

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**INFORME FINAL DE TESIS**

**TITULO**

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL EMBARAZO EN  
ADOLESCENTAS**

**Estudio de casos y controles realizados en adolescentes embarazadas,  
San Cristóbal Verapaz, Alta Verapaz.  
Guatemala, 2003.**

**LISBET ROSARIO CAJAS DE HERNÁNDEZ**

**TESIS**

**Presentada ante las autoridades de la  
Facultad de Medicina/Maestría de Salud Pública  
Para obtener el grado de  
Maestra en Salud Pública  
Con Énfasis en Epidemiología**

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
Centro Universitario Metropolitano (CUM)  
9. Av. 9-45 zona II  
Guatemala, Centroamérica

**LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD  
DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora **Lisbet Rosario Cajas y Cajas**

Carné universitario No: **100010159**

Ha presentado, para su EXAMEN PRIVADO DE TESIS, previo a optar al título de **Maestra en Salud Pública con Énfasis en Epidemiología**, el trabajo de tesis titulado: **"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTAS"**.

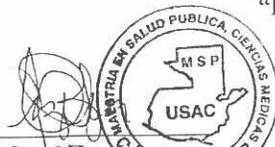
Que fue asesorado por: Dr. Mynor Iván Gudiel Morales

Y revisado por: Dr. Mario Rodolfo Salazar Morales

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la presente **ORDEN DE IMPRESIÓN**.

Guatemala, 14 de octubre 2005

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



**Dra. Cízel Zea Fort**  
Coordinadora de Maestría  
en Salud Pública



**Dr. Carlos Humberto Escobar Juárez**  
Director de Fase IV

**Dr. Carlos Alvarado Dumas**  
Decano  
Facultad de Ciencias Médicas



Guatemala, Septiembre del 2005

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
Centro Universitario Metropolitano (CUM)  
9ª. Av. 9-45 zona II  
Guatemala, Centroamérica

Guatemala, 29 de agosto 2005

Doctora  
Cízel Ixbalanqué Zea Iriarte  
Coordinadora Maestría en Salud Pública, Fase IV  
Facultad de Ciencias Médicas  
Presente

Estimada Doctora Zea:

Para su conocimiento y efectos le informo que luego de revisar el informe final de tesis presentado por la estudiante **Lisbet Rosario Cajas y Cajas**, carné: **100010159**, titulado **"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES"**. El mismo cumple con los requisitos establecidos por el Programa de Maestría en Salud Pública.

Agradeciendo la atención a la presente de usted. Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. Alfredo Moreno Quiñónez  
Coordinador Eje de Investigación  
Maestría en Salud Pública

C.c. Archivo

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
Centro Universitario Metropolitano (CUM)  
9<sup>a</sup>. Av. 9-45 zona 11  
Guatemala, Centroamérica

Guatemala, 04 de mayo 2005

Doctora  
el Ixbalanqué Zea Iriarte  
Coordinadora Maestría en Salud Pública.  
Presente

Señalada Doctora Zea:

Cumpliendo con la función que se me asignó de Revisar el informe final de tesis de la estudiante:  
Rosario Cajas y Cajas, carné: 100010159, titulado:

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES”

Estoy emitiendo mi opinión tanto del desarrollo metodológico, como de su contenido, y  
habiéndose cumplido con los requisitos que un informe final de una investigación científica debe de  
cumplir, y los que exige el Programa de Maestría en Salud Pública y lo doy por APROBADO, para que se  
continúe con los trámites correspondientes.

Agradeciendo la atención a la presente de usted. Atentamente,

“DID Y ENSEÑAD A TODOS”

Dr. Mario Rodolfo Salazar Morales  
Colegiado No. 4154  
Revisor de Tesis

Guatemala, 16 de Abril de 2005.

Doctora  
Cizel Zea Iriarte  
Coordinadora de Maestría en Salud Pública  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Su oficina.

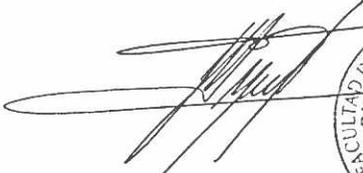
Dra. Zea:

He terminado la asesoría y la revisión de la tesis de Maestría en Salud Pública con énfasis en Epidemiología, titulada **"Factores de Riesgo Asociados al Embarazo en Adolescentes" Estudio de casos y controles realizado en adolescentes embarazadas San Cristóbal Verapaz, Alta Verapaz, Guatemala, de la doctora Lisbet Rosario Cajas y Cajas de Hernández, carnet 100010159.**

Considero que el contenido y el desarrollo metodológico corresponden a los principios científicos fundamentales y significan una contribución importante a la Salud Pública porque demuestra por un lado, la necesidad de conocer los factores de riesgo que inciden en la mortalidad infantil, y de ellos derivar acciones potenciales para minimizar dicho problema. Las conclusiones y recomendaciones expresadas en la tesis demuestran la familiaridad del autor con el contexto del grupo investigado y se destacan por ser prácticas y aplicables.

Por lo anterior, mi opinión es favorable para la aprobación de la Tesis ya indicada.

Atentamente,


Dr. Mynor Iván Gudiel Morales  
Director de Fase III.

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.**

**INFORME FINAL DE TESIS**

**Título**

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTAS**

Estudio de casos y controles realizados en adolescentes embarazadas,  
San Cristóbal Verapaz, Alta Verapaz.  
Guatemala, 2003.

**LISBET ROSARIO CAJAS DE HERNÁNDEZ**

**Tesis**

Presentada ante las autoridades de la  
Facultad de Ciencias Médicas/Maestría en Salud Pública  
Para obtener el grado de  
Maestra en Salud Pública

Guatemala, septiembre del 2005.

## RESUMEN

El embarazo de la adolescente es el proceso biológico de procreación en los dos primeros años de vida reproductiva o cuando la mujer es dependiente del núcleo familiar. Considerándose un problema de salud pública, por afectar a su núcleo familiar y a su comunidad, indirectamente.

En San Cristóbal Verapaz en el año 2003, según nacimientos inscritos en el Registro Civil Municipal, se encontró una prevalencia del 6%, no existiendo ningún estudio para conocer factores de riesgo que influyan a que la adolescente se embarace. Se realizó la presente investigación con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados al embarazo de las adolescentes. Se planteó realizar una investigación retrospectiva de tipo analítico de casos y controles. Se tomó una muestra aleatoria de las madres adolescentes que inscribieron a sus hijos en el Registro civil en el año 2003, de sesenta y cinco casos y dos controles por cada uno, adolescentes que nunca estuvieron embarazadas y vecinas del caso.

Se encontró únicamente la ocupación de la adolescente estadísticamente significativa, como factor que incide en el embarazo. Otras asociaciones que se identificaron fueron: la identidad étnica, la integridad de la familia de origen, edad de inicio de relaciones sexuales, con el embarazo de la adolescente aunque sin significancia estadística.

Se recomienda que se tome como referencia la presente información para realizar otras investigaciones. Se dé la importancia de realizar acciones encaminadas a la educación sexual y orientación sobre planificación familiar a las y los adolescentes y se ponga en práctica los planes del Ministerio de Salud.

anticoncepción o los encubren, por lo que el joven y la señorita no se siente en confianza con ellos. Los mismos padres fueron parte del mismo proceso heredado. Toman la enseñanza de sus amigos y sus experiencias como válidas. (2)

Los jóvenes inician cada vez más temprano su vida sexual activa, que puede ser por una madurez sexual precoz, la constante exposición a estímulos eróticos y la concepción errónea que tiene de la sexualidad. Aunado al bajo nivel de comunicación entre los padres e hijos sobre temas sexuales.

El embarazo de una adolescente afecta a su grupo, en muchas ocasiones la adolescente en un proceso de aprendizaje o como parte del núcleo familiar dependiente, lleva una carga más, tanto en el aspecto económico, como un problema de conflicto social, en que la familia tiene que enfrentar la crítica de la sociedad donde se juzga. Afecta en general a la familia y repercute en el grupo social a que pertenece, por los resultados desfavorables que pueda tener. "Salvo que el tener un hijo forme parte de un proyecto de vida de una pareja de adolescentes, el embarazo en ellos es considerado como una situación problemática por los sectores involucrados en algunas sociedades. Parte del proceso de desarrollo de su personalidad son los sentimientos amorosos, personaliza sus afectos. Tienen gran capacidad de apasionarse, sumado al erotismo o atracción física surge el enamoramiento. "El adolescente siente una ansia apasionada por poseer, compartir y convivir con otro ser, admirarle y desearle, de enamorarse con intensidad" (2)

"El embarazo precoz es un problema de la sociedad". (2) El adolescente y la adolescente vive en un proceso de transición donde los padres se dedican a labores fuera del hogar, los dejan solos y por su misma

condición de desarrollo, sienten más libertad, se someten a su grupo de amigos, donde tienen relaciones sexuales, encontrando satisfacción de pertenencia. El embarazo y maternidad tienen un significado cultural y social más que biológico. Socialmente hay un rechazo general frente a la adolescente embarazada o madre soltera por parte de la familia, la escuela, exclusión global, no siempre expresada francamente para mantener una fachada de honorabilidad y dar un sentimiento de buena conciencia o pasar inadvertida. Por miedo al escándalo, son rechazadas, muchas veces castigadas complicando el proceso biológico que puede desencadenar complicaciones, poniendo en peligro su vida y la de su hijo. Que al final repercute en su núcleo familiar y en su comunidad.

Por considerarse un problema mundial, que afecta a todos los países en diferente magnitud, se considera un problema público por las implicaciones que se tienen con relación a la salud de la madre y del recién nacido; a nivel mundial hay diversos estudios realizados por profesionales en la materia, los cuales han evidenciado que al embarazarse, la adolescente afecta su núcleo familiar, económica y socialmente. Las complicaciones que presenta la embarazada son más frecuentes en las adolescentes, aumentando la morbi mortalidad materno infantil, que agrava más las condiciones de las poblaciones en subdesarrollo, principalmente.

#### **Prevalencia de embarazo en adolescentes en el mundo**

Varios factores son los que empujan a la adolescente a embarazarse, principalmente, por factores socioeconómicos, los cuales influyen directa o indirectamente sobre ellas, el proceso no es aislado, sino que afecta a todos los países del mundo, en especial, los países en desarrollo, teniendo cada uno sus particularidades. "En muchos países los adolescentes y las adolescentes representan del 20 al 25% de su población". (1)

Es un problema de salud pública mundial. La incidencia y prevalencia de embarazadas adolescentes es muy diverso, con algún tipo de complicación tanto en la salud de la madre como la del niño por el estigma y la sobre carga familiar, hace que repercuta en su comunidad y en la sociedad en general. En los países en desarrollo es muy evidente, aunque en algunos países como Estados Unidos presenta una prevalencia variada. La tasa de fecundidad adolescente, en 1958, era de 11.2%; en 1980 del 13.3%; en 1990 es de 14.2%, en 1993 del 15%, en este último 1200 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años. La tasa de fecundidad de la adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas.

“Entre las 22 naciones con mayor nivel de vida mundial, Estados Unidos y Gran Bretaña tienen el mayor índice de embarazos de adolescentes, 52 embarazadas por 1000 jóvenes en Estados Unidos y 30 en Gran Bretaña” (6)

Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia, han presentando un acusado descenso de embarazadas en adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de los anticonceptivos (1) Según el Ministerio de Sanidad y consumo español, el 12% de las jóvenes con edades entre 14 y 15 años han mantenido relaciones sexuales alguna vez. A partir de los 80, se ha registrado un incremento en el uso de anticonceptivos y preservativos (1)

Urmeneta A., et al. (7) realizaron un estudio en el Hospital Virgen del Camino (España) con pacientes que llegaron a término de su embarazo entre 1996 y 1997, zona de Pamplona y Zona Norte, registraron 95 embarazos de adolescentes que corresponde a 14.25%. Las edades en que se encontraron, oscilan entre 14 a 19 años con una media de 17.8 años. El 22.1% tenían el antecedente de embarazos previos. En España, la cifra del 12% de abortos en general es baja, de ellos la que representa a los

adolescentas es alta. Los nacimientos en adolescentes disminuyó en un 32% y un 18% de aborto. Se percibe como un problema. (1)

### **Prevalencia de embarazo de adolescentes en Latinoamérica**

En Latinoamérica, la tasa de embarazo de la adolescente es muy variada, siendo alto en la mayoría de los países, principalmente en los subdesarrollados, donde la presencia de factores de riesgo psicosociales son predominantes y son determinantes según las características de cada país.

Estados Unidos es el país industrializado con mayor tasa de embarazadas adolescentes, con una tasa estable del 11.1% en la década de los ochenta. En 1985 el aborto era de 42%, los matrimonios disminuyeron del 51% al 36%, con la tendencia actual de aumento de abortos y disminución de matrimonios. “En Estados Unidos cada año se embaraza una de cada 10 adolescentes y el 12.7% de todos los nacimientos vivos de 1992 fueron de madres menores de 20 años de edad” (1)

La investigación realizada por Dr. Jaime Moysen, et al. (8), en Durango, México, encontró una edad promedio de embarazadas adolescentes de 18 años.

En el estudio transversal realizado en adolescentes de 13 y 19 años de dos municipios del Estado de Morelia, México, por la doctora Núñez Uguiza, Rosa María, et al. (9) se evidenció que el 17% de todos los nacimientos registrados fué de adolescentes, constituyó 13.6% de la tasa de fecundidad.

Estudio realizado por la Dra. Ortiz Ortega, Adriana, et al. (10) con un grupo de estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y de mujeres de la población de 15 a 24 años, de la

población general, encontraron que del total (549) de estudiantas 120 tenían una vida sexualmente activa (22%) y de ellas 19 (16%) habían estado embarazadas. Con la edad promedio de 18 años. Teniendo una prevalencia en relación con la totalidad de la muestra de 3.5%

En Buenos Aires, en un grupo de estudiantas, se observó que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales, fue de 14.9 años para varones y 15.7 años para mujeres. Un 95% de los/as adolescentes/as tienen información sobre cómo evitar el embarazo. (1)

En el estudio realizado por Rivero MI, et al. (11) en la ciudad de Corrientes, Argentina en el hospital público dieron a conocer una prevalencia de partos en adolescentes de 15.6%. En la ciudad de Corrientes, Argentina según los últimos cinco años, atendidos por el Hospital "J.R. Vidal" el promedio anual es de 4,500 partos, con un porcentaje anual de nacimientos en menores de 19 años del 16%, dato similar al promedio nacional que para 1998 fue de 15,6% en igual grupo de madres. El promedio de edad fue de 16 años (entre 14 y 18 años) (12).

En el estudio realizado por Monterrosa Castro Álvaro y Merizalde Arias Martínez, (13) en el Hospital "Rafael Calvo" en Cartagena, Colombia, 1993 a 1998, donde atendieron 67,954 partos, 55,008 vía vaginal y 12,946 por cesárea. De estos embarazos, el 22.5 % correspondían a mujeres de 15 a 19 años de edad y 0.8 % pertenecían al grupo de 10 a 14 años. Se evidenció el aumento continuo, año con año de madres adolescentes, para el año 1998 se estimaba en 30.2%, consecuencia de un aumento en edades más tempranas de embarazo, con el elevado costo social que ello conlleva para la madre y el recién nacido.

Según encuesta realizadas por Pro familia (2) a adolescentes usuarias de pruebas de embarazo evidenció que en la ciudad de Bogotá, cerca de 3,500,000 de los/as colombianos/as son jóvenes entre los 15 y 19 años y aproximadamente la mitad de ellos ya han iniciado su vida sexual y un 12.8% de éstas la maternidad.

En Chile se ha evidenciado que el embarazo en adolescentes sí está presente. "Que el número de nacidos vivos de madres adolescentes menores de 15 años ha aumentado significativamente de 742 en 1990 a 1052 en 1999 (+41,8%), mientras que en las adolescentes mayores dicho número ha presentado una tendencia ascendente no significativa. Las tasas de fecundidad entre las adolescentes han mostrado una leve tendencia ascendente. En 1990 y 1998, estas tasas fueron de 66.1 y 67,3 respectivamente, entre madres adolescentes de 15 a 19 años de edad, y en 1999 la tasa disminuyó a 66.7" (14)

"Demógrafos cubanos han demostrado un rejuvenecimiento de la fecundidad, con gran incidencia en el grupo de edad comprendida entre 10 y 19 años, fundamentalmente a partir de los 15 años, a ello se asocia el incremento de las tasas de aborto en menores de 20 años, quienes han estado influidas por diversas causas que se asocian a una deficiente educación sexual tanto en el hogar como en las instituciones educacionales de salud" (15) Promedio de edad predominante fue de 16 -17 años con un 47.3%; de 14 -15 años un 24% y del grupo de 18 -19 con 17.3%, confirmando la presencia de adolescentes embarazadas.

La enfermera Rodríguez Pérez, Mercedes, et al. (16) realizó una investigación en el municipio Calixto García, en Cuba, donde se dio a conocer que el 14% de madres eran menores de 15 años. 43% de 16 a 17 años; 43% de 18 a 19 años. De ellas, el 70% era primípara, un 30%

múltipara y de ellas 3% tenían 4 partos. Evidencia que la ocurrencia del embarazo es más frecuente en el período de adolescencia tardía. Los nacidos vivos de madres adolescentes menores de 15 años, registran una tasa de muerte infantil del doble que el promedio nacional (45,1%) que disminuye a 22,6% en el grupo de 15 a 19 años.

Los doctores Hernández Cabrera, Jesús, et al. (17) realizaron un estudio prospectivo y descriptivo de dos hospitales, uno el ginecobstétrico de Matanzas Dos de Julio "Alfonso Medina", del año 2,001 y el hospital territorial de Colón "Mario Muñoz Monroy" del año 1,999 al 2,001 en Cuba, encontrando en dicho estudio que correspondía en el primero de 3000 nacimientos, 362 eran de adolescentes que representaba una incidencia de 12.06% y en el segundo hospital un total de 7,195 nacimientos, 895 fueron de adolescentes representando una incidencia de 12.4%. La edad de las madres adolescentes que con más incidencia se atendieron fue de 18 a 19 años, en un 58% y 54.7%, en segundo lugar, de 16 a 17 años con un 38.9% y 32.9%, respectivamente. En el hospital de Colón atendieron de 15 a menos un 12.4%.

