

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO**

**CARACTERÍSTICAS Y CONSECUENCIAS SOCIALES
DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

Estudio descriptivo transversal sobre las principales características obstétricas, sociales y familiares que poseen las adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que consultan al departamento de ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de Septiembre de 2013 a Mayo de 2014.

ANA FABIOLA PORTILLO DARDÓN

CHIQUMULA, GUATEMALA, JUNIO 2014.

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO**

**CARACTERÍSTICAS Y CONSECUENCIAS SOCIALES
DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

Estudio descriptivo transversal sobre las principales características obstétricas, sociales y familiares que poseen las adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que consultan al departamento de ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de Septiembre de 2013 a Mayo de 2014.

TRABAJO DE GRADUACIÓN

Sometido a consideración del Honorable Consejo Directivo

Por:

ANA FABIOLA PORTILLO DARDÓN

Al conferírsele el título de

MÉDICO Y CIRUJANO

En el grado académico de

LICENCIADO

CHIQUMULA, GUATEMALA, JUNIO 2014.

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO**



RECTOR

Dr. Carlos Guillermo Alvarado Cerezo

CONSEJO DIRECTIVO

Presidente:	M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Representante de Profesores:	M.Sc. Edgar Arnaldo Casasola Chinchilla
Representante de Profesores:	Ph.D. Felipe Nery Agustín Hernández
Representante de Graduados:	Lic. Zoot. Alberto Genesio Orellana Roldán
Representante de Estudiantes:	Br. Heidy Jeaneth Martínez Cuestas
Representante de Estudiantes:	Br. Otoniel Sagastume Escobar
Secretaria:	Licda. Marjorie Azucena González Cardona

AUTORIDADES ACADÉMICAS

Coordinador Académico:	Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cerdón
Coordinador de Carrera:	Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés

ORGANISMO COORDINADOR DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN

Presidente y revisor:	Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés
Secretario y revisor:	M.Sc. Carlos Iván Arriola Monasterio
Vocal y revisor:	MA.Mc. Rory René Vides Alonzo
Vocal y revisor:	M.Sc. Christian Edwin Sosa Sancé

Chiquimula, junio de 2014

Señores:

Miembros del Consejo Directivo
Centro Universitario de Oriente
Universidad de San Carlos de Guatemala
Chiquimula, Ciudad.

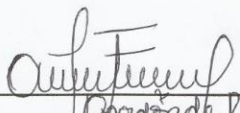
Respetables señores:

En cumplimiento con lo establecido de los estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Centro Universitario de Oriente, presento ante ustedes, el trabajo de graduación titulado **“CARACTERÍSTICAS Y CONSECUENCIAS SOCIALES DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA”**.

Como requisito previo a optar el título profesional de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciatura.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Ana Fabiola Portillo Dardon

Chiquimula, 09 de junio de 2014

M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
DIRECTOR
Centro Universitario de Oriente
Universidad de San Carlos de Guatemala

Señor Director:

En atención a la designación efectuada por la Comisión de Trabajos de Graduación para asesorar a la Perito Contador, Ana Fabiola Portillo Dardón, con carné No. 200340155 en el trabajo de graduación denominado **“CARACTERÍSTICAS Y CONSECUENCIAS SOCIALES DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA”**; tengo el agrado de dirigirme a usted para informarle que he procedido a revisar y orientar a la sustentante, sobre el contenido de dicho trabajo.

En este sentido, el tema desarrollado plantea describir las principales características obstétricas, sociales y familiares que poseen las adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que consultaron al departamento de ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, por lo que en mi opinión reúne los requisitos exigidos por las normas pertinentes, razón por la cual recomiendo su aprobación para su discusión en el Examen General Publico de Trabajos de Graduación, previo a optar el Título de Médico y Cirujano, en el Grado Académico de Licenciado.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Dra. Sharon del Rosario Videz Hernández
Maestra en Ginecología y Obstetricia
Col. 13801

Sharon del Rosario Videz Hernández
Máster en Ginecología y Obstetricia
Colegiado 13,801

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO



Chiquimula, 14 de julio 2014.

Ref. MYCTG-14-2014.

M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Director
Centro Universitario de Oriente

Señor Director:

De manera atenta se le informa que la estudiante ANA FABIOLA PORTILLO DARDÓN carné 200340155, ha finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación Titulado "CARACTERÍSTICAS Y CONSECUENCIAS SOCIALES DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA", realizado en el Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional de Chiquimula, el cual fue asesorado por Dra. Sharon del Rosario Videz Hemández, Especialista en Ginecología y Obstetricia, colegiado numero 13,801, quien avala y dictamina favorablemente en relación al estudio.

Se considera que el mencionado trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación y las contempladas en el Reglamento del Programa de Tesis de Grado de la Facultad de Ciencias de la Universidad de San Carlos de Guatemala vigente para la Carrera Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, razón por la cual recomiendo su aprobación para autorizar los trámites necesarios para su discusión en el Examen General Publico previo a otorgársele el Título de Médica y Cirujana, en el Grado Académico de Licenciada.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente;

"Id y Enseñad a Todos"

MSc. Carlos Iván Arriola Monasterio
Encargado Unidad de Investigación y Trabajos de Graduación
- Carrera de Médico y Cirujano- CUNORI



"36 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE"

Nota: La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor.

Finca El Zapotillo, zona 5, Chiquimula
PBX 78730300 – Extensión 1027 Carrera de Médico y Cirujano
www.cunori.edu.gt

Cc/-Archivo-
Mdo/

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO



Chiquimula, 14 de Julio 2014.

Ref. MYCTG-09-2014.

M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Director
Centro Universitario de Oriente

Señor Director:

De manera atenta se le informa que la estudiante ANA FABIOLA PORTILLO DARDÓN carné 200340155, ha finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación Titulado "CARACTERÍSTICAS Y CONSECUENCIAS SOCIALES DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA", realizado en el Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional de Chiquimula, el cual fue asesorado por Dra. Sharon del Rosario Videz Hemández, Especialista en Ginecología y Obstetricia, colegiado numero 13,801, quien avala y dictamina favorablemente en relación al estudio.

Se considera que el mencionado trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación y las contempladas en el Reglamento del Programa de Tesis de Grado de la Facultad de Ciencias de la Universidad de San Carlos de Guatemala vigente para la Carrera Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, razón por la cual recomiendo su aprobación para autorizar los trámites necesarios para su discusión en el Examen General Público previo a otorgársele el Título de Médica y Cirujana, en el Grado Académico de Licenciada.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente;

"Id y Enseñad a Todos"


Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés
-Coordinador - Carrera de Médico y Cirujano-
Centro Universitario de Oriente



"36 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE"

Nota: La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor.

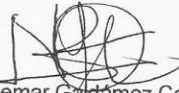
Finca El Zapotillo, zona 5, Chiquimula
PBX 78730300 – Extensión 1027 Carrera de Médico y Cirujano
www.cunori.edu.gt

Cc/-Archivo-
Mdo/

EL INFRASCrito DIRECTOR DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, POR ESTE MEDIO HACE CONSTAR QUE: Conoció el Trabajo de Graduación que efectuó la estudiante ANA FABIOLA PORTILLO DARDÓN titulado “CARACTERÍSTICAS Y CONSECUENCIAS SOCIALES DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA”, trabajo que cuenta con el aval de el Revisor y Coordinador de Trabajos de Graduación, de la carrera de Médico y Cirujano. Por tanto, la Dirección del CUNORI con base a las facultades que le otorga las Normas y Reglamentos de Legislación Universitaria **AUTORIZA** que el documento sea publicado como Trabajo de Graduación a Nivel de Licenciatura, previo a obtener el título de Médica y Cirujana.

Se extiende la presente en la ciudad de Chiquimula, el treinta de julio de dos mil catorce.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



MSc. Nery Waldemar Gardámez Cabrera
DIRECTOR
CUNORI - USAC



c.c. Archivo

NWGC/ars

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

A MIS PADRES

Robidio Portillo Salguero
Anabella Dardón de Portillo (QEPD)

A MI ESPOSO

Orlando Oliverio Rivas Cordón

A MI HIJO

Fabian Estheban Rivas Portillo

A MIS HERMANOS

Robidio Estuardo Portillo Dardón
Cristy Veralí Portillo Dardón
José Robidio Portillo Dardón (QEPD)

A MI FAMILIA EN GENERAL

A MI ASESORA

Dra. Sharoon del Rosario Videz Hernández

AL REVISOR DE LA CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO

Dr. Carlos Iván Arriola Monasterio

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

AL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE

AL HOSPITAL NACIONAL DE CHIQUIMULA “CARLOS MANUEL ARANA OSORIO”

AL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA

A MI AMADA GUATEMALA

ACTO QUE DEDICO

A DIOS:

Por darme la vida, entendimiento y sabiduría necesaria para concluir mi carrera, y sobre todo darme su amor y fortaleza en esos momentos en los cuales ya no podía continuar, por ello con toda la humildad de mi corazón mi primera dedicatoria es para ti mi Dios.

A MIS PADRES:

Robidio Portillo Salguero y Anabella Dardón de Portillo (QEPD). Por ser los pilares de mi vida, quien con esfuerzo y sacrificio hicieron posible que mi sueño de llegar a ser Médico se hiciera realidad, gracias por creer en mí y por esa infinita paciencia que han tenido en esta larga espera. Te amo papá y gracias por ser mi guía en mi vida y enseñarme que con amor y humildad todo llega a ser posible. Te amo mamá, mi guerrera, mi ángel, mi ejemplo de mujer, solamente tengo que decirte gracias, por amarme y decirme hasta en el último momento que yo sí podía hacer mi sueño realidad.

A MI ESPOSO E HIJO:

Orlando Oliverio Rivas Cordón y Fabian Estheban Rivas Portillo, por ser una bendición en mi vida. Por ser las personas que llegaron en los últimos años de mi carrera y me brindaron su amor y apoyo incondicional, y que con este triunfo pueda compensarles un poco todos esos días de ausencia en los cuales no pude compartir con ellos tantos momentos en su diario vivir.

A MIS HERMANOS:

Por su amor y apoyo incondicional, y decirme que sí se puede alcanzar todo en esta vida.

AL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE Y A SUS CATEDRATICOS:

Por brindarme la oportunidad de seguir superándome en mi vida profesional, compartiendo sus conocimientos con exigencia para concluir mi carrera de la mejor manera.

AL HOSPITAL NACIONAL DE CHIQUIMULA “CARLOS MANUEL ARANA OSORIO” Y AL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA:

Por abrirme sus puertas y convertirse en mí segundo hogar, a su distinguido personal médico y de enfermería por su enseñanza apoyo y paciencia en estos años de aprendizaje académico.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS:

Gracias por ser parte de mí día a día en esta lucha incansable, y por todos los momentos de alegría, tristeza y felicidad compartidos.

Y a todos los que forman parte de mi vida, Gracias.

ANA FABIOLA PORTILLO DARDÓN

ÍNDICE

RESUMEN	I
INTRODUCCIÓN	II
I) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
II) DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO	7
III) OBJETIVOS	10
IV) JUSTIFICACIÓN	11
V) MARCO TEÓRICO	
I. EMBARAZO ADOLESCENTE	12
II. CAUSAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	20
III. CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES	24
IV. PREVENCIÓN DE LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES	26
VI) DISEÑO METODOLÓGICO	28
VII) PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	35
VIII) ANÁLISIS DE RESULTADOS	65
IX) CONCLUSIONES	66
X) RECOMENDACIONES	70
XI) PROPUESTA	71
XII) BIBLIOGRAFÍA	73
XIII) ANEXOS	80

RESUMEN

En este trabajo se estudió las principales características obstétricas, sociales y familiares que poseen las adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que consultaron al departamento de ginecoobstetricia del Hospital Nacional "Carlos Manuel Arana Osorio" Chiquimula, durante los meses de septiembre del 2013 a mayo de 2014.

Para obtener la información se realizó una entrevista directa a la joven embarazada y dichos datos se fueron transcribiendo a una boleta de datos de donde se obtuvieron estos resultados: etapa de la adolescencia más afectada: media o tardía con 91.67%, municipio con mayor número de casos: con 28.33% Chiquimula, el 73.33% de las encuestadas se encuentran viviendo en unión libre con sus parejas, el 91.67% son amas de casa, el 29% de los casos tienen un nivel educativo primario y el 60% de las madres de las jóvenes encuestadas no tienen un nivel educativo. En lo que respecta al antecedente ginecoobstétrico: el 76.67% son primigestas, e iniciaron sus relaciones sexuales en un 25% a los 15 años de edad, el 56.67% no conocen sobre métodos de planificación familiar y el 78.33% de los casos presentaron un embarazo no deseado.

Todo esto nos indica que deben incrementarse los esfuerzos para proveer la educación sexual, ya que es la única forma de retrasar la edad del primer embarazo y brindarles expectativas de superación que contribuyan a disminuir el número de embarazos a temprana edad, por lo tanto se propone realizar un plan de educación sexual con el objetivo de disminuir el embarazo en adolescentes.

INTRODUCCIÓN

Proteger los derechos de las niñas y adolescentes es clave para liberar su potencial de desarrollo. En Guatemala el 26% de los partos son de niñas y adolescentes de 10 a 19 años que se convierten en madres, comprometiendo sus oportunidades educativas y laborales y poniendo en riesgo su salud y su vida.

En Guatemala los embarazos en niñas y adolescentes siguen en aumento y cada vez son más cortas de edad las personas que están dando a luz, que mueren por causas relacionadas con el embarazo, parto y posparto; por lo cual nuevos flagelos sociales se desencadenan.

El Observatorio en Salud Reproductiva (OSAR) ha informado que los casos de menores de edad en estado de gestación siguen en aumento y Guatemala encabeza los índices más altos en América Latina, pues el 25 por ciento del total de partos en el país se reporta en mujeres de 10 a 19 años.

De acuerdo con la entidad, la situación es preocupante, niñas de 10 años que han tenido un embarazo desde los nueve años, los cuales son productos de violaciones sexuales.

En Chiquimula en el año 2012 tuvo aumento de embarazos en adolescentes a 1638 casos (Choc 2013), por lo cual mediante un estudio descriptivo transversal se encuestó a adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de ginecoobstetricia del Hospital Nacional "Carlos Manuel Arana Osorio" Chiquimula, durante los meses de Septiembre y Octubre del 2013, con el fin de determinar las principales características clínicas, sociales y familiares en la embarazadas adolescentes: en donde se pudo observar que son jóvenes formadas en familias numerosas con un antecedente de iniciar su vida reproductiva en la adolescencia reflejando que la etapa media o tardía de la adolescencia es la más afectada, así mismo poseen un perfil educativo bajo por lo que se propone realizar campañas de educación sexual a nivel escolar y comunitario para disminuir el número de casos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

a. Antecedentes del problema

El embarazo o gravidez (del latín *gravitas*) es el período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto, desde los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia

En 2007 el *Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres* de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) define al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del conceptus en la mujer. El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación). Entonces el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación (Atrash; Friede; Hogue 1887).

La adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, pero generalmente se enmarca su inicio entre los 10 a 12 años, y su finalización a los 19 o 20.

Para la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años y está comprendida dentro del período de la juventud -entre los 10 y los 24 años-. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los

niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años. A la adolescencia le sigue la juventud plena, desde los 20 hasta los 24 años. Algunos psicólogos consideran que la adolescencia abarca hasta los 21 años e incluso algunos autores han extendido en estudios recientes la adolescencia a los 25 años.

Embarazo temprano o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia (Rodríguez Rigual 2003). La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados (RTVE 2008). En general el término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen (Issler 2001).

b. Hallazgos y estudios realizados

El embarazo en las adolescentes es un problema de reconocida trascendencia.

Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, según el estudio realizado por Rosen

En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América (Braine 2009).

