivamente los indicadores de calidad del servicio que determinaron el éxito o fracaso de las medidas implementadas, y el objetivo final es controlar la implementación y, de ser necesario, tomar medidas correctivas⁴⁶.

En Huasca de mejora en 1996, luego de un proceso de discusión y toma de decisiones, se seleccionaron ocho unidades de traza que indicaban grupos poblacionales muy sensibles y problemas de salud y enfermedad, cuya atención brinda información valiosa sobre los procesos y sus relaciones. sistema, porque nada está aislado, sino interconectado, lo que permite concluir el comportamiento del hardware, servicio y sistema en la prestación normal del servicio⁴⁶.

La determinación de las trazadoras escogidas en Costa Rica fue la siguiente:

1. En niños fueron tres entidades: Atención de niños con bajo peso al nacer (neonatología), control de crecimiento y desarrollo en niños de 0 a 2 años sin riesgo y atención de niños menores de 5 años con neumonía⁴⁶.

2. En adolescentes se escogió el embarazo.

3. En mujeres adultas, hipertensión inducida por el embarazo.

4. En adultos hasta los 60 años, diabetes mellitus y prevención del cáncer de cuello.

5. En adultos mayores de 60 años, prevención y tratamiento de caídas con fractura.

El año pasado, grupos especiales de especialistas en epidemiología, medicina, enfermería, trabajo social y salud pública, entre otros, se prepararon después de preparar estudios piloto, p. El objetivo es compartir experiencias y esencialmente recibir retroalimentación del pleno para que se puedan modificar los instrumentos finales y así preparar la implementación del proceso de investigación en 1997⁴⁶.

Este año se esperan tareas de gestión con los hospitales, es decir. implementación del SARF (Sistema de Asignación de Recursos Financieros), donde se espera coordinar todos los principales indicadores de calidad del servicio. Se consideran muchos indicadores, incluidos indicadores de calidad basados en el modelo de calidad europeo, para las subredes de atención primaria ambulatoria y los programas de prevención y promoción de la salud⁴⁶.

Por otra parte, buscando siempre la oportunidad de mejora en áreas específicas, se destacan los siguientes aspectos⁴⁶.

- La consulta Externa especializada y algunas áreas específicas de la consulta externa general.
- Los servicios de apoyo (farmacia, laboratorio clínico, rayos x., entre otros).
- Productividad de las salas de operaciones.
- Desarrollo de recursos humanos.
- Cultura organizacional hacia la excelencia y desarrollo gerencial.
- Modificación de valores para eliminar prácticas de corrupción.
- Toma de decisiones ágiles para romper con la verticalidad del sistema.
- Sistema de información deficiente.
- Concentración de actividades en función del asistencialismo. Poca planeación orientada a la salud integral.
- Atomización de proyectos a nivel local por descoordinación en la sede.
- Desmotivación del personal.
- Desconocimiento de la misión, objetivos y políticas institucionales.
- Insatisfacción del usuario en su relación con los diferentes servicios y a nivel nacional, por filas, esperas, atención inadecuada⁴⁶.

No hay duda de que los grandes esfuerzos del pasado se consolidan hoy y asistimos a un momento histórico de cambio con un gran potencial para incidir en las necesidades y demandas de la población, donde, a pesar de los problemas existentes, son vistos como oportunidades., y se ven como oportunidades. porque la mayoría de la población acepta el desafío de proyectar al Estado y sus instituciones al siglo XXI. Sin miedo y recomendarles que se modernicen⁴⁷.

Los desafíos inmediatos del departamento son el desarrollo de un fuerte liderazgo educativo, ideas innovadoras y metas claras y cambiantes, con buenas habilidades de negociación y una alta apertura a la participación de los participantes en todos los procesos. El arte consiste en incrementar y unificar esfuerzos, con tolerancia y disposición a aceptar todo tipo de ideas que

permitan que la positividad contribuya al proceso motivacional o ver la negatividad como una oportunidad de mejora, lo que propicia la mejora continua para siempre⁴⁶.

El futuro es prometedor y requiere de la participación de la comunidad para que las decisiones sean compartidas y así la responsabilidad toque los cimientos de toda la población para que valoren lo que tienen en esta sociedad a pesar de los pequeños y limitados recursos. Basado en muchos estudios, es indiscutible que se puede hacer mucho más con los mismos recursos porque no se aprovechan al 100% y que hay evidencia de la creatividad y capacidad de respuesta de este pueblo en el pasado reciente y a lo largo de la historia. si la patria lo exigiera⁴⁷.

El proceso de modernización de los servicios tiene como objetivo incrementar la eficacia, eficiencia, calidad e impacto de los programas, la transformación de las redes de atención primaria de salud y la asignación de recursos financieros no sólo en la red hospitalaria, sino en todas las áreas de la atención de salud. Ambas actividades constituyen una experiencia invaluable, donde la parte más seleccionada de la experiencia institucional es la participación tanto en la implementación de los programas como en su creación⁴⁵.

Las experiencias hacen avanzar la ciencia y el arte de la gestión, especialmente los servicios de salud. Se desarrolló claramente una instrumentación teórica, seguida de un conocimiento experto de la reforma, que permitió formular políticas claras e innovadoras. La retroalimentación dialéctica de la práctica como teoría requiere la implementación de medidas imprevistas y el perfeccionamiento del arsenal teórico y político en continuo aprendizaje que las instituciones encargadas de responder a los problemas de salud pública deben brindar servicios complejos. su derecho constitucional a la salud⁴⁶.

El futuro es seguro, si se considera la reserva moral y de conocimientos existente en el país, y la evolución de la calidad de los servicios de salud es una rueda de la historia sin engranajes inversos. Finalmente, la investigación se convierte en un arma fundamental para mejorar el conocimiento, visualizar oportunidades de mejora, uso más eficiente de los recursos y fortalecer el conocimiento institucional, y con ello el compromiso psicológico de quienes estamos convencidos de que los marginados y pobres de nuestros países sólo tienen oportunidades y posibilidades si

existe una obligación nacional de desarrollar y proporcionar servicios masivos de educación, salud, trabajo y seguridad basados en los principios de solidaridad e igualdad. Esta lección ha sido enseñada por la historia en las distintas etapas del desarrollo de la ciudadanía costarricense⁴⁰.

2.8 Abordaje integral

El concepto de atención integral de la OMS/OPS significa que la gama de servicios disponibles debe responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo promoción, prevención, diagnóstico temprano, cuidados y apoyo curativos, de rehabilitación y paliativos. para el autocuidado. El holismo es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, los cuidados primarios, secundarios, terciarios y paliativos⁴⁷.

Para Costa Rica, fortalecer el modelo de atención integral es necesario para lograr mejores niveles de salud de la población. En este sentido, es imposible revertir el retorno al modelo tradicional, donde cada médico atendía el mayor número de pacientes posible en el menor tiempo y trataba únicamente la enfermedad de su elección⁴⁸. Sin embargo, está claro que sólo combinando el proceso de formación de usuarios y personal se podrá obtener el conocimiento y el compromiso necesarios para que este nuevo modelo de atención sea un éxito. Con el tiempo se logra controlar al máximo las características de cada miembro de la comunidad para brindarles el control preventivo que necesitan. En este sentido, la atención personalizada se convierte en una de las banderas de la seguridad social de nuestro país⁴⁸.

Por otro lado, cabe mencionar que se han propuesto cuatro programas estratégicos para alcanzar estas metas. El propósito de estos cuatro programas es aumentar los límites de toma de decisiones de los distritos de salud y darles más libertad para organizarse de acuerdo con las necesidades de cada comunidad. Sin embargo, elevar su nivel de competencia debe ir acompañado de mejores habilidades de gestión y compromiso de los empleados con el nuevo sistema de cuidados⁴⁸.

Finalmente, los nuevos modelos y programas quieren asegurar más atención en salud y con ello disminuirán la demanda de ingreso por enfermedades simples y tratables en el hogar, de lo cual se debe crear una conciencia generalizada entre los trabajadores y usuarios de los servicios de salud. los costes de la seguridad social y la necesidad de hacer el mejor uso de los recursos⁴⁷.

2.9 Prevención del embarazo adolescente

La necesidad de actuar en el ámbito de la educación sexual de niñas, niños, adolescentes, jóvenes y población en general es actualmente el foco de varias instituciones y organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Fundación Salud. Fondo de la Infancia. UNICEF), entre otros el Fondo de Población de las Naciones Unidas, quienes están convencidos de que hay que afrontar este problema⁴⁹.

Actualmente, la cultura informativa relacionada con la sexualidad y su evaluación muchas veces se recibe distorsionada durante el proceso de socialización. En ocasiones se transmite información contradictoria, acientífica y fuera de contexto, lo que tiene consecuencias negativas para el orden psicológico y social de los jóvenes⁴⁹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la pubertad entre los 10 y los 19 años. La mayoría de los embarazos en adolescentes se consideran embarazos no deseados resultantes de relaciones sexuales sin protección. América Latina y el Caribe es una de las regiones con mayores tasas de embarazo adolescente, por lo que el embarazo adolescente se ha convertido en una gran preocupación para los gobiernos de muchos países latinoamericanos, especialmente Ecuador⁴⁹.

En cambio, según la OMS y la OPS, más de la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años, mientras que en la región andina la proporción de jóvenes entre 10 y 19 años es del 20 por ciento. El tema del embarazo adolescente no sólo afecta la vida íntima de las familias, sino que también forma parte del debate político y educativo. El objetivo es brindar fundamentos psicopedagógicos para prevenir el embarazo adolescente y sugerencias para prevenirlo⁵⁰.

De acuerdo con lo anterior, lo que se logra es que la prevención sea una preparación previa para minimizar el riesgo. El objetivo de la prevención es garantizar que las pérdidas potenciales no se materialicen. Los autores asumen la prevención como un conjunto de procesos que estimulan el desarrollo humano y con ello intentan prevenir el surgimiento y aumento de problemas socialmente importantes. También se considera un enfoque preventivo integral un enfoque que promueva los procesos de construcción de una cultura alternativa que promueva el liderazgo social, el desarrollo de la personalidad y del grupo, la amistad, la solidaridad, el diálogo y la convivencia en la prevención de problemas socialmente importantes⁵⁰.

Como parte de la prevención del embarazo adolescente se organizan diversos aspectos que se mencionan a continuación:

- La clave del éxito de la sexualidad en los adolescentes es que ellos conozcan los riesgos y proporcionarles las armas para que puedan prevenir las enfermedades y el embarazo adolescente. Sin embargo, aún existen muchas barreras para lograr una educación sexual eficaz.
- Los padres y maestros deben orientar y formar a los jóvenes en edades tempranas sobre educación sexual, aborto y enfermedades de transmisión sexual.
- La familia debe ayudar a los jóvenes en el crecimiento de su autoestima y prepararlos para la toma de decisiones responsables acerca de su sexualidad.
- La sociedad y la familia deben contribuir al desarrollo social y emocional de los jóvenes.
- Se debe fomentar la comunicación entre padres e hijos.
- Se debe realizar un proyecto de vida.
- Postergar el inicio de una vida sexual activa hasta haber alcanzado un nivel adecuado de madurez física, psicológica y emocional.
- Usar preservativos en caso de tener relaciones sexuales.
- Comunicación asertiva: Está comprobado que una buena comunicación con la madre sí que es un buen factor de predicción de una conducta sexual responsable en la hija adolescente
- Se debe capacitar a maestros y familiares para realizar una educación sexual de calidad⁴⁹.

Ahora bien, actualmente la prevención del embarazo adolescente constituye un reto de la educación sexual en el contexto educativo en general y en el ecuatoriano específicamente. La información científica y libre de prejuicios ayuda al ser humano a crecer valorando más su sexualidad y tomando responsabilidad en la misma, le permite resolver las dudas que tienen al respecto de cualquiera de los aspectos que se relacionan con la sexualidad; les permite conocer las opciones que tienen para ser responsables con su sexualidad y dejar de lado la angustia para sentirse plenos consigo mismos⁴⁹.

Además, con el fin de dar soluciones rápidas para garantizar un descenso de los embarazos adolescentes se han dispuesto diferentes acciones:

- Es necesario educar a los/las jóvenes acerca de la responsabilidad que implica la madurez sexual y reproductiva, de forma tal que puedan vivir su sexualidad de manera segura y evitar situaciones que súbita e inesperadamente transforman su vida.
- La difusión, promoción y educación en materia de salud sexual y reproductiva, como vías para la prevención del embarazo adolescente.
- Los programas de prevención requieren ser adecuados a la realidad de cada comunidad. Se precisa de información que vaya más allá de la reproducción y la anticoncepción.
- Es necesario que los adolescentes concienticen sus valores, que establezcan metas personales y fortalezcan la confianza en sí mismos, para que asuman una maternidad y paternidad responsable⁴⁹.

Actualmente, la OPS indica que reducir el embarazo adolescente es necesario para garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de planificación familiar, información y educación, e incluir la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales, con especial atención al primer nivel de atención. . . Pruebas sólidas y mejores prácticas a nivel regional y mundial muestran que el embarazo adolescente puede tratarse con éxito cuando existe⁵⁰.

Por otro lado, la base de evidencia para la prevención del embarazo en adolescentes ha aumentado durante la última década. Hasta ahora, los esfuerzos de varios gobiernos y organizaciones se han centrado en prevenir el embarazo adolescente mediante la sensibilización y la prestación de EIS y servicios de prevención. Se ha prestado relativamente menos atención a las medidas para mejorar el acceso a servicios de atención del embarazo seguros y eficaces y para ayudar a los jóvenes a regresar a la escuela o encontrar trabajo después del embarazo⁵⁰.

Finalmente, en 2016, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), el UNFPA y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) desarrollaron un conjunto de enfoques estratégicos y acciones prioritarias para apoyar la reducción de los embarazos en adolescentes⁵⁰.

2.10 Anticoncepción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el período comprendido entre los 10 y los 19 años. Esta es una etapa crítica del desarrollo en la que ocurren cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales significativos. Un rasgo clave de esta transición entre la niñez y la edad adulta es la búsqueda de su lugar, lo que los obliga a experimentar sin pensar demasiado en las consecuencias de sus acciones. Significa a menudo riesgos procedentes del mundo de los adultos, que son inaceptables, pero que los jóvenes difícilmente perciben como tales⁵¹.

Por otro lado, la experiencia "libre de riesgos" con los anticonceptivos sugiere que no los usan regularmente y que quienes los usan a veces no son confiables. En los últimos años se ha producido un cambio en el comportamiento sexual de los jóvenes, lo que ha provocado un aumento del número de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en este grupo⁵¹.