Los Drs. Argüero, Oscar y José Miguel Avilán Rovira, (18) efectuaron un estudio con el objetivo de comparar la frecuencia de embarazos en adolescentes y en mayores de 40 años, con un lapso de tiempo de diferencia de 30 años de los años 1966-68 (grupo 1) y 1996-98 (Grupo 2), realizado en el Centro Médico de Caracas. Se efectuó una revisión de historias clínicas, encontrando que las edades extremas fueron entre 17 y 42 años en el primer grupo y de 15 a 46 en el segundo grupo. Del primer grupo se encontró un sub registro de abortos ya que estos eran tratados en las salas de operaciones y no se cuenta con información en las mismas.

"La edad promedio de cada sub grupo revela el ascenso lógico relacionado con el aumento de la paridad". La incidencia de cesáreas es baja, siendo más frecuente en secundigestas y trigestas que en primigestas. Las adolescentes gestantes representaron el 3.11% y de 40 o más es de 2.34%. De las adolescentes de 19 años: 50 casos, de 18 años: 21, de 17 años: 10 y de las de 40 años: 26, de 41 años: 15, de 42 años: 11, de 43 años: 3, 44 años: 3 al igual que de 45 años observaron el aumento gradual de paridad con la edad. Se observa en los dos períodos que las gestantes atendidas adolescentes disminuyeron y las de edad de más de 40 años se dio un incremento.

Los Drs. Angélica Díaz, et al. (19) en Chile, realizaron un estudio retrospectivo comparativo de casos y controles a través de una muestra aleatoria, realizando una revisión de las historias clínicas de las primigestas adolescentes y de 20 a 29 años, se tomaron todas las pacientes que se les atendió su parto en el período de enero a diciembre 2,000. El total de partos fue de 7,004 partos de los cuales el 16% fué de adolescentes. Se tomaron 158 madres adolescentes y 158 de 20 a 29 años como control. Se observó que de las adolescentes, la mayoría de ellas tenían entre 16 y 19 años de edad, con un promedio de 18 años constituyendo las embarazadas menores de 16 años un 9% del total del grupo de estudio. Cabe destacar, que la menor edad encontrada fue de 13 años.

#### **Prevalencia de embarazo en adolescentes en Centro América**

En Centro América las características de la población son de subdesarrollo, con nivel educativo bajo, alto índice de analfabetismo con alto índice de pobreza, con una economía precaria, alta tasa de morbi mortalidad materno-infantil, con excepción de Costa Rica, que tiene mejores

indicadores, existiendo una prevalencia variada de adolescentes embarazadas, en cada país.

Las Msc. Núñez Rivas, Hilda Patricia y Ana Rojas Chavarría, (20) realizaron una revisión de investigaciones, de registros de encuestas nacionales, así como experiencias particulares en el ámbito local, de varios autores, en Costa Rica, elaborados entre 1,987 a 1,997. En los mismos se relacionan factores que influyen para que la adolescente se embarace. La prevalencia de embarazos en adolescentes a nivel nacional fue de 20%, "en una zona urbana marginal se encontró que la prevalencia es de 27.8%, esto corresponde a 11 adolescentes embarazadas y a 19 mujeres adolescentes con hijos".

La Organización Population Action Internacional (21) publicó en el año 2,001, el índice de riesgo reproductivo, con base en el cálculo de 10 indicadores que se clasificaron en una categoría de 0 a 100, según los resultados obtenidos se establecieron en cinco "categorías de países; de riesgo reproductivo muy alto, alto, moderado, bajo y muy bajo". Uno de los indicadores incluidos son los nacimientos anuales de mujeres adolescentes, clasificó a Costa Rica como un país de bajo índice, siendo el país con menos riesgo en Centro América.

La Dra. Padilla de Gil Marina, en su estudio en El Salvador (22) dio a conocer que en 1,997 el 25 % de los partos atendidos a nivel nacional, fueron en adolescentes. Con una tasa de fecundidad de 116 nacimientos por cada 1000 adolescentes. La edad promedio de las adolescentes embarazadas fué de 17 años "El 51% ya había formado uniones estables antes del embarazo, siendo sus parejas, al menos, 4 años mayores que ellas en el 66% de casos"

La Organización Population Action Internacionall (21) evidenció que el índice de riesgo reproductivo, (mencionado anteriormente) clasificó a El Salvador como país de moderado índice de riesgo, al igual que los países de: Honduras, Nicaragua, Panamá, Perú y Colombia

#### **Prevalencia de embarazo en adolescentes en Guatemala**

Guatemala siendo un país subdesarrollado, caracterizado por una población eminentemente joven, con una población adolescente de 824,408 mujeres, de ellas 49,094 son madres adolescentes que habían tenido un hijo o estaban embarazadas un año anterior al censo nacional de población, representan un 5.95 %, (Censo nacional de población del año 2002).

La Organización Population Action Internacional (21) informó que el índice de riesgo reproductivo, según los resultados obtenidos para Guatemala, lo clasificaron como país de alto riesgo al igual que Bolivia.

La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil del año 2002 a nivel de todos los departamentos de Guatemala, realizada por el Ministerio de Salud Pública y otras instituciones (21) que recopilaron información del año 1,999 al 2,002, la tasa de fecundidad del grupo de adolescentes es de 114 por 1000 nacidos vivos. Se evidenció que de las mujeres adolescentes que habían tenido un hijo en el periodo de la encuesta fue de 16 % a nivel nacional. El 23% de las adolescentes encuestadas habían tenido relaciones sexuales.

### **Prevalencia de embarazo en adolescentes en Alta Verapaz**

En el departamento de Alta Verapaz, según censo poblacional del 2002, había una población femenina de adolescentes de 73,805, de ellas, 8,779 habían tenido un hijo o más, que representa una prevalencia de madres adolescentes de 11.89%

Según Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002 (21) en el área Norte (donde pertenece Alta Verapaz) Tasa Global de Fecundidad 6.5, con una edad promedio de la primera relación sexual de 17 años.

### **Prevalencia de embarazo en adolescentes en San Cristóbal Verapaz**

Como se mencionó anteriormente, la población guatemalteca se caracteriza por tener una pirámide poblacional de base ancha, es decir eminentemente joven. Los adolescentes y las adolescentes representan un grupo poblacional dependiente, siendo responsabilidad de los adultos. Que por la influencia de medios de comunicación, la presión de amigos y muchas veces por el desconocimiento sobre temas sexuales, llegan a relaciones sexuales tempranas que ponen en peligro su integridad, por contraer alguna infección de transmisión sexual y/o un embarazo, que no es planificado y que complica aún más el proceso. Problemas de sobre carga familiar, con más problemas económicos y de salud.

San Cristóbal Verapaz, es un municipio de Alta Verapaz, su cabecera municipal con categoría de Villa. Tiene una extensión territorial de 192 Km. cuadrados, está situado al Suroccidente del departamento, colinda al Norte con el municipio de Cobán (cabecera departamental), al Este Cobán y Santa Cruz Verapaz, al Sur con los departamentos de Baja Verapaz y Quiché y al Oeste por Quiché. Con un clima variado que va desde cálido hasta frío, teniendo en la cabecera municipal un clima templado. La carretera

principal Ruta Nacional, No. 5 de acceso vía Santa Cruz-Guatemala es asfaltada. De la cabecera departamental dista 22 kilómetros y de la ciudad capital 205 kilómetros. Contando, además, con la carretera de terracería para Quiché (está en proyecto de asfaltar). Los caminos al interior de sus comunidades son de terracería y en algunos casos sólo veredas. El transporte a la cabecera departamental es a cada veinte minutos.

El territorio, en un gran porcentaje es quebrado ya que se encuentra formado por cerros y montañas que terminan en grandes embudos llamados "siguanes" que actúan como respiraderos de las configuraciones de la tierra. Constituido por 132 comunidades, entre aldeas, caseríos y fincas.

Teniendo varias fuentes de trabajo, la más importante en la cabecera municipal es la fábrica de calzado Cobán, en el área rural varias fincas de café, cardamomo y algunos productos no tradicionales como es el cultivo de productos ornamentales, donde se encuentra la mujer trabajando. En su hogar, la mujer desde niña se dedica a apoyar a la madre, a cuidar a sus hermanos, a realizar las actividades del hogar. En muchas comunidades se dedican al procesamiento del maguey. La sociedad Sancristobaleña con predominio Poqomchi' se destaca por ser una sociedad machista, donde el hombre tiene poder sobre la mujer, ella depende de la decisión del esposo, padre o suegro, en decisiones cotidianas de su hogar incluyendo acciones de salud de ella y de sus hijos.

En lo relacionado con la atención de salud, San Cristóbal Verapaz cuenta con la presencia del Ministerio de Salud con un Centro de Salud tipo "A" en la cabecera municipal a 1 Km., del centro (parque), un puesto de salud en la aldea del Rancho y uno en la aldea de Santa Elena. Cuenta, además, con un convenio de extensión de cobertura con dos jurisdicciones, una que conduce a la ruta de Quixal y la segunda la ruta que conduce a

Chixoy. Además, la extensión de cobertura del municipio de Santa Cruz, cubre algunas comunidades de San Cristóbal por ser más accesibles a la misma.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, a partir del año 2,003 aumentó su cobertura, inició labores con una clínica de consulta externa de atención a sus afiliados. Las emergencias y procedimientos quirúrgicos los refieren a Cobán. Cuenta en su cabecera municipal con varios médicos particulares y un sanatorio privado, varias farmacias privadas y ventas sociales de medicamentos.

Parte del legado de la cultura Maya Poqomchi' son los curanderos, comadronas tradicionales y los sacerdotes mayas, que están presentes en todo el municipio y que realizan su labor silenciosamente. En lo relacionado con la atención de las madres embarazadas la mayoría es atendida por las comadronas tradicionales.

Al igual que las características del país en general, posee una población con costumbres y tradiciones pertenecientes al pueblo Maya, específicamente al grupo Poqomchi', en un 85 %. Al área rural le corresponde un 55 % y área urbana un 45 %, Contando con una población de 43,336 habitantes, según censo del 2002, con una base piramidal ancha, que enmarca su población joven. Hay una población adolescente de 10,522, que corresponde a un 24%, de ellos, 5,236 son mujeres, que corresponde un 50%.

San Cristóbal, tenía una población de adolescentes según Censo 2002 de 10,522 de ellos 5,236 eran mujeres. Se encontró, que los recién nacidos inscritos en el Registro Civil en el año 2003 fueron 1,881, de ellos 334 son productos de madres adolescentes, que representa una prevalencia de madres adolescentes de 6.3%.

## **Factores de riesgo del embarazo de la adolescente**

### Factor y su relación con el riesgo

Antes de hablar de factores relacionados con el embarazo, es necesario definir qué es un factor y qué es un riesgo. Se habla de Riesgo como "una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud, enfermedad, muerte etc." (23). Es la probabilidad de que el evento se produzca, siendo un suceso "incierto". La probabilidad para un individuo en particular debe conducirse a partir de una población estudiada. El riesgo es la probabilidad que un hecho ocurra dentro de un período de tiempo establecido. Es una probabilidad estadística de un suceso futuro. La probabilidad de consecuencias adversas aumenta por la presencia de una o más características o factores que influyen en las consecuencias.

Factor: es un evento, característica o circunstancia que puede estar presente para que se realice un proceso en una persona o personas en forma favorable la cual se presenta como un protector o de riesgo que se presenta como probabilidad de daño.

Factor de riesgo "es una característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud" (23). Atributo o exposición que da más probabilidad de desarrollar un efecto, suceso o enfermedad, que puede ser modificado por algunas formas de intervención, logrando disminuir la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad o daño específico a la salud. "Los factores de riesgo pueden, por lo tanto, ser causa o indicador, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen. Los factores de riesgo pueden ser

aquellos que caracterizan al individuo, la familia, el grupo, la comunidad o el ambiente" (23)

### **Factores protectores**

Para evitar que las adolescentes se embaracen existen algunos factores protectores, relacionados con su entorno familiar y su estructura social como son:

**Factores personales:** autoestima alta, buen rendimiento escolar, resiliencia, conciencia de la existencia de un ser superior, planes de estudio superiores, oportunidad de participación en actividades extracurriculares, sentido de propósito y futuro.

**Factores familiares:** buena cohesión familiar, buena relación con la figura paterna, ausencia de abuso sexual en el medio familiar, mayor número de horas compartidas con los padres. Se ha encontrado que hijas de padres que abiertamente desaprobaban las relaciones sexuales de sus hijas, demoran el inicio de la actividad sexual.

**Factores sociales:** mensajes consistentes, ambientes sociales donde no existe consumo de alcohol, tabaco o sustancias psicoactivas, refuerzo de mensajes por parte de los padres, presencia de modelos que refuercen valores" (5)

### **Factores de riesgo del embarazo**

La causa del embarazo es muy difícil de explicar pudiendo tener varias causas. "El embarazo de la adolescente es un fenómeno que está causado por múltiples factores, principalmente, de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales, sin tener las mismas características en todos ellos por lo que se debe hacer las siguientes consideraciones:

**Estrato medio y alto:** la mayoría de las adolescentes que quedan embarazadas interrumpen la gestación voluntariamente.

**Estratos más bajos:** hay más aceptación del medio a la maternidad, la adolescente, es más común que tengan su hijo" (1).

### **Factores predisponentes**

En el proceso evolutivo histórico del ser humano, la adolescente ha sufrido cambios en su propio desarrollo como es:

**Menarquia temprana:** la madurez fisiológica tempranamente, antes que adaptación psicológica y social.

**Inicio precoz de relaciones sexuales,** no existiendo madurez psicológica, sólo experimentando experiencias nuevas, que le puedan dar placer.

**Familia disfuncional,** donde el núcleo familiar puede estar formado sólo por la madre o por tener la misma madre varias parejas, y/o con padrastros que no les dan una solidez emocional necesaria para este periodo de vida y no les dan apoyo emocional.

**Mayor tolerancia del medio a la maternidad** adolescentes y/o sola, cuando la misma familia puede inducir a la adolescente a embarazarse, le dá libertad sin restricciones de conducta sexual y aceptan el embarazo como parte normal del proceso, aunque represente una nueva carga familiar y limitación de educación a la futura madre.

**Bajo nivel educativo.** Han formado en condiciones precarias y dificultad para enfrentarlas, por no tener los conocimientos necesarios por falta de llevar un proceso de aprendizaje. En otras ocasiones el proceso educativo se interrumpe por enfrentar el embarazo.

**Migraciones recientes con pérdidas de vínculos familiares.** Por niveles de pobreza, en que es importante el apoyo económico que brinda la adolescente, que la obliga a emigrar de su contexto social y familiar. Se

encuentra sola, y, debe enfrentar una serie de adaptaciones, busca compañía, se vincula con su pareja dándole seguridad con una aparente solución.

Pensamientos mágicos (por no desearlo no queda embarazada), la adolescente experimenta con su propio organismo, teniendo en el pensamiento que por no desear el embarazo no se realizará.

Fantasías de esterilidad. (Primera vez no queda embarazada)

Falta o distorsión de la información. No se le da la importancia que tiene la información para los adolescentes en cuanto a la salud reproductiva, no se da en forma masiva, donde se les brinde toda la información y apoyo psicológico necesario sin prejuicios y sin tabú.

Controversia entre su sistema de valores y el de sus padres: donde los progenitores les enseñan normas morales que deben seguir, y en la práctica los mismos no los cumplen.

Aumento en número de adolescentes: la población en todo el mundo ha aumentando y, por lo tanto, los adolescentes igual.

Componentes socioculturales: se tiene una diversidad de costumbres y creencias que varían de país en país y de sociedad en sociedad que puede marcar la conducta del adolescente, que es influida según su entorno.

Menor temor a infecciones de transmisión sexual: por falta de conocimientos sobre las mismas, los riesgos a que se someten, principalmente, con el VIH, o, la idea que a ellas no les pasará. (1)

## Factores determinantes

La iniciación sexual, entendiendo como tal la primera experiencia coital. Más allá de las motivaciones conscientes o inconscientes que intervienen en el proceso de decisión de tener relaciones sexuales, es universal que el acto de la penetración sea vivido como el suceso o momento relevante que marca la vida del ser humano.

El comportamiento sexual humano esta influido por normas culturales y sociales, por lo que se puede clasificar la sociedad en:

Sociedad represiva: no acepta la sexualidad, considera al sexo peligroso en el comportamiento del ser humano. Considera que el sexo inactivo es una virtud y que sólo existe para la procreación. "Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial" (1)

Sociedad restrictiva: limita la sexualidad, separan tempranamente a los niños por su sexo. Aconsejan la castidad prematrimonial, a la vez otorgan al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto del sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.

Sociedad permisiva: tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Acepta las relaciones sexuales entre adolescentes. Toman al sexo como proceso natural. Es un tipo social común en países desarrollados.

Sociedad alentadora: para la sociedad, las relaciones sexuales son importantes y vitales para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana madurez del individuo.

Celebran la pubertad, con rituales religiosos y con orientación sexual formal. La insatisfacción sexual es rechazada y puede ser causa de separaciones.

“Un factor que influye en la iniciación sexual y, por lo tanto, en la posible aparición de embarazos precoces es el adelanto de la pubertad. Esta iniciación cada vez más temprana en los jóvenes de su vida sexual es debido a una maduración sexual temprana, la constante exposición a estímulos eróticos y la concepción errónea que se tiene de la sexualidad. A esto hay que sumarle el bajo nivel de comunicación entre padres e hijos acerca del tema”. (2)

“Los embarazos en adolescentes, en la mayor parte del mundo, son el resultado de la condición inferior de la mujer cuyo papel en la sociedad está devaluado. Sabemos que es característica de todas las sociedades que la mujer tenga menos acceso o ejerza menos control de los recursos de valor que el hombre” (4)

“Una adolescente correrá un riesgo tanto mayor de embarazo precoz cuanto más pronto haya alcanzado su madurez sexual ya que su morfología femenina determinará una apetencia masculina que no tendrá en cuenta su edad real y porque además, una precocidad de desarrollo físico puede ir acompañada de un adelanto en las formas de conducta y llevar más pronto a las relaciones heterosexuales regulares” (2).