Gran Bretaña posee la tasa de embarazo adolescente más alta de la Unión Europea, con cerca de 90 mil adolescentes embarazadas cada año. A lo que se suman otras 100 mil niñas que deciden abortar (Liceo Técnico Profesional 2007).

El embarazo adolescente va en aumento mundial, presentándose cada vez a edades más precoces. Existen variaciones importantes en la prevalencia a nivel mundial dependiendo de la región y el nivel de desarrollo.

Así, en países como Estados Unidos corresponde a un 12,8% del total de embarazos, mientras que en países con menor desarrollo, como El Salvador,

constituye cerca del 25% y en países africanos cerca del 45% del total de embarazos (Torre López 2013)

Entre 25 y 108 de cada 1.000 jóvenes de 15 a 19 años son madres en los países de América Latina y el Caribe, según datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), que ponen de relieve la alarmante situación de la maternidad adolescente.

Una de las regiones más afectadas por este problema es Centroamérica, donde Nicaragua encabeza la lista.

De la población de mujeres embarazadas en Honduras, el 30% son menores de 18 años, según registros de la Secretaría de Salud.

Los casos de embarazos de adolescentes se han incrementado de forma alarmante en Guatemala en los últimos años. Según la Encuesta Nacional Materno Infantil 2008-2009, existen en el país 114 madres de 10 a 20 años, por cada mil habitantes (EFE 2012).

Se realizó un estudio descriptivo- prospectivo con el objetivo de realizar un perfil clínico y epidemiológico del embarazo no deseado en la mujer adolescente en el departamento de Petén, tomando en cuenta los 11 centros de salud durante los meses de octubre 2001 a enero 2002, se entrevistaron 580 adolescentes embarazadas de las cuales 242 respondieron que no desean el embarazo con una frecuencia de 41.72% del total de las entrevistadas, encontrándose que es en la adolescencia intermedia donde más se presenta este problema, con un 51.65 %, siendo en su mayoría primigestas (Ramos Escobar 2002).

Otro estudio titulado "factores que influyen en el aumento de embarazo de la mujer adolescente que asiste a control prenatal a la consulta externa del hospital de ginecoobstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S.) fue realizado en septiembre de 2011 y da como resultado estas conclusiones: Del 72% de personas encuestadas responde que no utilizan ningún método para evitar el embarazo, lo cual podría deberse a la falta de educación sexual y salud reproductiva en la adolescente. Resultando de esto un embarazo a temprana edad para lo cual no está preparada física ni emocionalmente (Barrientos Roldan 2011)

Así mismo en un estudio efectuado por la Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas (2008), revela las características de los embarazos en adolescentes (10-17años): el 40% son madres solteras, el 60% no asisten a la escuela, el 50% se desempeña en la economía informal (OSAR 2011).

El Observatorio en Salud Reproductiva (OSAR) reveló que de enero a junio del año 2010 se han reportado 16 mil 339 partos en personas de 10 a 19 años de edad, cifra que representa el 25 por ciento del total de partos en Guatemala. Los datos basados en el Sistema de Información gerencial en salud, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) destaca que en el rango de edad de 10 a 14 años, se atendieron un mil 101 partos, 11 de ellos en niñas de diez años, lo que significa que su embarazo inició a los nueve años.

De acuerdo con el OSAR los departamentos donde se reportan los más altos índices de niñas y adolescentes en estado de gestación son: Huehuetenango, en primer lugar, seguido por San Marcos, Petén, Escuintla y Quiché, mientras que Sacatepéquez, Sololá y Retalhuleu son los que menos reportan. Los representantes de la entidad indicaron que los partos en niñas de 10 años se han reportado tres en Chiquimula y Petén, dos en Jutiapa y uno en Escuintla, Huehuetenango y Quiché.

La entidad también subrayó que otro flagelo que afecta a la población guatemalteca son los elevados índices de muertes maternas, las cuales de enero a junio del año 2012 van sumando ya 148, la mayoría en Alta Verapaz, Huehuetenango, Quiché, Quetzaltenango y Chiquimula.

El OSAR subrayó que en los departamentos donde se han reportado menos decesos de mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y posparto son Zacapa y Totonicapán, mientras que en El Progreso y Sacatepéquez no reporta ni uno (CERIGUA 2012).

Cada día mueren dos mujeres por causas relacionadas con el embarazo y dos de cada 10 muertes maternas se dan en mujeres menores de 19 años, señaló la organización “Jóvenes sin Censura”, de la Asociación pro Bienestar de la Familia (Aprofam) (Hurtarte 2011).

En el programa “A Primera Hora” se conversó acerca de los casos de adolescentes embarazadas, en especial de los 1 mil 865 casos de embarazadas de 10 a 14 años que se han registrado en 2012, según cifras oficiales. En la discusión participaron representantes del OSAR, ONG Go Joven y el MSPAS

En el caso de las embarazadas de 10 a 14 años Eiyaden dijo que en muchas ocasiones se da por violación de un familiar que puede ser un padre, tío, abuelo o padrastro. El problema es que no hay denuncia y se hace culpable a la niña, indicó. Por su parte, Molina calificó esos casos como una “catástrofe terrible” y explicó que el riesgo de mortalidad de una embarazada de 15 a 19 años de edad se duplica, pero en el caso de quienes tienen 10 a 15 años, el riesgo se quintuplica (Alvarado 2012).

La secretaria del Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (Osar), Mirna Montenegro, dice que el abandono de recién nacidos se ha incrementado a partir de 2009, y que estos casos podrían estar relacionados con el aumento de embarazos en adolescentes. El mayor número se registra en Chiquimula, 1,638; Zacapa 1101; Alta Verapaz 3512; y Jutiapa 1377, de un total de 6 mil 517 en 2012 (Choc 2013).

c. Definición del problema

El embarazo en la adolescencia, altera drásticamente las potencialidades del desarrollo personal y social de quienes lo experimentan, no es una experiencia deseada, ni buscada conscientemente, más bien constituye la consecuencia natural imprevista y negativa de una sexualidad no planificada.

En Latinoamérica y particularmente en Guatemala las adolescentes tienen además de los factores de riesgo propios de su edad; la falta total o parcial de información sobre la sexualidad. En encuestas realizadas por organizaciones internacionales sitúan a las adolescentes guatemaltecas como las más desfavorecidas desde todo punto de vista ya que poseen una menor escolaridad, conocimientos limitados sobre métodos anticonceptivos, tasa de nupcialidad y fecundidad elevada principalmente en el área rural (Ramos Escobar 2002).

Pero si se basa en el código penal en sus artículos 173 y 176 se estaría cometiendo un delito al tener actividad sexual con cualquier menor de 14 años, ley que no es aplicada con mucho rigor en Guatemala, ya que en vez de acusar a los responsables de incumplir con ella, se juzga a la mujer adolescente y se le recrimina en la sociedad.

Pero ¿qué es lo que está pasando realmente con las adolescentes embarazadas del departamento de Chiquimula?, se podría decir, un nivel educativo bajo, matrimonios a temprana edad, violación, incesto, ¿qué las lleva a criar cuando ellas están todavía para ser criadas?, o en ¿donde están los padres de dichas jóvenes? y en ¿Qué está aportando el sector salud y educación ante esta tendencia?

Es por todo lo descrito anteriormente y viendo la importancia del problema que es necesario preguntarse **¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS, SOCIALES Y FAMILIARES DE ESTA POBLACIÓN QUE DÍA A DÍA GENERA UN INCREMENTO EN EL NÚMERO DE EMBARAZOS?**

II. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

a. Delimitación teórica

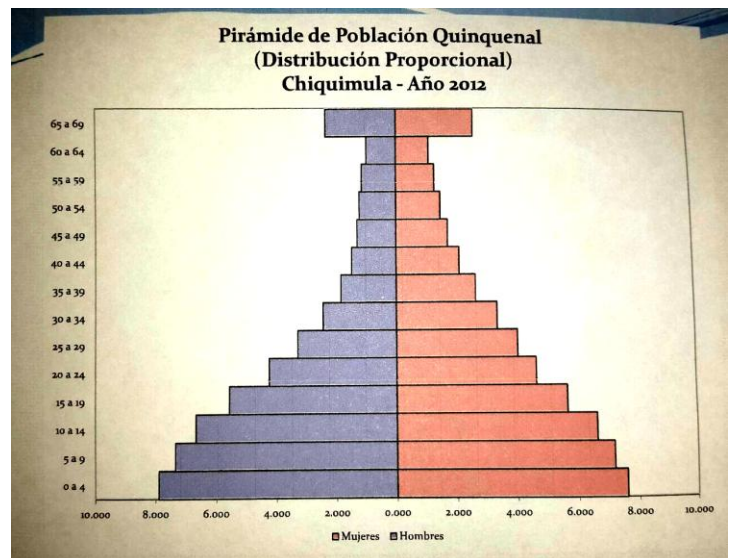
El estudio tiene una delimitación epidemiológica, ya que busca intentar y explicar la frecuencia y distribución de los fenómenos y características que están alrededor de un embarazo en la adolescente de 10 a 19 años.

b. Delimitación geográfica

Guatemala se encuentra organizada en 8 Regiones, 22 departamentos y 334 municipios. Entre sus departamentos se encuentra Chiquimula. Su nombre proviene de la palabra chiquimolin, nombre mexicano del jilguero. Limita al norte con el departamento de Zacapa; al sur con la República de El Salvador y el departamento de Jutiapa; al este con la República de Honduras; y al oeste con los departamentos de Jalapa y Zacapa. Es conocido en el ámbito guatemalteco como *La Perla de Oriente*. Su terreno es sumamente montañoso, penetra a él un brazo de la cordillera departamental, por el este del departamento, se ramifica produciendo las montañas o sierra del Merendón que sirve de límite entre Honduras y Guatemala.

Su extensión territorial es de 2,396 Km², densidad poblacional de 155 habitantes/Km² con una población total de 379,347 habitantes, de los cuales 197,915 corresponde al sexo femenino y 181,432 al sexo masculino, altitud de 424 metros sobre el nivel del mar, su ruralidad es de 76%, tiene un crecimiento vegetativo de 2.34%, analfabetismo es de 38.09%, pobreza total de 56.5% y pobreza extrema de 13.3% de la población total.

Con lo que respecta a la población materna para el 2012 se esperaba un total de 11,534 embarazos de los cuales se le dio cobertura en un primer control prenatal a 10,693 embarazos lo que equivale a un 93% de la población de



embarazos total, de estos 16 terminaron en muerte materna de las cuales 3 fueron entre las edades de 17 y 19 años. De un total de 10,567 partos atendidos durante el año 2012 el 22% se encuentra entre las edades de 10 y 19 años.

c. Delimitación institucional

Chiquimula carecía aún por el año 1872 de un Centro Especial, para la atención de los enfermos, en ese tiempo los atendían en una sala provisional que se había instalado en el Convento de El Calvario. El Hospital de Chiquimula se remonta al siglo XIX, fue en 1873, siendo Alcalde Municipal el General Pío Porta, que se aprovechó de una visita del Presidente de la República, Justo Rufino Barrios, para plantearle la dramática situación que vivían los chiquimultecos.

La Construcción del Hospital fue terminado hasta el año de 1888 cuando era Jefe Político y Comandante de Armas el General Juan Conde, siendo Presidente el General Manuel Arana Osorio, se mandó a construir el Hospital Modular, donde funciona hasta la fecha, dejado el edificio antiguo, para dar paso a cuatro instituciones, Club Sacachispas, Policía Nacional Civil, Piscina Olímpica y FUNDABIEM.

El mismo se encuentra ubicado en la 2a. calle y 15 avenida zona 1, Chiquimula, Chiquimula, recibe referencia de pacientes del departamento de Chiquimula, Jutiapa, República de Honduras, esta actividad se incrementa ostensiblemente durante las festividades religiosas, siendo un recurso valioso para los grupos migrantes.

El hospital cuenta con las siguientes especialidades Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Cirugía, Traumatología, Medicina Interna, Recuperación Nutricional y además con Emergencia; Consulta externa, Trabajo social y Psicología.

Además los servicios de apoyo: Radiología, Banco de Sangre, Laboratorio de microbiología.

Departamento de Ginecoobstetricia: El *Servicio de Gineco-Obstetricia*, inicialmente funcionó en condiciones de hacinamiento y con las áreas mínimas ya que en una misma área se contenían cuatro secciones desde labor y partos, recién nacidos, post parto y ginecología. Por tal motivo a solicitud de las autoridades del hospital

en funciones para el año 2008 se inician gestiones para departamentalizar dicha área tomando en cuenta un proyecto de ampliación de la infraestructura, el equipamiento y la dotación del recurso humano especializado que atendiera de manera efectiva a la demanda de la población. En la actualidad se tiene finalizada la Primera Fase de dicho proyecto que incluye Emergencia, Labor y Partos, Consulta Externa. Ya en funciones está la sala de recién nacidos equipada, área de aislamiento o Sala Séptica, y encamamiento de Post Parto y Ginecología.

Consta con personal especializado 4 médicos ginecoobstetras de 4 horas, sin embargo en la actualidad solo se cuenta con ginecólogos en horario de mañana, 1 en horario de la tarde durante 4 horas y 1 medico general que atiende emergencia durante 6 horas, 6 Ginecoobstetras turnistas que cumplen roll de turnos. Se cuenta con un área de Labor y Partos que cuenta con 11 camas separadas en el área, más un área de atención de partos que aun no se ha implementado como área verde, en la parte externa se atiende consulta externa a pacientes que consultan, existe un equipo de enfermeras auxiliares y enfermera profesional encargada para área de Labor y Emergencia. Los partos son atendidos por las enfermeras auxiliares, quienes también son capacitadas para la monitorización de las pacientes y el uso del partograma. El equipo médico se encarga de dar la consulta médica al paciente externo, y cubrir la evaluación de pacientes hospitalizados, realizar los procedimientos quirúrgicos electivos y de urgencias que se presentan. Durante el 2012 se atendió a un total de 9041 pacientes.

d. Delimitación temporal

El estudio se realizo de septiembre de 2013 a mayo del año 2014.

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar las principales características obstétricas, sociales y familiares que poseen las adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que consultan al departamento de ginecoobstetricia del Hospital Nacional "Carlos Manuel Arana Osorio" Chiquimula, durante los meses de septiembre del año 2013 a mayo del año 2014.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Definir las características socio-demográficas de las adolescentes embarazadas.
2. Describir los antecedentes obstétricos de la mujer embarazada adolescentes.
3. Establecer si las embarazadas adolescentes tienen información sobre lo que es planificación familiar.
4. Conocer los antecedentes familiares de las adolescentes embarazadas
5. Identificar las consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia

IV. JUSTIFICACIÓN

El embarazo en la adolescente en Guatemala es reconocido como uno de los problemas más relevantes dentro del contexto de salud materna; este problema cobra cada día más importancia por cuanto tiende a agravarse en proporción directa al crecimiento poblacional y además por sus efectos negativos tanto para las madres, como para sus hijos, su familia y sociedad.

Cada año miles de adolescentes en Guatemala quedan embarazadas, a menudo los resultados son trágicos, niños abandonados, educación interrumpida, complicaciones médicas, abortos ilegales, muertes maternas, trastornos psicológicos y aún suicidio. Lo más frecuente es que el embarazo en una adolescente sea un embarazo no deseado.