La información que describe este cambio es la siguiente:

- La edad media de la primera relación coital ha pasado, en las dos últimas décadas, de 18,8 a 17,5 años en los varones y de 19,8 a 18,2 años en las mujeres.
- El 20-25% de las primeras relaciones coitales son practicadas sin ninguna protección anticonceptiva.
- Según los datos de la IV encuesta Schering de anticoncepción en España (2003), sólo el 45% de las mujeres entre 15 y 19 años utiliza algún método anticonceptivo.
- La tasa de fecundidad (número de nacidos por 1.000 mujeres) en el grupo de 15 a 19 años fue en 1994 de 8,32, ascendiendo a 9,75 en 2001⁵⁰.
- El número de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) se ha incrementado en los últimos años de 47.832 en el año 1994 a 77.125 en 2002, siendo las tasas por 100 mujeres de 15-44 años de 5,38 y 8,46, respectivamente. El mayor incremento se ha producido en los grupos más jóvenes; en el grupo de edad de 15-19 años ha ascendido de 4,22 a 9,28 y en el de 20-24 años de 7,92 a 14,37, siendo este último el de mayor tasa de IVE⁵⁰.

- Según los datos del registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria, las tasas por 100.000 habitantes de las dos ETS (infección gonocócica y sífilis) se han incrementado en los últimos años (2001-2003), así ha pasado de 1,98 a 2,55 en el caso de la gonococia y de 1,72 a 2,19 en el de la sífilis⁵⁰.

Todos estos datos no hacen sino ratificar la importancia de promover la anticoncepción en los adolescentes. En la actualidad, evitar embarazos no deseados es considerada una de las principales medidas preventivas dentro de un sistema sanitario desarrollado. La OMS en su estrategia "Salud 21" incluye entre sus recomendaciones a los Estados miembros que garanticen el acceso a medidas para evitar los embarazos no deseados, incluyendo la información y la ayuda a los jóvenes. También el programa de actividades preventivas y de promoción de la salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) recomienda el consejo y la provisión de anticonceptivos (cuando sea necesario) a los adolescentes⁵¹.

2.10.1 Educación sobre métodos anticonceptivos

Es esencial que los jóvenes que consultan tengan información suficiente (comprensible) para tomar una decisión anticonceptiva informada y voluntaria. La información sobre el método elegido debe darse por escrito y debe incluir al menos lo siguiente: efectividad, reglas para su correcto uso, mecanismo de acción, efectos secundarios generales, método de acción en determinadas condiciones (olvido, aviso, etc.), riesgos y beneficios a la salud, signos y/o síntomas que requieren visita profesional de la salud e información sobre protección contra enfermedades de transmisión sexual. Además, es importante recomendar y reconocer la importancia de la doble protección (uso del condón) para prevenir el contagio de ETS⁵¹.

2.10.2 Control y seguimiento de los anticonceptivos

La OMS⁵¹ sólo considera esencial y obligatorio para el uso seguro y eficaz del método anticonceptivo las siguientes:

- Examen de pelvis-genital previo a la inserción del dispositivo intrauterino (DIU), esterilización y prescripción de diafragma o capuchón cervical.

- Toma de tensión arterial para los anticonceptivos hormonales y la esterilización.
- Evaluación del riesgo de ETS (mediante examen físico y antecedentes médicos) para la inserción del DIU, siendo aconsejable en estos casos la realización de analítica de despistaje de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otras ETS.

La medición de la hemoglobina también es necesaria en relación con la esterilización o la inserción del DIU. La realización de una exploración ginecológica y mamaria, una citología cervical o pruebas analíticas (glucemia, lípidos, perfil hepático, coagulación) parece algo consensuado, pero no hay evidencia de su beneficio en usuarias de AOC⁵⁰.

2.10.3 Métodos anticonceptivos

Anticonceptivos naturales

En su mayoría se basan en la existencia de fases fértiles y estériles en el ciclo menstrual, programando las relaciones sexuales en aquellos días del ciclo en los que la probabilidad de gestación es baja⁵. Tienen la ventaja de tener un menor costo económico, son reversibles e inoocuos, pero también tienen una serie de inconvenientes:

- Desaparece la espontaneidad en las relaciones sexuales.
- Precisa de un elevado grado de motivación para respetar los períodos de abstinencia.
- No protegen ante enfermedades de transmisión sexual.
- Escasa seguridad anticonceptiva, que aumenta en este grupo de edad ya que la ovulación es irregular y por tanto difícil de calcular. Su uso "típico" tiene una tasa de fallos anual de un 25%, mientras que la del uso "perfecto" oscila entre el 9% (método Ogino) y el 2% (método sintotérmico)
- Necesidad de aprendizaje de la técnica⁵¹.

Método del ritmo, del calendario, de intervalo o método Ogino

Consiste en calcular el período fértil del ciclo a partir de los registros de los 12 ciclos anteriores, en los que podemos calcular el tiempo aproximado de ovulación y sumarle el posible

tiempo de supervivencia de los espermatozoides. De los 12 episodios registrados (al menos 8), se determinan el más largo y el más corto; Restando 19 días al ciclo más corto se obtiene el primer día fértil y restando 10 días al más largo se obtiene el último día fértil. Por ejemplo, una mujer con un ciclo de 25 a 33 días debe abstenerse desde el día 6 (25-19) hasta el día 23 (33-10).⁵¹

Método de la temperatura basal

Esto se basa en que cuando ocurre la ovulación, la temperatura basal aumenta aproximadamente 0,5°C como resultado del efecto termogénico de la progesterona. Este método indica que se ha producido la ovulación, pero, no predice cuándo se producirá, por lo que se debe evitar la relación entre el primer día del ciclo y el tercer día consecutivo de fiebre alta. Además, este método requiere utilizar siempre el mismo termómetro, medir siempre la temperatura en el mismo lugar (ano o vagina) inmediatamente antes de levantarse, y con condiciones que puedan provocar fluctuaciones de temperatura (alcohol, enfermedades, insomnio, etc.).⁵¹

Otros métodos naturales

Estos métodos, aunque no se basan exactamente en mantener los días fértiles, se denominaron naturales, por eso se comentan aquí. Estos son métodos baratos y reversibles, pero no protegen contra las ETS⁵¹

Amenorrea láctica

Esto presupone la presencia del parto, lo que no es común en la adolescencia. Debe haber menstruación y lactancia completa durante los primeros 6 meses. Retirada, interrupción o cese de las relaciones sexuales Consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación. No se debe recomendar su uso, porque las gotas de líquido seminal antes de la eyaculación contienen espermatozoides y por tanto fertilizan. Su tasa de fallo oscila entre el 4% (uso completo) y el 27% (uso normal) por año⁵¹.

Anticonceptivos de barrera

En general, muchos los prefieren porque los métodos de barrera ofrecen protección tanto contra el embarazo como contra la mayoría de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), lo que los

hace particularmente indicados durante la pubertad, ya sea como método de elección o como una doble protección⁵¹.

Para uso masculino (condón o preservativo)

Consiste en una buena funda de látex, caucho o poliuretano con un recipiente para espermatozoides en el extremo cerrado. Lo utilizan jóvenes de entre 70 y 756,19 años. Siempre se debe recomendar el preservativo por encima de cualquier otro método, ya que su uso correcto no sólo aumenta la anticoncepción, sino que también protege contra las enfermedades de transmisión sexual. También son fáciles de conseguir —se venden en lugares públicos— y realizan una labor preventiva (corresponsabilidad). Su tasa de fallo varía del 2% (uso completo) al 15% (uso normal) por año⁵¹

Para uso de mujeres Condón femenino

Consta de una bolsa de poliuretano con una anilla flexible en cada extremo. El interior se dobla y se presiona contra el fondo de la vagina cuando se inserta el tampón, y el exterior se deja para cubrir parcialmente la vulva. Se puede colocar hasta 8 horas antes del coito. Requiere formación para utilizarlo correctamente, por lo que sólo se recomienda a jóvenes muy motivados. Tasa de fracaso del 4% (uso completo) y del 27% (uso normal) por año⁵¹. Película Es una tapa de goma esférica con un borde flexible. Hay varios tamaños, la mayoría de los jóvenes necesitan tamaños de 60 a 80mm. Puede aplicarse hasta 3-4 horas antes del coito y mantenerse hasta 6 horas después del coito. Tiene la ventaja de la reutilización y las desventajas de una menor protección contra las enfermedades de transmisión sexual que antes, la necesidad de entrenamiento, un aumento de las infecciones urinarias, que deben ser determinadas por un médico, y una tasa de fracaso entre el 16% y el 60%⁵¹.

Capuchón cervical

Es similar al anterior, pero es más difícil de colocar porque es un gorro de látex que se adapta al cuello uterino. La ventaja es que se puede dejar colocado durante 48 horas, y las desventajas son un mayor riesgo de infecciones del tracto urinario o cambios en la citología cervical (verificar tres meses después de su uso) y la posibilidad de shock séptico si se deja colocado por mucho tiempo.⁵¹

Espermicida Cremas, Huevos, Espumas

Suelen referirse a métodos físicos. Se trata de sustancias que modifican el metabolismo de los espermatozoides y los inmovilizan. Su efecto dura 1 hora y no se debe limpiar la zona hasta pasadas 6 horas después del coito. La ventaja es su protección contra las enfermedades de transmisión sexual, aunque se han planteado dudas sobre si el 9-nonoxinol puede aumentar el riesgo de infección por VIH. Pueden provocar irritación de las mucosas de los genitales y su olor y sabor pueden resultar desagradables. Su tasa de falla de un solo uso oscila entre el 28% y el 19%.
anticonceptivos hormonales Se pueden dividir en dos grupos de anticonceptivos: anticonceptivos combinados de estrógeno y progestina y sólo de progestina. En ambos casos, los preparados están disponibles a través de diferentes vías de administración. Los métodos anticonceptivos orales son los más utilizados entre los jóvenes, seguidos por el condón en alrededor del 10%, mientras que sólo 1,21 jóvenes utilizan la opción inyectable⁵¹.

Anticonceptivos orales combinados

Dependiendo de la cantidad de estrógeno que contengan, los AOC pueden ser de dosis media (40-50mcg de etinilestradiol [EE]), utilizados sólo en situaciones especiales o como anticoncepción de emergencia, de dosis baja ($\frac{3}{4}$ 35mcg de EE) o de dosis muy baja. con 15 µg de EE). Los dos últimos grupos son actualmente los más utilizados, porque el riesgo de tromboembolismo es menor y la incidencia de efectos secundarios es menor⁵¹. Aunque tiene una tasa de fracaso general del 8-0,3%, es mayor en los jóvenes (hasta un 15%) debido al olvido frecuente. En Estados Unidos, más de la mitad de los jóvenes abandonan el tratamiento en el plazo de un año⁵¹.

Anticonceptivo inyectable combinado

Es una combinación de 150 mg de algestona-acetofenida y 10 mg de enantato de estradiol en una solución oleosa de liberación gradual. Se administra mediante inyección intramuscular profunda cada 4 semanas, preferiblemente el día 7 de cada ciclo. También se puede iniciar en cualquier momento cuando se haya descartado embarazo utilizando algún método anticonceptivo adicional (abstinencia o preservativo) durante la siguiente semana⁵¹. Tiene una tasa de fracaso del 0,05 al 3 por ciento por año. No hay problemas con su uso en jóvenes (categoría 1 de la OMS). Se

logra un mejor ciclo y una recuperación más rápida de la fertilidad que con inyecciones de progestina solas⁵¹.

Parches anticonceptivos transdérmicos

Cada parche contiene 6 mg de norelgestromina y 600 µg de EE. Tiene efectos similares a los AOC, provocando manchado, sangrado y malestar en el pecho más frecuentes durante los primeros dos meses. La adherencia al tratamiento es mayor que la de ACOC (88 % frente a 78 %), lo que constituye un beneficio importante de este producto.

La forma de aplicación es una vez por semana durante 3 semanas, agregando un descanso durante el cual se produce el sangrado. No requiere receta médica, pero no está financiado por la Seguridad Social. El primer día de la menstruación, se debe aplicar sobre la piel limpia, sana, seca y sin pelo (nalgas, abdomen, parte superior exterior de los brazos o torso, pero nunca en el pecho) y adherir firmemente hasta su total adherencia. Es posible ducharse, nadar, practicar deportes. No se recomienda cambiar de ubicación innecesariamente. No se recomienda aplique cremas o aceites cerca de los parches⁵¹.

Anillo vaginal

Un anillo de etileno-acetato de vinilo flexible e incoloro. Contiene 2,7 mg de EE (15 µg de equivalente diario) y 11,7 mg (0,12 mg diarios) de etonogestrel, una progestina de tercera generación, que se absorbe tras la liberación vaginal. La inserción debe realizarse el primer día del ciclo. Se inserta en la vagina (dado que no es necesario cubrir el cuello uterino, la posición en la vagina no es importante para la eficacia anticonceptiva, por lo que las usuarias pueden hacerlo fácilmente por sí mismas) se mantiene colocado durante 3 semanas y se toma un descanso (interrupción) durante una semana. El llamado sangrado por privación suele ocurrir 2-3 días después de que se extrae y se usa un anillo diferente para el nuevo ciclo. Su eficacia es similar a la de los AOC y tiene pocos efectos secundarios. Tiene excelentes niveles de adopción y cumplimiento por parte de los usuarios del 85-90%⁵¹.

Anticoncepción con progestágenos solos

Este tipo de anticonceptivo está especialmente indicado durante la lactancia o en los casos en los que los estrógenos estén contraindicados. Al no haber deficiencia hormonal, la respuesta del endometrio es variable e impredecible, pudiendo no tener un ciclo reconocible, sino sangrado irregular, sangrado muy frecuente o poco frecuente e incluso períodos (lo que genera preocupación sobre si está embarazada). Esta irregularidad en el ciclo conduce a menudo a interrupciones y abandono del método (casi 25% de los casos). Otras razones del rechazo pueden incluir el aumento de peso y la aparición de acné.

Anticonceptivos inyectables de progestágeno

Es un método anticonceptivo hormonal de acción prolongada (3 meses) muy conveniente y eficaz (tasa de fracaso del 0,3% al 3% por año). Sus principales inconvenientes son los frecuentes cambios secundarios en el ciclo menstrual, es decir, el sangrado irregular (que puede tratarse con ibuprofeno 800 mg cada 8 horas durante 5 días¹⁹) y la amenorrea, que normalmente no es lo suficientemente tolerable. Si el sangrado es persistente o frecuente, se pueden administrar AOC en dosis bajas durante 5 a 10 días²⁴. Este es el método de elección cuando se requiere una alta eficacia y/o cuando se sospecha un cumplimiento deficiente en adolescentes. No se recomienda si desea evitar el embarazo durante menos de 1 año, ya que la interrupción puede retrasar temporalmente la recuperación de la fertilidad⁵⁰.

Existe una formulación de acetato de medroxiprogesterona de 150 mg que debe inyectarse por vía intramuscular dentro de los primeros 7 días del ciclo, o en cualquier otro momento si se usa protección adicional (o se suspende) en la semana siguiente. Las inyecciones pueden repetirse hasta 2 semanas después o antes⁵¹.