La adolescencia “constituye un período paradójico entre las posibilidades de un cuerpo dotado de facultades nuevas y las restricciones de un sistema social. Además, existen algunas circunstancias particulares que posibilitan la fecundación de chicas muy jóvenes como casos particulares de un fenómeno:

La prostitución: a menudo no está establecida como tal, es difícil diferenciarla de una actividad sexual desordenada. “Este caso puede ser el de chicas que han tenido relaciones sexuales esporádicas con diferentes compañeros dentro de un grupo. Un día, el grupo necesita dinero. La chica se ha acostado con diversos compañeros y ahora lo hace con otros en beneficio del grupo”. (2)

Violaciones: es difícil conocer la frecuencia de adolescentes violadas, ya que ellas o sus familias lo ocultan. La violación sexual experimentada a la fuerza, el no consentimiento pasivo o ingenuo frente a un joven u hombre mayor, demasiado seguro de sí mismo, con una forma de actuar y hablar envolvente, ejercen una violencia más moral y verbal que física. Otra característica de la violación es de aspecto colectivo. La chica se ve “Utilizada” por cuatro o cinco muchachos. Estos son realmente auténticos actos de violencia”. (2)

Relaciones incestuosas: están implicadas adolescentes muy jóvenes, son frecuentes, principalmente, en el caso del incesto entre padre e hija. La mayoría de éstas jóvenes tienen sus primeras relaciones de ésta índole entre los 10 y 15 años. Muchas de éstas relaciones son silenciadas por la joven y la familia. Ocurre principalmente en familias de posición modesta. También se presentan en el caso de la unión de una joven con su padrastro, marido o amante de su madre, que puede ser seducida o amenazada. (2)

A nivel mundial hay evidencia de preocupación por las condiciones de la adolescente que enfrenta un embarazo, por diferentes factores que influyen y que puedan desencadenar un proceso en el que se impone una nueva carga familiar y en el peor de los casos que la adolescente enfrente sola el proceso, por lo que se han realizado varios estudios, que evidencian dichos factores para realizar acciones de intervenciones posteriores y minimizar el problema. “La gravidez de las mujeres se da en quienes tienden a depender de alguien y a ser pasivas, confusas, de pobre

autoestima, con escasa o ninguna comunicación con sus padres, en especial en lo referente al sexo, viven sentimientos de rechazo, abandono y soledad, carecen de confianza en sí mismas y por lo mismo buscan atención y ayuda." (4)

Los doctores Lugones Botell Miguel, et al. (5) realizaron un estudio descriptivo transversal de 212 atendidas en la consulta de Ginecología infanto-juvenil municipal de Playa Cuba, de septiembre 1996 al primero de agosto 2000, en la que se evidenciaron que el motivo de consulta principal fue la orientación anticonceptiva para el 48.5%, El 86% no temía que fuera descubierta. La mayoría 68%, tuvo el primer contacto sexual durante el primer mes de relación con su pareja. Teniendo presión por su pareja en un 36% y presión por los amigos 30%. La mayoría de las pacientes asistieron con su madre en un 59%, con la pareja en un 5% o acompañado por el padre 2.3%

La Dra. Ávila Gálvez Elena, et al. (3), en la ciudad de La Habana en el año 2,000 realizaron un estudio de casos y controles en adolescentes embarazadas y el grupo control de adolescentes no embarazadas, con el fin de determinar algunos factores psicosociales del embarazo, en adolescentes. "Algo más de la mitad de la población estudiada clasificó en el rango de adolescencia tardía. En relación con el tipo de pareja existieron diferencias relevantes para ambos grupos y predominó de inestabilidad en el grupo estudio (62.3%) y la estabilidad en el control (56.6%). Más de la tercera parte de las embarazadas adolescentes no estudiaban ni trabajaban (35.8%). En la escolaridad materna y paterna el grupo estudio superó al control. El grupo estudio los padres divorciados (79.3%) superaron al control (71.8%) El grupo estudio superó al control en cuanto a adolescentes criadas solo por la madre (41.5%). En el control, la madre y el padre estuvieron presentes en el mayor porcentaje 35.9 %" "En ambos grupos fué mayor la presencia de

familias moderadamente disfuncionales, y fueron superadas por el grupo estudio (77,3 a 70,7%)" "La precocidad en el inicio de la actividad sexual y el no uso de anticonceptivos en la primera relación sexual predominó en el grupo estudio. Las adolescentes en estudio venían de familias con poca comunicación entre sus miembros. "Las mayores diferencias en relación con el número de parejas anteriores, correspondieron al grupo estudio con 2 o más parejas sexuales (9,5% grupo estudio, 3,4% grupo control).

Urmeneta A., et al. (7) realizaron el estudio el cual caracterizó a las adolescentes embarazadas (en zona de Pamplona y Zona Norte) España, destacaron, que la mayoría abandonó los estudios, sólo el 4.2% continuaron estudiando. Las madres adolescentes el 12.65% trabaja, el 84.2% no registró ningún tipo de actividad productiva, y, estudia 4.2%. El 91.5%, españolas, y, 8.5% extranjeras. El 60% vive en área urbana y periurbana, y, el 40%, en área rural. "El 70,6% pertenece a la cultura paya y el 29,4% a la cultura gitana. El 97% tenía pareja que reconoció al hijo (a)".

Vera Pérez J. A., et al. (24) realizaron un estudio de casos y controles con puérperas adolescentes. En el hospital del Área de Salud II del Centro Regional de Documentación de la Consejería de Sanidad Consumo de la CAAM, en Cartagena (Colombia), 1,995. Tomando como control a mujeres puérperas no adolescentes que tuvieron a su bebé al mismo tiempo, evidenciaron que "la mayoría de las puérperas adolescentes, así como sus padres, tienen un nivel de instrucción bajo o son analfabetas, están adscritas a grupos económicos bajo o medio bajo y presentan un nivel de cualificación profesional mínimo, por lo que se puede concluir que pertenecen a un grupo socioeconómico desfavorable" La mayoría de las jóvenes no planifican su embarazo 65.9%, no usan anticonceptivos o no los conocen en un 65.5% marcha atrás o preservativo son los mas utilizados."La preexistencia de mitos y creencias populares riesgosas es frecuente". La mayoría de padres, el

86%, afirmaron no tener los conocimientos adecuados para brindar apoyo a sus hijas durante el embarazo y aceptaron en un 90% que el embarazo provocó cambios en la dinámica familiar. En relación con el grupo de madres control, mejoró el nivel de estudios y el socioeconómico. El conocimiento sobre sexualidad es más amplio siendo la sociedad la principal fuente de información.

En el estudio realizado con estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México y un grupo de mujeres de la población, por los doctores Ortiz Ortega, Adriana, et al. (10) encontraron que el 85% era católico, solteros 98%. Educación de la madre, el 60.3% tenía 10 o más años de educación, que sí había una diferencia entre el grupo de mujeres control, la mayoría tenía de 1 a 6 años de estudio. La educación de los padres 70.5% tenía 10 o más años de escolaridad y las de mujeres control, el 43.1% de 1 a 6 años de escolaridad. El 92% de estudiantes refirieron que realizaban deberes de la casa más el estudio. El 82% usó el condón como anticonceptivo. La edad de inicio de actividad sexual era de 16.8 años. Teniendo un compañero sexual en un 56%. El uso de condón en un 0.6%. El 0.4% refirió que había tenido relaciones con ayuda.

En el estudio en que caracterizaron los factores que contribuyen que la adolescente se embarace y conocer las necesidades educativas en salud, del Dr. Ortigosa Corona, et al. (25), en el Instituto Nacional de Perinatología en México encontraron, que la mayoría vivía en el Distrito Federal, 69% de los padres varones la mayoría eran operarios, artesanos 18%, empleados de oficina 17%, operarios de instalaciones de máquina y montadores 15%, y trabajadores no calificados 13%. De los padres de la adolescente el, 58%, casado y 21%, separado o divorciado. La ocupación, materna correspondía a amas de casa 58%, empleadas de oficina 17% y no calificadas 13%. El promedio de edad del primer embarazo de la madre de

la adolescente embarazada fue de 20 años con una moda de 17 y media de 19. El promedio de escolaridad del padre varón de la adolescente fue de 9 años y la escolaridad de la madre fue de 8 años "no se consideró la educación preescolar en ningún caso.

En el estudio prospectivo realizado en adolescentes menores o igual a 16 años, en la Coordinación para la Atención de adolescentes en México por el Dr. Pereira Luis Simons, et al. (26) evidenciaron que el 8.7% era analfabeta, de las que realizaron estudios y llegaron al nivel primario, fue un 68.9% y, preparatoria, un 11.1%. El 82.2% se dedicaban a labores del hogar, y estudiantes, un 17.8%. Lo relacionado con su estado civil, el 61.4% era soltera, casada un 19.3% y unión libre 19.3%. La mayoría sólo había tenido una pareja sexual, que representaba el 90.5% dos parejas sexuales 8.1%.

En el estudio realizado en mujeres adolescentes puérperas en IMSS (Instituto Mexicano de Seguridad Social) en Tabasco, México, del periodo 1998-1999, por los Drs. León Carmona, Julio César, et al. (27) encontraron que: el primer hijo ocurre más tempranamente en las adolescentes con menos escolaridad y en las que viven en área rural. La mayoría estaban casada 71.95%, en unión libre, 22.62%, solteras, 4.98% y separadas 0.45%. La edad promedio encontrada fue de 17.98. Además, en relación con la escolaridad encontraron que fue inadecuada, según edad cronológica en un 75.57% y adecuada en un 24.43%. El intervalo intergenésico ideal se observó en un 34.86% y breve en un 65.14%. Primigestas representaron el 75.34%.

En un estudio realizado por Drs. Moysen Jaime Salvador, et al. (8) en Durango, México, encontraron del total de casos (estudio y control) según relación con su pareja: que la unión de hecho representa un 67%, ama de casa, un 88.18% y "empleada" que representa el 10%. Nivel escolar menos

de 6 años de estudio 41%, de 7 a 9 años de estudio 44.88%. Según paridad: primigesta representa el 55%. Observaron además que la integración familiar de la adolescente es un factor de apoyo para evitar el estrés y evitar la toxemia, que se observó adecuadamente en el grupo control en un 88% y en el grupo de estudio en un 75% y apoyo emocional de la familia a los adolescentes se observó que el grupo de control tenía un 85% y, el de estudio, un 75% encontrando una relación significativa de factores psicosociales con problema de toxemia producida por el embarazo.

Los Drs. Monterrosa Castro Alvaro y Merizalde Arias Martínez, (13) evidenciaron en un estudio en Cartagena, Colombia, que la edad de menarquía promedio para población es de doce años, ovulación se regula más o menos, un año después, lo que evidenció un embarazo inmediato a la pubertad.

En el estudio transversal realizado en el estado de Morelia, México, por las Dras. Núñez Uruiza Rosa et al. (9) evidenciaron que hay una relación entre baja escolaridad y embarazo en adolescentes, pero no como producto sino como causa, la deserción escolar temprana es factor predisponente. Hay evidencia de aumento de vida sexual activa y postergación del matrimonio. En el tiempo del estudio, ellas estaban unidas o casadas en un 91.8% terminaron la primaria 51.4% y no continuó con sus estudios de secundaria. Estaban cursando nivel superior 48.6%. Las embarazadas se consideraron de estrato socioeconómico bajo 29.6% estaba en la categoría de estrato socioeconómico medio 69.6% y habitaba en zona rural 47.3%.

Licda. Grisell Mirabal Martínez, et al. (15) en la policlínica "Manuel González Díaz del municipio de Bahía Honda, de Cuba en el período de Abril de 1999 hasta abril 2000, realizaron un estudio longitudinal prospectivo y

descriptivo donde evidenciaron "que el mayor porcentaje pertenecía al grupo de edad de 16-17 años. El inicio de la menarquía entre los 9 a 13 años correspondía a un 88%. La mayoría inició su actividad sexual entre los 14 y 15 años en un 43.3%. Predominaron las pacientes con estado civil no casadas en un 28%, evidenciaron que eran unidas, consensualmente, un 50%, algunas mantienen relaciones con muchachos que no son los padres de sus hijos, divorciados, 14% y casadas un 7.3%. Encontraron que se presentan las adolescentes embarazadas en todos los estratos sociales, pero, predomina en la clase de nivel socioeconómico bajo, "en parte debido a la falta de educación sexual, y, al desconocimiento de los métodos de control de la natalidad". El 62.7% pertenece a la zona rural. El 4.7% alcanzó nivel primario, el 80.7% nivel secundario y preuniversitario el 14.6%. El 4% continuó estudiando, el 96% lo interrumpió. Sólo el 14% tenía apoyo familiar.

En una revisión de varias investigaciones, la MSc Núñez Rivas, Hilda Patria y Ana Rojas Chavarría (20) en Costa Rica, evidenciaron que la mayoría de adolescentes embarazadas no tienen pareja fija, no eran casadas. Con antecedentes de madres o familiar embarazado de la misma etapa adolescente y desintegración familiar. Conocen el uso de anticonceptivos, pero no es efectivo. El embarazo es más frecuente en las adolescentes de padres con nivel educativo bajo. La adolescente dejó de estudiar uno o dos años antes de estar embarazada, en un 76.6%. Estudió hasta que ocurrió el embarazo en un 11.6% y continuó estudiando el 6.6%. De las que estaban estudiando, el 5% dejaron de hacerlo en el momento del parto. El adolescente asimila la influencia de los medios de comunicación para que se inicie la actividad sexual. En los hogares no se abordan los temas y en el nivel educativo escolar se toca el tema de bases fisiológico-anatómico. Experimentan experiencias sexuales por rebeldía, en contra de

relaciones dominantes de padres o hermanos. La primera relación sexual está muy cerca de la menarquía.

La Dra. Padilla de Gil Marina, en un estudio en El Salvador (22) evidenció que la edad promedio de la menarquía fue de 12.7 años, la primera relación sexual fue a los 15 años. El 73% son primigestas, primer parto a los 17 años. De la procedencia el 64% era del área urbana, y 36% área rural. Promedio de estudio fue el 7º grado, en área urbana y de 5º Grado para el área rural. Teniendo una unión formal antes del embarazo. La motivación para iniciar vida sexual atracción física en un 42%, búsqueda de sostén económico en el 25%. La mayoría provenía de hogares destruidos en un 66%, ya habían abandonado la escuela antes del embarazo en un 65%.

En el estudio realizado por Maida Ángel T., et al. (28) en el Hospital materno infantil Germán Urquidí, en la ciudad de Cochabamba, Bolivia, encontraron que la mitad de las adolescentes embarazadas eran solteras y más de un tercio está unido. Su nivel de escolaridad, el 41.3% no tiene educación o han cursado algún grado del Ciclo Básico. El 58.7% tiene estudios secundarios u otros. En relación con su procedencia, el 84% son de área urbana o suburbana y sólo el 16% proviene del área rural.

Sorribe Leyva Virginia, et al. (29) realizaron un estudio de casos y controles, en la provincia de Santiago de Cuba, durante 1998, encontraron que en referencia con la educación dada por los padres, que se clasificó como rígida, tolerante y adecuada, gran parte de los adolescentes habían recibido una educación inadecuada, un 62.3% por parte de los padres a diferencia de los controles, sólo un 12.6%. Existía poca comunicación entre ellas y sus progenitoras del tema de la sexualidad y riesgo de embarazo en un 81.8%. Así como falta de apoyo de su pareja en un 71.4%. La promiscuidad se observó en un 33.8% de las embarazadas.

En la investigación de factores de riesgo de salud materno infantil en madres adolescentes de Colombia, estudio de casos y controles realizado por los Drs. Ruiz Linares, Jorge, et al. (30), encontraron que en las adolescentes embarazadas la mayoría tenía una unión consensuada en un 52.1%. Viuda, divorciada, separada y soltera en un 32.4% y casadas en un 15.5%. En relación con la escolaridad mayor de 4 años en un 39.9%, menos de 3 años 30.2% y de 3 a 4 años un 29.9%. La relación de las condiciones socioeconómicas del hogar bajo fue de un 58.6%, medio, un 27.7% y alto 13.7%. Según el área de residencia, la urbana fue la mayor en un 62.2%.

En un estudio de casos y controles con adolescentes embarazadas, realizado por Drs. Valdés Dacal, Sigfrido, et al. (31) en la comunidad de Camagüey, Cuba, durante el transcurso del año 2000, evidenció que la mayoría de adolescentes embarazadas eran amas de casa 87.1%, estudiantes 11.3% y trabajadora 1.5%.

En el estudio de casos y controles realizado en la Argentina por Auchter Mónica, et al. (12) se observó que "La escolaridad alcanzada en ambos grupos fue diferente. El 70% de los casos tenía primaria completa, situación que se dio en el 87% de los controles. El secundario lo inició el 40% de casos y 60% de los controles, habiendo finalizado el 4% de los casos y el 42% de los controles". "Al indagar con quien vivían estas madres se comprobó que el 46% de los casos lo hacía con sus padres y sin la pareja, en los controles, esto se dio en el 40%. Diferencias entre los grupos se observaron respecto a si tenían pareja estable, que el 63% de los controles respondió que sí, mientras que esto fue positivo en el 83% de los casos.

En el estudio retrospectivo realizado por Ens. Rodríguez Pérez Mercedes, et al. (16) en el municipio de Calixto García de Cuba, con datos de

1,994 al 1,998, en que relacionaron el embarazo de las adolescentes y su vínculo con el recién nacido, bajo peso al nacer, encontraron que la mayoría terminó la primaria en un 44.5%, secundaria terminada, el 37.8%, secundaria sin terminar, 6.7% y ningún caso en el preuniversitario.

En la revisión realizada por la Dra. Nadia Núñez (4) destacó que la OPS (1988) señaló las siguientes causas: "Descenso de la edad de la menarquia o primera menstruación. Iniciación temprana de la actividad sexual. Aumento del número de adolescentes sexualmente activa. Periodos de adolescentes más prolongados".

Se relaciona con tres factores:

- familia con principios morales débiles o mal definidos.
- ausencia de la "figura paterna" o padres con unión libre.
- los hijos son creados por personas ajenas a los padres.

Varios factores son los que empujan a la adolescente a embarazarse. La incidencia y prevaencia de embarazadas adolescente va en aumento. Las madres se dedican al sostenimiento del hogar y las adolescentes se convierten en madres de sus hermanos, situación que las empuja a buscar gratificación. Al estar embarazada como liberación, resulta un vínculo de dependencia a la pareja que le brinda la protección, se puede dar en adolescentes que tienen una hermana o familiar cercano con un antecedente de embarazo a esa edad. Adolescentas con baja autoestima y poca visión del futuro, se embaraza más tempranamente. La adolescente deja la escuela antes de embarazarse, buscando satisfacer su necesidad de identidad.