Como se describió anteriormente el embarazo en la adolescente se ha dado a nivel mundial, pero esto no quiere decir que el mismo no pueda ser evitado, pero ¿realmente se está tratando de disminuir el embarazo en adolescentes o sus complicaciones?, o ¿son de los que observan y no actúan sobre esta problemática? Es importante ya dejarse de llevar por estadísticas y enfocar propiamente este problema mediante entrevistas realizadas a la mujer adolescente embarazada, con el fin de obtener datos reales y precisos de dicho problema. Y porque no empezar en el departamento de Chiquimula haciendo un muestreo con todas aquellas jóvenes embarazadas que acuden al departamento de ginecoobstetricia del Hospital Nacional de Chiquimula ya que de acuerdo al Observatorio de Salud Reproductiva (OSAR) durante el primer semestre del año 2012, Chiquimula era el primero que tenía ya reportado tres casos de embarazos en niñas de 10 años y se encontraba con altos índices de muerte materna. Con todos estos datos se puede hacer una caracterización propia de las mujeres en estudio y así llevar a cabo acciones que ayuden a disminuir trascendentalmente esta problemática y hacer énfasis en nuestras autoridades para iniciar programas de acuerdo a cada una de las necesidades.

V. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

I. EMBARAZO ADOLESCENTE

Embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años (Rodríguez Rigual 2003). La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados (RTVE 2008). En general el término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen (Issler 2001).

1.1 Determinación de la adolescencia y embarazo adolescente

La edad media del período de la menarquía (primera menstruación) se sitúa en los 11 años, aunque esta cifra varía según el origen étnico (Cattani 2009) y el peso. El adelanto de la fecundidad permite la aparición de embarazos a edades más tempranas y depende por tanto no solo de factores biológicos sino de factores sociales y personales.

Las tasa de adolescentes embarazadas además de encontrarse en la misma situación que cualquier otra mujer embarazada deben enfrentarse a una mayor desprotección, mayores preocupaciones sobre su salud y su situación socioeconómica -de manera especial las menores de 15 años y las adolescentes de países con escasa atención médica y nula protección social de la adolescente embarazada-.

En los países desarrollados (Mayor 2004) los datos de embarazos en la adolescencia confirman una relación con los niveles educativos más bajos, las

mayores tasas de pobreza, y otras situaciones de inestabilidad familiar y social (Makinson 1985).

El embarazo adolescente en los países desarrollados se produce por lo general fuera del matrimonio y conlleva un estigma social en muchas comunidades y culturas. Por estas razones se realizan estudios y campañas con el objeto de conocer las causas y limitar el número de embarazos de adolescentes

En países considerados en desarrollo o subdesarrollados y en particular en ciertas culturas, el embarazo adolescente se produce generalmente dentro del matrimonio y no implica un estigma social. La percepción social del embarazo adolescente varía de unas sociedades a otras e implica un debate profundo sobre aspectos del comportamiento, tanto biológicos como culturales relacionados con el embarazo (Singh y Darroch 2000).

1.2 Tasas de nacimientos en adolescentes en el mundo

En todo el mundo, como puede apreciarse en las tasas de embarazo en la adolescencia del año 2002 y las de años siguientes, éstas varían desde las máximas de Níger y Congo (cerca de 200 embarazos por cada 1000 mujeres adolescentes) a tasas de 1 a 3 por 1000 en Corea del Norte, Corea del Sur y Japón (UNEP y GRID 2002).

Según la organización Save the Children cada año nacen 13 millones de niños de mujeres menores de 20 años de edad en todo el mundo, más del 90% (11,7 millones) en los países denominados en desarrollo y en los países desarrollados el restante 10% (1,3 millones). Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad entre las mujeres entre las edades de 15 y 19 en dichas zonas (Mayor 2004). La mayor tasa de embarazos de adolescentes en el mundo está en el África subsahariana, donde las mujeres tienden a casarse a una edad temprana.

En el subcontinente indio, el matrimonio precoz o temprano significa en numerosas ocasiones el embarazo de la mujer adolescente, especialmente en las zonas rurales, donde la tasa es mucho mayor que en el medio urbano. La tasa de

matrimonios y embarazos en adolescentes o precoces ha disminuido considerablemente en países como Indonesia y Argentina, aunque sigue siendo alta. En las naciones industrializadas de Asia, como Corea del Sur y Singapur, las tasas de nacimientos en adolescentes se encuentran entre los más bajos del mundo (Mehta, Groenen y Roque 1998).

1.2.1 Incidencia en Europa

Europa, junto a algunos países asiáticos tiene, de media, el menor número de nacimientos en adolescentes. Desde 1970 la tendencia general en los países de Europa ha sido la disminución de la tasa global de fecundidad junto con un aumento en la edad en que las mujeres tienen su primer parto, y una disminución en el número de nacimientos entre los adolescentes.

Existen tres razones básicas que explican estos datos:

- Una buena educación sexual a adolescentes y jóvenes tanto institucional, social como en la propia familia
- Facilidad y asequibilidad en el acceso a los métodos anticonceptivos
- Sociedades que no consideran adecuada la maternidad prematura e incluso poseen valores tradicionales que estigmatizan socialmente este tipo de maternidad (UNICEF 2001).

1.2.1.1 España

En España, en el año 2008 se produjo un incremento en relación con el año anterior, así 11.000 adolescentes menores de 18 años quedaron embarazadas. En el año 2007 se produjeron 10.673 embarazos adolescentes, de los cuales hubo 4.400 nacimientos y 6.273 interrupciones voluntarias del embarazo (RTVE 2008).

Tabla de incidencia en Europa y países anglófonos.

Cuadro 1. Tasas de natalidad y abortos en adolescentes (nacimientos por 1000, mujeres entre 15 y 19 años).

País	Tasa de natalidad	Tasa de abortos	Tasa combinada
Holanda	7.7	3.9	11.6
España	7.5	4.9	12.4
Italia	6.6	6.7	13.3
Grecia	12.2	1.3	13.5
Bélgica	9.9	5.2	15.1
Alemania	13.0	5.3	18.3
Finlandia	9.8	9.6	19.4
Francia	9.4	13.2	22.6
Dinamarca	8.2	15.4	23.6
Suecia	7.7	17.7	25.4
Noruega	13.6	18.3	31.9
Chequia	20.1	12.4	32.5
Islandia	21.5	20.6	42.1
Eslovaquia	30.5	13.1	43.6
Australia	20.1	23.9	44.0
Canadá	22.3	22.1	44.4
Reino Unido	29.6	21.3	50.9
Nueva Zelanda	33.4	22.5	55.9
Hungría	29.9	30.2	60.1
Estados Unidos	55.6	30.2	85.8

Fuente: (UNICEF 2001).

1.2.2 Tasas de nacimientos o fecundidad en adolescentes en el continente americano

En el cuadro no. 2 se indican las tasas de nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años de edad en países americanos en los años 1997, 2002, 2005 y 2007. Se incluyen, como indicador global y marco de referencia, los datos de los dos países con tasas más extremas, Níger y Corea del Norte, quienes tienen el mayor y menor porcentaje de nacimientos en adolescentes del mundo así como los datos, por su proximidad cultural, de España y Portugal. Están ordenados de mayor a menor tasa según las cifras del año 2007 (Health Statistics 2011 y El Banco Mundial 2013)

Cuadro 2. Tasas de nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años de edad en países americanos en los años 1997, 2002, 2005 y 2007.

País	Tasa de nacimientos 1997	Tasa de nacimientos 2002	Tasa de nacimientos 2005	Tasa de nacimientos 2007
Níger (<i>África</i>)	290	270	254	196
Nicaragua	143,7	124,8	117,7	113
República Dominicana	96,9	93,2	90,6	108
Guatemala	121,1	115,4	110,5	107
Honduras	114,6	102,5	99,8	93
Venezuela	94,1	92,1	90,78	90
Brasil	89,7	89,6	89,4	89
Panamá	93,2	89	85,16	83
Ecuador	85,4	84,5	83,48	83
El Salvador	95,2	87,1	83,4	81
Belize	102,1	87	80,2	79
Bolivia	86,9	84,4	80,6	78
Jamaica	93,4	82,1	77,5	78

Colombia	87,6	79,5	75,4	76
Paraguay	76	68,3	63,3	72
Costa Rica	86,9	77,5	73,8	71
México	78,7	70,2	65,8	65
Guyana	76,7	66,7	60,7	63
Uruguay	70,1	69,6	69,23	61
Chile	66,9	61,6	60,4	60
Perú	82,6	54,6	52,7	60
Argentina	69,8	60,7	58,4	57
Bahamas	63,4	60,8	58,8	53
Cuba	65,4	49,7	50,06	47
Puerto Rico	75,9	61,5	53,5	47
Haití	70,1	64,1	60,62	46
Estados Unidos	52,72	51,33	49,83	42
Barbados	43,2	42,6	42,2	42
Trinidad y Tobago	41,6	37,3	35,4	35
Canadá	20,11	15,04	13,23	14
Portugal (<i>Europa</i>)	20,5	20,4	18,1	13
España (<i>Europa</i>)	7,82	9,76	9,08	9
Corea del Norte (<i>Asia</i>)	1,6	1,56	1,53	1

Fuente: (Health Statistics 2011 y El Banco Mundial 2013)

1.2.2.1 Estados Unidos

La tasa de natalidad en adolescentes en los Estados Unidos es el más alto en el mundo desarrollado, y la tasa de aborto en la adolescencia también es muy alta (UNICEF 2001)

En el decenio de 1990 la tasa de embarazo de adolescentes disminuyó significativamente, esta disminución se manifiesta en todos los grupos étnicos, aunque con menor incidencia en los afroamericanos e hispanos. El *Instituto Guttmacher*-[2] atribuye el 75% para el uso efectivo de métodos anticonceptivos y el 25% de la disminución a las prácticas de abstinencia sexual (Wind 2004).

En todo caso, como señala Soledad Díaz Fernández, del Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, y en línea con la información del Instituto Guttmacher, en Estados Unidos tienen mayor dificultad para obtener servicios anticonceptivos, en comparación a países europeos que en general tienen más apertura y apoyo con respecto a sexualidad, entregan mensajes más claros y consistentes sobre conductas sexuales apropiadas (uso de condón y anticonceptivos, información de donde obtenerlos), entregan educación sexual comprehensiva, no solo promoción de la abstinencia, y los medios de comunicación ofrecen una visión más positiva de los y las adolescentes como personas responsables y valiosas.

1.2.2.2 Canadá

En Canadá el número de nacimientos en adolescentes en el período 1992-2002 ha disminuido de forma constante tanto para los más jóvenes (15-17 años) como para los adolescentes más mayores (18-19 años) (Dryburgh 2005).

1.2.2.3 México

México registra altos porcentajes de embarazos en adolescentes a causa la insuficiente educación sexual, la falta de disponibilidad de métodos anticonceptivos y la falta de políticas públicas adecuadas en muchos gobiernos locales

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSyN) 2006 reporta que la tasa de embarazo en niñas y adolescentes de entre 12 a 19 años fue de 79 por cada mil mujeres. Según el informe “La infancia cuenta en México 2006” de la Red por los Derechos de la Infancia en México, en el año 2000 hubo 179.413 adolescentes entre 15 y 17 años de edad con al menos un hijo, y en 2005 se registraron 164.108. Con base en la estadística por entidad federativa, Quintana Roo ocupa el

primer lugar con 7%, le siguen Baja California Sur, Chiapas y Chihuahua, con 6.9%. Querétaro está en última posición con 3.9%, muy de cerca están Yucatán y el México Distrito Federal, ambos con 4%. El director de la red, Gerardo Sauri, aclaró que hay un sesgo en la información porque “no estamos hablando de una edad importante, 12 y 14 años, donde sabemos que ocurren estos casos. Hay un vacío importante de datos”. Cada año la incidencia por estados varía: Chiapas tuvo un decremento de 2.2%, Zacatecas incrementó su proporción en 23% y sólo Quintana Roo ha mantenido altos porcentajes en el quinquenio.

En relación con la alta incidencia en Quintana Roo Adriana Leona Rosales, de El Colegio de México, detalló que en la entidad aumentó significativamente el número de embarazos adolescentes en cinco años porque “siguiendo los datos del censo de población se triplicó, estaba en 25 mil casos detectados y ahora son unos 87 mil”. La investigadora indicó que al ser una zona turística con población flotante, “llegan migrantes y se generan problemáticas asociadas a la falta de educación sexual”. En Cancún, dijo, “se ha dado el problema serio de prostitución infantil y resulta increíble que las autoridades no pongan empeño en promover la educación para la sexualidad”. (Leona 2013).

1.2.2.4 Guatemala

Los casos de embarazos de adolescentes se han incrementado de forma alarmante en Guatemala en los últimos años. Según la Encuesta Nacional Materno Infantil 2008-2009, existen en el país 114 madres de 10 a 20 años, por cada mil habitantes (EFE 2012).

El Observatorio en Salud Reproductiva (OSAR) reveló que de enero a junio del año 2010 se han reportado 16 mil 339 partos en personas de 10 a 19 años de edad, cifra que representa el 25 por ciento del total de partos en Guatemala. Los datos basados en el Sistema de Información gerencial en salud, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) destaca que en el rango de edad de 10 a 14 años, se atendieron un mil 101 partos, 11 de ellos en niñas de diez años, lo que significa que su embarazo inició a los nueve años.

De acuerdo con el OSAR los departamentos donde se reportan los más altos índices de niñas y adolescentes en estado de gestación son: Huehuetenango, en primer lugar, seguido por San Marcos, Petén, Escuintla y Quiché, mientras que Sacatepéquez, Sololá y Retalhuleu son los que menos reportan.

Los representantes de la entidad indicaron que los partos en niñas de 10 años se han reportado tres en Chiquimula y Petén, dos en Jutiapa y uno en Escuintla, Huehuetenango y Quiché.

La entidad también subrayó que otro flagelo que afecta a la población guatemalteca son los elevados índices de muertes maternas, las cuales de enero a junio del año 2012 van sumando ya 148, la mayoría en Alta Verapaz, Huehuetenango, Quiché, Quetzaltenango y Chiquimula.

El OSAR subrayó que en los departamentos donde se han reportado menos decesos de mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y posparto son Zacapa y Totonicapán, mientras que en El Progreso y Sacatepéquez no reporta ni uno (CERIGUA 2012.).

CAPÍTULO II

II. CAUSAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

En algunas sociedades, el matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer, son factores importantes en las altas tasas de embarazo en la adolescencia. Así, en algunos países de África subsahariana, el embarazo adolescente se celebra porque es la prueba de fertilidad de la mujer joven. En el subcontinente indio, el matrimonio en adolescentes y el embarazo es más común en las comunidades rurales tradicionales, donde es apreciada una numerosa descendencia, en comparación con la tasas de las ciudades (Mehta, Groenen, Roque, 1998.).

En las sociedades donde el matrimonio con mujeres adolescentes es poco frecuente, la causa fundamental de los embarazos en adolescentes es la práctica de las relaciones sexuales de las jóvenes sin métodos anticonceptivos por lo que

éstos embarazos pueden considerarse como embarazos no planificados o embarazos no deseados (UNICEF 2001) (University of Westminster 1998).

2.1 Comportamiento sexual adolescente

Además de la práctica sexual deseada y consentida pero practicada sin métodos anticonceptivos también existen comportamientos sexuales no deseados por los adolescentes que pueden contribuir a incrementar los embarazos no deseados. Así, un estudio de la *Kaiser Family Foundation* en adolescentes de EE. UU. Concluyó que el 29% de los adolescentes se sintieron presionados a tener relaciones sexuales, el 33% de los adolescentes sexualmente activos creían que mantenían una relación en las que "las cosas se movían demasiado rápido en el aspecto sexual" y el 24% declaraba que había "hecho algo sexual que realmente no quieren hacer"(Henry 2005).

El consumo de drogas y medicamentos que han mostrado evidencias en su vinculación con el embarazo de adolescentes son: alcohol, y anfetaminas, (incluyendo -éxtasis-). Las anfetaminas son ampliamente prescritas para el tratamiento de TDAH (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad). Los países con las tasas más altas de prescripción de las anfetaminas a los adolescentes también tienen las tasas más altas de embarazo en la adolescencia (Henry 2005).