Durante su uso se observó una disminución del 4% en la densidad ósea⁴⁵. No hay evidencia concluyente de que las pérdidas puedan revertirse si se interrumpe el tratamiento⁴⁶, aunque algunos autores no lo recomiendan²⁷. Por otro lado, la OMS lo considera Categoría 2 hasta los 18 años, edad en la que pasa a la Categoría 1. Un estudio clínico reciente demostró que la suplementación mensual con estrógenos prevenía la pérdida ósea⁴⁷. También induce un estimulante del apetito (el

50% de los adolescentes interrumpen el régimen debido al aumento de peso, pero esto no ha sido probado objetivamente).

Implantes subdérmicos de progestágeno solo

El primer implante se comercializó en España en 2002 como especialidad de diagnóstico hospitalario. Se trata de pequeñas cápsulas de Silastic que contienen 68 mg de etonogestrel. El producto se suministra precargado en aplicadores estériles de un solo uso. Pasa desapercibido (4 cm x 2 mm) y se puede quitar en cualquier momento. Puede utilizarse durante los primeros 7 días del ciclo. La eficacia anticonceptiva dura 3 años (puede ampliarse a 5-7 años para mujeres que pesan menos de 70 kg 18). Ya existe otro fármaco lanzado en 2004, que consta de dos cilindros flexibles que liberan Levonorgestrel. Se necesita un poco más de esfuerzo para insertarlo y quitarlo, pero el efecto es el mismo, el costo es el mismo y puedes usarlo durante 4 a 5 años, lo que lo hace más eficiente a largo plazo. Aunque son muy eficaces (0,05 en tasa de fracaso), sólo se toleran de forma regular ya que provocan menstruaciones irregulares, amenorrea y manchas. También puede ocurrir aumento de peso. Todo esto hace que la tasa de abandono sea muy alta (25-30% anual) y sea necesario un asesoramiento adecuado antes de ser indicado⁵¹.

Dispositivo intrauterino con Levonorgestrel

Se trata de un tipo especial de DIU comercializado recientemente en España para diagnóstico hospitalario, que contiene un reservorio de liberación lenta de 52 mg de Levonorgestrel (ingesta media diaria de 20 µg). Su tasa de fracaso (0,17H) es menor que la de los DIU de cobre de bajo estrés, similar a la de los DIU de alta carga o la ligadura de trompas, con la ventaja de ser reversible. El DIU de Levonorgestrel debe usarse durante los primeros 7 días del ciclo y reemplazarse cada 3 a 5 años⁵¹.

Anticonceptivos de emergencia

Existen varios métodos de anticoncepción de emergencia (EA), pero el más común es el uso de AOC, que contienen dosis de estrógeno y progestina más altas de lo habitual. Para las

adolescentes, se recomiendan los glóbulos rojos con progestágeno solo debido a su alta eficacia y baja frecuencia de efectos secundarios⁵¹.

CAPÍTULO III – MARCO METODOLÓGICO

Analizar los factores culturales, socioeconómicos y educativos que influyen en la prevalencia de casos de embarazo adolescente en la población adscrita al Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia durante el primer semestre del año 2023, para la elaboración de una propuesta sobre el abordaje integral en la promoción de la salud sexual y reproductiva en dicha población

En el presente capítulo, se realizará una descripción sistemática de la metodología que ha sido utilizada en esta investigación. Se informará mediante los siguientes criterios metodológicos, la búsqueda adecuada con base en evidencia científica de la información, la cual permitirá un análisis correcto de los resultados, dirigiendo a una subsecuente conclusión que responda a cada resultado de los objetivos planteados con anterioridad.

A continuación, se plantearán aspectos como el enfoque, tipo de investigación, las fuentes de información utilizadas, los criterios de búsqueda de información, los criterios de inclusión y exclusión, se procurará describir el proceso de selección de información, la clasificación según los niveles de evidencia de los artículos utilizados, las variables investigativas, se describirá el procedimiento de recolección de la información, así como los instrumentos que se han utilizado para dicho procedimiento.

Es importante comentar que se eligió el Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia como centro de estudio para la presente investigación, debido a que se desea contribuir con el progreso del cantón en cuanto a superación de problemáticas referentes a la salud.

Antes de dar inicio con la presente Tesis, se realizó una visita al centro de salud y se investigó acerca de cuáles eran las principales problemáticas en salud que aquejaba la población en dicha Área de salud, y dentro de las más relevantes, se encontraba la preocupación por la prevalencia de embarazos adolescentes, ya que, a pesar del avance que ha habido en cuanto a este tema, se deseaba llegar más allá de las principales causas y generar recomendaciones que ayuden a disminuir la prevalencia de embarazos adolescentes en el cantón de Santa Bárbara de Heredia.

3.1 Enfoque

El método de investigación es un proceso sistemático, disciplinado y controlado y está directamente relacionado con los métodos de investigación, que son de dos tipos: el método inductivo, generalmente asociado a la investigación cualitativa, que consiste en una transición de los casos individuales a la generalización; mientras que el método deductivo suele asociarse a la investigación cuantitativa, que se caracteriza por ir de lo general a lo específico. El propósito del siguiente tema es explicar los diferentes enfoques utilizados en la investigación científica, los

cuales son la clave y guía para determinar resultados consistentes, claros, objetivos y significativos⁵².

3.2 Tipo de investigación

Cualitativo: La investigación cualitativa es una investigación que examina la calidad de actividades, relaciones, cosas, herramientas, materiales o instrumentos en una situación o problema específico. Su propósito es lograr una descripción integral, es decir, se intenta un análisis exhaustivo y muy detallado de un determinado tema o actividad. A diferencia de la investigación descriptiva, correlacional o experimental, en lugar de establecer una relación de causa y efecto entre dos o más variables, la investigación cualitativa está más interesada en cómo ocurre la dinámica o cómo ocurre el proceso de cambio. Un problema o cuestión⁵³.

El presente trabajo, se trata de una investigación cualitativa con diseño fenomenológico, que ha sido orientada al análisis de los factores culturales, socioeconómicos y educativos que influyen en la prevalencia de casos de embarazo adolescente en la población adscrita al Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia durante el primer semestre del año 2023, para la generación de una propuesta sobre el abordaje integral en la promoción de la salud sexual y reproductiva en dicha población.

3.3 Población y muestra

Para determinar la población principal y la muestra, primero es necesario especificar qué o quién se está midiendo o analizando, es decir, quienes son los sujetos. Esta decisión depende del enfoque inicial, propósito y diseño del estudio. Por ejemplo, si el objetivo es saber si existen problemas de comunicación entre profesores universitarios y estudiantes, se selecciona un grupo de profesores y un grupo de estudiantes y se aplica el cuestionario a ambas partes. Si solo se selecciona un grupo, como estudiantes, la unidad de análisis es incorrecta. Si la población es muy grande o por algún motivo no es posible acceder a ella, se selecciona una muestra para realizar la Investigación⁵⁴.

Una muestra está formada por elementos seleccionados de una población predeterminada y estos son los sujetos o elementos con los que se realiza la Investigación. Se define como un

subconjunto de una población que refleja fielmente esa población y mantiene sus valores. El muestreo se puede dividir en dos tipos: muestreo no probabilístico y muestreo probabilístico. La elección del tipo de muestra depende de los objetivos de la investigación, el diseño de la investigación y la contribución prevista⁵⁴.

Pese a que uno de los objetivos de la investigación está relacionado con el embarazo adolescente no se elige como muestra esta población debido a que son menores de edad y para que pudieran ser entrevistados directamente o encuestados los padres debían firmar un consentimiento informado lo cual, se intentó sin éxito alguno ya que, muchos de los adolescentes acuden al centro de salud sin acompañamiento y en su mayoría es difícil contactar con los padres de familia por tanto, en vista de que no era posible de este modo, se toma como población los profesionales de la salud que desde su punto de vista como colaboradores tienen una perspectiva de los diferentes factores que propician un embarazo adolescente.

Además, otra razón de que la entrevista y la encuesta no se realizaran a la población de pacientes, es que la Universidad no cuenta con un Comité de Ética Científico, además, la sustentante no está certificada con el curso de Buenas Prácticas Clínicas, el cual permite realizar investigaciones biomédicas en las que participan seres humanos, y en las cuales se incluyen entrevistas a pacientes y población en general.

3.4 Fuentes de información

Son todos recursos que contienen datos formales, informales, escritos, orales o multimedia⁵⁵.

Fuentes primarias: Contienen información original que ha sido publicada por primera vez y no ha sido publicada. nadie más filtra, interpreta o evalúa. Son el resultado de investigaciones o actividad muy creativa⁵⁵.

Fuentes secundarias: Contienen información primaria, sintetizada y reorganizada. Están diseñados específicamente para facilitar y maximizar el acceso a fuentes primarias o su contenido. Forman una colección de fuentes bibliotecarias y facilitan la gestión y el acceso a fuentes primarias. Deben citarse cuando la fuente primaria no se puede utilizar por una razón específica, cuando los

recursos son limitados y cuando la fuente es confiable. Lo utilizamos para confirmar nuestros hallazgos, ampliar el contenido de la información de fuentes primarias y planificar nuestra investigación⁵⁵.

Fuentes terciarias: Son guías físicas o virtuales que contienen información sobre fuentes. Instituto Forman parte de la colección de información de la biblioteca. Facilitan la gestión y el acceso a software de referencia múltiple (por ejemplo, libros de referencia) o de un solo tipo (por ejemplo, bibliografías)⁵⁵.

Se encuestaron a 10 y se entrevistaron a 3 profesionales de la salud. Los datos que fueron recopilados por medio de la plataforma Microsoft Forms y Word, además de la información que se recolectó, se contrastó con datos obtenidos de artículos científicos que fueron clasificados según los niveles de evidencia de Sackett. Por otra parte, se utilizaron diversas fuentes de Información que permitieron recolectar información bibliográfica confiable y veraz para dar sustento a esta investigación.

3.5 Criterios de búsqueda de la información

Actualmente se necesita información en diversos ámbitos de la vida, y aunque Internet ofrece muchas formas de restaurarla, no garantiza que se pueda hacer de forma eficaz. Esto puede deberse a una sobrecarga de información, desconocimiento de la gestión de recursos o simplemente a la falta de las habilidades necesarias para aprovechar la riqueza que la web tiene para ofrecer. Una estrategia de búsqueda es un conjunto de pasos y acciones que se toman para obtener la información requerida. Dada la variabilidad de los resultados de búsqueda, es importante implementar estrategias para recuperar la información de una manera particular⁵⁶.

Tabla 2. Criterios de búsqueda de la información

Objetivo	Descriptor	Motores de búsqueda	Período de estudio	Idioma
1. Identificar los posibles factores que	Factores embarazo adolescente	PubMed, Google Académico,	2017-2023	Español/ inglés

influyen en el embarazo adolescente.	Factores culturales	SciELO, Elsevier, Clinical Key, EBSCO, Cochrane, Scopus, Science Direct.		
	Factores educativos			
	Embarazo adolescente			
2. Describir los sistemas de apoyo actuales con los que cuenta la población adolescente adscrita al Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia.	Sistemas de apoyo adolescentes	PubMed, Google Académico, SciELO, Elsevier, Clinical Key, EBSCO, Cochrane, Scopus, Science Direct.	2017-02023	Español/ inglés
	Afectividad y sexualidad MEP			
	Población adolescente			
3. Relacionar los factores de riesgo con los sistemas de	Deficiencias en sistemas de apoyo	PubMed, Google Académico, SciELO,	2017-02023	Español/ inglés

apoyo para la visualización de las distintas deficiencias que influyen en el aumento de casos de embarazo adolescente.	Aumento embarazo adolescente	Elsevier, Clinical Key, EBSCO, Cochrane, Scopus, Science Direct.		
	Acceso a métodos anticonceptivos			

Fuente: elaboración propia.

3.6 Criterios de inclusión y exclusión

La estructura conceptual de los criterios de inclusión y exclusión es importante no sólo para fortalecer la calidad académica del estudio, sino también para fortalecer la calidad metodológica y por ende la aplicabilidad de los resultados. En este sentido, la información para determinar la validez interna y por ende la validez externa del estudio se proporciona en las secciones de método y resultados⁵⁷.

En la sección de métodos, los criterios de inclusión y exclusión (claramente definidos y basados en evidencia científica) pueden ayudar a identificar la población a la que se aplican los resultados. Identificar esta población es clave si los resultados del estudio se aplican a otras poblaciones, porque al examinar las características de los participantes del estudio, los lectores pueden estimar la probabilidad de obtener resultados similares en sus propios pacientes⁵⁷.

Por otro lado, cabe recordar que lo anterior está estrechamente relacionado con el diseño elegido y desarrollado para responder a la pregunta de investigación, y es claro que los mejores diseños para abordar cuestiones de causalidad serían los ensayos clínicos, y en ausencia de tales, pruebas clínicas ensayos, estudios de cohortes que no fueron seleccionados en este caso⁵⁷.