La Dra. Padila de Gil, Marina en un estudio en El Salvador (22) destacó que las embarazadas adolescentes ya habían abandonado la escuela antes del mismo, en un 65%, y, un 27% lo realizó por el embarazo.

Existiendo un 92% de deserción escolar. El 82% tuvo relaciones sexuales prematrimoniales y el 15% tuvo otra pareja. El tiempo de noviazgo previo a la relación, fué de 6 meses en un 41% y de 75% en el resto de casos. El 42% tuvo su primer contacto sexual por amor, para salir de su casa 20% y 3% por violación. El 34% provenía de hogares estables y el resto sólo con la madre. El 73 % de madres adolescentes cuenta con ayuda y compañía de su pareja. Sólo el 19% usó algún método anticonceptivo previo al embarazo.

Auchter Mónica, et al. (12) realizaron un estudio retrospectivo de casos y controles, con adolescentes ingresadas al Servicio de Toco ginecología del Hospital "J.R. Vidal" por trabajo de parto y parto, todas de bajos recursos económicos, comparadas con señoras mayores de 19 años que ingresaron en la misma fecha encontrando que "La escolaridad alcanzada en ambos grupos fue diferente". El 70% tenía primaria completa en el grupo estudio y 87% de los controles. El nivel secundario lo inició el 40% de los casos, terminando sólo el 4% y, los controles, iniciaron el 60% y de éstos el 42% terminó.

La precocidad en el inicio de la actividad sexual y el rechazo de anticonceptivos en la primera relación, predominó en el grupo estudio. En las áreas psicológicas las diferencias más relevantes se observaron en el grupo estudio en relación con los problemas del hogar y familia. Las conclusiones a que llegaron con el grupo estudio fue: predominio de la adolescencia tardía y de las que no estudian ni trabajan. Los padres tenían mayor nivel de instrucción. Mayor incidencia de padres divorciados, crianza sólo con la madre y familias moderadamente disfuncionales. Relevante precocidad en el inicio de las relaciones sexuales y la inestabilidad de ésta. Alteración del área psicológica del hogar y la familia.

Kano, Maria Esther, (32) Realizó un estudio con veinte adolescentes embarazadas de la ciudad de Medellín, Colombia, "Los hallazgos del estudio indican que el embarazo en la adolescencia se produce en un contexto de desaprobación, en el que es considerado como conducta desviada conducente a respuestas de rechazo y estigma social contra la adolescente. Para lograr ser aceptadas, las jóvenes realizan cambios en sí mismas llamado ajuste de identidad. Este proceso consta de tres partes o subprocesos:

1. deciden continuar con el embarazo: en éste primer subproceso, la adolescente empieza a enfrentar las situaciones problemáticas de su embarazo y a evaluar la continuidad del mismo,
2. cambiar su Yo: En esta parte la adolescente renuncia a aspectos de su yo anterior y empieza a asumir un rol adulto;
3. se prepara para ser madre: por último, las adolescentes adquieren el rol materno y se disponen a enfrentar el futuro".

La adolescente al estar embarazada, debe vivir diferentes etapas psicosociales, en las cuales ella debe decir inicialmente si continúa con el embarazo o se somete a un aborto que conlleva peligro para su vida. Si enfrenta el embarazo, hay varias etapas desde la aceptación, cambio de conducta, búsqueda de apoyo de su entorno, el cual hace que el proceso de transición de niña a adulta, sea más rápido.

Vera Pérez J. A., et al. (24) realizaron un estudio de casos y controles de prevalencia en puérperas adolescentes y mayores de 20 años, en la ciudad de Cartagena, Colombia, para conocer la relación de condiciones socioculturales y el embarazo en adolescentes. Observaron que la mayoría de adolescentes embarazadas, provienen de un hogar de padres y, ellas mismas, de un nivel de instrucción baja o analfabetas, vienen de grupos de nivel económico bajo o medio bajo."Presentan un nivel de cualificación

profesional mínimo", por lo que se puede concluir que pertenecen a un grupo socioeconómico desfavorecido". La mayoría de las adolescentes no planificó su embarazo.

La precocidad de la actividad sexual, el ámbito familiar inadecuado, la influencia del grupo social donde se desarrolla la adolescente, está relacionado con el actual aumento del riesgo de tener embarazos no deseados, abortos, partos que en ésta edad trae consecuencias adversas.

Los Drs. Plascencia Josefina Lira y Luis Assad Simón Pereira (33) en el Instituto Nacional de Perinatología en México, realizaron un estudio retrospectivo en menores de 16 años, con un total de 899, atendidas de 1999 al 2000 "El embarazo de una mujer adolescente es un problema médico y social, es una gestión de alto riesgo, sobre todo cuando la edad es menor de 16 años". Teniendo como resultado, que en el 91.7% sólo refirieron un compañero sexual y los resultados normales al cultivar la secreción Cervical vaginal en su mayoría apoyan esto. El 69.4% de nuestro grupo había cursado la secundaria y 11.4% la preparatoria

Licda. Grisel Maribal Martínez, (15) en Cuba, refiere que el embarazo en edades cada vez más tempranas se ha convertido en un problema frecuente. Afecta a todos los estratos sociales pero predomina en la clase de bajo nivel socioeconómico, en parte, debido a la falta de educación sexual y al desconocimiento de los métodos de control de natalidad.

En el año 2,002, se realizó la Encuesta Nacional de salud Materno infantil en la república de Guatemala (21) donde se evidenciaron algunas características de la población adolescente embarazada, del grupo de 15 a 19 años, el 80.1%, eran solteras, 7.4% eran casadas, 10.8% unidas, 0.2%

viudas y separada 1.5%, predominando la unión por hecho. En relación a la edad de la primera relación sexual en adolescentes de 15 a 19 años fue de 23.4%, no había tenido relaciones un 76.6%, con un promedio de edad de 18.9. La edad de la primera unión siempre del mismo grupo fue de 19.8% y solteras, 80.2%. Relacionando las que habían tenido un hijo y su área de domicilio el 44% vive en el área urbana y 54% en el área rural. La indígena represento el 40% y ladina un 36%. En relación con la escolaridad: sin educación 27%, primaria 39% y para nivel secundaria o más de 26%

En el estudio realizado por Donoso Siña Enrique, et al. (14) se evidenció que la mayoría de adolescentes embarazadas vivían en el área rural en un 62.7% y del área urbana un 37.3%

Uno de los factores que pueden determinar la conducta de la adolescente embarazada es el apoyo o no que recibe de la sociedad, específicamente de familia y de su pareja. Maton Kenneth, et al. (34) realizaron una recopilación de estudios sobre la relación entre el apoyo familiar y grupo social y la respuesta de la madre adolescente en Estados Unidos, incluyendo embarazadas adolescentes de raza negra africana, caucásicas y no casadas. Observaron que las adolescentes al tener apoyo de los padres, su autoestima está más elevada y su proceso psicológico y social de adaptación es mucho más fácil. Además, si tenía apoyo y vinculación de calidad con el padre de su hija (o) mejora las condiciones psicológicas de la madre adolescente. Al tener apoyo de alguna institución sin apoyo de la familia y pareja, el proceso de adaptación de la adolescente es más lento, con problemas de su autoestima.

#### **La adolescencia de las adolescentes embarazadas**

Es frecuente que las adolescentes sean obligadas a jugar un papel de "hija-madre", en el momento donde ellas deben realizar actividades propias

de su edad, proceso que las confunde, no estableciendo su propio rol. Se encuentran con figuras masculinas cambiantes que no ejercen el papel de padres responsables, por lo que se someten a relaciones con parejas que muchas veces les dan mal trato. Además, pueden ser víctimas de abusos sexuales, con frecuencia puede ser el padre. Es un proceso contradictorio para las adolescentes, ya que el embarazo es un proceso de los adultos, que no le tendría que corresponder.

Con frecuencia es parte de una familia, donde la madre es la primera fuente de recursos familiares, dedicándose por mucho tiempo al sostén de la casa, por lo que se descuidan algunos aspectos relacionados con la educación de los hijos, dejando la responsabilidad de los hermanos menores a las adolescentes, que buscando una gratificación o liberación de la responsabilidad, toma la decisión de embarazarse.

"El embarazo sería una de las maneras de la joven para satisfacer necesidades que no ha podido cubrir, o podría tomarse como una buena salida para el exceso de independencia o dependencia a la que se ven sometidos" (4).

"El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses, con escolaridad pobre, sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio), con modelos familiares de iniciación sexual precoz, por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes con muy escasa comunicación verbal y predominio de lenguaje corporal" (1). Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias."(1). Hay varios estudios que reflejan la problemática a nivel general.

La adolescente por su misma condición evolutiva de crecimiento y desarrollo tiene diferentes manera de vivir sus experiencias de conocimiento, relacionado con vida sexual, siendo el campo que más conflicto les causa, ya que hay un proceso de enfrentamiento entre lo que dicen los padres en el caso de que haya una buena comunicación en relación al tema, lo que se presenta en los medios de comunicación que en todas las promociones de productos presentan el sexo como un producto de compra, los conocimientos adquiridos por los amigos y sus propias sensaciones y sentimientos.

Se evidencian los riesgos en que incurren los adolescentes, en el estudio descriptivo, realizado por Drs. Balboa J.L. Barella et al. (35), en Úbeda, España, una minoría estaba consciente que la virginidad evita el embarazo en un 15.8%, que la marcha atrás lo evita en un 27.1%, que el no llegar al orgasmo en un 19.3%, que determinadas posturas evitan el embarazo en un 35.4% y que protege de las infecciones de transmisión sexual 9.6%. El 79.5% de los encuestados refirieron que las caricias mutuas y la masturbación pueden dar mucho placer como hacer el amor sin riesgo de infecciones de transmisión sexual y embarazos. El 97.4% refirieron que la educación sexual es muy importante y que no se toma en cuenta en las escuelas.

La Dra. Ávila Gálvez Elena, et al. (3) en la ciudad de la Habana, Cuba, realizaron un estudio en adolescentes, encontró que en relación con las áreas psicológicas las diferencias más relevantes se observaron en el grupo estudio en "relación con los problemas del hogar y la familia". Se discutió que entre más educación de los padres con un trabajo más especializado, menos dedicación a las hijas. En hogares desintegrados o madres solteras, tienen más riesgo de embarazarse las adolescentes.

La mayoría de jóvenes no utilizan ningún método anticonceptivo y que casi el 85% de las chicas que resultaron embarazadas no deseaban esta condición". (2) Las madres adolescentes conocen los métodos anticonceptivos pero predominan las costumbres, metas culturales sobre sus mismos conocimientos. Se evidencia en varios estudios realizados que la mayoría de las adolescentes no usan anticonceptivos. En algunos casos, por desconocimiento de la existencia de ellos y de donde se pueden adquirir. En otros casos por temor a que los padres los encuentren siendo castigados por ello. "En este caso, es notoria la medición de factores de género, sociales y culturales en cuanto a la actitud asumida por el adolescente frente a su uso, no sólo en el momento de la primera relación sexual, sino en los posteriores encuentros, esto, sin importar la condición conyugal (20).

En el estudio realizado en Morelia, México por Dras. Nuñez Urquiza RM., et al. (9) dio a conocer que el 91.3% de casos conocían las píldoras anticonceptivas. Un 84.72% conocían el dispositivo intrauterino (DIU), y el 63.68% conocía el condón. "Sin embargo solo 35% estaba utilizando algún método anticonceptivo efectivo después de las seis semanas post parto"

La mayoría de los adolescentes no planifican su embarazo, no usan anticonceptivos, por no tener planificado su primera relación sexual, con ideas erróneas del embarazo como: que con la primera relación no se embarazan, desconocimiento de métodos anticonceptivos, la idea que los métodos no son para jóvenes, o, que la responsabilidad de la planificación familiar es de la mujer y en algunos casos el deseo de ser madres. (8, 29)

Un 70% de las adolescentes, que mantienen relaciones sexuales, en Buenos Aires, Argentina, usaban algún método anticonceptivo en la primera relación y el porcentaje disminuye en las siguientes relaciones (1)

En el estudio realizado por Pérez J. A. Vera, et al. (24), se evidenció que "la mayoría de las jóvenes no planifican su embarazo en un 65.9% y de éstas un alto porcentaje no usan métodos anticonceptivos o no los conocen 65.5%. El preservativo y la marcha atrás son los métodos más utilizados" En la sociedad es aceptado el rapto de la novia, para evitar gastos por la situación económica precaria, lo que hace que los padres deseen que las hijas tengan un futuro económico independiente.

Hay deficiencia en la educación sexual tradicional, concretándose a dar a conocer la "anatomía, fisiología, menstruación, emisiones nocturnas reproducción etc." (2), que a la juventud no le satisface sus inquietudes, como es el "placer sexual, los sentimientos de culpa acerca de las relaciones, el amor, el miedo al sexo, aborto, delincuencia sexual". "Por otra parte se asume para el desarrollo de este tipo de programas que es el desconocimiento acerca de temas sexuales y de los anticonceptivos lo cual hace que el joven se comporte de manera no responsable" (2).

Es necesario que a la juventud se le oriente de una manera adecuada y se le dé a conocer los métodos anticonceptivos para que no sea sorprendido por una equivocada orientación y que si es su decisión pueda disfrutar de una relación sexual, que le de placer usando condón, que le limitaría el riesgo, tanto de una infección de transmisión sexual y/o un embarazo indeseado.

### **Actitudes hacia la maternidad**

El embarazo en la adolescente produce más crisis, hay un sinnúmero de cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y conflicto.

"Generalmente no es planeado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que depende de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre"(1). En la adolescencia temprana el embarazo se suma a los cambios puberales, no toman el embarazo que las convertirá en madres y se vuelven muy dependientes de su propia madre. En la adolescencia media, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, dramatiza la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentir posesiva del feto. En la adolescencia tardía el embarazo es el complemento de su identidad formalizándose con su pareja y tiene más responsabilidad en el cuidado de su hijo (1)

La adolescente embarazada se enfrenta a un nuevo problema, que puede tener una reacción de negación, depresión, enojo, dependencia y resignación. "Se ha comprobado que conforme aumenta el nivel económico son mayores las opciones. Las principales son el aborto, la adopción, tener soltero al hijo o casarse. La decisión que ella tome depende del apoyo de su pareja, su familia y la sociedad" "También es probable que las chicas que continúan con el embarazo tengan pocos recursos económicos y sociales y estén más motivados por la maternidad. Quienes eligen el aborto valoran mayormente los roles alternativos a la maternidad y las relaciones igualitarias con el hombre" (4). Según la decisión que tomen así serán las oportunidades que tengan para desarrollarse como personas independientes y productivas. Teniendo problema para desarrollar su entidad. Al continuar con el embarazo, le enfrenta con carencia, dependiendo del apoyo que le brinde la familia y aun teniéndolo, sufre de un ambiente de rechazo familiar y social por no ser casada, teniendo una mayor dependencia económica y afectiva, condicionado por la familia que le limita su desarrollo personal.

"Aunque en muchos casos el embarazo en las adolescentes puede responder a los deseos de las mismas, en otros puede tener efectos devastadores, OPS (36) porque: hay pérdida de su autonomía que obliga a los jóvenes a buscar la ayuda de sus padres, cuando ya creían que iniciaban el camino hacia su independencia. Hay una interrupción de sus relaciones grupales, porque generalmente se ven incapacitadas de continuar sus actividades escolares o labores normales. Las adolescentes dejan de crecer con su grupo y pierden a un elemento de apoyo afectivo muy importante en sus vidas. Hay una demora o un cese de su desarrollo personal. La maternidad no programada casi siempre genera tensión, ya que la capacidad biológica y psicológica de las niñas se ve fuertemente exigida, más aún si ha sido rechazada por familia y/o abandonada por su pareja, se sienten amenazadas sus necesidades básicas" (36)

"La respuesta a esta tensión puede producir desesperación, miedo, dolor, culpa, rabia, angustia y podría llegar a la depresión. Los efectos traumáticos del embarazo no deseado en una adolescente, dependerán de su personalidad y madurez de algunas patologías previas de la condición social y significado de este hijo para ella" (30)

"En el ámbito familiar, si es aceptada con un hijo, se puede producir una desorganización de funciones cuando los padres de origen continúan su función de crianza en circunstancias que la hija adolescente se transformó en madre. La primera reacción de los padres, hermanos y parientes siempre es negativa. En casos extremos, la joven es arrojada del hogar, en la mayoría de los casos es agredida verbal y o físicamente, recluida y encerrada para evitar la vergüenza y la deshonra. De todas maneras, las relaciones afectivas intrafamiliares se afectan en muchos casos de forma irreversible. La joven experimenta un rechazo de parientes, amigos, vecinos, que luego se traducirá en forma abierta de discriminación hacia el hijo "ilegítimo". (36)

"Las adolescentes y su familia generalmente tienen dificultad para aceptar el hecho del embarazo. Algunas adolescentes solteras inician su embarazo con una actitud de rechazo, la que se transforma en aceptación en el transcurso de la gestación. La actitud de la familia es, muchas veces negativa al comienzo del embarazo, cambiando a positiva en menor proporción que las adolescentes". (36)

En el estudio realizado por Dra. Nuñez Úrguiza, Rosa María, et al. (9) en dos municipios semiurbanos de la ciudad de México encontraron que de las adolescentes en estudio, el 22.73% no deseaban su embarazo, teniendo relación el embarazo no deseado y la falta de accesibilidad a los servicios de salud de atención social.

"Resultados de un estudio realizado con usuarias adolescentes de pruebas de embarazo realizadas en el Centro de Salud de Pro familia de Bogotá, Colombia, demuestran que la mayoría de éstas jóvenes no utilizan ningún método anticonceptivo y que casi el 85% de las chicas que resultaron embarazadas no deseaban esta condición". (2)

Drs. Laffita Batista Alfredo, et al. (37) realizaron un estudio retrospectivo descriptivo de 410 adolescentes que se hicieron interrupción de su embarazo en el hospital docente Ginecoobstétrico "América Arias", Cuba, con adolescentes consultantes en el año 2002, determinando factores de riesgo para solicitar la interrupción del embarazo. Se evidenció que el 29% de las adolescentes tenía 14 años de edad al realizarse el aborto, las de 15 años un 17%, las mayores de 15 años 24%. El 91% tuvo relaciones sin ningún tipo de protección anticonceptiva. Sólo el 5% tenía la posibilidad económica de enfrentar una gestación.