2.2 Falta de información sobre métodos anticonceptivos

En las adolescentes más del 80% de los embarazos no son deseados.²⁰ Y más de la mitad de los embarazos no deseados se producen en mujeres que no usan anticonceptivos y la mayor parte del resto de embarazos no deseados se deben al uso incorrecto de los anticonceptivos (Speidel, Harper, Shields 2008).

En muchos casos se usan métodos anticonceptivos pero de modo inadecuado. Muchos adolescentes sin experiencia puede usar el condón incorrectamente y las adolescentes se olvidan tomar con cierta frecuencia los anticonceptivos orales.

Los métodos reversibles a largo plazo, tales como el dispositivo intrauterino, el anticonceptivo subdérmico, el parche anticonceptivo o inyecciones de anticonceptivos inyectables combinados (p.e. Depo Provera), requieren la intervención del usuario con menos frecuencia -una vez al mes a cada varios años-, y puede prevenir el embarazo con mayor eficacia en mujeres que tienen problemas para seguir las rutinas, incluidas las jóvenes. El uso simultáneo de más de un método anticonceptivo disminuye el riesgo de embarazos no deseados, y si uno de los métodos es de barrera (condón), la transmisión de enfermedades de transmisión sexual también se reduce.

2.3 Diferencia de edades en las relaciones sexuales

Un estudio de 1992 del estado de Washington de 535 madres adolescentes encontró que el 62 por ciento de las madres habían sufrido abusos o habían sido violadas por hombres de una edad promedio de 27 años. Este estudio encontró que las madres adolescentes habían sufrido abusos incluso antes del inicio de la actividad sexual y habían tenido relaciones sexuales con numerosas parejas de más edad, por lo que habían estado expuestas a más riesgos y de forma más frecuente. Estudios realizados por el *Population Reference Bureau* y el Centro Nacional para Estadísticas de Salud (National Center for Health Statistics) reveló que cerca de dos tercios de los niños nacidos de mujeres adolescentes en los Estados Unidos son engendrados por hombres adultos de 20 años o más (Males, Chew 1996).

2.4 Abusos sexuales

Diversos estudios han encontrado que entre el 11 y el 20 por ciento de los embarazos en adolescentes son un resultado directo de la violación. Antes de los 15 años, la mayoría de las experiencias de la primera relación sexual en mujeres son de carácter no voluntario, el *Instituto Guttmacher*" encontró que el 60 por ciento de las muchachas que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años fueron obligadas por hombres que en promedio fueron seis años mayores que ellas. Uno de cada cinco padres de hijos de madres adolescentes admite que ha

forzado a las chicas adolescentes a tener relaciones sexuales con ellos (Saewyc, Lara, Pettingell 2004).

2.5 Violencia sobre la mujer

2.5.1 Violencia en el noviazgo.

Diversos estudios han indicado que las adolescentes son a menudo víctimas de maltrato por el novio, concretamente en el momento de la concepción (Rosen 2004). También los estudios señalan que el conocimiento del embarazo por parte del padre a menudo intensifica el comportamiento violento por parte del novio.

2.5.2 Violencia doméstica

En un estudio en 379 adolescentes embarazadas y los respectivos padres y 95 adolescentes sin hijos, mostró que el 62% de las niñas de 11-15 años y el 56% de las chicas de 16-19 años admitieron haber sufrido violencia doméstica a manos de sus parejas. Por otra parte, el 51% de las chicas indicaron haber sufrido al menos un caso en que su novio intentó sabotear sus esfuerzos por usar métodos anticonceptivos (Parker, McFarlane, Soeken 1994).

2.6 Factores socioeconómicos

La pobreza se asocia con altas tasas de embarazo en la adolescencia. Así, países económicamente pobres, como Nicaragua en América, Níger en África y Bangladesh en Asia y, tienen un número mayor de madres adolescentes en comparación con países económicamente más ricos.

En el Reino Unido alrededor de la mitad de todos los embarazos de menores de 18 años se produce en el 30% más pobre de la población (Besharov, Gardiner 1997).

2.7 Ambiente en la infancia

Las mujeres expuestas al abuso, la violencia doméstica y los conflictos familiares en la infancia tienen más probabilidades de quedar embarazadas en la

adolescencia, y el riesgo de quedar embarazada aumenta con el número de experiencias adversas en la infancia.

Los investigadores señalan que "la disfunción familiar tiene consecuencias duraderas y desfavorables para la salud de las mujeres durante la adolescencia, la edad fértil, y más allá." (Anda, Felitti, Chapman 2001).

También se ha indicado que las niñas cuyos padres abandonaron a la familia cuando ellas eran pequeñas tuvieron mayor tasa de actividad sexual temprana y de embarazo adolescente. Las niñas cuyos padres abandonaron a la familia más tarde tuvieron menor tasa de actividad sexual temprana. Las tasas más bajas de actividad sexual y embarazo se encuentran en las niñas cuyos padres estuvieron presentes durante toda su infancia (Ellis 2003).

CAPÍTULO III

III. Consecuencias del embarazo en adolescentes

3.1 Consecuencias médicas - factores de riesgo

Desde el aspecto médico, embarazarse durante la adolescencia puede traer serias consecuencias y complicaciones prenatales:

- Un problema que se presenta en este tipo de embarazos es la falta de atención médica desde el inicio del embarazo, debido a que generalmente las jóvenes ni acuden directamente a dicha atención ni comunican su situación a sus padres -cuando lo hacen tardan una media de 4 a 5 meses que pasan sin revisión alguna.
- Es frecuente la anemia.
- Las mujeres de 16 años o menos corren el riesgo de preeclampsia y eclampsia.
- El bajo peso al nacer de los lactantes hijos de adolescentes aumenta y probablemente se debe a causas orgánicas tales como anomalías placentarias, nutrición deficiente, tabaquismo y consumo de drogas.

- La mortalidad materna en ésta etapa, incluso en numerosas naciones en vías de desarrollo figura dentro de las causas más frecuentes de muerte en las adolescentes, la mayoría se deben a embolia, enfermedad hipertensiva y embarazos ectópicos.
- Algunas jóvenes optan por el aborto inducido a veces clandestino que pone su vida en peligro debido a sepsis y hemorragias presentadas durante el proceso.
- Es frecuente la anemia en las jóvenes embarazadas.
- En ocasiones el embarazo se produce existiendo Enfermedades de transmisión sexual
- El embarazo adolescente es un factor de riesgo para que los recién nacidos presenten enfermedades como la Espina bífida y el Síndrome de muerte súbita del lactante.

3.2 Consecuencias psicosociales

Las mayores afectaciones se pueden presentar principalmente a nivel psicológico y social, ya que la joven se enfrentara al reto de asumir su nuevo rol de madre, haciéndose cargo de los cuidados, atención y educación de su hijo, a pesar de que ella aun no ha consolidado su formación y desarrollo.

Desde el aspecto psicosocial las consecuencias son las siguientes:

- Algunas jóvenes madres optan por la adopción que les crea una gran culpa y arrepentimiento, sobre todo en etapas más maduras de su vida.
- Hay quienes deciden tener al hijo siendo solteras, convirtiéndose en madre soltera y convirtiéndose en familia monoparental, enfrentándose, dependiendo de los países, a grandes carencias y dificultades. Su proyecto de vida se ve alterado y frenado, llegando a sufrir agresiones por parte de su familia y del entorno y disminuyendo las oportunidades para conseguir un empleo (cuando lo obtienen es mal remunerado), sin olvidar que deben educar a su hijo en medio de un ambiente desfavorable.
- Otras jóvenes madres deciden, si el padre biológico acepta su paternidad y responsabilidad, formar un matrimonio. Sin embargo existen altas

probabilidades de que dicho matrimonio no perdure ya que el padre precoz se enfrentan a un evento inesperado, sorpresivo; no son capaces en esos momentos de llevar una vida de pareja independiente económicamente, no están lo suficientemente maduros para que su relación perdure, ni están preparados para recibir un hijo y mucho menos cuidarlo.

CAPÍTULO IV

IV. Prevención de los embarazos de adolescentes

La mayoría de profesiones de la educación y la salud señalan que para reducir el número de embarazos en adolescentes es necesaria una completa educación sexual, el acceso a los métodos anticonceptivos (tanto precoitales, coitales como postcoitales) así como a los servicios de planificación familiar

Es conveniente el apoyo a los padres de los adolescentes para que éstos hablen con sus hijos sobre sexo, relaciones y métodos anticonceptivos, especialmente con aquellos grupos considerados de alto riesgo.

4.1 Apoyo a la maternidad adolescente

También se debe facilitar un mejor apoyo a las madres adolescentes, incluida la ayuda para poder volver a integrarse en la educación obligatoria, asesoramiento y apoyo psicológico y económico, colaboración con los padres jóvenes, mejor cuidado de los niños y el aumento de viviendas específicas, de protección oficial o subvencionadas. Siendo uno de los pilares fundamentales para el progreso de los padres adolescente el apoyo familiar, ya que es el desarrollo intrafamiliar lo que determina como enfrentarán los adolescentes las diferentes situaciones que se presenten en su nueva etapa de padres.

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

1. Tipo de estudio

Estudio descriptivo transversal

2. Área de estudio

Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula

3. Universo y muestra

i. Universo

Pacientes embarazadas que consultaron al servicio de maternidad y ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula. Dicho universo basado en un total de 3587 casos reportados durante el año 2012 de estos 105 corresponden a embarazos de 10 – 19 años. (Departamento de estadística. Hospital General de Chiquimula “Carlos Arana Osorio”).

ii. Muestra

60 pacientes embarazadas de 10 a 19 años que consultaron al servicio de maternidad y ginecología durante los meses de Septiembre y Octubre de 2013. Dicha muestra se obtuvo mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N}{N (d)^2 + 1}$$

$$N = \Downarrow$$

AÑO	2011	2012	2013 (enero-abril)	TOTAL
Total Embarazos (10 – 19 años)	87	105	181	373

$$n = \frac{373}{373 (0.01)^2 + 1} \Rightarrow \boxed{\text{Mensual= 30 y 2 meses= 60}}$$

4. Sujeto de estudio

Mujeres embarazadas de 10 a 19 años que consultaron al servicio de maternidad y ginecología del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula.

5. Criterios de inclusión

Toda paciente embarazada que se encuentre en el rango de 10 a 19 años de edad que consultó al servicio de maternidad y ginecología del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula en el periodo de septiembre y octubre de 2013.

6. Criterios de exclusión

- Mujeres embarazadas que no estén comprendidas en el rango de edad del estudio.
- Mujer que no esté confirmado su embarazo, es decir que sea solo amenorrea.
- Mujeres embarazadas comprendidas en el rango de edad pero que consultan otro servicio de salud.

7. Variables estudiadas

- i. **Independiente:** pacientes embarazadas adolescentes de 10 a 19 años
- ii. **Dependiente:** características y consecuencias sociales del embarazo

8. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Indicador	Tipo de Variable	Escala de medición
Embarazo en adolescentes	Es el embarazo que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida esta última por la Organización Mundial de la Salud: como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad.			
Característica	Dicho de una cualidad: Que da carácter o sirve para distinguir a alguien o algo de sus semejantes.	Edad y etapa de la adolescencia, estado civil, lugar de residencia, nivel educativo y grado de nivel académico, profesión u oficio, religión, ingreso mensual, con quien vive actualmente, antecedente	Cualitativa	Nominal

		familiar y ginecoobstétrico planificación familiar.		
Consecuencia	Hecho o acontecimiento que se sigue o resulta de otro.	Deseaba estar embarazada y que reacciones tuvo frente a la noticia, fue abuso sexual, reacción y respuesta familiar ante la noticia, el embarazo le obligo a unirse sentimental y legítimamente con alguien	Cualitativa	Nominal

9. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se utilizó una boleta diseñada base a los objetivos planteados, la cual fue tomada del estudio descriptivo prospectivo transversal realizado en mujeres adolescentes embarazadas que consultaron a los centros de salud del departamento de Petén durante los meses de octubre del 2001 a enero del 2002, la misma fue modificada para estudio actual.

1. Edad y etapa de la adolescencia que se encuentra la embarazada al momento de realizar el estudio
2. Datos personales
3. Antecedentes ginecoobstétricos
4. Información sobre planificación familiar
5. Antecedentes familiares
6. Información social

10. Procedimientos para la recolección de la información

Durante los meses de septiembre y octubre se recolectaron los datos mediante el instrumento (ver boleta de recolección de datos), acudiendo a los servicios de maternidad y ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, en donde fueron entrevistadas las pacientes que fueron seleccionadas al azar y que llenaban los criterios de inclusión.

A cada paciente se le llenó una boleta que contiene datos personales y los elementos para detectar las características y las consecuencias del embarazo en adolescentes. La boleta recolectora fue leída en voz alta a la paciente en estudio y se le pidió que respondiera en base a la opción con la que ella se siente identificada. Este procedimiento se realizó a diario hasta obtener la muestra deseada para este estudio.

11. Plan de análisis

Luego de la recolección de datos en la boleta recolectora para el presente protocolo, se procedió a realizar una base de datos en el programa Excel 2007 del grupo Microsoft, la cual sirvió para que el programa Epi info 7 del Centro de Control de Enfermedades que es de distribución mundial y gratuita obtuviera los resultados obtenidos mediante tablas de frecuencias simples de las variables discretas. Luego dichos resultados fueron resumidos mediante cuadros y gráficas en el programa Excel 2007 con lo que se logró describir los resultados para el presente trabajo y así cumplir con los objetivos planteados.

12. Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación

Se envió solicitud para la aprobación de dicho estudio a la dirección del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, haciendo énfasis en la total confidencialidad del estudio ya que el nombre de las pacientes solo aparecerá en la boleta recolectora de datos y así evitar que dicha información sea duplicada. Dicha boleta

llevó un número de registro de identificación el cual evito el sesgo de doble de registro de los datos.

Así mismo, se les explicó de manera oral a las pacientes participantes el motivo de la investigación y que su nombre NUNCA aparecerá en los resultados obtenidos.

13.Cronograma

Mes	Feb/13	Mar/13	Abr/13	May/13	Jun/13	Jul/13	Ago/13	Sep/13	Oct/13	Feb/14	Mar/14	Abr/14	May/14
Actividades	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Elección de tema													
Elaboración punto de tesis													
Elaboración protocolo													
Recolección de datos													
Análisis de resultados													
Elaboración y presentación de informe final													

14. Recursos

i. Humanos

- Un investigador
- Un asesor personal
- Un asesor Carrera Médico y Cirujano
- OCTIM

ii. Físicos

- Materiales y suministros
 - Papel de escritorio
 - Libros
 - Útiles de oficina
 - Fotocopias
- Mobiliario y equipo
 - Equipo de cómputo
 - Impresora
 - Mobiliario y equipo de oficina
 - Memoria USB

iii. Financieros

- | | |
|----------------|--------------------|
| • Transporte | Q. 1,300.00 |
| • Alimentación | Q. 500.00 |
| • Tinta | Q. 400.00 |
| • Fotocopias | Q. 50.00 |
| • Internet | <u>Q. 600.00</u> |
| | Q. 2,850.00 |

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Tabla 1. Distribución por edad de embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula durante los meses de septiembre a octubre de 2013.

EDAD	No.	%
12 años	1	1.67%
13 años	2	3.33%
14 años	2	3.33%
15 años	6	10.00%
16 años	9	15.00%
17 años	12	20.00%
18 años	16	26.67%
19 años	12	20.00%
TOTAL	60	100.00%

Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación “Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia” en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre 2013 a mayo 2014.