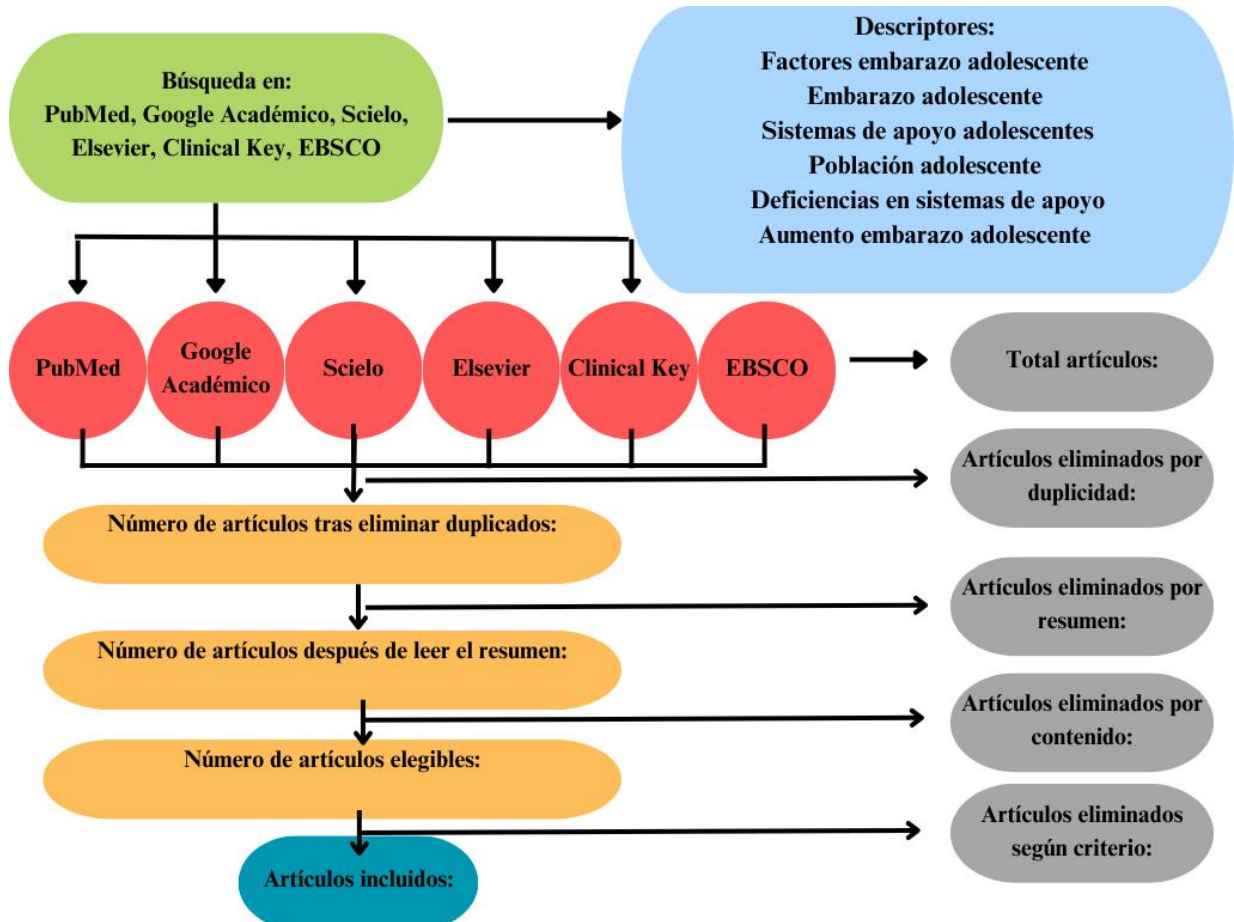
Tabla 3. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos sobre embarazos en adolescentes.	Artículos sobre embarazos en adultas.
Artículos sobre problemáticas que afectan a los adolescentes.	Artículos sobre control prenatal.
Artículos sobre educación sexual en adolescentes.	Artículos sobre aborto legal.
Artículos sobre métodos anticonceptivos.	Artículos sobre cuidados en el embarazo.
Artículos en idioma inglés y español	Artículos en portugués
Artículos sobre la incidencia del embarazo adolescente a nivel	Artículos sobre la incidencia del embarazo adolescente en un país específico que no corresponde a Costa Rica
Artículos científicos con insuficiencia de evidencia	Artículos científicos con alto nivel de evidencia.

Fuente: elaboración propia.

3. 7 Proceso de selección de la información

Figura 5. Proceso de selección de la información



Fuente: elaboración propia.

3.8 Clasificación de la información según nivel de evidencia

Tabla 4. Clasificación de la información según nivel de evidencia

Nivel de evidencia	Tipo de estudio	Cantidad según tipo de estudio	Cantidad según nivel de evidencia	Porcentaje
2	Revisión sistémica de estudios de cohorte Estudio cohorte descriptivo	1	1	20 %
3	Revisión sistémica de estudios observacionales	2	2	0 %
4	Estudios transversales Estudios de enfoque medio Estudio analítico y ecológico Estudio cuasi experimental Estudio transversal y cualitativo	1	1	20%
5	Revisión bibliografía Estudio de caso individual Estudio geoespacial	3	3	60%
Total		7	7	100%

Fuente: Elaboración Propia, 2023.

3.9 Variables de la Investigación

Tabla 5. Variable de la Investigación

Objetivo	Variable	Indicador	Instrumento
Identificar los posibles factores que influyen en el embarazo adolescente.	Cantidad y tipos de factores que eventualmente pueden influir en el embarazo adolescente	Embarazo adolescente	Revisión Bibliográfica y documental.
Describir los sistemas de apoyo actuales con los que cuenta la población adolescente adscrita al Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia.	Existencia de redes de apoyo y educación para evitar en los adolescentes distintos eventos que pongan en riesgo su salud Sexual	Aporte en la actualidad para la población adolescente	Revisión Bibliográfica y encuestas.
Relacionar los factores de riesgo con los sistemas de apoyo para	Datos estadísticos e incidencia del aumento	Factores de riesgo incluyentes en el embarazo adolescente	Revisión Bibliográfica y documental.

la visualización de las distintas deficiencias que influyen en el aumento de casos de embarazo adolescente.	de casos de Embarazo adolescente		
---	----------------------------------	--	--

Fuente: Elaboración Propia, 2023.

3.10 Descripción del procedimiento de recolección y análisis de datos

En esta investigación se recolectaron datos a partir de diferentes profesionales de la salud que laboran en el Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia, los cuales brindan información con respecto al tema estudio, la información fue recolectada de manera presencial utilizando como plataforma Google Forms y Word Office. Esto con el fin de tener información de alta calidad, para analizar las diferentes opiniones de los colaboradores, poder dar respuesta a la pregunta de investigación y cumplir con los objetivos de esta investigación.

3.11 Descripción de Instrumentos y Técnicas

Se utilizaron dos instrumentos de recolección de datos:

El primer instrumento utilizado, consistió en una encuesta conformada por 6 preguntas, las cuales eran referentes al objetivo 1 de la presente investigación y fueron aplicadas a 10 profesionales de la salud del Área de Salud de Santa Bárbara.

El segundo instrumento de recolección de datos utilizado para obtener la información deseada se trató de una entrevista de tipo semi estructurada, la cual se aplicó a tres profesionales de salud del Área de Salud de Santa Bárbara.

La entrevista constó de tres preguntas, todos referentes al objetivo 2 de esta investigación.

Este tipo de instrumentos permite la libertad a la hora de responder cada consulta y desarrollarlas según el criterio de cada participante. Ambos instrumentos fueron aplicados de manera presencial y analizados de forma detallada.

3.12 Validación de la entrevista

Se solicitó previamente la validación de distintos profesionales del área de la salud, en total dos: Andrés Boza Seas, médico general y Luis Jiménez, farmacéutico. Estos colaboradores no forman parte de la entrevista puesto que se busca que no haya ningún tipo de interferencia a la hora de obtener los datos para poder responder la pregunta de investigación.

CAPÍTULO IV – ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Objetivo 1. Identificar los posibles factores que influyen en el embarazo adolescente.

El embarazo adolescente, generalmente no planificado y no deseado, supone un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la joven, además de condicionar definitivamente su estilo de vida, por lo que constituye para las adolescentes que resultan embarazadas un problema más social que médico. Diferentes estudios han puesto de manifiesto que el embarazo adolescente es un embarazo no deseado, observándose variaciones según el entorno sociocultural analizado y así, en nuestro país se considera que alrededor del 60-70% los embarazos adolescentes son no deseados mientras que en Estados Unidos este porcentaje alcanza el 95%⁵⁸.

Las cifras de embarazo adolescente son verdaderamente preocupantes constituyendo un problema que afecta, no solo a los países en vías de desarrollo, sino a las sociedades más desarrolladas. En nuestro país, existen importantes diferencias en cuanto a las cifras absolutas del número de embarazos entre las diferentes Comunidades Autónomas; no obstante, parece existir un factor común a todas ellas: la tasa de embarazo adolescente se mantiene más o menos, estable observándose una cierta tendencia a su disminución y un incremento del número de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE). En Estados Unidos, donde la tasa de embarazo adolescente es una de las mayores de los países desarrollados, se estimaba que en 1992 se producían 112 embarazos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años, de los que 61 finalizaban en parto, 36 en IVE y 15 en aborto espontáneo⁵⁸.

Por otra parte, datos más recientes de 1998 suponen una tasa de embarazo del 10% y una tasa de IVE del 50%. Mientras tanto, España tenía una tasa de embarazo de 12,39 por cada 1.000 personas en el grupo de edad de 15 a 19 años, muy inferior a la de Estados Unidos, según datos de 1994. Las diferencias entre comunidades autónomas son significativas: Navarra tiene una tasa de embarazo de 3,97 por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, frente al 20,59 de Canarias. Siete años antes, en 1987, las tasas de embarazo en los mismos municipios eran del 9,63 en Navarra y del 28,31 en Canarias, cifras muy superiores a las que acabamos de mencionar. Estas diferencias pueden explicarse analizando las causas del embarazo adolescente. Según los mismos autores, la tasa de embarazos no deseados entre las adolescentes españolas alcanzó el 89% en 1994. Este hecho es alarmante y explica la alta tasa de IVE en este grupo de edad. El embarazo adolescente tiene múltiples causas y por tanto requiere múltiples soluciones. Sin embargo, a la hora de analizar las causas del embarazo adolescente, se encuentran dos hechos importantes: Las relaciones sexuales comienzan cada vez a edades más tempranas y la no utilización métodos anticonceptivos eficaces⁵⁸.

Inicio temprano en las relaciones sexuales: Actualmente, la edad media aproximada de la primera relación sexual es de 16 años para los niños y de 17 años para las niñas. En nuestro medio, este número es bastante constante y, según diversos autores, no muestra diferencias significativas según la zona geográfica de los adolescentes españoles que inician relaciones sexuales entre los 16 y 17 años⁵⁸.

Entre los factores que determinan el inicio temprano de las relaciones sexuales se encuentran:

Factores biológicos: Existe evidencia de que existe un vínculo entre el inicio de las relaciones sexuales y la edad de madurez sexual. A medida que avanzaba la menarquia, las relaciones sexuales comenzaron a producirse antes⁵⁸.

Factores familiares: Los modelos familiares se transmiten de padres a hijos, y se ha demostrado que las hijas de madres adolescentes tienen el doble de probabilidades de ser madres adolescentes. Además del modelo familiar, la comunicación entre padres e hijos también es un

factor importante para el inicio temprano de las relaciones sexuales y la posibilidad de embarazo. Un estudio realizado entre jóvenes hispanas en Estados Unidos encontró que la buena comunicación con las madres estaba inversamente asociada con el embarazo, estimando que la razón de probabilidad de embarazo era de cero si las madres hablaban con sus hijas sobre sexo⁵⁸.

Factores dependientes de la vida familiar (tipo de educación recibida):

Rígida: se considera como tal aquellos adolescentes que transcurrieron los primeros años de la vida en un clima familiar donde predominó la tensión, temor, frustración y desconfianza por inadecuada relación emocional entre los integrantes de la familia⁵⁹.

Tolerante: se considera que aquellos que se desarrollan en un clima desfavorable basado en exceso de cariño y preocupación por ambos cónyuges, abuelos u otros familiares que produce desde la temprana infancia actitudes donde el joven espera demasiado, lo que obstaculiza el desarrollo de la capacidad de amar⁵⁹.

Adecuada: se considera para aquellos que se desarrollan en una atmósfera de confianza, seguridad, amor y protección lo que le transmite una experiencia positiva y un adecuado desarrollo de su personalidad⁵⁹.

Comunicación asertiva y educación sexual: Las relaciones armónicas entre padres e hijos en una atmósfera de solidaridad y respeto en el seno familiar y una buena comunicación entre sus integrantes garantizaran un desarrollo integral lo cual significa que los jóvenes en esta condición tienen menos posibilidades de un embarazo no deseado. Además, incluir temas como la educación sexual en el diario vivir del adolescente y crear conciencia sobre las diferentes repercusiones negativas que puede tener un embarazo en la adolescencia favorece la responsabilidad con que enfrentará las decisiones al respecto⁵⁸.

Factores ambientales y socioeconómicos: Las malas condiciones socioeconómicas, la ignorancia y la pobreza son factores causantes muy importantes tanto del embarazo adolescente como del inicio temprano de relaciones sexuales. Por esta razón, se ha observado que la fecundidad

adolescente no se distribuye uniformemente entre las diferentes clases sociales, observándose áreas de alta prevalencia dentro de una misma área geográfica. Otro factor ambiental asociado al inicio temprano de las relaciones sexuales es la falta de escolarización entre los jóvenes. Esto afortunadamente ya no ocurre en nuestro país, pero es una dramática realidad en otras latitudes. En Brasil, por ejemplo, el 46% de las jóvenes embarazadas que participaban en programas de gestión comunitaria habían abandonado la escuela mucho antes de quedar embarazadas⁵⁸.

Otra cuestión que casi siempre se asocia al inicio de las relaciones sexuales es el ambiente o ambiente del espacio vital del joven, y se supone que en las zonas rurales la actividad sexual comienza antes que en las zonas urbanas. Como resultado, los embarazos de adolescentes se observan con mayor frecuencia en las zonas urbanas⁵⁸.

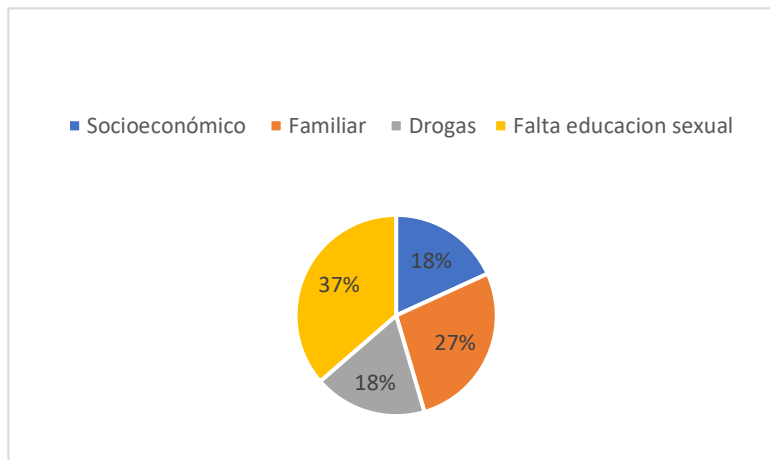
No uso de métodos anticonceptivos: Teniendo en cuenta que cuanto más joven es una mujer, menos relaciones sexuales sin protección necesita para quedar embarazada, es fácil llegar a la conclusión de que no utilizar métodos anticonceptivos es la principal causa del embarazo en la adolescencia. Para muchas, el verdadero problema del embarazo adolescente se debe a la falta de educación sexual, la falta de conocimiento sobre los métodos disponibles, el desconocimiento sobre los riesgos del embarazo y la dificultad para acceder a métodos anticonceptivos, que estas personas no están utilizando métodos anticonceptivos⁵⁸.

Promiscuidad: Aunque un tema bastante controversial no se puede dejar de lado que aquellos adolescentes que inician una vida sexual temprana, con múltiples parejas sexuales y con métodos anticonceptivos escasos o nulos tienen mayor probabilidad de verse expuestos a un embarazo indeseado⁵⁹.

De acuerdo con la literatura revisada lo citado con anterioridad corresponde a los principales factores que pueden propiciar o influir en un embarazo adolescente; sin embargo, en busca de obtener información con respecto al tema de estudio en la comunidad de Santa Bárbara de Heredia se aplicó una encuesta a algunos profesionales de la salud de dicho lugar obteniendo los siguientes resultados descritos a continuación a través de gráficos que resumen la información:

1. De acuerdo con su experiencia en el ámbito de la salud ¿Cuáles considera que son 3 factores de riesgo que podrían propiciar un embarazo adolescente?