Se evidencia en la mayoría de estudios que la adolescente embarazada acude tardíamente al control prenatal, si es que asiste a la misma, en muchas ocasiones por una relación con su pareja inestable u ocasional, y, temor a enfrentar a la familia, trata de ocultar lo más que puede el embarazo, en lo que busca una posible solución, que con frecuencia no la encuentra, teniendo que afrontar a la familia.

En el estudio realizado por el Dr. Pereira Luis Simons et al. (26) en México con embarazadas adolescentes evidenció que el 9.8% que son 29 casos inició su control prenatal en el primer trimestre, el 50.7% que son 150 casos acudió en el segundo trimestre y el 39.5% que son 117 casos acudieron en el tercer trimestre.

En un estudio en Colombia, (13) encontraron que el 58.2% no tuvo control pre natal. Del resto 25.7% tuvo uno o dos controles, 63.9% tuvo 3 a 6 controles y 10.4% más de seis controles.

En el estudio de la Licda. Maribal Martínez, Grisell, et al. (15) en Bahía Honda, Cuba, en adolescentes embarazadas, encontraron que 83 casos que representa el 55.3% tuvo una captación tardía, 60 casos que es un 40% fue captada en etapa intermedia y 7 adolescentes que es un 4.7% tuvo una captación temprana.

Enfermera Leyva Sorribe, Virginia et al. (29) en la provincia de Santiago de Cuba observaron que la mayoría de adolescentes no utilizaban métodos anticonceptivos, aunque los conocieran en 71 caso, que representa el 92.2% y 6 que representa 7.8% sí utilizaban.

En el caso de Colombia las adolescentes acudían a control prenatal en un 72.5% y antes del quinto mes 78.8% que en relación a madres menores de 20 años es bajo. (30)

En Cochabamba, Bolivia, (28) las adolescentes embarazadas sin control prenatal adecuado es alto con un 40%, con 4 o menos controles un 47% y con un adecuado control fue de 12.6%.

En México evidenció Josefina Plascencia, (33) que el 93.9% de las egresadas postparto fueron protegidas por dispositivos intrauterinos.

En el estudio realizado por la Dra. Padila de Gil Marina, (22) en El Salvador se resaltó que el 72% de adolescentes eran primigestas, el 28% tenía más de un hijo; de este grupo, el 23% secundigesta y 5% contaban con tercero o cuarto hijo. El 74% refirió que postparto utilizarían métodos anticonceptivos.

### **Implicaciones del embarazo en la adolescente**

Las implicaciones que representa el embarazo en las adolescentes son de índole socioeconómico y cultural, con limitaciones de superación, dejan de estudiar, y la mayoría no tiene oportunidad de trabajo ya que se dedican a la atención de su hijo. Además, pueden tener complicaciones biológicas inherentes al embarazo, que pueden ser más marcadas por la falta de desarrollo biológico de sus órganos reproductores.

Más que complicaciones biológicas y psicológicas del embarazo de la adolescente, presenta un conflicto social, debido a que el propio sistema social presenta contradicciones respecto a los adolescentes. Por lo que la reacción de los padres al enterarse del embarazo de la hija, le brinda poca

comprensión y afecto. Preocupados no tanto por el futuro de su hija sino el de ellos, que provoca la reacción de reproches severos, por lo que la adolescente se debe enfrentar con el conflicto y se carga de sentimientos de culpabilidad. (2)

### **Complicación del embarazo en las adolescentes**

Las complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo: la anemia, infección urinaria, la preeclampsia y eclampsia. Complicaciones en el momento del parto: complicaciones en el producto: bajo peso e incluso la muerte, con mayor susceptibilidad a las mismas. Asociado a problemas maritales y mayor probabilidad de divorcios, si el embarazo fue la causa de la unión, existiendo un desconocimiento de las posibles complicaciones y cómo poder enfrentarlos. Se han realizado varias investigaciones que evidencian complicaciones en la embarazada adolescente.

En el estudio realizado por Lugones Botel, (5) en la Habana, Cuba, describió que el segundo motivo de consulta fue la leucorrea y cervicitis en un 40% y la solicitud de interrupción de embarazo o de regulación menstrual de 22.1%. Se destacó que la mayoría de las adolescentes atendidas, que corresponde a un 87%, no utilizaba ningún método de protección en las relaciones sexuales.

La Licda. Mirabal Martínez, Grisell, et al. (15) en el estudio con embarazadas adolescentes del municipio Bahía Honda, Cuba, evidenciaron que las complicaciones que presentaron dichas adolescentes, fue: la anemia en un 55.3%, infección urinaria 52% y amenaza de parto prematuro 11.3%.

La Dra. Padilla de Gil, Marina en El Salvador (22) evidenciaron en un estudio con embarazadas adolescentes complicaciones del recién nacido

fue: bajo peso al nacer en un 16%, distres respiratoria 11% prematuridad 11%, aspiración meconial 7%, óbito fetal 2% y macrosomía fetal 2%. En torno a la causa de morbilidad durante el parto y puerperio inmediato, el parto prematuro fue el 11%, sufrimiento fetal agudo 8%, desproporción céfalo pélvica 7%, atonía uterina 3%, corioamnionitis 3%, óbito fetal 2% y eclampsia 1%. El 72% de casos fue parto vaginal y un 28% por cesaria por desproporción céfalo pélvica como primera indicación.

En el estudio realizado por los Drs. Maida T. Angel, et al. (28) en Cochabamba, Bolivia, el 79% de adolescentes presentó patologías obstétricas o perinatales, entre ellas la infección urinaria, rotura prematura de membranas, retardo de crecimiento intrauterino y distocias de presentación. El parto distócico ocurrió en un 21%

En el estudio realizado por el Dr. Pereira Simons, (26) en México evidenció, que la morbilidad más frecuente presentada fue la infección urinaria con una incidencia de 20.4%, seguida de anemia 9.8% y amenaza de parto prematuro 9.8%. Según resolución de parto el 44.1% fue cesárea. En el puerperio de parto eutócico el desgarro del canal de parto se presentó en un 7%. Se evidencia que la mayoría de adolescentes en el estudio presenta riesgos biológicos durante el embarazo y el parto, por infecciones.

En un estudio realizado en Cuba, por las enfermeras Rodríguez Pérez Mercedes, et al. (16) la complicación con mayor incidencia que se presentó fue la infección vaginal en un 60.4%, de madres con recién nacido bajo peso en estudio, infección urinaria 12.9% relacionado con recién nacidos de bajo peso en un 6.25%. El 43.75% de recién nacido de bajo peso correspondió a un grado de desnutrición de la madre en un 17.8%. El bajo peso del recién nacido en adolescentes del estudio fue de 18%.

En el estudio realizado por el Dr. Ruiz Linares, (30) con el propósito de evidenciar las características de la salud materno infantil en Colombia, comparando la adolescente embarazada con más de 20 a 24 años, evidenció el riesgo de un recién nacido de bajo peso al nacer más en adolescentes que en adultas. Con mayor riesgo de muerte infantil, los hijos de madres adolescentes por bajo peso al nacer y por descuido de la madre al no vacunarlos, ya que la mayoría cumplía con las primeras pero no con las subsecuentes dosis.

En el estudio del Dr. León Carmona, Julio César et al. (27) en México evidenció que el estado nutricional de las pacientes en un 82.13% era adecuada, con desnutrición, un 6.56%. Un intervalo ínter genésico ideal 34.86% (que corresponde a 18 meses), breve, 65.14% y 75.34% eran primigestas. La prevalencia de morbilidad materna 45.93%, que corresponde a desgarro de tejidos blandos, 12.81%, parto prematuro 11.33%. Se encontró una estrecha relación entre factores socioculturales y morbilidad y o mortalidad materna y peri natal en adolescentes estudiadas.

El Dr. Monterrosa Castro, Álvaro (13) realizó un estudio en el Hospital "Rafael Calvo" en Cartagena, Colombia, en el que destacó que el parto por vía vaginal representó 0.8% al igual que por cesárea en la adolescencia temprana y cesáreas en un 22.5% en adolescentes de etapa tardía, que no evidencio el aumento y la no necesidad fundamental de cesárea.

En el estudio de los Drs. Valdés Dacal, Sigfrido, et al. (31) en el municipio de Santa Cruz del Sur, Cuba, evidenció que las complicaciones peri natales más significativas fueron: bajo peso al nacer, en un 6.8%, depresión al nacer 4.5%, neumonía 0.7%, distrés de adaptación 1.5% y la mayoría no presentó en un 78.7%. De las complicaciones maternas la

anemia fue un 22.7%, desgarro del canal blando 15.1%, endometritis 2.2% y sin complicaciones el 57.6%

En la investigación realizada por Auchter Mónica, et al. (12) en Argentina, evidenció que la "Patología asociada al embarazo: hipertensión arterial (HTA), amenaza de parto prematuro (APP), desprendimiento prematuro de placenta (DPP), rotura prematura de membranas (RPM), retardo de crecimiento intrauterino (RCIU) se observaron en el 50 % de los casos y en el 33% de los controles". "En cuanto al Apgar de los recién nacidos al minuto de vida, se constataron valores inferiores a 7 en el 24% de los casos, que disminuyó al 14% en los controles. La prematurez -37 semanas de gestación y menos- fue más alta en los controles (46%) respecto de los casos (36%). Mientras que el bajo peso para edad gestacional (BPEG) y el peso insuficiente para edad gestacional PIEG fue más frecuente en los casos que en el grupo control: 10% de BPEG y 17% de PIEG en los controles. En ambos grupos hubo un 40% de RN con talla baja". "Existe evidencia de que el embarazo temprano se asocia con una situación menos ventajosa en términos de los niveles posteriores de bienestar material de la familia y que los hijos de madres adolescentes, con precario nivel de instrucción tienen mayores probabilidades de enfermar o morir en comparación con las madres que completaron la secundaria"

En un estudio de casos controles, realizado por la Dra. Vázquez Márquez, Ángela, et al. (38) en Cuba, que incluyeron adolescentes y mujeres de veinte a treinta años, se encontró como antecedentes obstétricos que el bajo peso tuvo mayor porcentaje 9.6%. La morbilidad asociada al embarazo fue la desnutrición. El 38.6% de partos fueron distócicos, de ellos 35.7% cesáreas por desproporción céfalo pélvico y sufrimiento fetal, en un porcentaje mayor en adolescentes que en adultas. Los recién nacidos

deprimido, con problemas de bajo peso, distrés transitorios e hipoxia fueron más frecuentes, en madres adolescentes.

En el estudio realizado por los doctores Hernández Cabrera, et al. (17) en Cuba, de casos y controles, en ambos casos la mayoría tuvo a su hijo por un parto eutósico simple 293 con un 81% y 635 con un 71% respectivamente. En ambos hospitales la segunda forma de resolver el embarazo fue la cesárea, en el primer caso, 41 casos con un 11.3% y en el segundo caso 160 con 17.8%, observando que en el segundo hospital tuvo más incidencia de cesáreas. En relación al tiempo de gestación la mayoría cursaba de 37 a 41,6 semanas con un 80.3% y 78.6%, respectivamente, observando que en el hospital de Colón se presentó entre 28 a 36.6 semanas un 13.5%. En relación con el peso del recién nacido, la mayoría se incluyó en 2,500–3,999 gramos, con un 88,2% y 81.8% respectivamente, en el hospital de Colón 16.9% tuvo hasta 2,499 gramos. El valor del Apgar fué de 7-9 en un 96,9% y 91.4%. La tasa de muerte fetal tardía fue de 1.1 y 2.1 X 1000 nacidos vivos.

Los Drs. Argüero, Oscar y José Miguel Avilán Rovira (18) en Caracas, Venezuela, encontraron que la frecuencia del aborto fue de 12.7% en las primigestas y 23,25% en las sexigestas con un promedio de 15.59%. En el segundo control se observó un incremento de cesáreas en un 48.39%, más en múltipara que en primigesta. En adolescentes una prevalencia de 1.18% y el grupo de más de 40 años 3.96%. Según las edades de 19 años cinco, de 18 años siete, de 17 años tres, de 16 dos y de 15 años una, en el segundo grupo de 40 años veinticuatro, de 41 años, trece, de 42 años siete, de 43 años, diez, de 44 años, dos y de 46 años un caso.

En México, Josefina Plascencia, encontró (33) que La patología asociada son: la infección de las vías urinarias (23.5%) la anemia y

desnutrición (17.9%), la ruptura prematura de membranas y amenaza de parto pretérmino (20.2%), gracias a una adecuada atención prenatal los productos llegaron a término en 84.4%, siendo la resolución obstétrica por vía vaginal en 54.7%. Se promovió la lactancia materna y en su totalidad fueron administrados e informados de su control de fertilidad. La vía de nacimiento fue parto eutósico simple en un 34.2%, con fórceps un 20.4% y cesárea en un 45.3%. Las semanas de gestión del producto fueron entre 28 y 36 semanas 15.6% y más de 37 semanas 84.4%

Drs. Angélica Díaz, et al. (19), en Chile en su estudio de casos y controles adolescentes embarazadas y edad adulta evidenciaron que "La presencia de anemia en las embarazadas adolescentes fué de un 49.36%, porcentaje muy similar al obtenido en el grupo control, el cual fue de un 43.67% (p=0.31).

La infección del tracto urinario estuvo presente en el 13.29% de las embarazadas adolescentes, porcentaje que fue cercano al doble de lo presentado en el grupo control, donde la infección urinaria alcanzó un 6.96%. Sin embargo, esta diferencia no fue, estadísticamente, significativa (p 0.062).

No se encontraron diferencias entre el grupo de estudio y el grupo control, tanto para el síndrome hipertensivo del embarazo (10.75% en ambos grupos), como para la diabetes gestacional, presentándose en un 1.26% de las adolescentes, lo que representa la mitad de lo encontrado en el grupo de 20 a 29 años (2.53%).

"El porcentaje de embarazadas adolescentes que cursaron con una rotura prematura de membranas fué de 14.55%, de las cuales un 8.7% estuvo asociado al parto prematuro la presencia de rotura prematura de membranas, en el grupo control fue de 20,25% de las cuales un 9.4% se asoció a partos prematuros (p=1,78)" Se presentaron 4 casos de

desprendimiento prematuro de placenta norma inserta 50 % de cada grupo correspondiendo 1.26% para cada uno. El retardo del crecimiento intrauterino se presentó en adolescentes en un 12.02% y en un 5,69% de las del grupo de control. (19)

“Un 9,49% de las embarazadas adolescentes cursó con un trabajo de parto prolongado, porcentaje mayor al encontrando en el grupo control, el cual fue de 5,69% ( $p=0.2$ ). El trabajo de parto prolongado se asoció principalmente a distocias de posición, desproporción céfalo pélvico y dilatación estacionaria. El porcentaje de partos normales fue 81,64% para las adolescentes y de 63,92% para el grupo control; las cesáreas un 10,12% del grupo de estudio y un 25,94% en los controles, y finalmente, el parto por fórceps se presentó en un 8,22% en las adolescentes y en un 10,12% en las pacientes adultas”(19).

Un 10,75% de adolescentes presentaron complicaciones durante el parto, las cuales fueron mayoritariamente laceraciones del tracto genital y perineal y en menor medida extracción dificultosa de hombros y alumbramiento incompleto, estadísticamente no hubo diferencia significativa. El porcentaje de recién nacidos pequeños para la edad gestacional fué mayor en el grupo de estudio que en el grupo control, obteniéndose cifras de 12,02% y 6,96%, respectivamente. La frecuencia de recién nacidos de bajo peso en las adolescentes embarazadas fue el doble a las encontradas en el grupo control, con porcentajes de 6,32 % y 31,16 %, respectivamente. (19)

Donoso Siña, Enrique, et al. (14) realizaron una investigación con adolescentes chilenas, para evaluar el riesgo de mortalidad materna, perinatal, neonatal e infantil y la tendencia mostrada por los nacimientos en madres adolescentes. Se incluyeron en el estudio tres grupos: menores de 15 años, de 15 a 19 años y un grupo testigo de mujeres de 20 a 34 años. En

el grupo de las adolescentes menores, la mortalidad neonatal e infantil fue significativamente más alta, mientras que la mortalidad materna y fetal tardía no se presentaron diferencias significativas en relación al grupo testigo. En las adolescentes mayores, la mortalidad materna y fetal tardía fueron significativamente más bajas, mientras que la mortalidad neonatal e infantil fueron, significativamente, más altas que las del grupo testigo. En las adolescentes menores se observó un aumento significativo del número de nacidos vivos y una disminución significativa de la mortalidad neonatal e infantil mientras que en este grupo el descenso de la mortalidad fetal tardía no fue significativo. En las adolescentes mayores hubo un aumento no significativo del número de nacidos vivos, mientras que las tasas de mortalidad materna, fetal tardía, neonatal e infantil disminuyeron significativamente”. En el grupo testigo se encontró una disminución significativa de los nacidos vivos y de la mortalidad materna” (14)

“Las adolescentes menores de 15 años presentaron la mortalidad materna más alta de los tres grupos estudiados con una tasa de 41,9 por 100,000 nacidos vivos (NV). Sin embargo no hubo una diferencia estadísticamente significativa, respecto del grupo testigo, debido posiblemente al bajo número de muertes maternas en las adolescentes (4 casos). La mortalidad materna en adolescentes mayores fué significativamente inferior con una tasa de 19,3 por 100,000 nacidos vivos a las del grupo testigo” (14). Esto quizás se deba a que las adolescentes no acuden al aborto, se enteran tardíamente del embarazo y el ocultarlo por temor.

“La mortalidad fetal tardía en las adolescentes menores fue similar a la del grupo testigo y no se encontraron cambios significativos de la tasa de mortalidad debido, posiblemente, a que las adolescentes menores inician tardíamente su control pre natal. En la adolescente mayor, la mortalidad fetal

tardía fue significativamente inferior a la del grupo testigo" (14) En ambos grupos de adolescentes, la mortalidad neonatal fue significativamente mayor que en el grupo control. Debido a las tasas de bajo peso al nacer en ambos grupos. "La mortalidad infantil en los dos grupos de madres adolescentes fué significativamente mayor que en el grupo testigo, lo que revela el alto riesgo biológico y social de la reproducción en los adolescentes" (14) En conclusión, los hijos de madres adolescentes chilenas tienen más riesgo que los hijos de las madres no adolescentes. Se relaciona con adolescentes menores de 15 años la tasa de mortalidad materna fué de 41.9 X 100,000 nacidos vivos. La tasa de muerte fetal tardía de 5.1 X 1,000 nacidos vivos. Tasa de muerte neonatal fue de 15.2 X 1000 nacidos vivos y tasa de muerte infantil de 27.4 X 1000 nacidos vivos, que en comparación con los de madres mayores es menor. No así, en adolescentes mayores de 15 años que la diferencia no fué muy significativa.