Las 60 embarazadas encuestadas quedaron distribuidas por edad de la siguiente manera: 12 años con 1.67% (1/60), 13 años y 14 años con un 3.33% (2/60) respectivamente, 15 años con 10% (6/60), 16 años con un 15% (9/60), 17 y 19 años (12/60) respectivamente con un 20% y de 18 años con un 26.67% (16/60).

Tabla 2. Etapa de la adolescencia en las que se encontraban las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula durante los meses de septiembre a octubre de 2013.

ETAPA DE LA ADOLESCENCIA	No.	%
Inicial o temprana	5	8.33%
Media o tardía	55	91.67%
TOTAL	60	100.00%

Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación “Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia” en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre 2013 a mayo 2014.

Las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años encuestadas fueron distribuidas por etapa de la adolescencia en la que se encontraban al momento del estudio y 8.33% (5/60) de ellas se encontraban en la etapa inicial o temprana (10 a 14 años) y el 91.67% (55/60) de las mismas en la etapa media o tardía (15 a 19 años).

Tabla 3. Lugar de residencia de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula durante los meses de septiembre y octubre de 2013.

LUGAR DE RESIDENCIA	No.	%
Camotán	5	8.33%
Chiquimula	17	28.33%
Concepción las Minas	3	5.00%
Esquipulas	9	15.00%
Ipala	6	10.00%
Jocotán	5	8.33%
Olopa	1	1.67%
Quetzaltepeque	3	5.00%
San Jacinto	2	3.33%
San José la Arada	1	1.67%
San Juan Ermita	2	3.33%
Otros	6	10.00%
TOTAL	60	100.00%

Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación “Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia” en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre 2013 a mayo 2014.

El 28.33% (17/60) de las embarazadas encuestadas residen en el municipio de Chiquimula, seguido por Esquipulas con 15% (9/60), Ipala con 10% (6/60), Camotán y Jocotán con 8.33% (5/60) cada uno, el resto de municipios; Concepción las Minas y Quetzaltepeque 3/60 cada uno, San Jacinto 2/60 y Olopa con San José la Arada 1/60 respectivamente. El 10.00% (6/60) de casos se encuentran en otro país y departamentos vecinos.

Tabla 4. Religión de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula durante los meses de septiembre y octubre de 2013.

RELIGIÓN	No.	%
Católica	30	50.00%
Evangélica	14	23.33%
Ninguna	15	25.00%
Otros	1	1.67%
TOTAL	60	100.00%

Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación “Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia” en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre 2013 a mayo 2014.

La religión que profesan con mayor frecuencia es la católica con un 50% (30/60), y con un 23.33% (14/60) la evangélica. 25% de las embarazadas no participan en ninguna religión y solamente una de ellas asiste a otra diferente.

Tabla 5. Estado civil de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula durante los meses de septiembre y octubre de 2013.

ESTADO CIVIL	No.	%
Casada	6	10.00%
Soltera	10	16.67%
Unida	44	73.33%
TOTAL	60	100.00%

Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación “Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia” en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre 2013 a mayo 2014.

En lo que respecta al estado civil: el 73.33% (44/60) se encuentran unidas solamente con sus parejas y 10% (6/60) de ellas únicamente están casadas, el resto 10/60 se encuentran solteras.

Tabla 6. Nivel educativo de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula durante los meses de septiembre y octubre de 2013.

NIVEL EDUCATIVO	No.	%
Primaria	29	48.33%
Básico	18	30.00%
Diversificado	9	15.00%
Ninguno	4	6.67%
TOTAL	60	100.00%

Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación “Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia” en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre 2013 a mayo 2014.

El nivel educativo que presentan las embarazadas adolescentes encuestadas fue la educación Primaria con un 48.33% (29/60), seguido por el nivel Básico con 30% (18/60) solo el 15% (9/60) llegaron a un nivel Diversificado y el 6.67% (4/60) de ellas no recibieron educación.

Tabla 7. Grado académico del nivel educativo Primaria de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula durante los meses de septiembre y octubre de 2013.

PRIMARIA-GRADO ACADÉMICO	No.	%
Segundo	4	13.79%
Tercero	3	10.34%
Cuarto	7	24.14%
Quinto	3	10.34%
Sexto	12	41.38%
TOTAL	29	100.00%

Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación “Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia” en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre 2013 a mayo 2014.

En la tabla anterior se puede observar que 29 embarazadas adolescentes tienen un nivel educativo primario pero de este nivel el 41.38% (12/29) de ellas terminaron el mismo, un 24.14% (7/29) llegaron hasta cuarto primaria, 13.79% (4/29) llegaron a segundo y el resto con 10.34% respectivamente a Quinto y Tercer grado primaria.

Tabla 8. Grado académico del nivel educativo Básico de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula durante los meses de septiembre y octubre de 2013.

BÁSICO-GRADO ACADÉMICO	No.	%
Primero	6	33.33%
Segundo	5	27.78%
Tercero	7	38.89%
TOTAL	18	100.00%

Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación “Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia” en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre 2013 a mayo 2014.

Un total de 18 embarazadas adolescentes encuestadas llegaron a nivel educativo Básico, de las cuales un 38.89% (7/18) terminaron dicho nivel, el resto se quedó con un 33.33% (6/18) en primero básico y 27.78% (5/18) en segundo básico.

Tabla 9. Grado académico del nivel educativo Diversificado de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula durante los meses de septiembre y octubre de 2013.

	No.	%
DIVERSIFICADO-GRADO ACADÉMICO		
Cuarto	5	55.56%
Quinto	3	33.33%
Sexto	1	11.11%
TOTAL	9	100.00%

Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación “Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia” en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre 2013 a mayo 2014.

A nivel académico diversificado solo 9 de las 60 embarazadas adolescentes encuestadas llegaron al mismo, pero solo una de ellas con 11.11% terminó el mismo, el resto con 55.55% (5/9) se quedaron iniciando dicho nivel y 33.33% llegaron a un quinto grado de educación a nivel Diversificado.

Tabla 10. Profesión u oficio de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula durante los meses de septiembre y octubre de 2013.

PROFESIÓN U OFICIO	No.	%
Ama de casa	55	91.67%
Asalariada	2	3.33%
Estudiante	3	5.00%
TOTAL	60	100.00%

Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación “Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia” en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre 2013 a mayo 2014.

La profesión u oficio actual que tienen actualmente las embarazadas adolescentes encuestadas con mayor frecuencia es ser ama de casa con un 91.67% (55/60), el 3.33% (2/60) de ellas son asalariadas y 5% (3/60) se encuentra culminando sus estudios.

Tabla 11. Convivencia (en la vivienda) de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula durante los meses de septiembre y octubre de 2013.

CON QUIEN VIVE ACTUALMENTE	No.	%
Esposo	17	28.33%
Suegros y Esposo	25	41.67%
Padres	9	15.00%
Padres y Esposo	8	13.33%
Otros	1	1.67%
TOTAL	60	100.00%

Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación “Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia” en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre 2013 a mayo 2014.

En lo que respecta a la convivencia (en la vivienda) que tiene la embarazada adolescente, se puede observar que el 41.67% (25/60) viven bajo el techo de sus suegros conjuntamente con su esposo, 28.33% (17/60) tienen vivienda propia o alquilada, 15% (9/60) viven con sus padres sin su pareja, 13.33% (8/60) viven con sus padres en compañía de su esposo y el 1.67% (1/60) viven en compañía de otras personas ajenas a las ya anteriormente mencionadas.

Tabla 12. Ingreso mensual que reciben de sus esposos las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula durante los meses de septiembre y octubre de 2013.

INGRESO MENSUAL	No.	%
Q.1,000.00 a Q.1,500.00	2	3.33%
Q.1,500.00 a Q.2,000.00	2	3.33%
Q.500.00 a Q.1000.00	14	23.33%
Menor de Q.500.00	29	48.33%
Nada	13	21.67%
TOTAL	60	100.00%

Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación “Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia” en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre 2013 a mayo 2014.

En esta tabla se puede observar que un 48.33% (29/60) de las embarazadas adolescentes encuestadas reciben un ingreso mensual menor de Q.500.00, un 23.33% (14/60) reciben de Q.500.00 a Q.1,000.00 y un 3.33% (2/60) reciben de Q.1,000.00 a Q.1,500.00 y de igual manera dos de ellas reciben de Q.1,500.00 a Q.2,000.00 el resto con un 21.67% (13/60) no reciben un ingreso mensual.

Tabla 13. Inicio de la menarquia de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula durante los meses de septiembre y octubre de 2013.

MENARQUIA	No.	%
9 años	1	1.67%
10 años	1	1.67%
11 años	13	21.67%
12 años	15	25.00%
13 años	17	28.33%
14 años	11	18.33%
15 años	2	3.33%
TOTAL	60	100.00%

Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación “Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia” en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre 2013 a mayo 2014.

Al describir la edad en la que se presentó la menarquía en las embarazadas encuestadas se puede visualizar que un 28.33% (17/60) la presentó a los 13 años, el 25% (15/60) a los 12 años, el 21.67% (13/60) a los 11 años, con un 18.33% (11/60) las que la presentaron a los 14 años el resto fue 2/60 a los 15 años y 1/60 a los 9 y 10 años respectivamente.

Tabla 14. Edad de la coitarquia de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula durante los meses de septiembre y octubre de 2013.

COITARQUIA	No.	%
12 años	3	5.00%
13 años	3	5.00%
14 años	11	18.33%
15 años	15	25.00%
16 años	12	20.00%
17 años	8	13.33%
18 años	6	10.00%
19 años	2	3.33%
TOTAL	60	100.00%

Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación “Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia” en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre 2013 a mayo 2014.

La Coitarquia se dio en un 25% (15/60) a los 15 años de edad, el 18.33% (11/60) la tuvieron a los 14 años de edad, el 20% (12/60) a los 16 años de edad, el resto: 13.33% a los 17 años, 10% 18 años, 5% a los 12 y 13 años de edad, respectivamente y el 3.33% (2/60) a los 19 años de edad.

Tabla 15. Número de gestaciones de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula durante los meses de septiembre y octubre de 2013.

GESTACIONES	No.	%
Primigesta	46	76.67%
Secundigesta	13	21.67%
Trigesta	1	1.67%
TOTAL	60	100.00%

Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación “Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia” en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre 2013 a mayo 2014.

De las 60 embarazadas adolescentes encuestadas 46 de ellas con un 76.67% son primigestas, el 21.67% (12/60) secundigestas y solamente con 1.67% (1/60) es trigesta.

Tabla 16. Número de partos de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula durante los meses de septiembre y octubre de 2013.

PARTOS	No.	%
Uno	28	46.67%
Dos	3	5.00%
Ninguno	29	48.33%
TOTAL	60	100.00%

Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación “Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia” en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre 2013 a mayo 2014.

El 48.33% (29/60) de las embarazadas adolescentes encuestadas son nulíparas, el 46.67% (28/60) primíparas y el 5% (3/60) solamente son secundíparas.

Tabla 17. Número de cesáreas de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula durante los meses de septiembre y octubre de 2013.

CESÁREAS	No.	%
Una	18	30.00%
Dos	3	5.00%
Ninguna	39	65.00%
TOTAL	60	100.00%

Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación “Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia” en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre 2013 a mayo 2014.

En lo que respecta al antecedente de cesárea realizada a un 30% (18/60) se le ha practicado una cesárea y al 5% (3/60) dos cesáreas, el resto con 65% (39/60) no tiene antecedente de cesárea actual o previa.

Tabla 18. Antecedente de abortos de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula durante los meses de septiembre y octubre de 2013.

ANTECEDENTE DE ABORTO	No.	%
0	56	93.33%
1	4	6.67%
TOTAL	60	100.00%

Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación “Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia” en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre 2013 a mayo 2014.

El 93.33% (56/60) de las embarazadas adolescentes encuestadas no han tenido antecedente de aborto, el resto con un 6.67% (4/60) tiene antecedente de un aborto actual o previo.

Tabla 19. Control prenatal de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula durante los meses de septiembre y octubre de 2013.

CONTROL PRENATAL	No.	%
No	12	20.00%
Si	48	80.00%
TOTAL	60	100.00%

Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación “Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia” en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre 2013 a mayo 2014.

Esta tabla nos demuestra que un 80% (48/60) de las embarazadas adolescentes encuestadas tuvieron control prenatal en lo que respecta a su embarazo actual, y el resto con un 20% (12/60) no lo tuvieron.

Tabla 20. Conocimiento sobre métodos anticonceptivos de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula durante los meses de septiembre y octubre de 2013.

CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	No.	%
No	26	43.33%
Si	34	56.67%
TOTAL	60	100.00%

Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación “Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia” en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre 2013 a mayo 2014.

El conocimiento sobre métodos anticonceptivos solo lo poseen un 56.67% (34/60) de la embarazada adolescente encuestada, el resto con un 43.33% (26/60) no tiene conocimiento alguno.

Tabla 21. Utilización de algún método anticonceptivo de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula durante los meses de septiembre y octubre de 2013.

UTILIZACIÓN DE ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO	No.	%
No	44	73.33%
Si	16	26.67%
TOTAL	60	100.00%

Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación “Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia” en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre 2013 a mayo 2014.

El 73.33% (44/60) no han utilizado ningún método anticonceptivo y solo 26.67% (16/60) de las embarazadas adolescentes encuestadas han utilizado algún método anticonceptivo.

Tabla 22. Nivel educativo, profesión u oficio actual, pareja actual y número de parejas (Matrimonio o Unión Libre) que tienen las madres de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula durante los meses de Septiembre y octubre de 2013.

Nivel Educativo	No.	%	Profesión u oficio actual	No.	%	Pareja Actual	No.	%	Número de Parejas	No.	%
Primaria	18	30.00%	Asalariada	9	15.00%	Soltera	13	21.67%	Una	45	75.00%
Básico	2	3.33%	Ama de casa	50	83.33%	Padre	40	66.67%	Dos	11	18.33%
Diversificado	2	3.33%				Padrastro	6	10.00%	Tres	2	3.33%
Universitario	1	1.67%							Más de tres	1	1.67%
Ninguno	36	60.00%									
Desconoce Información	1	1.67%		1	1.67%		1	1.67%		1	1.67%
TOTAL	60	100%		60	100%		60	100%		60	100%

Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación “Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia” en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre 2013 a mayo 2014.

Como se puede observar en esta tabla sobre la información generalizada de la madre de la adolescente embarazada en estudio, se obtiene que el 60% (36/60) no tiene ningún nivel de educación, seguido con un 18% la educación primaria y 1.67% (1/60) poseen estudios universitarios; en su mayoría son amas de casa con el 83.33% y el resto asalariadas; la pareja actual con la que conviven en un 66.67% (40/60) es el padre de la adolescente embarazada encuestada, 10% pareja actual es padrastro y el resto se encuentran solteras con el 21.67% (13/60) de los casos; y para finalizar se determinó que el 75% de las madres solo han tenido una relación ya sea matrimonio o unión de hecho y el 18.33% dos.

Tabla 23. Número de gestaciones, edad en años de primer embarazo, hijos fuera de matrimonio y antecedente de fumar o de ingerir bebidas alcohólicas que tienen las madres de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula durante los meses de Septiembre y octubre de 2013.

No. de gestaciones			Edad/años de primer embarazo			Hijos fuera de matrimonio			Fuma			Ingiere licor		
	No.	%		No.	%		No.	%		No.	%		No.	%
Una	1	1.67%	10 a 14	3	5.00%	Si	13	21.67%	Si	3	5.00%	Si	3	5.00%
Dos	1	1.67%	15 a 19	36	60.00%	No	46	76.67%	No	56	93.33%	No	56	93.33%
Tres	8	13.33%	Más de 20	7	11.67%									
Cuatro	7	11.67%												
Cinco	6	10.00%												
Más de cinco	36	60.00%												
No sabe				13	21.67%									
Sin información	1	1.67%		1	1.67%		1	1.67%		1	1.67%		1	1.67%
TOTAL	60	100%		60	100%		60	100%		60	100%		60	100%

Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación “Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia” en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre 2013 a mayo 2014.