Gráfico 1



Fuente: elaboración propia, 2023.

Al comparar los datos obtenidos con la literatura se evidencia que existe consenso en que el embarazo adolescente está asociado con malas condiciones sociales y económicas. Por tanto, se cree que existe un vínculo entre pobreza, embarazo y abandono escolar con consecuencias negativas para la futura madre y su hijo⁶².

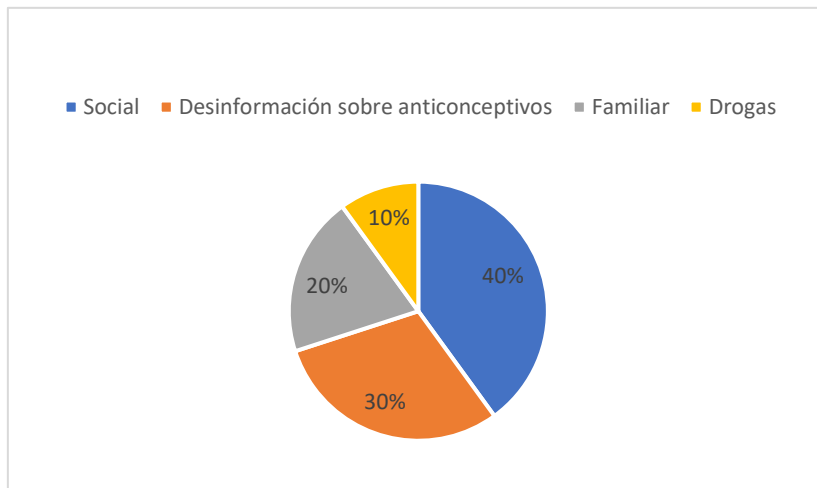
Por otra parte, se dice que los jóvenes son cada vez más susceptibles a conductas sexuales de riesgo, dado que cuando la vida sexual comienza cada vez más temprano, solo se reconocen los riesgos individuales, las relaciones sexuales inesperadas y su ocurrencia en lugares y situaciones inapropiadas, la experimentación constante con el cambio de pareja, información insuficiente sobre las enfermedades de transmisión sexual y su aparición⁶².

Por último, otro factor de riesgo a destacar es la deficiencia en la educación sexual, aún existe desconocimiento sobre temas relacionado con la sexualidad, la planificación familiar, el uso de los métodos anticonceptivos, y las ITS. En el desarrollo de este factor intervienen las

deficiencias de roles que juega la familia, las instituciones educacionales y de salud; quien son fundamentales en la adquisición de conocimientos relacionados con la reproducción, la sexualidad y prevención del embarazo en edades tempranas⁶³.

- Desde el punto de vista como profesional de la salud del cantón de Santa Bárbara de Heredia ¿Cuáles considera que son 2 factores predisponentes que tienen una influencia significativa sobre la prevalencia de embarazos adolescentes en la zona?

Gráfico 2

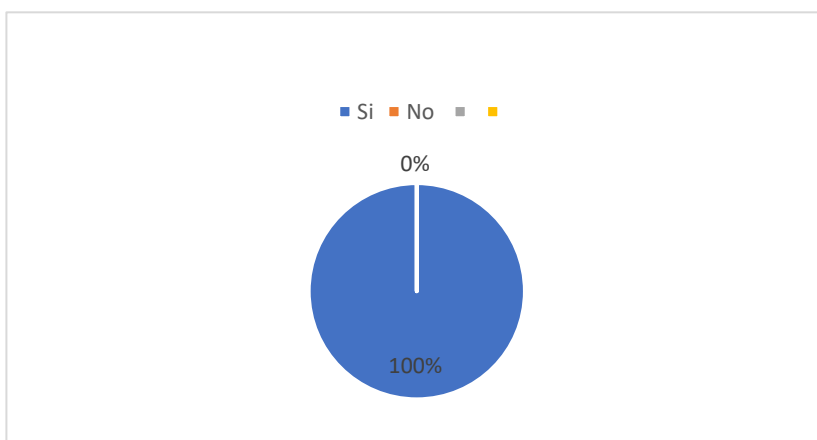


Fuente: elaboración propia, 2023.

A modo de discusión tanto este resultado como el anterior tienen concordancia con la literatura dado que el factor social y desinformación sobre anticonceptivos suelen ser una causa de embarazo adolescente por lo que, los profesionales de la salud que participaron en esta encuesta contestaron asertivamente de acuerdo con su experiencia laboral en relación a la prevalencia del embarazo no deseado en la población adolescente de Santa Bárbara de Heredia.

- Tomando en cuenta que una de las herramientas más poderosas para evitar un embarazo adolescente es la educación sexual y reproductiva ¿Considera que hoy día en el cantón donde labora existen deficiencias al respecto?

Gráfico 3

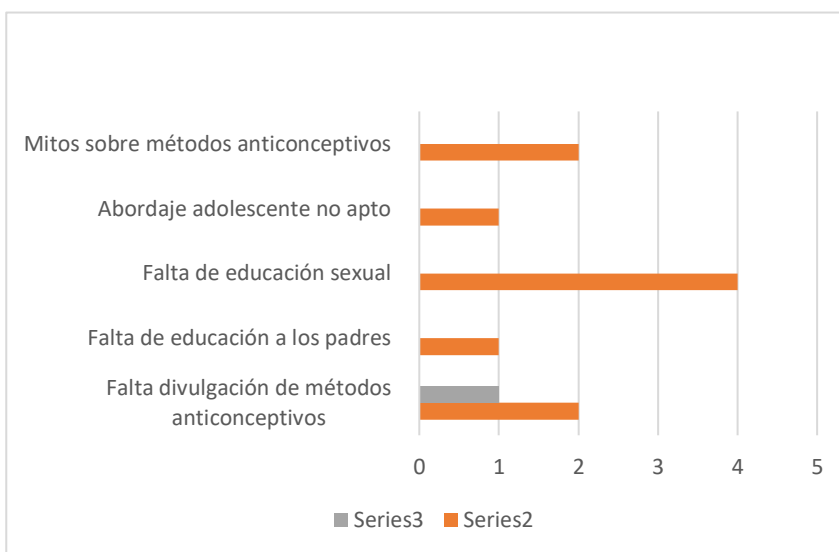


Fuente: elaboración propia, 2023.

El 100% de la población encuestada considera que, sí existen deficiencias con respecto a las herramientas para evitar un embarazo adolescente lo cual, con respecto a la literatura se respalda de la siguiente forma: según las estadísticas de población, Costa Rica cuenta con una pirámide poblacional de base ancha, como producto de las altas tasas de fecundidad durante la primera mitad de la década de los setenta. Esto hace que, para las políticas de salud de la niñez y la adolescencia, sea un reto garantizar la seguridad y el desarrollo de prácticas reproductivas saludables de la población adolescente. Por lo tanto, a modo de cierre la sociedad en su conjunto debe abocarse a generar medidas preventivas para evitar situaciones que dañen la salud y el desarrollo personal de un porcentaje grande de la población adolescente, ya sea en un corto plazo, como podrían ser las consecuencias de un embarazo en la adolescencia o a un largo plazo, desarrollar la enfermedad de transmisión sexual habiendo sido contagiado/a durante la adolescencia⁶⁴.

4. ¿Cuáles son 3 deficiencias que cree que existen en el sistema de salud del cantón en cuanto a salud sexual y reproductiva de los adolescentes?

Gráfico 4



Fuente: elaboración propia, 2023.

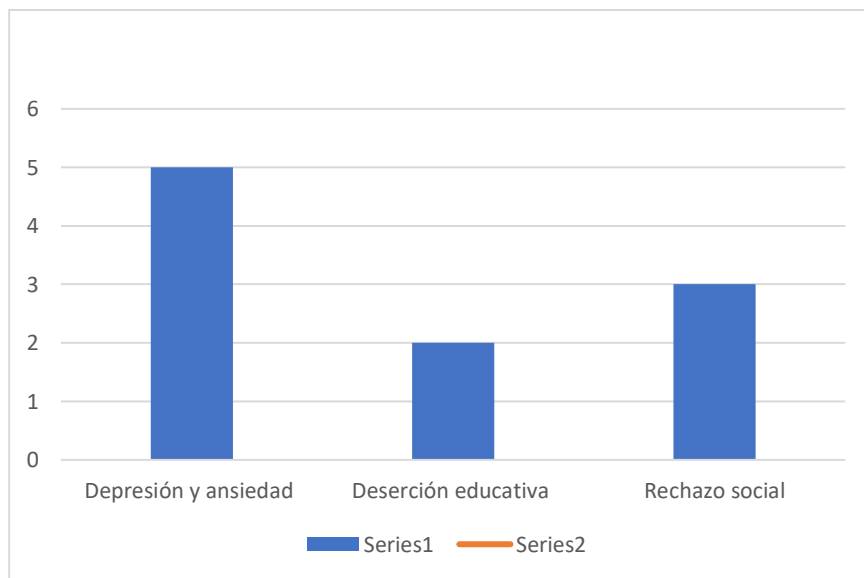
Con respecto al gráfico es evidente que una de las deficiencias que más se hace notar es la falta de educación sexual y reproductiva, por lo tanto, el sistema educativo juega un papel crucial en la reducción del embarazo adolescente. En este sentido, se debe apoyar al sistema educativo en la formación de docentes como multiplicadores de la salud sexual y reproductiva, que lleva a cabo el Ministerio de Educación a través del proyecto CENADI Población y Educación. Por eso es importante crear estrategias para hacer un uso cada vez mejor de los materiales de capacitación ya existentes producidos como parte de este proyecto. Además, un aporte valioso que no fue planeado sería observar al docente y a los estudiantes en el aula para determinar el impacto del aprendizaje⁶⁴.

Es importante facilitar la participación de docentes en talleres sobre igualdad de género, violencia y abuso sexual, principalmente a través de un equipo interdisciplinario asignado a escuelas de comunidades urbanas pobres, que trabajaría entre los propios docentes y los miembros de la comunidad, madres y otros tutores de jóvenes. Los proyectos deben ser gestionados con perspectiva de género y dirigidos al Ministerio de Educación, que refleje y replantee los mecanismos de tracción, estabilidad, certeza y continuidad del proceso educativo formal de los jóvenes de ambos sexos, porque el abandono de la escuela es un detonante para el embarazo adolescente⁶⁴.

Por último, la educación para la salud implica brindar a los jóvenes los elementos para que vean su salud como un derecho. Esto requiere desarrollar estrategias para inculcar esta actitud en esta población. Los jóvenes necesitan entender este mensaje e incorporarlo en sus actividades diarias. Los somete a un proceso de aprendizaje que implica la deconstrucción y construcción de valores, creencias, conocimientos y prácticas⁶⁴.

5. Desde la óptica de la salud ¿Cuáles complicaciones físicas considera que podrían manifestarse en las madres adolescentes?

Gráfico 5



Fuente: elaboración propia, 2023.

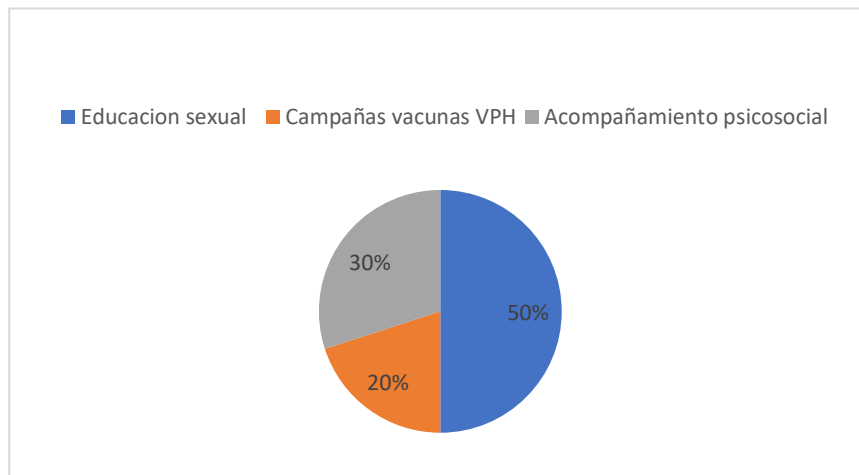
De acuerdo con la literatura, las adolescentes embarazadas tienen un alto riesgo de desarrollar enfermedad hipertensiva del embarazo debido a la juventud de la madre, lo que supone una gran amenaza para la vida de ella y del feto; asociado con parto prematuro, cambios neurológicos como convulsiones, cambios metabólicos fetales, retraso del crecimiento intrauterino, sangrado del embarazo, desprendimiento de placenta, complicaciones obstétricas, muerte materna y muerte fetal⁶³.

Otra complicación es el embarazo ectópico, porque representa una amenaza futura a la vida y función reproductiva del joven debido al procedimiento quirúrgico de extirpación de órganos necesarios para la función reproductiva; la mayoría de los embarazos ectópicos se deben, entre otras cosas, a un mal desarrollo de los órganos implicados en la fecundación y la implantación del óvulo fecundado, anomalías constitucionales, inflamación pélvica provocada por infecciones y dispositivos intrauterinos⁶³.

También, el sangrado vaginal es una de las complicaciones más importantes del embarazo temprano y se manifiesta de muchas maneras, incluida la amenaza de aborto o abortos incompletos, abortos incompletos que pueden complicarse con sepsis grave, sangrado por implantación baja de la placenta, hipertensión, rechazo autoinmune y cambios cromosómicos. a un feto que no es viable, un embarazo ectópico⁶³.

6. ¿Cuáles podrían ser 3 aspectos que pueden mejorar a nivel de atención salud para disminuir la incidencia de embarazos adolescentes en el cantón de Santa Bárbara de Heredia?

Gráfico 6



Fuente: elaboración propia, 2023.

Si la anticoncepción adolescente va acompañada de una educación sexual adecuada, los beneficios superan los riesgos, por lo que la prevención debe considerarse una piedra angular en la lucha para

reducir la incidencia del embarazo adolescente y sus consecuencias negativas. El diálogo con los jóvenes es importante cuando se busca información sobre motivos, conflictos, dudas e intereses relacionados con la edad. Es significativa su participación en el desarrollo de programas educativos, preventivos o de liderazgo y en el estudio del comportamiento de la vida sexual y reproductiva, teniendo las competencias profesionales necesarias⁶³.

Resolver el problema del embarazo adolescente requiere mayores y coordinados esfuerzos no sólo de los propios jóvenes, sino también de la familia, las instituciones educativas y estatales, los medios de comunicación y el sector salud. que influyen en los estilos de vida, los patrones y las decisiones de los jóvenes⁶³. Por último, con respecto a los resultados obtenidos también se incluye como parte de los aspectos a mejorar la vacunación del VPH la cual, aunque no es un método que prevenga el embarazo adolescente actualmente cumple su función de proteger a los y las adolescentes que inician una vida sexual precoz de complicaciones o lesiones relacionadas con el virus de papiloma humano.