En el estudio de Maida T. Ángel, et al. (28) en Cochabamba, Colombia, evidenciaron que "el 21.3% de los adolescentes no tuvo morbilidad aparente, a pesar de la falta de control prenatal. Seguramente muchas de ellas no han tenido detección de bacteriuria sintomática, dado que casi un tercio de las adolescentes con morbilidad presentaron infección urinaria. La anemia y la malnutrición no fueron registradas, pero, abarcan a una proporción importante de esta población. Llama la atención la alta proporción de Eclampsia, lo cual es producto de la falta de control prenatal. No se reportaron muertes maternas en este período."

En relación a las características del parto y del recién nacido "La distocia fue 21.3%, y, sus causas fueron: distocia de presentación con un 47.0%, en segundo lugar, la desproporción céfalo-pélvica con un 23.6%, luego, la eclampsia en el 23.6% y, por último el desprendimiento de placenta con un 5.8% del total de 17 distocias" (28)

Bolzani, Andrés, et al. (39) realizaron un estudio relacionando el estado nutricional de la madre adolescente temprana y adolescente tardía con el peso del recién nacido, en Buenos Aires, Argentina, encontrando que no hay una relación entre adolescencia y bajo peso del recién nacido, pero sí en el grado de ganancia de peso de la madre con el peso del mismo.

Siendo el aborto en adolescentes causa frecuente de consulta en Venezuela, los Drs. Díaz Peña, Elena et al (40) elaboraron un estudio en el Centro de Salud "Dr. Carlos Díez del Ciervo" en Venezuela, de julio 1999 a julio 2,000, dando a conocer que del total de 800 embarazadas atendidas 117 terminaron en aborto que representa 14.6%, la prevalencia más alta de abortos se encontraba en el grupo etéreo de 18 a 19 años representado con un 56%, siendo más frecuente en las primigestas en un 72.2%, presentándose más en pacientes con edad gestacional de 5 -10 semanas en 52.13%.

En Guatemala, en el año 2000, el Ministerio de Salud Pública realizó un estudio de campo caracterizando los factores de riesgo relacionados con la muerte materna, presentando la línea basal de la misma, de 651 muerte encontradas, 91 era adolescente, (dos de 10 a 14 años y ochenta y nueve de 15 a 19 años), haciendo una razón de 107/100,000 nacidos vivos de 10 a 19 años. (41) El 13.97% representa muertes de embarazadas adolescentes.

## CAPÍTULO III

### OBJETIVOS

#### General

Identificar los factores de riesgo, asociados al embarazo en las adolescentes, en el municipio de San Cristóbal Verapaz.

#### Específicos

1. Medir si existe la asociación con el tipo de relación conyugal con el embarazo en la adolescente.
2. Determinar la asociación entre la integración familiar de origen y el embarazo de la adolescente.
3. Determinar la asociación entre el grupo étnico y el embarazo en la adolescente.
4. Determinar la asociación entre el lugar de residencia y el embarazo en la adolescente.
5. Determinar la asociación entre la ocupación y el embarazo de la adolescente.
6. Determinar la asociación entre el nivel educativo de la madre, padre y el embarazo en la adolescente.
7. Determinar la asociación entre el nivel educativo de la adolescente y el embarazo en la adolescente.
8. Determinar la asociación entre la edad de inicio de las relaciones sexuales y el embarazo en la adolescente.
9. Determinar la asociación entre el número de compañeros sexuales y el embarazo en adolescentes.

## CAPITULO IV

### MATERIAL Y MÉTODOS

#### Tipo de estudio

El presente estudio es retrospectivo de casos y controles

#### Población

Población de adolescentes es de 10,522, de ellas 5,236 son mujeres. Según registro civil municipal en el año 2003, 334 eran madres adolescentes, que representan el 6%.

#### Selección y tamaño de muestra

Se procedió a obtener el tamaño de muestra con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 p(1-p)}{d^2}$$

n = Tamaño de la muestra

Z = Niveles de confianza (se utilizará 95 %)

P = Proporción de población de adolescentes embarazadas 0.06

d = Precisión (Se utilizará el 5 %)

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.06) (1-0.06)}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{0.22}{0.0025} = 86.67$$

$$n = 87$$

Se tomaron dos controles por cada caso, se redujo el número de casos utilizando la siguiente fórmula:

$$n^* = \frac{n(M+1)}{2M}$$

n = el número de control es calculado inicialmente a uno.

M = el número de controles que se va a considerar por cada caso

$$n^* = \frac{87(2+1)}{4} = 65$$

El total de casos, según fórmulas, fué de 65 y 130 controles.

Para investigar la asociación de factores se tomó como muestra de casos las adolescentes incluidas en el listado de nacimientos del año 2003 y que llenan la definición de caso, iniciando con un número, por el tirado de dados que fué el número 5 y, luego, múltiplos del mismo hasta completar la muestra.

Para seleccionar los controles se tomó como referencia la vivienda del caso, se tomaron adolescentes vecinas del caso, iniciando con la primera casa a mano derecha y si no se encontraba una adolescente no embarazada se continuó en sentido de las agujas del reloj, hasta localizar los controles.

#### **Sujeto de estudio**

**CASO.** Mujer adolescente que estuvo embarazada durante el año 2003, y que su recién nacido(a), está inscrita(o) en el Registro Civil Municipal y residente en San Cristóbal Verapaz, elegida aleatoriamente.

**CONTROL:** Mujer adolescente no embarazada, vecina del caso, que vive alrededor del caso y se busque alrededor en sentido de las agujas del reloj.

#### **Criterios de inclusión**

Llenar la definición de caso y control.

#### **Criterios de exclusión**

Mujeres embarazadas adolescentes que rehúsen participar en el estudio.

Mujeres adolescentes vecinas del caso y que estén o hayan estado embarazadas.

## Variables

### Sociales

Tipo de relación

Integración de la familia originaria de la adolescente

Identificación de grupo étnico

Lugar de residencia

Ocupación de la adolescente

### Educativos

Nivel de escolaridad de los padres

Nivel de escolaridad de la adolescente

### Reproductivos

Edad de la primera relación sexual

Número de compañeros sexuales

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Ver cuadro.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de medición
<b>Dependiente</b>					
Adolescenta embarazada	Mujer de 10 a 19 años, que presenta un proceso fisiológico de gestación y que resuelve con un recién nacido. Mujer de 10 a 19 años que no haya estado embarazada	* Mujer de 10 a 19 años que tuvo su hijo en el año 2003.  * Mujer de 10 a 19 años que nunca se haya embarazado.	1. Caso  2. Control, vecina del caso	Cualitativa	Nominal  Dicotómica
<b>Independientes</b>					
Estado civil	El tipo legal de unión con su pareja	El tipo de unión que presente la mujer de 10 a 19 años incluidas en el estudio, en el momento de la entrevista	-Unión de hecho -Casada -Soltera -Unión temporal -Otro	Cualitativa	Nominal
Integración del núcleo familiar de la adolescente	Figuras integrantes del hogar familiar de donde procede la mujer de 10 a 19 años	Figuras categóricas integrantes del hogar de donde procede la mujer de 10 a 19 años incluidos en la investigación	1. padres, hermanos 2. madre soltera 3. padres separados 4. padres divorciados 5. Otro	Cualitativa	Nominal
Grupo étnico	Grupo étnico a que pertenece la mujer de 10 a 19 años	Grupo étnico que la mujer de 10 a 19 años considera pertenecer	1- Poqomchi' 2- Kek'chi 3- Ladino 4- otro	Cualitativa	Nominal
Residencia	Área según su urbanización, donde vive la mujer de 10 a 19 años	Área donde viven las mujeres de 10 a 19 años incluidas en el estudio, en el momento de la entrevista	1. Urbana 2. Rural	Cualitativa	Nominal  Dicotómica

Ocupación de la adolescente	Actividad a que se dedica la mayor parte del tiempo la mujer de 10 a 19 años	Principal actividad a que se dedica la mujer de 10 a 19 años	1 - Ama de casa 2 - trabaja fuera de casa 3 - Estudia 4 - Otro	Cualitativa	Nominal
Nivel educativo de la adolescente	Nivel escolar de la mujer de 10 a 19 años	Nivel escolar de la mujer de 10 a 19 años incluida en la investigación	1. Ninguna 2. Primaria incompleta 3. Primaria Completa 4. Diversificado 5. Universitaria	Cualitativa	Ordinal
Edad de inicio de relaciones sexuales	Edad en años de la mujer de 10 a 19, al tener su primera relación sexual	*Edad en años de las mujeres de 10 a 19 años, incluidas en el estudio	-10, -11, 12, -13, -14, 15, -16, -17, 18, -19	Cualitativa	Discreta
No. de parejas sexuales	Número de parejas sexuales, que ha tenido la mujer de 10 a 19 años	*Número de parejas sexuales de mujeres de 10 a 19 años incluidas en el estudio	- 0 parejas - 1 pareja - 2 parejas - 3 parejas - 4 parejas - 5 parejas	Cualitativas	Discreta

### Instrumentos utilizados para recolectar y registrar la información

Para el presente estudio se diseñó un cuestionario estructurado que incluye preguntas abiertas, sobre antecedentes reproductivos, educacionales y sociales de las mujeres adolescentes que participaron en la investigación (ver, anexo)

### Procedimientos de recolección de datos

El proceso se realizó a través de un instrumento de recolección de datos, dirigida a los casos y controles.

Solicitud de autorización para realizar la investigación al Director de Área de Salud y Alcalde Municipal.

Se realizó la validación del instrumento de recolección de datos, tomando adolescentes que llenaran los criterios de caso y control.

Se contactó a una persona de sexo femenino que habla poqomchi' para que apoyara en la traducción en las entrevistas de los casos y controles.

Se buscaron los casos en las comunidades y viviendas de los casos elegidos, al igual que los controles. Se identificó la primera adolescente, que era vecina del caso, como control, iniciando a mano derecha de la vivienda, la más cercana (las casas en el área rural estaban muy dispersas) se realizó la búsqueda en sentido de las agujas del reloj, hasta localizar los dos controles por caso.

Se les dio a conocer los objetivos de la investigación y la importancia de la misma, solicitándoles que firmaran la hoja de consentimiento.

La entrevista se realizó en forma privada, llenó la boleta la investigadora, en casos necesarios con apoyo de la traductora, garantizando la confidencialidad.

### Análisis de datos

Se realizó una base de datos, utilizando el programa Excel, para ingresar los datos recolectados en las entrevistas, verificando que los datos estuvieran ingresados correctamente.

Se realizó análisis de los datos basados en estadística descriptiva, en las variables pertinentes. Se realizó análisis bivariado de las variables para determinar si existe asociación. Se estableció la asociación obteniendo la razón de productos cruzados (Odds Ratio) de cada uno de los factores de riesgo incluidos en el estudio, realizando el análisis a través de intervalos de confianza al 95% y Chi cuadrado ( $X^2$ ) así como P, para establecer la significancia estadística en el programa Epi info versión 3.2.

### Procedimiento para garantizar los aspectos éticos de la investigación

Por ser un estudio donde están involucradas adolescentes en la presente investigación se solicitó la anuencia de las autoridades de salud y municipales para la realización del estudio. Se solicitó el consentimiento informando a las adolescentes para su participación en el estudio, dándole a conocer el objetivo del estudio, la importancia de la investigación y su estricta confidencialidad, por medio del llenado de una boleta de consentimiento que firmaron y en el caso de no poderlo hacer, estamparon su huella digital.

## CAPÍTULO V

### Resultados

La presentación de los resultados del estudio se organizó de la siguiente manera: Análisis univariado y bivariado

#### A. Análisis univariado

#### Cuadro 1

Edad de las adolescentes embarazadas y no embarazadas  
San Cristóbal Verapaz, Alta Verapaz.  
Guatemala, agosto 2004

Edad	Adolescentes			
	Embarazada	%	No Embarazadas	%
10-13	1	2	13	10
14-16	28	43	81	62
17 -19	36	55	36	28
Total	65	100	130	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Nota: en la edad de adolescente embarazada se tomaron los años cumplidos al tener su primer hijo y no al momento de la entrevista.

Cuadro 2

Estado civil de adolescentes, embarazadas y no embarazadas  
San Cristóbal Verapaz, Alta Verapaz.  
Guatemala, agosto 2004.

Estado civil	Adolescenta			
	Embarazada	%	No embarazada	%
Unión de hecho	12	18	2	2
Casada	41	63	6	5
Pareja temporal	2	3	1	1
Soltera	10	15	121	93
Total	65	100	130	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Cuadro 3

Integración familiar de origen de las adolescentes embarazadas y no embarazadas, San Cristóbal Verapaz, Alta Verapaz.  
Guatemala, agosto 2004.

Integración familiar	Adolescenta			
	Embarazada	%	No embarazada	%
Padres e hijos	54	83	116	89
Madre soltera	7	11	4	3
Padres divorciados	3	5	3	2
Otro	1	1	7	5
Total	65	100	130	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Cuadro 4

Grupo étnico de las adolescentes embarazadas y no embarazadas  
San Cristóbal Verapaz, Alta Verapaz.  
Guatemala, agosto 2004.

Grupo Étnico	Adolescentas			
	Embarazadas	%	No Embarazadas	%
Poq'omchi	54	83	94	72
Kek'chi	0	0	3	2
Ladino	11	17	32	25
Otro	0	0	1	1
Total	65	100	130	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Cuadro 5

Área de residencia de las adolescentes embarazadas y no embarazadas. San Cristóbal Verapaz, Alta Verapaz.  
Guatemala, agosto 2004

Área de residencia	Adolescentas			
	Embarazada	%	No embarazadas	%
Rural	43	66	87	67
Urbana	22	34	43	23
Total	65	100	130	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Cuadro 6

Ocupación de las adolescentes, embarazadas y no embarazadas  
San Cristóbal Verapaz, Alta Verapaz.  
Guatemala, agosto 2004.

Ocupación	Adolescenta			
	Embarazada	%	No Embarazada	%
Ama de casa	57	88	64	49
Estudiante	3	4	53	41
Oficios domésticos remunerados	1	2	10	8
Comerciante y/o artesana	4	6	3	2
Total	65	100	130	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Cuadro 7

Nivel educativo de la madre de la adolescente embarazada y no embarazada San Cristóbal Verapaz, Alta Verapaz.  
Guatemala, agosto 2004.

Nivel educativo	Madre de adolescentes			
	Embarazadas	%	No embarazadas	%
Ninguno	40	61	69	53
Primaria incompleta	16	25	35	27
Primaria completa	8	12	16	12
Secundaria	1	2	10	8
Total	65	100	130	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

**Cuadro 8**

Nivel educativo del padre de las adolescentes embarazadas y no embarazadas, San Cristóbal Verapaz, Alta Verapaz. Guatemala, agosto 2004.

Nivel educativo	Padres de adolescentes			
	Embarazadas	%	No embarazadas	%
Ninguno	27	42	49	38
Primaria incompleta	23	35	37	28
Primaria completa	8	12	29	22
Secundaria	2	3	9	7
Universitaria	1	2	1	1
Otro	4	6	5	4
Total	65	100	130	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

**Cuadro 9**

Nivel educativo de las adolescentes embarazadas y no embarazadas, San Cristóbal Verapaz, Alta Verapaz. Guatemala, agosto 2004.

Nivel educativo	Adolescentas			
	Embarazadas	%	No embarazadas	%
Ninguno	22	34	38	29
Primaria incompleta	25	39	42	32
Primaria completa	10	15	19	15
Secundaria	8	12	30	23
Universitaria	0	0	1	1
Total	65	100	130	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Cuadro 10

Edad de inicio de relaciones sexuales de las adolescentes embarazadas y no embarazadas. San Cristóbal Verapaz, Alta Verapaz. Guatemala, agosto 2004.

Edad	Adolescentas			
	Embarazada	%	No Embarazadas	%
10 -13 años	6	10	1	8
14 – 16 años	37	61	11	84
17 – 19 años	18	29	1	8
Total	61	100	13	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

De los casos control 117 adolescentes no habían tenido relaciones sexuales. De las adolescentes embarazadas, 4 refirieron no recordar la edad en que tuvieron su primera relación sexual.

Cuadro 11

Número de parejas sexuales de las adolescentes embarazadas y no embarazadas. San Cristóbal Verapaz, Alta Verapaz. Guatemala, agosto 2004.

Número de parejas	Adolescentas			
	Embarazada	%	No Embarazadas	%
Una	62	95	12	92
Dos	3	5	1	8
Total	65	100	13	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

De los casos control: 117 adolescentes no habían tenido relaciones sexuales.

A continuación se presentan los datos para el componente analítico de la investigación.

**B. Análisis bivariado:**

**Tabla 1**

Embarazo de la adolescente asociación según ocupación de la adolescente. San Cristóbal Verapaz, Alta Verapaz. Guatemala, agosto 2004.

Ocupación	Embarazada	No embarazada	Total
Ama de casa	58	74	132
Estudia y/o trabaja	7	56	63
Total	65	130	195

Fuente: Datos obtenidos del cuadro número seis de la sección A.

OR	6
Intervalo de confianza	2.51 -16.32
Chi	20.68
P	0.00005

Tabla 2

Embarazo de la adolescente asociación según integración familiar de procedencia de la adolescente. San Cristóbal Verapaz, Alta Verapaz. Guatemala, agosto 2004.

Tipo de Integración familiar	Embarazada	No embarazada	Total
Desintegrada	11	14	25
Familia integrada	54	116	170
Total	65	130	195

Fuente: tabla numero cuatro de la sección A

OR	2
Intervalos	0.66 – 4.28
Chi	1.4682
P	0.22562

Tabla 3

Embarazo de la adolescente asociado según el grupo étnico de la adolescente. San Cristóbal Verapaz, Alta Verapaz. Guatemala, agosto 2004.

Identidad	Embarazada	No embarazada	Total
Indígena	54	94	148
Ladino	11	36	47
Total	65	130	195

Fuente: Datos obtenidos en el cuadro tres de la sección A

OR	2
Intervalos de confianza	0.84 -4.29
Chi	2.7473
P	0.0974

Tabla 4

Embarazo de la adolescente asociación según edad de inicio de relaciones sexuales. San Cristóbal Verapaz, Alta Verapaz. Guatemala, agosto 2004.