Las madres de las pacientes en estudio han tenido más de cinco gestaciones con el 60% (36/60) de los casos encuestados, y con el mismo porcentaje se puede observar que tuvieron su primer embarazo en la edad comprendida de 15 a 19 años, el 76.67% (46/60) no tienen hijos fuera del matrimonio o unión de hecho actual. Con lo que respecta a los antecedentes toxicológicos se observa que el 93.33% (56/60) no fuman ni ingieren bebidas alcohólicas respectivamente.

Tabla 24. Nivel educativo, profesión u oficio actual, pareja actual y número de parejas (Matrimonio o Unión Libre) que tienen los padres de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula durante los meses de Septiembre y octubre de 2013.

Nivel Educativo	No.	%	Profesión u oficio actual	No.	%	Pareja Actual	No.	%	Número de Parejas	No.	%
Primaria	19	31.67%	Agricultor	41	68.33%	Soltero	4	6.67%	Una	42	70.00%
Básico	5	8.33%	Albañil	4	6.67%	Madre	40	66.67%	Dos	8	13.33%
Diversificado	2	3.33%	Piloto	1	1.67%	Madrastra	9	15.00%	Tres	3	5.00%
Universitario	1	1.67%	Otros	7	11.67%				Más de tres	0	0.00%
Ninguno	26	43.33%									
Desconoce Información	7	11.67%		7	11.67%		7	11.67%		7	11.67%
TOTAL	60	100%		60	100%		60	100%		60	100%

Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación “Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia” en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre 2013 a mayo 2014.

El 43.33% (26/60) de los padres de las pacientes en estudio no poseen nivel educativo alguno, el 31.67% (19/60) solo obtuvo educación primaria y el 1.67% (1/60) obtuvo estudios universitarios; en lo que respecta a su pareja actual el 66.67% (40/60) es la madre de la paciente en estudio; el 70% (42/60) solo han tenido un matrimonio o unión libre y el 13.33% (8/60) han tenido dos. Del 11.67% de los casos las jóvenes embarazadas no poseen información alguna.

Tabla 25. Ingreso mensual, hijos fuera de matrimonio, antecedente de fumar o beber que han tenido los padres de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula durante los meses de Septiembre y octubre de 2013.

Ingreso mensual	No.	%	Hijos fuera de matrimonio	No.	%	Fuma	No.	%	Ingiere bebidas alcohólicas	No.	%
Q.1,000.00 a Q.1,500.00	2	3.33%	Si	11	18.33%	Si	7	11.67%	Si	17	28.33%
Q.1,500.00 a Q.2,000.00	3	5.00%	No	42	70.00%	No	46	76.67%	No	36	60.00%
Mayor de Q.2,000.00	1	1.67%									
No sabe	47	78.33%									
Sin información	7	11.67%		7	11.67%		7	11.67%		7	11.67%
TOTAL	60	100%		60	100%		60	100%		60	100%

Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación “Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia” en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre 2013 a mayo 2014.

El 78.33% de las jóvenes encuestadas desconoce el ingreso mensual percibido por su padre, un 5% refiere que los mismos perciben de Q. 1,500.00 a Q. 2,000.00 quetzales mensuales; en lo que respecta si tienen hijos fuera de matrimonio el 18.33% (11/60) refirieron que sí; el 11.67% de los padres tienen el hábito de fumar y el 28.33% (17/60) ingieren bebidas alcohólicas.

Tabla 26. Número de embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que desearon o no el embarazo antes de los 20 años y que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula durante los meses de septiembre y octubre de 2013.

DESEABA EL EMBARAZO ANTES DE LOS 20 AÑOS	No.	%
No	47	78.33%
Si	13	21.67%
TOTAL	60	100.00%

Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación “Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia” en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre 2013 a mayo 2014.

Con lo que respecta a la pregunta que se les realizó a las embarazadas adolescentes encuestadas sobre: ¿Deseaban estar o no embarazadas antes de los 20 años) y la respuesta en el 78.33% (47/60) de ellas fue que NO, y solo el 21.67% (13/60) respondió que SI.

Tabla 27. Reacción ante la noticia de embarazo antes de los 20 años que tuvieron las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula durante los meses de septiembre y octubre de 2013.

REACCIÓN ANTE LA NOTICIA	No.	%
Alegría	34	56.67%
Decepción	1	1.67%
Sorpresa	14	23.33%
Tristeza	9	15.00%
Ninguna reacción	2	3.33%
TOTAL	60	100.00%

Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación “Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia” en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre 2013 a mayo 2014.

La reacción ante la noticia que tuvieron las embarazadas adolescentes encuestadas al enterarse sobre su estado de gestación fue en un 56.67% (34/60) de alegría, el 23.33% se sintieron sorprendidas, el 15% (9/60) la reacción fue de tristeza, el 1.67% (1/60) fue de decepción y el resto no tuvo ninguna reacción.

Tabla 28. Embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que fueron víctimas de abuso sexual y como consecuencia quedaron embarazadas y que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula durante los meses de septiembre y octubre de 2013.

CONSECUENCIA DE ABUSO SEXUAL	No.	%
No	60	100.00%
TOTAL	60	100.00%

Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación “Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia” en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre 2013 a mayo 2014.

Ninguna de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años tiene el antecedente de que su embarazo fuese consecuencia de abuso sexual.

Tabla 29. Embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que dejaron sus estudios como consecuencia de su embarazo y que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula durante los meses de septiembre y octubre de 2013.

DEJO ESTUDIOS	No.	%
No	50	83.33%
Si	10	16.67%
TOTAL	60	100.00%

Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación “Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia” en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre 2013 a mayo 2014.

El 16.67% de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que fueron encuestadas dejaron sus estudios como consecuencia de estar embarazadas.

Tabla 30. Causa de abandono por la cual las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años dejaron sus estudios como consecuencia de su embarazo y que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula durante los meses de septiembre y octubre de 2013.

CAUSA DE ABANDONO	No.	%
Decisión propia	6	60.00%
Falta de apoyo en el centro de estudios	4	40.00%
TOTAL	10	100.00%

Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación “Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia” en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre 2013 a mayo 2014.

La causa principal por la cual 10 embarazadas adolescentes dejaron sus estudios como consecuencia de su embarazo fue en un 60% (6/10) la decisión propia de dejarlos, el resto con 40% (4/10) fue por falta de apoyo en el centro de estudios cuando se enteraron de que estaba embarazada.

Tabla 31. Embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que dejaron su trabajo a consecuencia de su embarazo y que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula durante los meses de septiembre y octubre de 2013.

DEJO TRABAJO	No.	%
No	57	95.00%
Si	3	5.00%
TOTAL	60	100.00%

Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación “Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia” en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre 2013 a mayo 2014.

De las embarazadas adolescentes encuestadas un 5% (3/60) de ellas tuvieron que dejar su trabajo como consecuencia al enterarse de que estaban en período de gestación.

Tabla 32. Causa de abandono por la cual las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años dejaron su trabajo como consecuencia de su embarazo y que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula durante los meses de septiembre y octubre de 2013.

CAUSA DE ABANDONO	No.	%
Decisión propia	2	66.67%
Despido	1	33.33%
TOTAL	3	100.00%

Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación “Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia” en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre 2013 a mayo 2014.

Las 3 embarazadas adolescentes que dejaron su trabajo como consecuencia de su embarazo fue principalmente en un 66.67% (2/3) por decisión propia y una de ellas con un 33.33% fue por despido.

Tabla 33. Reacción principal que tuvieron los padres ante la noticia de que sus hijas adolescentes de 10 a 19 años estaban embarazadas y que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula durante los meses de septiembre y octubre de 2013.

REACCIÓN DE SUS PADRES ANTE LA NOTICIA	No.	%
Decepción	1	1.67%
Enojo	19	31.67%
Feliz	28	46.67%
Tristeza	4	6.67%
Ninguna reacción	8	13.33%
TOTAL	60	100.00%

Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación “Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia” en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre 2013 a mayo 2014.

La reacción principal que tuvieron los padres de las adolescentes embarazadas encuestadas al enterarse de que ellas estaban en período de gestación fue con un 46.67% (28/60) de felicidad, el 31.65% (19/60) reacción con enojo ante la noticia, el 6.67% (4/60) presentaron tristeza y uno de ellos fue con decepción que reaccionó ante la noticia, el resto con un 13.33% (8/60) no tuvo ninguna reacción.

Tabla 34. Número de embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que recibieron apoyo o no de sus padres al enterarse de la noticia del embarazo y que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula y durante los meses de septiembre y octubre de 2013.

OFRECIMIENTO DE PADRES	No.	%
Apoyo	59	98.33%
Quitarle ayuda	1	1.67%
TOTAL	60	100.00%

Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación “Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia” en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre 2013 a mayo 2014.

En esta tabla se puede observar que el 98.33% de las embarazadas adolescentes encuestadas tuvieron apoyo de parte de sus padres al enterarse de la noticia de su embarazo y el 1.67% no recibió ningún apoyo por parte de sus padres.

Tabla 35. Número de embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que están casadas o unidas a consecuencia de su embarazo y que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula durante los meses de septiembre y octubre de 2013.

ESTADO CIVIL CONSECUENCIA DE EMBARAZO	No.	%
No	25	41.67%
Si	25	41.67%
Soltera	10	16.67%
TOTAL	60	100.00%

Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación “Características y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia” en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” Chiquimula, durante los meses de septiembre 2013 a mayo 2014.

El 41.67% (25/60) de las jóvenes embarazadas adolescentes encuestadas se encuentran en unión libre o en matrimonio como consecuencia de haber quedado embarazadas. El resto con un 41.67% tomaron la decisión de formar una familia independientemente del estado de embarazado. El 16.67% (10/60) de los casos son madres solteras.

VIII. ANÁLISIS

La niñez y adolescencia son etapas en la vida en donde su única preocupación sería jugar y estudiar, sin embargo la realidad en Guatemala es diferente, principalmente para miles de menores de edad que quedan embarazadas anualmente.

El Observatorio en Salud Reproductiva (OSAR) ha informado que los casos de menores de edad en estado de gestación siguen en aumento y Guatemala encabeza los índices más altos en América Latina, pues el 25 por ciento del total de partos en el país se reporta en mujeres de 10 a 19 años

Tomando en cuenta los resultados obtenidos en este estudio se puede observar que la etapa más afectada es la adolescencia media o tardía, debido a que es una etapa en la cual el ser humano alcanza la madurez sexual, por lo que muchos de los adolescentes se inician en las relaciones prematrimoniales que puede traer como consecuencia un embarazo a temprana edad, así mismo se observa que los casos se presentan en todo el departamento de Chiquimula y con mayor incidencia en el municipio mismo, aunque no se descarta que este aumento de casos registrados sea como resultado de la cercanía que tienen al Hospital Nacional y que puedan existir más casos en el resto de municipios y que sean atendidos directamente en los centros de salud respectivos.

En lo que respecta a las características encontradas en las adolescentes encuestadas en este trabajo se puede observar que en lo que refiere a la religión, la mayoría acude a una iglesia católica o evangélica, pero la inmadurez de su desarrollo social las lleva a formar relaciones prematrimoniales a muy temprana edad ya que la mayoría de ellas solo se encuentran en unión libre con su pareja, y la minoría de las mismas están casadas, pero un 16.67% de los casos son madres solteras, las cuales tomaran a muy temprana edad el rol de padre y madre, cuando a esa edad solo tendría que estar pensando en jugar y estudiar. Lo que es muy importante mencionar es que para la mitad de las que están unidas o en

matrimonio la consecuencia de dicha decisión fue conllevada por el embarazo mismo, lo cual refleja que pueden ser relaciones obligadas o pudieron tomar decisiones apresuradas por encontrarse en dicha situación, sin importar el daño o el trauma psicológico que la misma le puede traer y convertirse en su mayoría en amas de casa, con un perfil bajo, compartiendo vivienda con sus suegros o padres debido al pobre ingreso económico que tienen de sus parejas, o si bien nada de las mismas.

En lo que respecta a su nivel educativo la mayoría de ellas solo tuvieron estudios a nivel primario, un poco menos de la mitad un nivel básico y secundario lo cual no es alentador ya que la mayoría de las mismas no completaron sus estudios y no precisamente por el embarazo, por lo tanto es un grupo de adolescentes embarazadas con un perfil educativo bajo lo que conlleva a que su falta de información o conocimientos las lleve a tomar decisiones inapropiadas a lo largo de su vida y una de esas decisiones y muy importante es llegar a enfrentar un embarazo a muy temprana edad.

Al hablar del perfil socio económico de sus padres de igual manera se puede observar que las propias madres de las jóvenes encuestadas en su mayoría tuvieron su primer embarazo en la adolescencia, lo cual explica su respuesta de felicidad al enterarse del embarazo temprano de sus hijas, ya que estamos en una sociedad la cual está acostumbrada a este tipo de sucesos y en vez de tener preocupación por la noticia, se celebra la misma, lo que conlleva a que se forme un círculo vicioso el cual trae como consecuencia que la situación se repita de generación en generación, aunque también se está observando que en la mayoría de los casos estudiados se dan en familias con padres que en su mayoría no tuvieron ningún nivel educativo, dedicados a la agricultura, con un ingreso mensual bajo, familias numerosas pero en su mayoría estables en lo que respecta al número de parejas sexuales.

Así mismo, se puede observar que los vicios por parte de madre o padre no se dan en un número significativo en las familias de estas jóvenes, ni en las jóvenes embarazadas.

En lo que respecta a sus antecedentes ginecoobstétricos se puede observar que solamente una de las jóvenes embarazadas tuvo menarquia precoz y como tal un riesgo de tener embarazo a temprana edad asociado a un inicio de relaciones sexuales al mismo tiempo de su desarrollo sexual. El resto de ellas presentaron su menarquia a edades entre límites normales; pero con respecto a la Coitarquia o primera relación sexual con penetración, en su mayoría fue iniciada entre los 14 y 16 años de edad lo que conlleva como consecuencia embarazos a temprana edad. En lo que respecta al número de gestaciones que han tenido o tienen estas jóvenes se puede observar que en su mayoría son primigestas, pero 21.67% de las mismas cursan ya con un segundo embarazo y en un caso de los estudiados ya cuenta con tres gestaciones, lo que nos dice que estas jóvenes van a repetir una segundo o hasta una tercera gestación antes de llegar a la edad adulta, pero no está de más mencionar que son personas que por tener un nivel educativo bajo no conocen la utilización de métodos de planificación familiar.

Al hablar de embarazo en adolescentes no se puede evitar incluir las consecuencias de dicha realidad ya que las mayores afectaciones se pueden presentar principalmente a nivel psicológico y social, y sobre todo en nuestras jóvenes encuestadas ya que en su mayoría presentan un embarazo no deseado y por lo mismo la joven se enfrentará al reto de asumir su nuevo rol de madre de una manera inesperada, haciéndose cargo de los cuidados, atención y educación de su hijo, a pesar de que ella aun no ha consolidado su formación y desarrollo, así mismo deciden, si el padre biológico acepta su paternidad y responsabilidad, formar un matrimonio o en el caso de nuestras jóvenes vivir en unión libre en su mayoría, pero sin embargo existen altas probabilidades de que dicho matrimonio o unión no perdure ya que el padre precoz se enfrentará a un evento inesperado, sorpresivo; y no son capaces en esos momentos de llevar una vida de pareja económicamente independiente de sus padres y de igual manera no están lo suficientemente maduros para que su relación perdure, ni están preparados para recibir un hijo y mucho menos cuidarlo.