Objetivo 2. Describir los sistemas de apoyo actuales con los que cuenta la población adolescente adscrita al Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia.

Como parte del proceso investigativo y como una fuente informativa de apoyo para el estudio se desarrolló, una serie de entrevistas con el propósito de conocer el punto de vista de los profesionales del área de salud de Santa Bárbara de Heredia. Por otra parte, como parte del proceso de recolección de datos se asignó un código a cada entrevistado con el fin de facilitar la interpretación de resultados; por lo tanto, M1 corresponde al Médico 1, M2 Medico 2 y E1 Enfermera 1. A continuación se detallan los resultados obtenidos:

Con respecto a la pregunta realizada sobre la existencia de redes o sistemas de apoyo para la población adolescente que pertenece al área de Salud de Santa Bárbara de Heredia se obtuvo:

M1: Realmente no tengo conocimiento alguno con respecto a si existen o no sistemas de apoyo para los adolescentes en este centro de salud.

M2: Tengo aproximadamente 5 años de laborar en este centro de salud y nunca he escuchado nada al respecto, la verdad es que considero que es una población vulnerable a la cual no se le da ni el seguimiento ni el apoyo adecuado, por eso tanto embarazo adolescente y deserción educativa.

E1: Tengo entendido que el departamento de trabajo social es quien se encarga de estos temas; sin embargo, desconozco si existe algún tipo de red o sistema de apoyo.

De acuerdo con los resultados obtenidos y basado en la bibliografía consultada para dar sustento a esta investigación, se puede afirmar que es necesario crear redes y faciliten y potencien el desarrollo del adolescente mediante la enseñanza, la responsabilidad y la confianza en sí mismo. El adolescente requiere que se le guíe para la toma de decisiones, muchas veces fundamentales para su futuro, por lo tanto, es importante orientar hacia la reflexión en torno a los comportamientos que la sociedad y los medios de comunicación promueven o propician a los jóvenes a tomar decisiones equivocadas. Es indispensable escuchar al adolescente, respetarlo, creer en él, para que pueda creer en sí mismo y confiar en su propia capacidad de construir un proyecto de vida saludable para su bienestar psicosocial⁶⁵.

Continuando con el interrogante número 2 que hace referencia a la necesidad de instaurar red o sistema de apoyo en la comunidad de Santa Bárbara de Heredia. Se obtiene:

M1: Me parece que es completamente necesario sobre todo porque existe un alto índice de embarazos adolescentes y la posibilidad de que exista un buen sistema de apoyo para él adolescentes donde se le eduque adecuadamente sobre sexualidad disminuiría considerablemente estos hechos que realmente se han convertido en un problema de salud lamentable.

M2: Sería interesante que el departamento de psicología y trabajo social tomen en cuenta esta iniciativa puesto que en la comunidad existen diferentes conflictos como el embarazo adolescente, problemas intrafamiliares y psicológicos los cuáles, pueden ser abordados de manera más eficiente si existe un equipo que aborde las necesidades del adolescente de forma integral.

E1: Sería lo ideal, definitivamente existe gran necesidad en la comunidad de Santa Bárbara de Heredia. Hay que reconocer que no es que se vayan a solucionar todos los problemas relacionados con los adólescete sin embargo, se puede mejorar la educación sexual e inclusive la salud mental de los mismos.

Por lo anterior, es prioritario intervenir en la familia, promoviendo políticas públicas que comprendan: la creación y fortalecimiento de programas comunitarios de apoyo a las familias, donde las comunidades puedan actuar como redes de protección en los adolescentes en circunstancias de vulnerabilidad o necesidad familiar, así mismo capacitar a las familias para que puedan comprender y atender mejor las necesidades de sus hijos adolescentes⁶⁶.

Por último, en la entrevista se les consultó a los participantes si estarían dispuestos a formar parte del equipo de apoyo para el adolescente. Los mismos respondieron:

M1: Sí, de ser necesario estaría dispuesto a involucrarme e inclusive a impartir charlas para los padres de familia sobre salud mental en él adolescente y mitos sobre los métodos anticonceptivos en edades tempranas.

M2: Claro que sí, la labor del médico es suplir las necesidades de los pacientes de forma integral y en este caso considero que es necesario apoyar a la población adolescente desde diferentes áreas de la salud.

E1: Por supuesto, como profesionales de la salud tenemos la responsabilidad de involucrarnos en diferentes causas sociales y pienso que en la población adolescente existen múltiples carencias que pueden ser suplidas con nuestro aporte.

El equipo de salud y sus representante participan en la ejecución de los proyectos y velan por su ejecución; sus principales tareas son: identificación de líderes y necesidades de aprendizaje, sensibilización y capacitación, elaboración de un análisis de la situación de salud, desarrollo de estrategias de comunicación social, aplicación de métodos de investigación acción participativa en

la resolución de problemas, para evaluar sistemáticamente las actividades planificadas y su impacto en el nivel de salud de la población⁶⁷.

Objetivo 3. Relacionar los factores de riesgo con los sistemas de apoyo para la visualización de las distintas deficiencias que influyen en la prevalencia de casos de embarazo adolescente.

Tabla 6. Relación entre los factores de riesgo y los sistemas de apoyo para mejorar las deficiencias en cuanto a la prevalencia de los vasos de embarazo adolescente.

Factores de riesgo según literatura	Factores de riesgo según población encuestada	Sistemas de apoyo según literatura	Sistemas de apoyo en la comunidad de Heredia
Factor familiar	Factor familiar	Apoyo familiar	Terapia familiar
Falta de educación sexual	Desconocimiento sobre salud o educación sexual	Información adecuada en centros educativos y de salud	Programas de educación sexual
Factor socioeconómico	Factor socioeconómico y drogas	Pertenencia a programas que brinden ayuda socioeconómica	Ninguno de los participantes lo menciona
Mitos o desinformación sobre anticonceptivos	Mitos sobre uso de anticonceptivos	Educación a la población	Campañas sobre uso de anticonceptivos
Violencia y abuso sexual	No se menciona	Terapia psicológica	Atención de salud mental

Fuente: Elaboración propia con base a la referencia bibliografía ⁶⁸.

En relación a la tabla anterior se puede observar que los factores de riesgo expuestos como principales por la población encuestada en su mayoría coinciden con los sugeridos por la literatura

en que se sustenta esta investigación sin embargo, no se puede dejar de lado que aunque la violencia y abuso sexual no se logre identificar en los adolescentes de la zona de Heredia según la opinión de los encuestados es un factor importante que propicia gran cantidad de embarazos no deseados tal y como se menciona a continuación: se estima que las adolescentes pueden ser más vulnerables a la violencia porque para ellas el rol de sexo femenino hace que su condición sea dependiente de su unión al varón y a falta de experiencia en la toma de decisiones. Por lo general los perpetradores son sus compañeros de citas, novios, familiares. Las niñas y adolescentes con antecedentes de abuso tienen una gran vulnerabilidad sexual que las lleva a tener embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual/virus de inmunodeficiencia humana⁶⁹.

En la misma línea, en lo que corresponde a los sistemas de apoyo que pueden servir para evitar o disminuir la cantidad de embarazos adolescentes se tiene que el apoyo familiar, la educación sexual, la terapia psicológica o atención mental son relevantes e importantes como parte de la red de apoyo que se puede brindar al adolescente. Por otro lado, la literatura también menciona la pertenencia a programas que brinden ayuda socioeconómica como una de las acciones que pueden hacer la diferencia en cuanto a embarazos no deseado en los adolescentes.

Por otra parte, la prevalencia del embarazo adolescente en los últimos años ha ido en aumento, se estima que en Costa Rica la información de las estadísticas vitales del INEC, señala que los nacimientos en adolescentes entre 15 y 19 años han venido disminuyendo en Costa Rica. En el 2000 se registraron aproximadamente 44 nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años cada día, esta cifra disminuyó a 13 en 2021. De estos 4.850 nacimientos, 1863 se dieron en adolescentes menores de edad (15-17 años). Para el 2021, los nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años equivalen a un 8,9% de los nacimientos totales, en 2000 era un 20,5%. Si se analiza según la tasa, se puede observar que 26,6 de cada 1 000 mujeres entre 15 a 19 años tuvo un nacimiento en 2021, en el 2000 eran 86 por cada mil⁷⁰.

Teniendo en cuenta las cifras anteriores resulta importante conocer los datos referentes a la región de Santa Bárbara de Heredia los cuáles, se muestran a continuación:

Tabla 7. Prevalencia del embarazo adolescente en Santa Bárbara de Heredia.

PREVALENCIA EN EMBARAZO ADOLESCENTE POR SECTOR SEGÚN AÑO DE ATENCIÓN
ÁREA DE SALUD SANTA BÁRBARA, HEREDIA
2022-2023
(01 de enero 2022 al 27 de junio 2023)

SECTOR	Año	
	2022	2023
EBAIS CENTRO ESTE	5	2
EBAIS SAN PEDRO	6	5
EBAIS BARRIO JESUS	5	2
EBAIS SAN JUAN	3	4
EBAIS SAN BOSCO	2	3
EBAIS EL ROBLE	5	2
EBAIS BIRRI	6	1
EBAIS CENTRO OESTE	2	4
TOTAL	34	23

Fuente: Cubo Producción Consulta Externa. Área de Salud Santa Bárbara

Con respecto a la tabla 7 se evidencia que existe una disminución en la prevalencia del embarazo adolescente en la población que recibe atención en el área de salud de Santa Bárbara de Heredia, sin embargo, estos datos corresponden a la fecha del 27 de junio del presente año por lo cual no pueden tomarse como datos comparativos en relación con el año anterior ya que el periodo de tiempo sigue vigente. Sería interesante analizar estos datos a partir del 01 de enero del 2023 al 31 de diciembre del mismo año a fin de sacar una relación entre dicho año y el 2022.

CAPÍTULO V – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Objetivo específico 1. Identificar los posibles factores que influyen en el embarazo adolescente.

- De acuerdo con lo investigado, se ha concluido que el embarazo adolescente es una situación que conlleva desafíos en múltiples aspectos para las jóvenes madres. No solo afecta negativamente su bienestar personal, sino que también tiene un impacto en su estilo de vida en general. Diversos estudios demuestran que la mayoría de los embarazos adolescentes son no deseados, lo que resalta la necesidad de educación sexual y acceso a métodos anticonceptivos efectivos. Por estas razones es de importancia reconocer que es una problemática que requiere de una respuesta integral.
- Por otro lado, el embarazo adolescente puede ser causado por una combinación de factores biológicos, familiares, dependientes de la vida familiar, ambientales y socioeconómicos. La madurez sexual temprana, los modelos familiares, la comunicación entre padres e hijos, el tipo de educación recibida y el ambiente en el que se desenvuelve el joven pueden influir en el inicio temprano de las relaciones sexuales y la posibilidad de embarazo. Es crucial fomentar una comunicación abierta entre padres e hijos, promover una educación sexual asertiva e inclusiva, así como garantizar el acceso a métodos anticonceptivos.
- De acuerdo con la información obtenida en la encuesta realizada, se puede evidenciar que el embarazo adolescente es un fenómeno que está estrechamente ligado a condiciones socioeconómicas desfavorables. Es un problema que se ve exacerbado por la falta de educación sexual adecuada y la falta de conciencia sobre los riesgos asociados con una vida sexual activa a temprana edad. Los jóvenes son especialmente vulnerables a comportamientos sexuales de riesgo debido a la falta de información y la experimentación constante. Para abordar este problema, es crucial trabajar en conjunto con las familias, las instituciones educativas y de salud para proporcionar una educación sexual completa y accesible.

Objetivo específico 2. Describir los sistemas de apoyo actuales con los que cuenta la población adolescente adscrita al Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia.

- De acuerdo con los resultados obtenidos mediante la entrevista realizada, se puede evidenciar que el personal de salud del Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia, no cuenta con el conocimiento requerido en cuanto a los sistemas de apoyo para los adolescentes del cantón. Por lo que es necesario contar con redes de apoyo que fomenten y potencien el desarrollo de los adolescentes, brindándoles enseñanza, responsabilidad y confianza en sí mismos. Así como guiarlos en la toma de decisiones, promoviendo la reflexión sobre los comportamientos que puedan influir en ellos haciéndolos tomar mala decisiones.
- Se puede afirmar en cuanto a los resultados de la entrevista, que aún en la actualidad, existe la prevalencia de embarazos adolescentes, siendo esto una problemática. Además, resulta necesario un mayor apoyo en cuanto a salud y prevención por parte del sistema de salud hacia los adolescentes del cantón. Hace falta brindar el apoyo necesario y crear un entorno seguro y propicio para el desarrollo saludable de los adolescentes.
- Por otro lado, es indispensable la educación sexual, pero también la integración de los demás departamentos como lo son el de psicología y trabajo social y que se realice un abordaje integral, ya que el embarazo adolescente es un tema que requiere atención y acción inmediata, para evitar tantas consecuencias en la salud y sociedad. Para abordar este problema de manera efectiva, es esencial intervenir en el seno familiar, fomentando políticas públicas que promuevan la creación y el fortalecimiento de programas comunitarios de apoyo a las familias.

Objetivo específico 3. Relacionar los factores de riesgo con los sistemas de apoyo para la visualización de las distintas deficiencias que influyen en la prevalencia de casos de embarazo adolescente.

- Se evidencia mediante la comparación de entrevistas y la literatura, que existen factores familiares y psicológicos que influyen en la prevalencia de embarazos adolescentes en el

cantón de Santa Bárbara de Heredia. Esto aunado a la falta de servicios de apoyo brindados hacia la familia y el adolescente, como lo son terapias psicológicas o de intervención social. Lo cual sería de suma importancia, ya que esta problemática se debe intervenir desde etapas tempranas, para evitar que siga en prevalencia.

- De igual manera, se puede afirmar en cuanto a los resultados obtenidos, que en los adolescentes adscritos al Área de Salud de Santa Bárbara, sigue existiendo desconocimiento sobre salud sexual y reproductiva, así como prevalecen los mitos sobre el uso de los distintos métodos anticonceptivos. Además, de la escasez de campañas sobre educación sexual y métodos anticonceptivos por parte de los centros de salud. Es importante mejorar estas deficiencias, ya que la desinformación es un punto clave en la prevalencia de esta problemática y es un aspecto que se puede mejorar con intervención por parte del centro de salud.
- Por último, se evidencia mediante las estadísticas correspondientes, que si bien, han disminuido los casos de embarazo adolescente en comparación con el primer semestre del año anterior, aún queda trabajo por realizar, ya que los embarazos adolescentes continúan en prevalencia. Por lo que es de suma importancia estudiar a fondo cuáles son las deficiencias que persisten y los factores que afectan en mayor manera a los adolescentes, para de esta forma, lograr la mayor disminución posible y una comunidad educada en cuanto a salud sexual y reproductiva.