Edad de inicio de relaciones	Embarazadas	No embarazadas	Total
Menor o igual a 14 años	16	2	18
Mayor de 14 años	45	11	56
Total	61	13	74

Fuente El Cuadro número ocho de sección A

OR	2
Intervalo de Confianza	0.32 - 14
Che	0.25
P	0.47084

Tabla 5

Embarazo en la adolescente asociación según grupo étnico, integración familiar, ocupación de la adolescente y edad de inicio de relaciones sexuales. San Cristóbal Verapaz, Alta Verapaz. Guatemala agosto 2004

Variables estudiadas	OR	IC: 95%	X <sup>2</sup>	P
Ocupación de la adolescente	6	2.51 - 16.32	20.68	0.00005
Integración familiar	2	0.66 - 4.28	0.2256	0.2256
Grupo étnico	2	0.84 - 4.29	2.7473	0.0974
Edad de inicio de relaciones sexuales	2	0.32 - 14	0.25	0.47084

Fuente tablas del uno al cuatro de la sección B

## CAPÍTULO VI

### DISCUSIÓN

El embarazo de la adolescente es un proceso fisiológico que se presenta en los primeros años en que la mujer inicia su vida reproductiva, se caracteriza por su dependencia del núcleo familiar, conlleva con frecuencia una sobrecarga familiar que implica más responsabilidad, más recursos económicos que hace que la familia aun tenga más retraso de desarrollo y, que, afecta a la comunidad a la que pertenece, por lo que es de interés de Salud Pública. (1)

En todos los países del mundo se encuentra una prevalencia variada de embarazos en la adolescente, siendo más frecuente en los países en desarrollo por las características de pobreza, analfabetismo, falta de información sobre educación sexual, altos indicadores de morbi-mortalidad, que hacen que se agrave la situación en general. Adolescentes que aun son dependientes, social y económicamente, y, no tienen la preparación para afrontar la responsabilidad de un nuevo ser, quien queda a cargo de la familia y si son rechazados por la misma enfrentan un sinnúmero de problemas. (7,9 y 22)

Específicamente, en Guatemala y más, concretamente, en San Cristóbal Verapaz del departamento de Alta Verapaz con características de un municipio en desarrollo, con una población predominante maya Poqomchi', con analfabetismo, pobreza y una población eminentemente joven, se encuentran adolescentes embarazadas.

Los factores influyentes para que una adolescente se embarace son múltiples, éstos han sido identificados en investigaciones, en varios países del mundo, no encontrando ningún estudio de los mismos en San Cristóbal Verapaz, por lo que, se presenta esta investigación de casos y controles, para determinar la presencia de algunos factores que puedan influir para que la adolescente se embarace, en el municipio de San Cristóbal Verapaz, se incluyó una muestra aleatoria de 65 casos y 130 controles.

La edad más frecuente de adolescentes embarazadas incluidas, fué entre 17 a 19 años, que corresponde al período de adolescencia tardía, el embarazo en ese periodo es de menos riesgo. (13 y 14) Contrario a lo que reporta la literatura, que el periodo en el cual es más frecuente que se presente el embarazo en la adolescente es en la etapa media (10 y 13) No se contó con un censo de adolescentes embarazadas, que proporcionará el listado de embarazadas de todas las comunidades para que todas tuvieran la misma oportunidad de ser tomadas en cuenta en esta investigación, por lo que se tomó lo más confiable que se encontró, en ese momento los nacimientos inscritos en el Registro civil municipal.

De las adolescentes embarazadas y no embarazadas incluidas en este estudio, la mayoría era del área rural. Ha sido descrita en varias investigaciones que el vivir en el área rural implica riesgo de un embarazo en la adolescente, por las características de más pobreza y de exclusión que causa una vida de poca oportunidad, con limitación de superación. (9, 14 y 27)

Las adolescentes que fueron incluidas en el estudio, la mayoría es de descendencia maya poqomchi', que está relacionada con lo que describe la literatura, que los grupos étnicos tienen condiciones desfavorables, que les limita educación, salud, teniendo más riesgo de embarazarse (21) San Cristóbal Verapaz tiene la particularidad que su población es su mayoría son descendientes Maya Poqomchi', teniendo sus propias creencias, costumbres, de ellas la de realizar convenios familiares de matrimonio o unión entre sus hijos, asociado con las características del subdesarrollo, influyen que la adolescente se embarace.

La integración del hogar, origen de la adolescente, embarazada incluida en esta investigación, se encontró que la mayoría provenía de hogares integrados por los padres y los hijos, se encontró, además, que es frecuente que los abuelos sean parte del núcleo familiar. Hallazgo que se contradice con lo

descrito en algunas investigaciones en que describen que la familia desintegrada, como es el caso de padres divorciados o madre soltera, influyen para que la adolescente se embarace. (5, 9, 13 y 22) En San Cristóbal podría estar relacionado con las costumbres del pueblo poqomchi' que guardan mucho respeto a las uniones, por convenios familiares por una parte y, por otra, la no desintegración a pesar de problemas que se pudieran enfrentar por la dependencia económica de la mujer, aspectos que no fueron incorporados en el estudio.

El estado civil de la adolescente embarazada incluida en este estudio, la mayoría es casada, que no concuerda con lo descrito por otras investigaciones efectuadas en otros países, donde refieren que la unión inestable como es el caso de pareja temporal, (5, 29 y 30) es la que se caracteriza en la etapa de la adolescencia, por respeto a las uniones y o dependencia económica, podrían representar la base de la estabilidad.

Según la ocupación a que se dedica la adolescente embarazada, tomadas en cuenta en este estudio, la embarazada, la mayoría se dedica a ser ama de casa haciéndose responsable de las actividades del hogar y la atención de los hijos y en el caso de las adolescentes no embarazadas, cumplen un papel de madres de sus hermanos y apoyan actividades de su hogar. Algunos estudios en México, Cuba (25, 26 y 31), entre otros, han evidenciado que la adolescente, ser ama de casa como un factor predisponente se embarace, evidenciándose en el estudio.

El nivel educativo de la adolescente incluida en el estudio es bajo o de ningún nivel escolar que favorece que la adolescente se embarace, en algunas investigaciones se ha evidenciado que la adolescente con menos oportunidad de estudio es la que tiene más riesgo de embarazarse. (8,9, 20, 22 y 28)

En este estudio se evidenció que el nivel educativo de la madre y del padre de las adolescentes en la mayoría no tienen ningún grado de escolaridad

95% 0.62 -2.46,  $X^2$  0.43,  $p$  0.5103578), no se encontraron asociadas al embarazo de las adolescentes de la población. En estudios realizados en varios países latinoamericanos son factores que si están asociados al embarazo en la adolescente. (8, 9, 20 y 28). Por las condiciones generales de San Cristóbal Verapaz, de pobreza, poca oportunidad de estudio principalmente a la mujer, mucha población escolar y pocas escuelas que no tienen la capacidad de brindarles a toda la población la oportunidad de estudio, lo cual hace que la adolescencia no tenga acceso a la educación y, principalmente, educación sexual que ejerce influencia en la adolescencia para que se embarace, en general.

No se encontró ninguna asociación con la edad, área de residencia y número de parejas sexuales, contrario a lo referente en otros estudios. Se les dió información del objetivo del estudio y se les garantizó la confidencialidad, por las características de la población y por ser un tema tabú aun en la sociedad, se pudo tener un sesgo de información al no ser sinceras en su totalidad de respuestas.

## CONCLUSIONES

1. La mayoría del tipo de relación conyugal de la embarazada adolescente es estable por el vínculo del matrimonio (63%) o unión de hecho (18%).
2. En relación con la integración del hogar de procedencia de la adolescente, la mayoría (83%) estaba integrado por los padres e hijos.
3. La mayoría (95%) de adolescentes embarazadas tienen sólo una pareja.
4. Las adolescentes que se dedican a las actividades de ama de casa tienen más probabilidad de embarazarse.
5. Las adolescentes que inician relaciones sexuales, antes de los catorce años, tienen dos veces más probabilidad de embarazarse.
6. No se evidenció fuerza de asociación con el nivel educativo de los padres de la adolescente en relación al embarazo.
7. No se evidenció la fuerza de asociación con el nivel educativo de los padres en relación al embarazo en adolescentes.
8. No se evidenció fuerza de asociación con el nivel educativo de la adolescente en relación con el embarazo.
9. No se evidenció fuerza de asociación con el área de residencia y el ser parte de grupo indígena con el embarazo.

## RECOMENDACIONES

1. Realizar acciones de información y divulgación sobre los riesgos que corre una adolescente embarazándose en forma temprana, evitando, en lo posible, casarse muy jóvenes.
2. Difundir en los diferentes sectores presentes en San Cristóbal Verapaz la importancia de la educación de la niña.
3. Elaboración de planes y ejecución de educación sexual a las y los adolescentes conjuntamente: salud, educación y otros sectores afines.
4. Que esta investigación sea la base de estudios futuros para conocer otros factores asociados con el embarazo de la adolescente no tomados en cuenta en la misma.
5. Conjuntamente, Ministerio de Salud Pública e IGSS unan esfuerzos para activar las acciones del plan de atención a la adolescente embarazada y no embarazada.

## BIBLIOGRAFIA

1. Issier Juan R. Dr. "Embarazo en la adolescencia" Post grado de la cátedra Via Medicina (publicación periódica en línea) 2001 agosto (citada 2003 septiembre 19). Se encontró en: CTRL <http://med.unne.edu.ar/revista> ACCESO 18 de junio 2003.
2. Troncoso, Isabel, "Embarazo en adolescentes" (Sitio en Internet) [www.puj.edu.co/fhumanidades/psicología](http://www.puj.edu.co/fhumanidades/psicología) <http://www.google.org>. ACCESO 29 de septiembre 2003.
3. Ávila Gálvez, Elena, et al. "Aspectos Psicosociales del embarazo en la adolescencia Año 2002. Policlínico Docente "Wilfredo Pérez Pérez", Municipio San Miguel Padrón, Ciudad de la Habana. (sitio en Internet) [www.infomed.sld.cu/revistas.ped](http://www.infomed.sld.cu/revistas.ped) <http://www.google.org> ACCESO 28 de octubre 2003.
4. Núñez Nadia, "Muñecas por niños, adolescentes embarazadas" (Sitio en Internet) Rompan Filas Disponible <http://www.unam.mx/rompan/40/rf40d.html>. ACCESO 22 de junio 2003.
5. Lugones Botell Miguel, et al. "La consulta de Ginecología infanto-juvenil en la atención primaria y la salud reproductiva de las adolescentes". Rev Cubana de Salud Pública v.27 n 2 Ciudad de la Habana Jul-dic 2001, ISSN 0864 versión on-line, ACCESO [www.scielo.sld.cu/ing/revistas/resp](http://www.scielo.sld.cu/ing/revistas/resp) 10 de agosto 2004.

6. "La educación sexual y la salud reproductiva no disminuyen el embarazo en adolescentes", estudios técnicos British Medical Journal. [WWW.geocities.com/apostolus/geosocidia](http://WWW.geocities.com/apostolus/geosocidia) o html. Acceso 4 de abril 2004.
7. Urmeneta, M Echeverría L. Martín, "Las madres adolescentes" (sitio en internet) <http://www.cfnavarra.es/Sauid/anales/textos/vol23/hl/enterra.html>. ACCESO 10 de septiembre 2004.
8. Moysen Jaime Salvador, et al. "Situación psicosocial de las adolescentes y toxemia del embarazo" Salud Pública Mexicana (publicación periódica en línea) 2000 mar-abr. (citada 2003 junio 27) Vol. 42 No. 2 se encuentra: <http://www.scielosp.org/scielo> ACCESO 2 de octubre 2003.
9. Núñez Uguiza Rosa María, et al. "Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos post parto" Revista de Salud Pública Mexicana Vol. 45, (publicación periódica en línea) suplemento uno Cuernavaca 2003. <http://www.scielosp.org/scielo> Acceso 27 de junio 2003.
10. Ortiz Ortega Adriana, et al. "Abortion, contraceptive use, and adolescent pregnancy among first-year medical students at a major public university in México City Re. Panam Salud Publica vol 14 No.2 Agosto 2003. pp.125-130
11. Rivero MI., et al. "Adolescencia y embarazo es un factor de riesgo" Revista Médica del Nordeste No. 3 dic 2002 pp. 39 a 42 <http://www.google.org>. ACCESO 25 de octubre 2003.

12. Aucher, Mónica, et al. "El impacto del embarazo en adolescentes menores de 19 años. Experiencia en la Ciudad de Corrientes, Argentina." (Sitio en Internet) [www.une.edu.ar/cyt2001/3-médicas/m-052.pdf](http://www.une.edu.ar/cyt2001/3-médicas/m-052.pdf). <http://www.google.org>. ACCESO 28 de septiembre 2003.
13. Monterrosa Castro Álvaro y Merizalde Areas Martínez, "Parto vaginal y operación cesarea en adolescentes" (Sitio en Internet) Disponible en: [www.encolombia.com/obstetricia](http://www.encolombia.com/obstetricia) Acceso 10 de septiembre 2003.
14. Donoso Siña Enrique, et al. "Natalidad y riesgo reproductivo en adolescentes de Chile, 1990-1999. Revista Panam Salud /pan Am/Public Health 4(1), 2003. <http://www.google.org> ACCESO 25 de septiembre 2003.
15. Maribal Martínez Grisell, et al. "Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia" Rev Cubana Enfer 2002;18(3):175-83. (Sitio en internet) [www.infomed.sld.cu/revistahttp://www.google.org](http://www.infomed.sld.cu/revistahttp://www.google.org) ACCESO 28 de octubre 2003.
16. Rodríguez Pérez Mercedes, et al. "Embarazo en la adolescente y su relación con el recién nacido bajo peso" Revista Cubana Enfermer. (publicación periódica en línea) 2001 17 (2) 101-6 (citado 2003 junio 28) Se encuentra en: <http://www.infomed.sld.cu/revistas/ginvol27-2-01-ginso201http://www.google.org>. ACCESO 28 de septiembre 2003.

17. Hernández Cabrera Jesús, et al. "Embarazo en la adolescentes y su influencia en los indicadores perinatales en 2 hospitales ginecoobstetricos" (publicación periódica en línea) Rev. Cubana obstet Ginecol 2003;29(3) [www.hus.sld.cu/revistaas/sin\\_vol29/gin2003,29\(3\).htm](http://www.hus.sld.cu/revistaas/sin_vol29/gin2003,29(3).htm). Acceso 12 de mayo 2004.
18. Agüero Oscar, José Miguel Avilán Rovira, "Edad, paridad, embarazo y parto", Rev. Obstetricia y Ginecología de Venezuela, Caracs set 2001. SITIO INTERNET Scielo.Org.ve/scielo.php? Pid. ACCESO 16 de julio 2004.
19. Díaz Angélica, et al. "Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas" (publicación periódica en línea) Rev. Chil Obstet Ginecol 2002; 67(6): 481-487. [WWW.sieco.cl/php?script=scl-artitex.t&pid](http://www.sieco.cl/php?script=scl-artitex.t&pid). ACCESO 12 de mayo 2004.
20. Núñez Rivas Hilda Patricia y Ana Rojas Chavarria M.Sc., "Embarazo en la adolescencia en Costa Rica, con énfasis en comunidades pobres" Revista Costarricense de Salud pública (publicación periódica en línea) 1998 Diciembre (citada 2003 septiembre 21); 7 (13): pp. 38-54 <http://www.google.org> ACCESO 25 de septiembre 2003.
21. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, et al. "Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002", Guatemala. Octubre 2003.
22. Padila de Gil Marina Dra., "Aspectos médicos y sociales de la maternidad en adolescentes" Revista Centro Americana de obstetricia y ginecología (REVCOG) Vol. 8 No. 1 1998 abril. pp. 1-10
23. Castillo Salgado Carlos, "El enfoque epidemiológico de riesgo en la atención a la salud", OPS, Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil, Serie Paltex, segunda edición, Washington 1999, pp. 12-17
24. Vera Pérez, J.A., et al. "Una explicación antropológica del embarazo en adolescentes en la comarca del Mar Menor y Campo de Cartagena", Enfermería Global, No.1, Nov 2002, SIN 1695-6141. (Sitio en Internet) [www.um.es/eglobal/1/pdf/olcol.pdf](http://www.um.es/eglobal/1/pdf/olcol.pdf) <http://google.org> ACCESO 19 de octubre 2003.
25. Ortigosa Corona Eduardo, et al. "Necesidades educativas en salud perinatal en madres de adolescentes embarazadas" Revista de Ginecología y Obstetricia de México Vol. 70 enero 2002 pp. 28-33 <http://google.org> ACCESO 29 de octubre 2003.
26. Simon Pereira Luis Assad Dr., et al. "Morbilidad materna en la adolescente embarazada" Revista Ginecología y obstetricia de México, Vol. 70 junio 2002 pp. 270-274. <http://google.org> ACCESO 29 de septiembre 2003.
27. León Carmona Julio Cesar, et al. "Influencia de los factores socioculturales en la morbilidad y o mortalidad materna y perinatal de adolescentes atendidos en tres estados de la república Mexicana" Revista. Ginecología y Obstetricia vol. 70 2002 Julio pp. 320-327 <http://google.or> ACCESO 29-10-03.