IX. CONCLUSIONES

- 1) La etapa de la adolescencia más afectada por el embarazo es la etapa media o tardía con un 91.67%. La edad por número de casos quedó distribuida de la siguiente manera: 12 años un caso; 13 y 14 años dos casos, 15 años seis casos; 16 años nueve casos; 17 y 19 años doce casos y 18 años dieciséis casos de un total de 60 jóvenes encuestadas.
- 2) Las características socio-demográficas que presentaron las 60 pacientes estudiadas fueron las siguientes: el municipio con mayor afluencia fue Chiquimula con el 28.33%, el 73.33% de los casos se encuentran en unión libre y el 10% se encuentran unidas en matrimonio, el resto con un 16.67% están solteras, la religión más practicada es la católica con el 50%, el 48.33% de las jóvenes tuvieron una educación primaria y de este porcentaje solo el 41.38% culminaron por completo este nivel, la mayoría se dedica a ser amas de casa en el 91.67% de los casos, y tienen un bajo ingreso económico percibido por sus esposos, y un 41.67% viven bajo el techo de sus suegros en compañía de su pareja.
- 3) Al describir los antecedentes ginecoobstétricos de la joven embarazada se obtuvo lo siguiente: La menarquia en el 28.33% de los casos se presentó a la edad de 13 años y 1.67% la presentó a los 9 y 10 años de edad, el inicio de las relaciones sexuales en un 25% de los casos se inicio a los 15 años de edad, el 20% a los 16 años y el 18.33% a los 14 años de edad; el 76.67% de los jóvenes están cursando con su primer embarazo, el 80% acudió a control prenatal. En lo que respecta a planificación familiar el 56.67% de los casos refirieron tener conocimiento de métodos de planificación familiar y el 73.33% no ha practicado la planificación familiar.
- 4) Los antecedentes obtenidos por las jóvenes embarazadas de acuerdo a su padre y madre son los siguientes:

- a. Madre: 75% de los casos solo han tenido una pareja sexual en lo que respecta a matrimonio o unión libre, la pareja actual con la que conviven en el 66.67% de los casos es el padre de la joven adolescente encuestada, el 60% tuvieron más de 5 embarazos y el primer embarazo lo presentaron en la etapa de la adolescencia media o tardía con el 60% de los casos, solo el 21.67% de los casos presentaron hijos fuera de matrimonio o unión libre, el 60% de los casos no acudió a ningún nivel educativo, el 83.33% de los casos se dedican exclusivamente a tareas del hogar, y el 5% de los casos fuman e ingieren bebidas alcohólicas respectivamente.
 - b. Padre: 70% de los casos solo han tenido una pareja sexual en lo que respecta a matrimonio o unión libre, la pareja actual con la que conviven en el 66.67% de los casos es la madre de la joven adolescente encuestada, el 18.33% de los casos presentaron hijos fuera de matrimonio o unión libre, el 43.33% no acudió a ningún nivel educativo, en el 68.33% de los casos se dedican exclusivamente a la agricultura, el 7% de los casos fuma y el 17% de los casos ingieren bebidas alcohólicas.
- 5) Las consecuencias sociales observadas por las jóvenes embarazadas fue: que el 78.33% de los casos no deseaban quedar embarazadas antes de los 20 años de edad, pero a pesar de no desear el embarazo el 56.67% refirieron sentir alegría al enterarse de la noticia. Así mismo el 16.67% de los casos tuvieron que dejar sus estudios incompletos, de igual manera el 5.00% de las jóvenes encuestadas tuvieron que abandonar su trabajo. Los padres ante la noticia del embarazo en el 46.67% refirieron sentir felicidad en lo que respecta la noticia y el 31.67% enojo, pero el 98.33% de los casos recibieron apoyo por parte de sus padres ante la noticia. Ningún embarazo de las jóvenes encuestadas es por causa de abuso, pero el embarazo en un 41.67% fue la causa por la cual la joven embarazada tuvo que aceptar una relación de pareja.

X. RECOMENDACIONES

1. Al Área de Salud que mediante el programa materno infantil se realicen estrategias para ayudar a disminuir el embarazo en jóvenes adolescentes a nivel departamental, realizar un programa específico para padres de familia sobre ¿cómo? evitar que sus hijos o hijas se inicien a ser padres o madres a temprana edad y hacerle ver las consecuencias que dicha situación trae, así mismo realizar rastreos trimestrales a nivel de centros y puestos de salud para detectar tempranamente los embarazos en adolescentes, con el fin de evitar complicaciones en los mismos.
2. A las autoridades del Hospital Nacional Carlos Manuel Arana Osorio de Chiquimula se le insta a incluir en su plan de trabajo un área especializada en donde se le ayude psicológicamente a las jóvenes embarazadas antes y después del parto para una mejor adaptación de los cambios que dicha situación trae.
3. A la Dirección Departamental de Educación se recomienda realizar seminarios, talleres, presentación de videos sobre fertilidad y el uso adecuado de métodos de planificación familiar y fomentar que la mujer como compañera es símbolo de respeto y no de objeto sexual.
4. A nivel comunitario realizar charlas generalizadas para toda la comunidad y realizar un programa radial y televisivo mediante emisoras y canales locales en los que se aborden temas de la adolescencia y su desarrollo sexual y sus complicaciones.

XI. PROPUESTA

PROPUESTA DE INTERVENCION EDUCATIVA PARA DISMINUIR EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

OBJETIVO:

Disminuir el embarazo en la población adolescente.

DESARROLLO DEL PROGRAMA

- **A NIVEL DE PROFESIONALES DE SALUD**
 - Capacitación a todo el personal de salud sobre educación sexual, ¿cómo prevenir el inicio de relaciones sexuales a temprana edad?, embarazo en adolescentes, complicaciones y consecuencias y así el personal capacitado comparta dicho conocimiento con sus áreas encargadas, con el fin de que dicha educación pueda llegar a toda la población chiquimulteca.
 - Fundar a nivel del Hospital Nacional de Chiquimula una entidad encargada en ayudar directamente a la joven embarazada adolescente en el ámbito psicológico con el fin de ayudarle a enfrentar el cambio que en su vida está sucediendo y dar seguimiento luego del parto.

- **A NIVEL DEPARTAMENTAL**
 - Crear un programa televisivo y radial en donde mensualmente se den a conocer el número de casos de embarazo en adolescentes, así mismo dar ejemplos de casos que se presenten a nivel hospitalario o comunitario y las complicaciones que se podrían haber presentado durante su embarazo o parto, luego de una forma breve hacer ver a la población el futuro incierto que le espera a esta madre adolescente y a su bebe, todo esto con el fin de hacer énfasis en la población que estadísticas presentadas no son mitos sino realidades

y que está en las manos de todos hacer conciencia para disminuir el número de casos.

- A NIVEL COMUNITARIO
 - Diseño de materiales gráficos que permitan la divulgación de la existencia de las consultas de Planificación Familiar.
 - Educación a la población para elevar el nivel de conocimiento sobre las consecuencias del embarazo en la adolescencia y como pueden ser prevenidas a través de la instauración de cambios de estilos de vida en nuestra población.
 - Realización de actividades comunitarias en puntos clave de anuencia de jóvenes donde se divulguen temas relacionados con los riesgos del embarazo en adolescentes y las edades optimas para la concepción.

- A NIVEL FAMILIAR:
 - Educar a la familia del niño que nace de madre adolescente sobre sus consecuencias y cómo prevenirlo en futuros embarazos.
 - Apoyo psicológico y social encaminado a disminuir los daños y a la aceptación por parte de la sociedad.
 - Atención diferenciada por parte del equipo básico de salud a la familia incluyendo a todos los miembros que soliciten ayuda

XII. BIBLIOGRAFÍAS

1. Alvarado, R. 2012. En Guatemala hay niñas que no juegan por cuidar de sus hijos (en línea). Emisoras Unidas, Programa a Primera Hora. Guatemala, sep. 27. Hora: 09:46. Consultado 20 mar. 2013. Disponible en: <http://noticias.emisorasunidas.com/noticias/primera-hora/guatemala-hay-ninas-que-no-juegan-cuidar-sus-hijos>
2. Anda, RF; Felitti, VJ; Chapman, DP. 2001. Abused boys, battered mothers, and male involvement in teen pregnancy (online). *Pediatrics* 107 (2):E19. doi:10.1542/peds.107.2.e19. PMID 11158493. Consultado 20 jun. 2013. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/107/2/e19>.
3. Atrash, HK; Friede, A; Hogue, CJR. 1887. Abdominal pregnancy in the united states: frequency and mortality (en línea). *ObstetGynecol* (March 1887)63:333–337. PMID3822281. Consultado 15 mar. 2013. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3822281>
4. Barrientos Roldan, PN. 2011. Factores que influyen en el aumento de embarazos en la mujer adolescente que asiste a control prenatal a la consulta externa del Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco De Seguridad Social (I.G.S.S.) (en línea). Tesis Enfermera Profesional. Guatemala, ENEG. p.6. Consultado 20 mar. 2013. Disponible en: <http://www.eneg.edu.gt/sites/default/files/tesis/TESIS%20PATRICIA%20BARRIENTOS.pdf>
5. Besharov, DJ; Gardiner, KN. 1997. Trends in teen sexual behavior (en línea). *Children and Youth Services Review* 19 (5/6): 341–367. Consultado 20 jun. 2013. Disponible en: <http://www.aei.org/papers/society-and-culture/poverty/trends-in-teen-sexual-behavior/>.

6. Braine, T. 2009. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo (en línea). Boletín de la Organización Mundial de la Salud 87: 405-484. Consultado 15 mar. 2013. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
7. Cattani, A. 2009. Pubertad normal (en línea). Chile, Universidad Católica de Chile, Escuela de Medicina de Pontificia. Consultado 5 may. 2013. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/Pubertad.html>
8. CERIGUA (Centro de Reportes Informativos sobre Guatemala). 2012. El 25% de partos en lo que va del año corresponde a niñas y adolescentes de 10 a 19 años (en línea). Noticia de Guatemala. Consultado 20 mar. 2013. Disponible en: <http://noticias.com.gt/nacionales/20120720-partos-ninas-adolescentes-guatemala.html>
9. Choc, D. 2013. Embarazos tempranos inciden en abandono de bebés (en línea). El periódico, Guatemala, feb. 12. Consultado 20 mar. 2013. Disponible en: <http://elperiodico.com.gt/es/20130212/pais/224634/?tpl=54>
10. Dryburgh, H. 2005. Teenage pregnancy (en línea). Health Reports 12 (1): 9–18. Consultado 20 jun. 2013. Disponible en: <http://www.sexualityandu.ca/site-v2/404/>
11. EFE (Fehaciente, Fidedigno y Fácil, ES). 2012. Embarazo adolescente: creciente drama en América Latina (en línea). La Opinión, México, may. 10. Consultado 20 mar. 2013. Disponible en : http://www.laopinion.com/embarazo_adolescente_creciente_drama_america_latina
12. El Banco Mundial, US. 2013. Tasa de fertilidad en adolescentes (nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad) (en línea). Washington DC, US, Grupo del Banco Mundial. Consultado 20 jun.

2013. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT? page=1>

13.Ellis, B. 2003. Does father absence place daughters at special risk for early sexual activity and teenage pregnancy (en línea). Child Development 74 (3): 801-821. Consultado 10 jun. 2013. Disponible en: <http://eric.ed.gov/?id=EJ676626>

14.Health Statistics, AU. 2011. Adolescent fertility rate > births per 1,000 women ages 15-19 by country (en línea). Australia, Nation Master. Consultado 20 jun. 2013. Disponible en: http://www.NationMaster.com/graph/hea_ado_fer_rat_bir_per_1000_wom_age_1519-000-women-ages-15-19.

15.Henry, J. 2005. U.S. teen sexual activity PDF (147 KB)(en línea). Estados Unidos, Kaiser Family Foundation. Consultado 20 jun. 2013. Disponible en: <http://kff.org/hiv/AIDS/>

16.Hurtarte, F. 2011. Más de 45 mil embarazos se dan por falta de educación sexual (en línea). Noticias.com.gt, Guatemala, ago. 3. Consultado 20 mar. 2013. Disponible en: <http://noticias.com.gt/nacionales/20110803-mas-45-mil-embarazos-educacion-sexual.html>

17.Issler, JR. 2001. Embarazo en la adolescencia (en línea). Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina n° 107: 11-23. Consultado 15 mar. 2013. Disponible en: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html

18.Leona, A. 2013. México registra altos porcentajes de embarazos en adolescentes (en línea). México, Guía Juvenil. Consultado 15 mar. 2013. Disponible en : <http://guiajuvenil.com/educacion-sexual/mexico-registra-altos-porcentajes-de-embarazos-en-adolesce.html>

19. Liceo Técnico Profesional, CL. 2007. Ley de reformulación léxico semántica sobre adolescentes embarazadas (en línea). Simón Bolívar - CURICO - Región del Maule, CL. Consultado 15 mar. 2013. Disponible en : http://www.delibera.cl/show_iniciativa/index.html?id_colegio=792
20. Makinson, C. 1985. The health consequences of teenage fertility (en línea). Family Planning Perspectives 17 (3): 132–139. doi:10.2307/2135024. PMID 2431924. Consultado 20 jun. 2013. Disponible en: <http://www.jstor.org/discover/10.2307/2135024?uid=3738144&uid=2&uid=4&sid=21102947009173>
21. Males, M; Chew, K. 1996. The ages of fathers in California adolescent births, 1993 (en línea). American Journal of Public Health 86 (4): 565-568. Consultado 03 jul. 2013. Disponible en: <http://jkalb.freeshell.org/misc/statutory.html>
22. Mayor, S. 2004. Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries (en línea). British Medical Journal 328 (7449): 1152. doi:10.1136/bmj.328.7449.1152-a. PMID 15142897. PMC 411126. Consultado 20 jun. 2013. Disponible en <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/328/7449/1152-a>.
23. Mehta, S; Groenen, R; Roque, F. 1998. Adolescents in changing times: issues and perspectives for adolescent reproductive health in the UNESCAP region (United Nations Social and Economic Commission for Asia and the Pacific) (en línea). Bangkok, TH, UNESCAP. Consultado 20 Jun. 2013. Disponible en: <http://www.unescap.org/sdd/>.
24. OSAR (Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva, GT). 2011. Embarazo en niñas y en adolescentes en Guatemala (en línea). Boletín OSAR no. 1: 1-6. Consultado 20 mar. 2013. Disponible en: http://www.osarguatemala.org/userfiles/boletin%20correcciones%205-4-11-1_opt.pdf

25. Parker, B; McFarlane, J; Soeken, K. 1994. Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women (en línea). *Obstetrics & Gynecology* 84: 323-328. Consultado 15 jun. 2013. Disponible en: http://www.cpeip.fsu.edu/resourceFiles/resourceFile_73.pdf
26. Ramos Escobar, AL. 2002. Perfil clínico y epidemiológico de la mujer adolescente con embarazo no deseado (en línea). Tesis MC. Guatemala, USAC. p.43. consultado 15 mar. 2013. disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0193.pdf.
27. Rodríguez Rigual, M. 2003. Mesa redonda: adolescencia - necesidad de creación de unidades de adolescencia (en línea). *Anales de Pediatría* no. 58: 104 - 106. Consultado 15 mar. 2013. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=13048412>
28. Rosen, D. 2004. "I just let him have his way", partner violence in the lives of low-income, teenage mothers (en línea). *Violence Against Women* 10 (1): 6–28. doi:10.1177/1077801203256069. Consultado 21 jun. 2013. Disponible en: <http://vaw.sagepub.com/cgi/content/abstract/10/1/6>.
29. RTVE (Radio Televisión Española, ES). 2008. Sanidad lanza una campaña para evitar los embarazos en adolescentes (en línea). España. Consultado 15 mar. 2013. Disponible en: <http://www.rtve.es/noticias/20081209/sanidad-lanza-una-campana-para-evitar-los-embarazos-adolescentes/204455.shtml>
30. Saewyc, EM; Lara, LM; Pettingell, SE. 2004. Teenage pregnancy and associated risk behaviors among sexually abused adolescents (en línea). Estados Unidos, Guttmacher Institute. Consultado 16 jun. 2013. Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3609804.html>

31. Singh, S; Darroch, JE. 2000. National campaign to prevent teen pregnancy: adolescent pregnancy and childbearing: levels and trends in developed countries (en línea). Family Planning Perspectives 32(1): 14-23. Consultado 16 jun. 2013. Disponible en: <http://www.thenationalcampaign.org/why-it-matters/pdf/introduction.pdf>
32. Speidel, J; Harper, C; Shields, W. 2008. The potential of long-acting reversible contraception to decrease unintended pregnancy (en línea). Estados Unidos, Contraception Editorial. Consultado 15 mar. 2013. Disponible en: <http://www.arhp.org/publications-and-resources/contraception-journal/september-2008>.
33. Torre López, AA. 2013. Incidencia de complicaciones obstétricas en adolescentes (en línea). Tesis M. Gine. Obst. Guatemala, USAC. p.5. Consultado 8 abr. 2013. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9057.pdf
34. UNEP (United Nations Environment Programme, US); GRID (Global Resource Information Database, US). 2002. Indicator: births per 1000 women (15-19 ys) – 2002 (en línea). United States American, Global Virtual University. Consultado 15 mar. 2013. Disponible en: <http://web.archive.org/web/20071027110357/http://globalis.gvu.unu.edu/indicator.cfm?Country=GB&IndicatorID=127>
35. UNICEF (United Nations Children's Fund). 2001. A league table of teenage births in rich nations (en línea). Innocenti Report Card no.3: 6. Consultado 8 abr. 2013. Disponible en: <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/repcard3e.pdf>
36. University of Westminster, UK. 1998. Teenage mothers: decisions and outcomes – provides a unique review of how teenage mothers think (en línea). United Kingdom, Great Britain, UK, Policy Studies Institute.