En respuesta a la pregunta planteada en la presente investigación:

¿Cuáles son los factores culturales, socioeconómicos y educativos que influyen en la prevalencia de casos de embarazo adolescente en la población adscrita al Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia durante el primer semestre del año 2023?

- Se concluye que el embarazo adolescente es un problema que aún persiste en la población adscrita al Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia. Esto resulta un desafío que requiere un abordaje integral y multidisciplinario. Es evidente que la falta de educación sexual y

reproductiva es uno de los principales factores influyentes y al mismo tiempo, es una de las principales deficiencias en el sistema de salud que contribuyen a esta problemática. Es importante trabajar en la desinformación para educar a la población y derribar mitos que debido a factores culturales persisten, así como abordarlo hacia y desde los hogares a edades tempranas para evitar que continúe esta prevalencia.

5.2 Recomendaciones

- Resulta necesario reconocer que el embarazo adolescente es una problemática que requiere de una respuesta integral por parte de las familias, profesionales en salud y profesionales en educación a fin de facilitarle al adolescente las herramientas necesarias para poder enfrentar con madurez los desafíos que conlleva un embarazo a temprana edad.
- Se recomienda ahondar en los factores más predisponentes del embarazo adolescente. Realizar revisiones médicas constantes a las niñas que tienen una menarquia a edad temprana, trabajar con las familias disfuncionales o que tienen predisposición a embarazos en la adolescencia, fomentar una adecuada dinámica familiar, y por supuesto, luchar por impartir la educación sexual desde edades tempranas.
- Para abordar esta problemática, es crucial la promoción en el cantón las buenas prácticas en cuanto a la salud sexual y reproductiva en los adolescentes, es importante que la educación inicie a edades tempranas. Impartir charlas en los centros educativos, realizar campañas de salud en el cantón pueden resultar una buena herramienta para evitar la desinformación y la prevalencia de esta problemática.
- La capacitación al personal de salud es indispensable para ofrecer al adolescente un ambiente de confianza, abarcar sus dudas y dar recomendaciones sobre salud sexual y reproductiva. Así como contar con el equipo necesario, como médicos, psicólogos, trabajadores sociales, para que se pueda realizar un correcto abordaje a aquella población que por distintas razones fue víctima de la desinformación y tuvieron un embarazo adolescente.

- Se recomienda al personal de la salud involucrado, al Área de salud y al Ministerio de Salud, estudiar a fondo las deficiencias y factores que persisten afectan a los adolescentes, lograr la mayor disminución posible en cuanto a la incidencia de embarazos adolescentes y una educación sexual y reproductiva favorable para el bien de la comunidad en general.
- Se recomienda al Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia, que realicen una revisión de los departamentos con los que cuentan y que pueden ayudar al adolescente, para que juntos, realicen un abordaje integral. Este centro de salud cuenta con psicología, trabajo social, pediatría y se debería realizar un trabajo conjunto. También es importante que el personal trabajador, esté enterado de las estrategias para que las puedan ofrecer a los pacientes.
- Debido a que la familia y la dinámica familiar son un factor importante en las decisiones y costumbres de los adolescentes, se recomienda abordar a los pacientes desde temprana edad, para lograr de cierto modo, intervenir desde el seno familiar, conocerlo y descubrir las deficiencias que poseen para poder integrar un correcto abordaje y así prevenir futuros embarazos adolescentes.
- Se recomienda, realizar campañas de educación sexual y reproductiva en el cantón de Santa Bárbara de Heredia. Se puede llegar hasta los centros educativos e informar a la población adolescente acerca de métodos anticonceptivos y su correcto uso. Es necesario que se creen estrategias de acompañamiento para los adolescentes, por tanto, se insta a los estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad Internacional de las Américas, para que en futuras investigaciones y proyectos se planteen propuestas para guiar al adolescente de forma integral y contribuir con el bien social de nuestro país.
- Es importante para los médicos y demás trabajadores de la salud, conocer a sus pacientes, a su población y las problemáticas que los rodean y prevalecen. Por lo que se recomienda estudiar a fondo a la población adscrita, su cultura, educación y encontrar las deficiencias, vulnerabilidades y factores que los afectan, para lograr que el abordaje sea desde la raíz del problema. También, resulta conveniente mencionar que a pesar de que el centro de salud que fue objeto de estudio de esta

investigación, ofreció datos importantes que fueron tomados en cuenta a la hora de determinar la prevalencia del embarazo adolescente sin embargo, se recomienda analizar nuevamente esos datos al finalizar el presente año para obtener una comparación adecuada con respecto al año anterior y obtener cifras claras que permitan identificar y realizar diferentes preestablecidos para garantizar la disminución de la incidencia de los embarazos no deseados.

- Se recomienda trabajar en la educación de la población y derribar mitos que persisten en esta, así como carencias y deficiencias del sistema de salud que pueden contribuir a que este lamentable problema de salud persista en incidencia. Es importante que tanto el Área de Salud de Santa Bárbara, como el Ministerio de Salud, continúen avanzando en cuanto a estrategias sobre educación sexual y la disminución de embarazos adolescentes, para que esta problemática llegue a la menor prevalencia posible y se mantenga de esa manera.

-

CAPÍTULO VI – REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6.1 Referencias Bibliográficas

1. Fondo de Población de las Naciones Unidas [Internet]. América Latina y El Caribe: FPNU; [consultado el 31 de mayo del 2023]. Presentan documento para prevenir embarazos y violencia en la adolescencia [2 pantallas aprox] Disponible en: <https://costarica.unfpa.org/es/news/presentan-documento-para-prevenir-embarazos-y-violencia-en-la-adolescencia>
2. Martínez E, Montero G, Zambrano R. El embarazo adolescente como un problema de salud pública en Latinoamérica. Espacios.2020; 41(47): 1-10.
3. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Washington DC: OMS; 2022 [citado el 12 de junio del 2023]. Embarazo en la Adolescencia; [6 pantallas aprox]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
4. Fondo de Población de las Naciones Unidas [Internet]. América Latina y El Caribe: FPNU; [citado el 12 de junio del 2023]. Embarazo en adolescentes; [5 pantallas aprox]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/temas/embarazo-en-adolescentes#:~:text=En%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe%20registra%20la%20segunda%20tasa,19%20a%C3%B1os%20dan%20a%20luz>
5. Guevara T, Voz de América [Internet]. Estados Unidos: VOA; 2022 [citado el 12 de junio del 2023]. La maternidad infantil y adolescente: tendencia “preocupante” en Centroamérica; [11 pantallas aprox]. Disponible en: <https://www.vozdeamerica.com/a/la-maternidad-infantil-y-adolescente-marca-tendencia-preocupante-en-centroamerica/6564419.html>
6. Román I, Programa Estado de la Nación [Internet]. San José, Costa Rica: PEN; 2022 [citado el 12 de junio del 2023]. Educación sexual y caída de los embarazos adolescentes: un logro país que debemos cuidar; [6 pantallas aprox]. Disponible en: <https://estadonacion.or.cr/educacion-sexual-y-caida-de-los-embarazos-adolescentes-un-logro-pais-que-debemos-cuidar/>
7. Asamblea Legislativa de Costa Rica, Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Internet]. Costa Rica: CEPAL; 2021 [citado el 12 de junio del 2023]. Fortalecimiento de

- la protección legal de las niñas y las adolescentes mujeres ante situaciones de violencia de género asociadas a relaciones abusivas, reforma Código Penal, Código Familia, Ley Orgánica TSE y Registro Civil, y Código Civil N° 9406; 15-20. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://oig.cepal.org/sites/default/files/2016_ley9406_cri.pdf
8. Sipsma H, Ickovics J, Lewis J, Ethier K, Kershaw T. Deseo de Embarazo Adolescente e Incidencia de Embarazo.WHI. [Internet].2010[citado el 12 de junio del 2023]; 21(2): 110-116. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2010.09.004>
 9. Gaudie J, Mitrou F, Lawrence D, Stanley F, Silburn S, Zubrick S. Antecedentes de embarazos en adolescentes de un estudio de seguimiento de 14 años utilizando vinculación de datos. BMC Salud Pública. [Internet]. 2010[citado el 12 de junio del 2023];10(63): 1-2. DOI: <https://doi.org/10.1186%2F1471-2458-10-63>
 10. Hellerstedt W, Fee R, Mc Neely C, Sieving R, Shew M, Resnick M. Sentimientos de embarazo entre adolescentes en espera de los resultados de la prueba de embarazo. NIH. [Internet]. 2001[citado el 12 de junio del 2023]; 116(1): 180-193. DOI: <https://doi.org/10.1093%2Fpfr%2F116.S1.180>
 11. Charlton B, Nava B, Coles M, Katz- Wise S. Experiencias de embarazo adolescente de mujeres de minorías sexuales. J Pediatr Adolesc Gynecol. [Internet]. 2019[citado el 12 de junio del 2023]; 32 (5): 499-505. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2019.05.009>
 12. Medina O, Ortiz K, Fertility in adolescent women and social inequalities in Mexico, 2015. Rev Panam Salud Publica. [Internet]. 2018[citado el 12 de junio del 2023]; 42(99): 1. DOI: <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.99>
 13. Del Risco O, Zambrano E, Guerrero N, Surita F. Buenas prácticas de atención prenatal en el embarazo adolescente desde la perspectiva de los profesionales de la salud. Rev Colomb Obstet Ginecol. [Internet]. 2021[citado el 12 de junio del 2023]; 72(3): 244- 257. DOI: <https://doi.org/10.18597/rcog.3695>
 14. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Washington DC: OMS; 2022 [consultado el 12 de junio del 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

15. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.); 2019 [consultado el 12 de junio del 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002003.htm#:~:text=Durante%20la%20adolescencia%2C%20los%20ni%C3%B1os,y%20mantener%20relaciones%20personales%20satisfactorias.>
16. Gaete P. El control de salud del adolescente. RMCLC. [Internet] 2010 [citado el 12 de junio del 2023]; 21(5): 798-815. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-el-control-salud-del-adolescente-S0716864010706027>
17. Güemes-Hidalgo M, Ceñal González-Fierro MJ, Hidalgo MI, De Salud Barrio C, Dan DPS. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales [Internet]. Adolescenciasema.org. [citado el 6 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Desarrollo%20durante%20la%20Adolescencia.pdf>
18. Hidalgo Vicario MI, González-Fierro MJC. Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. An Pediatr Contini [Internet]. 2014 [citado el 6 de agosto de 2023];12(1):42–6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-adolescencia-aspectos-fisicos-psicologicos-sociales-S1696281814701672>
19. Gaete V. Adolescent psychosocial development. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2015 [citado el 6 de agosto de 2023];86(6):436–43. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000600010
20. Graber EG. Desarrollo de los adolescentes [Internet]. Manual MSD versión para público general. [citado el 6 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-cr/hogar/salud-infantil/crecimiento-y-desarrollo/desarrollo-de-los-adolescentes>
21. González-Fierro MJC. Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. An Pediatr Contin [Internet]. 2014 [citado el 6 de agosto de 2023];12(1):42–6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-adolescencia-aspectos-fisicos-psicologicos-sociales-S1696281814701672>

22. La salud de los adolescentes y los adultos jóvenes [Internet]. Who.int. [citado el 6 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
23. Brenes EN. Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes 2021-2030 promueve una atención integral y diferenciada para la población entre 10 a 19 años [Internet]. Ministerio de Salud Costa Rica. [citado el 6 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/43-noticias-2021/1077-plan-estrategico-nacional-de-salud-de-las-personas-adolescentes-2021-2030-promueve-una-atencion-integral-y-diferenciada-para-la-poblacion-entre-10-a-19-anos>
24. Palacios X. Adolescencia: ¿una etapa problemática del desarrollo humano? [Internet]. Org.co. [citado el 6 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v17n1/1692-7273-recis-17-01-5.pdf>
25. González DPC, Norma E, Lacunza DP, Betina A, Mejail L, Marcelo S, et al. SITUACIONES PROBLEMÁTICAS EN ADOLESCENTES QUE VIVEN EN CONTEXTOS DE ADVERSIDAD. TENDENCIAS Y URGENCIAS [Internet]. Gov.ar. [citado el 6 de agosto de 2023]. Disponible en: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/162628/CONICET_Digital_Nro.fe4cbf4d-07b4-4deb-8036-b9723bff73f7_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y
26. Herrera Santi P. Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. Rev cubana Pediatr [Internet]. 1999 [citado el 6 de agosto de 2023];71(1):39–42. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75311999000100006
27. Jall-Vélez NJ, Cruel-Ángulo JP. Factores que inciden e influyen en jóvenes y adolescentes en la sociedad. P del C [Internet]. 2018;3(11):416. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/download/869/pdf>
28. Umh.es. [citado el 6 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3013/1/TFG%20Barceló%20Martínez%2C%20Marina.pdf>

29. Unfpa.org. [citado el 6 de agosto de 2023]. Disponible en: https://costarica.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Reporte_Estado_Poblac_Mundial_datos_LAC_y_CR.pdf
30. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Y CALIDAD DE VIDA: ALGUNOS ASPECTOS CARACTERÍSTICOS DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA ATENDIDA EN LA CLÍNICA INTEGRAL DEL/LA ADOLESCENTE DEL HOSPITAL MÉXICO [Internet]. Binasss.sa.cr. [citado el 6 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/v26n592001/art3.pdf>
31. Mitchell C. OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2018 [citado el 6 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14163:latin-america-and-the-caribbean-have-the-second-highest-adolescent-pregnancy-rates-in-the-world&Itemid=0&lang=es
32. Embarazo adolescente [Internet]. UNFPA Costa Rica. 2017 [citado el 6 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://costarica.unfpa.org/es/topics/embarazo-adolescente>
33. Vargas Pérez A. El Embarazo en la Adolescencia Consideraciones para la prevención del Embarazo Adolescente. RevCsFarm y Bioq [Internet]. 2013 [citado el 6 de agosto de 2023];1(1):141–8. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2310-02652013000100016
34. Favier Torres MA, Samón Leyva M, Ruiz Juan Y, Franco Bonal A. Factores de riesgos y consecuencias del embarazo en la adolescencia. Rev inf cient [Internet]. 2018 [citado el 6 de agosto de 2023];97(5):1043–53. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000501043
35. Sistematización de evidencias sobre consecuencias económicas y sociales del embarazo adolescente [Internet]. Unfpa.org. [citado el 6 de agosto de 2023]. Disponible en: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/sistematizacion%20de%20evidencias%20sobre%20consecuencias%20economicas%20y%20sociales%20del%20embarazo%20adolescente%20%281%29_0.pdf