Consultado 8 abr. 2013. Disponible en:
http://www.psi.org.uk/news/presrelease.asp?news_item_id=37

37. Wind, R. 2004. International conference on family (en línea). Estados Unidos, The Guttmacher Institute. Consultado 20 jun. 2013. Disponible en: <http://www.guttmacher.org/>

XIII. ANEXOS

1. BOLETA RECOLECTORA DE DATOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO



BOLETA RECOLECTORA DE DATOS

CARACTERÍSTICAS Y CONSECUENCIAS SOCIALES DE LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES DEL DEPARTAMENTO DE CHIQUIMULA

Número de boleta: _____

Registro Médico: _____

PARTE I: EDAD Y ETAPA DE LA ADOLESCENCIA

1. Adolescencia inicial o temprana
 - a. 10 años
 - b. 11 años
 - c. 12 años
 - d. 13 años
 - e. 14 años
2. Adolescencia media o tardía
 - a. 15 años
 - b. 16 años
 - c. 17 años
 - d. 18 años
 - e. 19 años

PARTE II DATOS PERSONALES

1. Lugar de residencia
 - a. Chiquimula
 - b. Jocotán
 - c. Camotán
 - d. Esquipulas
 - e. Olopa
 - f. San Juan Ermita
 - g. Ipala
 - h. San José La Arada
 - i. Quetzaltepeque
 - j. San Jacinto
 - k. Concepción Las Minas
 - l. Otros
2. Religión
 - a. Católica
 - b. Evangélica
 - c. Testigo de Jehová
 - d. Otros
 - e. Ninguna
3. Estado civil
 - a. Soltera
 - b. Casada
 - c. Unida
 - d. Divorciada
 - e. Viuda
4. Nivel educativo y grado de nivel académico
 - a. Primario
 - b. Básico
 - c. Diversificado
 - d. Universitario
 - e. Ninguno
5. Profesión u oficio
 - a. Estudiante
 - b. Ama de casa
 - c. Asalariada
6. Con quien vive actualmente
 - a. Esposo
 - b. Padres
 - c. suegros y esposo

d. Padres y esposo e. Otros

7. Ingreso mensual que recibe en quetzales
- | | | |
|----------------------|---------------------|----------------------|
| a. < 500.00 | b. 500.00 a 1000.00 | c. 1000.00 a 1500.00 |
| d. 1500.00 a 2000.00 | e. > 2000.00 | f. Nada |

PARTE III: ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS

1. Menarquia a. Edad
2. Coitarquia b. Edad:
3. Gestaciones
- | | | |
|-------------|------|------|
| a. 1 | b. 2 | c. 3 |
| d. Más de 3 | | |
4. Partos
- | | | |
|-------------|------|------|
| a. 1. | b. 2 | c. 3 |
| d. Más de 3 | | |
5. Cesáreas
- | | | |
|------|------|------|
| a. 1 | b. 2 | c. 3 |
|------|------|------|
6. Abortos
- | | | |
|-------------|------|------|
| a. 1 | b. 2 | c. 3 |
| d. Más de 3 | | |
7. Control prenatal
- | | | |
|-------|-------|--|
| a. Si | b. No | |
|-------|-------|--|

PARTE IV: PLANIFICACIÓN FAMILIAR

1. ¿Tiene conocimiento sobre métodos anticonceptivos?
- | | |
|-------|-------|
| a. Si | b. No |
|-------|-------|
2. ¿A utilizado algún método anticonceptivo?
- | | |
|-------|-------|
| a. Si | b. No |
|-------|-------|

PARTE V: ANTECEDENTES FAMILIARES

Datos de la madre

1. Número de matrimonio
- | | | |
|-------------|------|------|
| a. 1 | b. 2 | c. 3 |
| d. Más de 3 | | |
2. Pareja actual es padre o padrastro de paciente en estudio o se encuentra soltera
- | | | |
|----------|--------------|------------|
| a. Padre | b. Padrastro | c. Soltera |
|----------|--------------|------------|
3. Numero de gestaciones
- | | | |
|------|------|-------------|
| a. 1 | b. 2 | c. 3 |
| d. 4 | e. 5 | f. Más de 5 |
4. A qué edad fue su primer embarazo
- | | | |
|-----------------|-----------------|------------------|
| a. 10 a 14 años | b. 15 a 19 años | c. 20 años o más |
| d. No sabe | | |

5. Hijos fuera de matrimonio
 - a. Si
 - b. No
6. Nivel educativo
 - a. Primario
 - b. Básico
 - c. Diversificado
 - d. Universitario
 - e. Ninguno
7. Profesión u oficio actual
 - a. Estudiante
 - b. ama de casa
 - c. Asalariada
8. Fuma
 - a. Si
 - b. No
9. Ingiera bebidas alcohólicas
 - a. Si
 - b. No

Datos del padre

1. Número de matrimonios
 - a. 1
 - b. 2
 - c. 3
 - d. Más de 3
2. Pareja actual es madre o madrastra de paciente en estudio o se encuentra soltero
 - a. Madre
 - b. Madrastra
 - c. Soltera
3. Nivel educativo
 - a. Primario
 - b. Básico
 - c. Diversificado
 - d. Universitario
 - e. Ninguno
4. Profesión u oficio actual
 - a. Agricultor
 - b. Ganadero
 - c. Maestro
 - d. Jornalero
 - e. Albañil
 - f. Oficinista
 - g. Piloto
 - h. Otros
5. Ingreso mensual que recibe en quetzales
 - a. < 500.00
 - b. 500.00 a 1000.00
 - c. 1000.00 a 1500.00
 - d. 1500.00 a 2000.00
 - e. > 2000.00
 - f. No sabe
6. Fuma
 - a. Si
 - b. No
7. Ingiera bebidas alcohólicas
 - a. Si
 - b. No
8. Hijos fuera de matrimonio
 - a. Si
 - b. No

PARTE VI: INFORMACIÓN SOCIAL

1. ¿Deseaba usted quedar embarazada antes de los 20 años?
 - a. Si
 - b. No
2. ¿Cuál fue su reacción cuando le dijeron que estaba embarazada?
 - a. Sorpresa
 - b. Alegría
 - c. Enojo
 - d. Tristeza
 - e. Decepción
 - f. Ninguno
3. ¿Su embarazo es consecuencia de abuso sexual por parte de algún familiar u otra persona?
 - a. Si
 - b. No
4. ¿Dejó sus estudios o trabajo por salir embarazada?
 - a. Si
 - b. No
5. Si fueron sus estudios que abandonó por embarazo ¿cuál fue el motivo?
 - a. Falta de apoyo de sus familiares
 - b. Falta de apoyo en el centro de estudios
 - c. Rechazo de su catedrático
 - d. Rechazo de sus compañeros
 - e. Decisión propia
6. Si fue su trabajo que abandonó por embarazo ¿cuál fue el motivo?
 - a. Abandono
 - b. Despido
 - c. Problemas de salud por su embarazo
7. ¿Cómo reaccionaron sus padres con la noticia de su embarazo?
 - a. Feliz
 - b. Enojo
 - c. Tristeza
 - d. Decepción
 - e. Ninguna
8. ¿Qué le ofrecieron sus padres al enterarse de su embarazo?
 - a. Apoyo
 - b. Quitarle ayuda
 - c. Expulsión del hogar
9. Si usted está casada o en unión libre ¿fué por su embarazo?
 - a. Si
 - b. No

2. BOLETA RECOLECTORA DE DATOS ORIGINAL

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIDAD DE TESIS CICS.

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS
PERFIL CLINICO Y EPIDEMIOLOGICO DE LA MUJER
ADOLESCENTE CON EMBARAZO NO DESEADO.

I PARTE

1.- EDAD: 10-13 años _____ 14-16 años _____ 17-19 años _____

2.- ESTADO CIVIL: casada _____ soltera _____ unida _____ viuda _____

3.- EMBARAZO: primigesta _____ secundigesta _____ otro _____

4.- ESCOLARIDAD: analfabeta _____ alfabetada _____
primaria completa _____ primaria incompleta _____
secundaria completa _____ secundaria incompleta _____
universidad _____

5.- OCUPACION: ama de casa _____ asalariada _____ otro _____

6.- RELIGION: evangélica _____ católica _____ ninguna _____ otra _____

7.- GRUPO ETNICO: indígena _____ ladina _____ otro _____

II PARTE

8.- QUERIA QUEDAR EMBARAZADA ANTES DE LOS 20 AÑOS?
SI _____ NO _____ POR QUE? _____

9.- MOTIVO POR EL CUAL ESTA EMBARAZADA

10.- A LOS CUANTOS AÑOS TUVO SU PRIMERA RELACION SEXUAL

11.- A QUE EDAD QUEDO EMBARAZADA POR PRIMERA VEZ

12.- USO ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO ANTES DE QUEDAR
EMBARAZADA.

SI _____ NO _____ POR QUE? _____

III PARTE

13.- HA RECIBIDO CONTROL PRENATAL DURANTE SU EMBARAZO
SI _____ NO _____ POR QUE? _____

14.- PROBLEMAS QUE HA TENIDO DURANTE SU EMBARAZO

DOLOR DE CABEZA_____

NAUSEA Y VOMITOS_____

SANGRADO VAGINAL_____

INFECCION URINARIA_____

HINCHAZON DE PIERNAS, PIES Y MANOS_____

CAMBIOS EN LA PRESION ARTERIAL_____

FLUJO_____

OTROS PROBLEMAS_____

NINGUN PROBLEMA_____

15.- A QUE EDAD DE SU EMBARAZO SE DIO CUENTA DEL MISMO

16.- CUANTO TIEMPO TIENE DE ESTAR EMBARAZADA

17.- DESEA EL EMBARAZO: SI_____NO_____

18.- SI NO DESEA SU EMBARAZO CUALES SON LOS MOTIVOS

19.- QUE EXAMENES DE LABORATORIO LE HAN PEDIDO

IV PARTE

20.- CUAL FUE SU REACCION CUANDO LE DIJERON QUE ESTABA EMBARAZADA_____

21.- COMO REACCIONARON SUS PADRES CUANDO SE ENTERARON DE LA NOTICIA DE SU EMBRAZO_____

22.- COMO SE SOSTIENE ECONOMICAMENTE

23.- CON QUIEN VIVE_____

24.- INGRESO MENSUAL QUE USTED RECIBE_____

25.- SI USTED DEJO SUS ESTUDIOS, CUAL FUE EL MOTIVO

3. VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA ORIGINAL

Edad: nos proporcionara datos que nos servirán para saber en que etapa de la adolescencia es más frecuente el embarazo

Estado civil: nos dará a conocer cual es el estado civil de la adolescente al momento de su embarazo, siendo esta una característica epidemiológica.

Embarazos anteriores: nos indica el número de embarazos que la adolescente pudiera presentar a temprana edad, lo cual servirá para evaluar si se está cumpliendo con los objetivos del programa de atención a la adolescente en relación a la educación sobre el uso de métodos de planificación

Escolaridad: es una característica epidemiológica que nos dará a conocer si el grado de escolaridad influye o no en los embarazos en las adolescentes.

Ocupación: es una característica epidemiológica, a través de ella se desea saber cual es la ocupación más frecuente de la adolescente embarazada.

Religión: es una característica epidemiológica que nos dará a conocer en que religión es más frecuente el embarazo en la adolescente.

Grupo étnico: nos dará a conocer la frecuencia con que se da el embarazo en la mujer adolescente, en los diferentes grupos étnicos

Quería quedar embarazada antes de los 20 años

Pregunta que nos proporcionará datos a cerca de la frecuencia con que una mujer adolescente desee un embarazo antes de los 20 años.

Motivo por el cual esta embarazada: a través de esta pregunta, conoceremos las causas por las cuales las adolescentes están embarazadas y cual es la más frecuente.

A qué edad tuvo su primera relación sexual: nos proporcionará datos sobre cual es la edad más frecuente en que las adolescentes inician sus relaciones sexuales. Siendo este grupo al que se le debe brindar más atención, ya que este es el momento en que se pueden prevenir los embarazos según el programa de atención materno infantil.

A qué edad quedo embarazada por primera vez? A través de esta pregunta se conocerá la edad más frecuente en que las adolescentes se están embarazando y al mismo tiempo evaluar si están recibiendo la educación sexual que propone el programa de atención materno infantil.

Uso algún método anticonceptivo antes de quedar embarazada: se evaluará si se está cumpliendo con el programa de atención materno infantil en relación al uso de métodos de planificación familiar.

Ha llevado control prenatal: a través de esta pregunta se evaluará si la adolescente embarazada está recibiendo la atención integral que menciona el programa de atención materno infantil.

Problemas que ha tenido durante su embarazo: se obtendrá información sobre los problemas clínicos que más afectan a las adolescentes embarazadas.

Edad del embarazo: característica clínica de la adolescente embarazada.

Desea usted su embarazo: variable que nos servirá para saber con qué frecuencia se da el embarazo no deseado en las mujeres adolescentes.

Que exámenes de laboratorio le han pedido: conocer los exámenes más frecuentes que las adolescentes embarazadas se realizan, esto evaluará si han llevado control prenatal como lo indica el programa de atención materno infantil.

Cómo reacciono cuando le dijeron que estaba embarazada y cuál fue la reacción de sus padres cuando se les dio la noticia: es una característica epidemiológica social de la que dependerá en un momento dado si la adolescente desea su embarazo o no.

Como se sostiene, con quién vive y cuál es el ingreso mensual que recibe: son características que nos darán a conocer si la adolescente se encuentra preparada en lo social y en lo económico.

Si usted dejó sus estudios cuál fue el motivo: nos dará a conocer las causas más frecuentes que obliga a una adolescente a abandonar sus estudios y si el embarazo es causa frecuente.