36. Medicina.uc.cl. [citado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecología-2018.pdf>
37. aborto [Internet]. Binasss.sa.cr. [citado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/poblacion/aborto.htm>
38. Dulay AT. Aborto espontáneo [Internet]. Manual MSD versión para público general. [citado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-cr/hogar/salud-femenina/complicaciones-del-embarazo/aborto-espontáneo>
39. Badilla Baltodano B, Montero Chinchilla N, Mora Vargas AI, Quesada Rojas Y, Castro Murillo G, Monge Monge M. Contribución al desarrollo de la educación farmacéutica costarricense: Perfil Académico Profesional de la persona farmacéutica asistencial. Actual Investig Educ [Internet]. 1969;18(3). Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/aie/v18n3/1409-4703-aie-18-03-544.pdf>
40. Argüello Gutiérrez Y, Castro Jiménez LE, Rodríguez Rojas YL. Conceptualización y aspectos políticos de la atención primaria en salud: mirada desde los actores sociales. Rev costarric salud pública [Internet]. 2017 [citado el 15 de octubre de 2022];26(1):86–96. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292017000100086
41. CCSS | Caja Costarricense de Seguro Social [Internet]. www.ccss.sa.cr. [citado del 07 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/portal/arc/cultura-organizacional/2019.pdf>
42. CCSS. Caja Costarricense del Seguro Social. Servicios de Salud de la CCSS [citado el 18 de diciembre de 2022]. Disponible en: <file:///C:/Users/User/Downloads/Organizacio%CC%81n%20y%20Establecimientos%20de%20Salud%20de%20la%20CCSS.pdf>
43. Céspedes Quirós Y, Cortés Ángel R, Madrigal Meneses M. Validación de un instrumento para medir la percepción de la calidad de los servicios farmacéuticos del Sistema Público de Salud de Costa Rica. Rev costarric salud pública [Internet]. 2011 [citado el 4 de noviembre de 2022];20(2):75–82. Disponible

- en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292011000200002
44. CCSS | Caja Costarricense de Seguro Social [Internet]. www.ccss.sa.cr. [citado el 08 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/portal/arc/cultura-organizacional/2013.pdf>
 45. Acuerdo De Junta A, Acta D. Política Institucional de Atención Integral a la Adolescencia Caja Costarricense de Seguro Social Política Institucional de Atención Integral a la Adolescencia [Internet]. [citado el 08 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/adolescencia/institucional.pdf>
 46. González V, Rafael A. Calidad en los servicios de salud: experiencia de Costa Rica. *Rev Cienc Adm Financ Secur Soc* [Internet]. 1997 [citado el 22 de agosto de 2023];5(2):22–31. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12591997000200004
 47. Consejo Nacional de Seguridad Social [Internet]. Gob.do. Consejo Nacional de Seguridad Social | CNSS; 2016 [citado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.cnss.gob.do/index.php/noticias/item/411-atencion-integral-en-salud>
 48. Céspedes Jiménez MG, Loaiza Madriz CM, Montoya Vargas LM, Ramírez Hernández R, Rodríguez Picado C. Nuevo modelo de atención integral en salud: la problemática de falta de cupo por morbilidad. *Rev Cienc Adm Financ Secur Soc* [Internet]. 2003 [citado el 22 de agosto de 2023];11(1):51–70. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592003000100006
 49. Georgina C, Mora A. La prevención del embarazo adolescente: reto de la educación sexual Prevention of adolescent pregnancy: a challenge for the sexual education [Internet]. Unirioja.es. [citado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6623673.pdf>
 50. Técnica R. El Embarazo en la Adolescencia en América Latina y el Caribe [Internet]. Paho.org. [citado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en:

- https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53134/OPSFPLHL200019_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
51. Valles Fernández N, López de Castro F. Anticoncepción en la adolescencia. Semergen [Internet]. 2006 [citado el 22 de agosto de 2023];32(6):286–95. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-anticoncepcion-adolescencia-13090092>
 52. ENFOQUES CUANTITATIVO, CUALITATIVO Y MIXTO [Internet]. Eumed.net. [citado el 6 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/cualitativo_cuantitativo_mixto.html
 53. Vélez LV, R. P. LA INVESTIGACION CUALITATIVA [Internet]. Edu.ar. [citado el 6 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/velez_vera_investigacion_cualitativa_pdf.pdf
 54. La muestra se necesita especificar PD la P y., Lugar en P, Van a ser medidos o analizados Q o. Q, Decir E, De la investigación QSLODEEDD del PI, de la misma. Por ejemplo, del O y. del D, et al. 7.1 DETERMINACIÓN DE LA POBLACIÓN: [Internet]. Edu.co. [citado el 6 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.uptc.edu.co/bitstream/handle/001/4557/3266.pdf;jsessionid=A7FEEC780966823C370CC6705D574ED1?sequence=1>
 55. Ruiz PMS, Jorge JV, Enero ©. FUENTES DE INFORMACIÓN PRIMARIAS, SECUNDARIAS Y TERCARIAS [Internet]. Inter.edu. [citado el 6 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://ponce.inter.edu/cai/manuales/fuentes-primaria.pdf>
 56. Rua.ua.es. [citado el 11 de octubre de 2023]. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/33983/1/BUSQUEDA_informacion_DOCTORADO.pdf
 57. Manzano Nuñez R, García Perdomo HA. Sobre los criterios de inclusión y exclusión. Más allá de la publicación. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2016 [citado el 11 de octubre de 2023];87(6):511–2. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062016000600015

58. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA [Internet]. Ucr.ac.cr. [citado el 11 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/manual/saludreproductiva/26%20Salud%20reproductiva%20e.pdf>
59. Alarcón Argota R, Coello Larrea J, Cabrera García J, Monier Despeine G. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Rev cubana Enferm [Internet]. 2009 [citado el 11 de octubre de 2023];25(1-2):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100007
60. Psychologia. Avances de la disciplina [Internet]. Redalyc.org. [citado el 11 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224090010.pdf>
61. Hernández LR, Caballero BAC, Muñoz CO. La participación comunitaria como eje de la atención primaria de la salud. Edumecentro [Internet]. 2019 [citado el 11 de octubre de 2023];11(1):218-33. Disponible en: https://revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/1294/html_42
62. Figueroa Oliva DA, Negrin Garcia VA, Garcell Fernández ET. Riesgos y complicaciones asociados al embarazo en la adolescencia. Rev cienc médicas Pinar Río [Internet]. 2021 [citado el 12 de octubre de 2023];25(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942021000500025
63. Magee LA, von Dadelszen P, Rey E, Ross S, Asztalos E, Murphy KE, et al. Less-tight versus tight control of hypertension in pregnancy. N Engl J Med [Internet]. 2015;372(5):407-17. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3770>
64. Nuñez Rivas H, Rojas Chavarría A. Prevención y atención del embarazo en la adolescencia en Costa Rica, con énfasis en comunidades urbanas pobres. Rev costarric salud pública [Internet]. 1999 [citado el 12 de octubre de 2023];8(14):09-19. Disponible en:

- https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14291999000100003
65. Pérez López E. PERCEPCIÓN E INTERESES DEL ADOLESCENTE ANTE DISTINTAS INTERROGANTES Y TOMA DE DECISIONES COMO ESTUDIANTE DE SECUNDARIA. InterSedes [Internet]. 2019 [citado el 25 de octubre de 2023];20(42):141–63. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-24582019000200143
66. Org.co. [citado el 25 de octubre de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862010000200007
67. Hernández LR, Caballero BAC, Muñoz CO. La participación comunitaria como eje de la atención primaria de la salud. Edumecentro [Internet]. 2019 [citado el 25 de octubre de 2023];11(1):218–33. Disponible en: https://revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/1294/html_424
68. Edu.pe. [citado el 25 de octubre de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/175/1/FORTU%20NATO%20RAMOS%20GOMEZ-FACTORES%20QUE%20INFLUYEN%20EMBARAZO%20ADOLESCENTES.pdf>
69. REPERCUSIONES DE LA VIOLENCIA BASADA EN EL GÉNERO SOBRE EL EMBARAZO. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2006 [citado el 25 de octubre de 2023];66(1):13–20. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-7732200600010000
70. Información elaborada por Evelyn Durán Porras, Analista en Salud Reproductiva de UNFPA en Costa Rica [Internet]. Unfpa.org. [citado el 25 de octubre de 2023]. Disponible en: https://costarica.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/folleto_2022.pdf

CAPÍTULO VII – ANEXOS

7.1 Anexo 1

Anexo 1. Clasificación de artículos consultados según nivel de evidencia

Autor/Revista/ Año	Ref	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
Alarcón Argota et al, 2009, Scielo	59	Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia	Revisión sistémica de estudios observacionales	3	75 adolescentes	Observacional analítica	Demostrar que existió asociación entre los factores dependientes de la vida familiar y personal de las adolescentes y la incidencia de gestaciones precoces en nuestro medio, el no tener relaciones adecuadas con los padres, no recibir apoyo espiritual y económico de la pareja, no mantener relaciones estables de pareja y no

							conversar con los padres aspectos de sexualidad y reproducción fueron factores que al actuar sobre ellos lograríamos un mayor impacto sobre la población expuesta.
Orcasita Pineda,2010, Redalyc	60	Importancia del apoyo social en el bienestar del adolescente	Revisión bibliografía	5	No se indica	No indica	Finalmente, la revisión efectuada en esta investigación permite dar cuenta de que la necesidad de orientar las investigaciones futuras del apoyo social en la población adolescente por los beneficios que podría generar en esta etapa de mayor vulnerabilidad. Esta investigación ha señalado la importancia

							que tiene el apoyo social sobre diferentes factores del ciclo de vida en los cuales hay prioridad y necesidad de tener establecidas fuertes redes de apoyo para afrontar situaciones adversas.
Figuroa oliva et al, 2021, Scielo	62	Riesgos y complicaciones asociados al embarazo en la adolescencia	Revisión bibliografía	5	No se indica	se realizó una revisión bibliográfica sobre el embarazo en la adolescencia. Se expresó criterios de autores y resultados de investigaciones	Las complicaciones más significativas asociadas a gestantes adolescentes son la enfermedad hipertensiva gestacional, los traumas obstétricos del parto, el recién nacido pretérmino y el bajo peso. La prevención de los factores de riesgos, desarrollar una

						disponibles en las bases de datos SciELO, Medline, PubMed. Se empleó un total de 30 referencias bibliográficas, más del 75 % de la literatura consultada corresponde a los últimos cinco años.	correcta educación sexual por la familia, la sociedad y los profesionales de la salud, favorecerá a la disminución de los embarazos en edades tempranas.
Nuñez Rivas, 1999, Scielo	64	Prevención y atención del embarazo en la adolescencia en	Revisión bibliografía	5	No se indica n	No se indica	La prevención y atención del embarazo en la adolescencia, requiere de un sistema de monitoreo y evaluación que esté presente desde el diseño

		Costa Rica, con énfasis en comunidades urbanas pobres					mismo de los programas, pasando por la implementación, hasta llegar a medir su efectividad e impacto en las modificaciones producidas en las prácticas sexuales. y productivas.
Pérez López, 2019, Scielo	65	Percepción e intereses del adolescente ante distintas interrogantes y toma de decisiones como estudiante de secundaria	Estudio causa experimental	4	3 colegios de la zona de Alajuela	La investigación se realizó recopilando información de estudiantes adolescentes de secundaria, por medio de un instrumento de consulta de creación propia	Estudios como este revelan la realidad puntual de las nuevas generaciones en temas educacionales en edad adolescente, lo que permite a la sociedad enfocar esfuerzos en atender tan importante sector de la población, que marcarán el destino

						del autor, con el fin de extraer información relevante en temas actuales de interés social, en diversas líneas de enfoque, con el fin de analizar y apoyar en la orientación del complejo mundo del adolescente, para la oportuna toma de decisiones.	de todo un país en el corto plazo.
Hernandez et al, 2019,	67	La participación comunitaria como eje	Revisión sistemática	3	No se indica	No se indica	La participación comunitaria se fortalece a

Universidad virtual de salud		de la atención primaria de la salud	estudios observacionales				través de la organización de la comunidad, con protagonismo de la población en la identificación de problemas y su resolución entre todos.
Ramos Gomez, 2016, Universidad Autónoma de ICA	68	"FACTORES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO DE ADOLESCENTES EN LA JURISDICCIÓN DEL PUESTO DE SALUD LA MEJORADA-HUAYTARA-HUANCAVELICA-2016	Estudio de cohorte descriptivo	2	50 adolescentes	Estudio descriptivo	El conocimiento de temas sexuales, lo tienen a través de fuentes no confiables, como es el internet, la TV, la radio, etc. V Existe una diversidad de métodos anticonceptivos, pero los jóvenes por vergüenza no los piden en las farmacias de su localidad, por tanto, no lo usan y en muchos casos no lo saben usar.

--	--	--	--	--	--	--	--

Fuente: elaboración propia.

7.2 Anexo 2

Anexo 2. Encuesta realizada al personal de salud del Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia:

Encuesta:

Embarazo adolescente en la población adscrita al Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia

Mi nombre es Allison Yudith Cambroner Arguedas, desarrolladora de la tesis de grado titulada “Análisis de los factores culturales, socioeconómicos y educativos que influyen en la prevalencia de casos de embarazo adolescente en la población adscrita al Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia durante el primer semestre del año 2023, para la elaboración de una propuesta sobre el abordaje integral en la promoción de la salud sexual y reproductiva en dicha población”. Realizada para optar por el título de Licenciatura en Medicina y Cirugía de la Universidad Internacional de las Américas.

Las entrevistas se desarrollan con la finalidad de conocer el punto de vista de los profesionales de la salud del Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia, como parte del proceso investigativo y como una fuente informativa de sustento para el estudio. El objetivo es analizar los factores culturales, socioeconómicos y educativos que influyen en la prevalencia de casos de embarazo adolescente en la población adscrita al Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia durante el primer semestre del año 2023, para la elaboración de una propuesta sobre el abordaje integral en la promoción de la salud sexual y reproductiva en dicha población.

No se utilizará información personal ni datos sensibles de pacientes, pues el propósito es meramente para fines académicos.

Sección 1

1. ¿Considera usted que el embarazo adolescente es una problemática? Justifique su respuesta.

Escriba su respuesta

2. De acuerdo con su experiencia en el ámbito de la salud ¿Cuáles considera que son 3 factores de riesgo que podrían propiciar un embarazo adolescente?

Escriba su respuesta

3. Desde el punto de vista como profesional de la salud del cantón de Santa Bárbara de Heredia ¿Cuáles considera que son 2 factores predisponentes que tienen una influencia significativa sobre la prevalencia de embarazos adolescentes en la zona?

Escriba su respuesta

4. Tomando en cuenta que una de las herramientas más poderosas para evitar un embarazo adolescente es la educación sexual y reproductiva ¿Considera que hoy día en el cantón donde labora existen deficiencias al respecto?

Sí

No

5. ¿Cuáles son 3 deficiencias que cree que existen en el sistema de salud del cantón en cuanto a salud sexual y reproductiva de los adolescentes?

Escriba su respuesta

6. Desde la óptica de la salud ¿Cuáles complicaciones físicas considera que podrían manifestarse en las madres adolescentes?

Escriba su respuesta