28. Ángel Maida T., et al. "Embarazo y adolescencia" Hospital Materno infantil "German Urquidi, Cochabamba, Bolivia. (Sitio en Internet [www.puj.edu.co/f.humanidades/psicologia](http://www.puj.edu.co/f.humanidades/psicologia). <http://www.google> ACCESO 28 de octubre 2003.
29. Leyva Sorribe Virginia, et al. "Algunos aspectos relacionados con el embarazo a destiempo en adolescentes". Rev. Cubana Enfermer 2002;18 (2):107-11. (Sitio en Internet) Disponible en: [www.infomed.sld.cu/revistas/enf/vol18-2-02/enfsu2002](http://www.infomed.sld.cu/revistas/enf/vol18-2-02/enfsu2002). <http://www.google.org> ACCESO: 21 de enero 2004.
30. Ruiz Linares Jorge, et al. "Factores de riesgo de salud materno infantil en madres adolescentes en Colombia" Revista Panamericana de Salud Pública de Salud Pública Volumen 4 No. 2 Washington agosto 1998. <http://www.google.org> ACCESO: 21 de enero 2004.
31. Valdes, Dacal Sigfrido, et al. "Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones" Rev Cubana Obstet Ginecol 2002;28(2) (Sitio en internet) [www.edu.co/fhumanidades/psicologia](http://www.edu.co/fhumanidades/psicologia). <http://www.google.org> ACCESO 28-9-03
32. Kano María Ester, "El proceso de enfrentar un embarazo en la adolescencia: Ajustando la identidad". (Sitio en Internet) [www.tome.udea.edu.co/revista/marzo99](http://www.tome.udea.edu.co/revista/marzo99). <http://www.google.org> ACCESO 28 octubre 2003.
33. Lira Plascencia Josefina, et al. "La adolescente embarazada, un problema de Salud Pública" (publicación periódica en línea) Cir Ciruj 2001, vol.69(6): 300-303 [www.Scielo.ci/scielo.php?script=SCI-artitex.t&pid](http://www.Scielo.ci/scielo.php?script=SCI-artitex.t&pid). Acceso 12 de mayo 2004.
34. Maton Kenneth, et al. "El diario de la adolescencia". WWW.Family&Comunity Health, aspen Publisher. Inc. [www.ideal.library.com](http://www.ideal.library.com) Acceso 19 de octubre 2003
35. Barella Balboa J. L., et al. "Conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno". Medicina de Familia (And)2002;4:255-260. disponible en: [www.terra.es/personal/barellab](http://www.terra.es/personal/barellab). <http://www.google.org> ACCESO 25 de octubre 2003.
36. Moya Maria Susana, et al. "Elaboración e implementación de un programa de educación para la Salud dirigido a la promoción y la prevención en adolescentes gestantes". (Sitio en internet) [www.psicología.cientifica.com/articulos](http://www.psicología.cientifica.com/articulos). <http://www.google.org> ACCESO 25-9-03
37. Laffita Batista Alfredo, et al. "Adolescente e interrupción de embarazo" Rev. Cubana Obstet Ginecol 2004; 30(1) ACCESO [www.scielo.sld.cu/revistas/resp](http://www.scielo.sld.cu/revistas/resp) ACCESO 10 de agosto 2004.
38. Vázquez Márquez Ángela, et al. "Embarazo y adolescencia: Factores biológicos materno peri natal mas frecuente" Revista Cubana Obstet Ginecol (publicación periódica en línea) 2001 (citada 2003 junio 28) 27 (29) p.p. 158-164. Se encuentra [www.infomed.sld.cu/revistas/gin/vol](http://www.infomed.sld.cu/revistas/gin/vol) 27-2-01 <http://www.google.org> ACCESO 25 de octubre 2003.

39. Bolzani ~~Andres~~, et al. "Embarazo en ~~adolescentes~~. Relación entre el estado nutricional de embarazadas ~~Adolescentes~~ y el crecimiento fetal" Revista ~~de~~ Medicina v. 59 No. 3 1999 Buenos aires. <http://www.google.org> ACCESO 25 de septiembre 2003.
40. Díaz Peña Elena, et al. "Incidencia del aborto en embarazadas ~~adolescentes~~" [www.google/www.indexmedico.com/publicaciones/journals/revistas/venezuela/cardon/edición4/ginecologia embarazo](http://www.google.com/www.indexmedico.com/publicaciones/journals/revistas/venezuela/cardon/edición4/ginecologia%20embarazo) Acceso 25 de abril 2004.
41. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. "Informe Final Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000". Marzo 2003.

## ANEXO 1

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS  
ESTUDIO DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADAS AL EMBARAZO DE  
LA ADOLESCENTA**

DATOS GENERALES

No. cuestionario \_\_\_\_\_

Caso \_\_\_\_\_

Control \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del informante \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Lugar de residencia \_\_\_\_\_

**SECCIÓN I ANTECEDENTES EDUCATIVOS FAMILIARES**

Marque con una X la respuesta que considere correcta:

1. Nivel educativo de la madre:

Ninguna \_\_\_\_ Primaria \_\_\_\_ Primaria completa \_\_\_\_ Secundaria \_\_\_\_ Universitaria \_\_\_\_

2. Nivel educativo del padre de la adolescente

Ninguna \_\_\_\_ Primaria \_\_\_\_ Primaria completa \_\_\_\_ Secundaria \_\_\_\_ Universitaria \_\_\_\_

Observación: \_\_\_\_\_

3. Nivel educativo de la adolescente

Ninguna \_\_\_\_ Primaria \_\_\_\_ Primaria completa \_\_\_\_ Secundaria \_\_\_\_ Universitaria \_\_\_\_

Observación: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN II ANTECEDENTES SOCIALES**

Marque con una X la respuesta que considere correcta

1. Tipo de integración familiar de la adolescente:

Viene de un hogar:

Integrado por padres e hijos \_\_\_\_ Madre soltera \_\_\_\_ Padres divorciados \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_

2. Estado civil: Unión de hecho \_\_\_\_ Casada \_\_\_\_ Con pareja temporal \_\_\_\_ Soltera \_\_\_\_

3. ¿A qué grupo étnico pertenece? Poqomchi' \_\_\_ Kek'chi \_\_\_ Ladino \_\_\_ Otro \_\_\_  
**SECCIÓN III ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS.** Si no ha tenido relaciones omítase la siguiente sección

A continuación marque con una X la respuesta que considere correcta:

1. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

A los 10 años \_\_\_ 11 años \_\_\_ 12 años \_\_\_ 13 años \_\_\_ 14 años \_\_\_ 15 años \_\_\_ 16 años \_\_\_

17 años \_\_\_ 18 años \_\_\_ 19 años \_\_\_ No recuerda \_\_\_

2. ¿Con cuántas parejas a convivido sexualmente?

Una \_\_\_ dos \_\_\_ tres \_\_\_ cuatro \_\_\_ cinco \_\_\_ No responde \_\_\_

Si no ha estado embarazada omítase la siguiente sección

Llene a continuación en los espacios en blanco los datos que se le solicitan

1. A los cuantos años tuvo su primer hijo:

A los 10 años \_\_\_ 11 años \_\_\_ 12 años \_\_\_ 13 años \_\_\_ 14 años \_\_\_ 15 años \_\_\_ 16 años \_\_\_

17 años \_\_\_ 18 años \_\_\_ 19 años \_\_\_ No recuerda \_\_\_

2. No. de embarazos \_\_\_ No. de partos \_\_\_ No. de abortos \_\_\_ Hijos vivos \_\_\_

3. Esta embarazada en el momento de la entrevista Si \_\_\_ No \_\_\_

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
PROGRAMA MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA FASE IV  
EJE INVESTIGACIÓN

## HOJA DE CONSENTIMIENTO

ESTUDIO: FACTORES DE RIESGO EN EMBARAZADAS ADOLESCENTAS

1. Nombre del supervisor responsable del estudio: \_\_\_\_\_

2. Nombre de la persona a entrevistar: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

El estudio sobre "Factores de riesgo en embarazadas adolescentes, pretende que se conozca si hay alguna relación entre ciertas condiciones en que ha vivido la adolescente y que se embarace. Es muy importante conocer la opinión de las adolescentes que han estado embarazadas para hacer la relación. La información será muy valiosa ya que servirá para la elaboración de un programa dedicado a las adolescentes, orientándolas y que eviten embarazarse a temprana edad.

Se le solicita que conteste las preguntas que se encuentren en el cuestionario, en la forma más sinceramente posible y sin ningún temor.

La molestia será de veinte minutos que se necesita para contestar el cuestionario.

Por su participación, tendrá la incomodidad de contarnos cosas muy personales de su vida. Teniendo el derecho de retirarse o negarse a seguir participando en el momento que considere sin ninguna represalia.

Le garantizamos que los datos a nosotros confiados son estrictamente confidenciales y que por ningún motivo se dará a conocer su identidad. Si fuera lo contrario estaríamos a disposición de una sanción legal, por parte de la institución donde se trabaja (Ministerio de Salud) y de la Universidad de San Carlos.

\_\_\_\_\_  
Firma o huella  
Participante

\_\_\_\_\_  
Firma  
Del testigo

Fecha: \_\_\_\_\_

Villa de San Cristóbal Verapaz,  
Febrero 27 de 2004.

Oficio No. 623-2004-S.

Sra. Dra. Lisbet R. Cajas de Hernández.  
Coordinadora Municipal de Salud.  
Presente.

Respetable Doctora:

Atentamente me dirijo a usted, para acusar recibo de su misiva fechada el veinticuatro de los corrientes y al respecto manifestarle que gustosamente este despacho le otorga el aval municipal para que realice la investigación sobre "Factores de riesgos en adolescentes embarazadas en San Cristóbal Verapaz" como parte del curso de Investigación que lleva en sus estudios de Maestría en Salud Pública.

Sin otro particular, aprovecho para suscribirme de usted, deferentemente.

  
PEM. José Humberto Suc Bop.  
ALCALDE MUNICIPAL.



*Recibido  
7/3/04  
Suca*

DIRECCION AREA DE SALUD  
7ma. Calle 6-24 Zona 11  
Teléfonos 951-3982 al 4 Fax 951-3981  
Cobán, Alta Verapaz

OF. NO. 053-2004.  
REF. DR.CADM/ides.

Cobán, A.V. Marzo 25 del 2004.

Doctora  
Lisbet R. Cajas Hernández  
Coord. Municipal  
San Cristóbal, A.V.

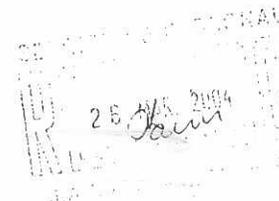
En atención a su oficio sin numero de fecha Marzo 23/2004, me permito informarle que este Despacho le AVALA realizar el trabajo de campo en los servicios del distrito de Salud de San Cristóbal durante el año 2004.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente,

  
DR. CESAR A. DIAZ MOLINA  
DIRECTOR ÁREA SALUD  
ALTA VERAPAZ

c.c. Personal  
c.c.a.



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA, FASE IV  
EJE DE INVESTIGACIÓN

REGISTRO DE ASESOR DE TESIS

Nombre (s) y apellidos completos: Dr. Mynor Iván Gudiel Morales

Profesión Básica: (Licenciatura) Médico y Cirujano

Nombre de la institución donde se graduó: Facultad de Ciencias Médicas USAC

Post-Grado en: (Nombre del campo de especialidad) Maestría en Salud Pública con Especialidad en Epidemiología

Grado académico (fotocopia del título) Master

Institución donde se graduó: Facultad de Ciencias Médicas USAC

Año de graduación: 2000

Institución donde labora, teléfono, fax, email: Facultad de Ciencias Médicas USAC,

Telefax: 4851964, Email: drmynor@MSN.com

Cargo (s) actual (es): Coordinador de Programa de E.P.S. Rural Fase III

Yo: Mynor Iván Gudiel Morales Acepto el compromiso de cumplir como asesor de tesis de la Maestría en Salud Pública, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el caso particular del estudiante. Lisbet Rosario Rojas de Hernández

F. 

Nota: Sírvase adjuntar fotocopias del (los) grados académicos del ASESOR.

AMQ/gmgg/ Agosto 2003

## POBLACIÓN POQ'OMCHI

La población de San Cristóbal en una mayoría (85 %) son de descendencia Maya Poq'omchi, teniendo una cosmovisión propia con una herencia cultural, de arte, ciencias y tecnología propias. "Existen elementos espirituales que hacen que se nos reconozca como ejemplo del Equilibrio entre el ser humano y la naturaleza, que practicamos en todos los actos de nuestra vida individual y comunitaria"(1)

Las comunidades Poq'omchies se limitan a un área pequeña del territorio nacional, de ellas en Alta Verapaz, incluyen San Cristóbal, Santa Cruz, Tactic, Tamahú y Tukurú. En Baja Verapaz, Purulhá. Parte nororiental del departamento de Quiché, Uspantán. Limitan al Norte y noreste con la comunidad Achí, al Oeste con la étnia Uspanteka y Kiche'. En el siglo XVI hablantes del Poq'omchi ocupaban el área comprendida desde el río Chixoy, al Oeste hasta la actual localidad de Panzós. Los Poq'omchi tuvieron 2 divisiones anteriores a la llegada de los españoles: Poq'omchi Oriental: Tactic, Purulhá, Tamahú y Tukurú. Poq'omchi occidental Santa Cruz, San Cristóbal y Belejú.

A través del título de los Señores de Kaqkoj, escrito en la segunda mitad del Siglo XVI, la historia de los Poq'omchi, describen su origen Tezulutlán. Conflictos entre las poblaciones Poq'omchi Kaqkoj. Tukurú y Tactic, la pérdida de territorio frente a los de Rab'inaleb, la separación en 4 grupos y la emigración de unos de ellos al Sur.

Otro manuscrito, el título del Barrio de Santa Ana de San Cristóbal Kaqkoj escrito en Poq'omchi en el año 1565, dan a conocer que los españoles reasentaron la población en las tierras que la gente de Alcalá les dio.

Los Poq'omchi y Rabinaleb discutieron, se separaron. Los Poq'omchi perdieron Kaqyub y Chuwitinamit, siendo obligados a viajar por todas las montañas y pasar por las márgenes del río Chixoy hasta llegar a la orilla de un pozo muy bonito llamado Chichoj. Al margen del pozo se instalaron cerca, arriba del cerro

construyeron un templo adorador a Ajawa Qawa. Posteriormente, llegaron los Ba'tz' (Kiche) a reclamar esas tierras que los Poq'omchi estaban ocupando. Los Poq'omchi para evitar la guerra abandonaron las montañas, bajaron al lugar que hoy se conocen como San Cristóbal y se ubicaron en los alrededores del pozo en Kaqkoj. Los Kiche' les tiraban piedras, algunas cayeron sobre el templo, por ser un lugar sagrado las piedras se convertían en culebras y, luego, agua que formaba una gran laguna.

### La Familia

Hasta ahora lo más conocido en relación a la personalidad de los individuos son las tres fechas importantes en su vida. La fecha de su concepción, la fecha de su nacimiento y la fecha de su destino. Conociendo la fecha de su nacimiento, se debe contar nueve días para atrás y nueve días para adelante, todos estos factores determinan la personalidad de cada individuo. Los ancianos acostumbrados a consultar calendarios Maya Poq'omchi.

Lamentablemente, no se encontró en los textos o documentos que hablan sobre la población Poq'omchi, alguna narración sobre su forma específica de unión (ritual). El hombre que quería a una mujer, se lo comunicaba a sus padres para que la fueran a pedir como su esposa. Los padres ya informados van a pedir el consentimiento de los padres y en algunas ocasiones el consentimiento de ella. El novio no los acompañaba. En la visita, los padres del joven llevaban a los padres de la muchacha panes, panela, ocote, frijol y dinero (treinta quetzales).

No hay un número determinado y homogéneo de pedidas en una misma aldea, ni entre un municipio a otro pero se acostumbra entre 3 y 5. Tampoco existe homogeneidad en la forma de su realización ni en el tipo de presentes que obsequian, aunque por lo regular, éstos consisten entre otros, en huipiles, cortes, animales domésticos, medidas de maíz y frijol, dinero, licor, cacao.

Días después, los padres de la muchacha conocen al muchacho y si les agrada le conceden a su hija. Si no les agrada solamente les dicen que no podían casarse por que son muy jóvenes. En la última pedida les llevan corte, güipil, perraje y es en esta última donde se fija la fecha del matrimonio.

En algunas ocasiones los padres se hacen acompañar de 1 o 2 ancianos responsables del lugar o de Kamalb'e (el que conduce el camino), es él quien dirige la conversación entre las 2 familias, que buscan los mejores argumentos para convencer a los padres de la novia trayendo a cuenta las tradiciones y valores propios de su comunidad y su cultura, K'ask'acha'q, que salga el enojo, y por último realizan una ceremonia. Pa'ik alcalde consentimiento público se juntan en tu'nik. Wich'il después de las pedidas huidas o raptos, que lo legitimizan los ancianos del lugar Ajq'ij.

Específicamente, en San Cristóbal Verapaz, se daban los convenios familiares, donde los padres del novio, hacían una primera visita para solicitar el permiso a los padres de la novia, (aún niña) para que en el futuro se casen sus hijos, que al aceptarlo la familia dan el consentimiento, para una unión futura. Si no dan el consentimiento o se arrepienten realizan una maldición a la mujer pedida que enferma y puede morir y por temor muchas veces acceden a dar el consentimiento de la unión. En la actualidad la costumbre de la pedida aún se dá, pero no como contrato familiar, sino con consentimiento de los novios. En el área rural, aun persiste la costumbre de convenio entre padres sin consentimiento de la pareja.

El primer día de estar juntos el novio tenía que dormir afuera de la casa de la novia una semana luego podía dormir adentro pero no con la novia, hasta que le daban permiso, llegado este momento el hombre se iba con su esposa a la casa que había construido en término prudente. En algunos casos las familias deciden que no haya matrimonio sino solo unión.

Q'uaq Choq'im = somos los mismos. Tiene un sentido moral profundo porque hace alusión a la idea de pertenencia de unos con otros. Descubre el carácter moral de la familia, además de su carácter jurídico. La formación de una familia en la comunidad Poq'omchi por cuanto que a través del matrimonio se establecen nuevas relaciones y se asumen nuevas responsabilidades ante la comunidad, para que den la complacencia a través de las familias respectivas a un hombre, él debe tener una parcela de tierra o conocimientos necesarios sobre cultivo de maíz, frijol, cardamomo y la mujer, conocimientos básicos oficios domésticos cocinar, lavar, tejer y "tortear".

De mutuo acuerdo no se daba el divorcio, acudían al consejo de ancianos para resolverlos.

### **Nacimiento**

Cuando la niña y niño nace es recibido por la comadrona con incienso y pom, colgaban el cordón a un árbol en señal de buen fruto y abundancia, bañando a la madre con el humo del incienso para evitar el susto.

Hasta la fecha se acostumbra construir un ambiente (un cuarto) pequeño y bajo, donde debe permanecer el niño y la madre durante cuarenta días, al cuidado de la comadrona, cuidando que permanezca caliente, encienden fuego a la par. No tienen contacto con el resto de la familia ya que si no "por ver la sangre del proceso del nacimiento les da "hijío"

### **Salud**

"Somos parte de la tierra y ella es parte nuestra". Los seres humanos somos parte de la Madre Naturaleza constituye a Ulew la tierra y Ulew es parte de Kaj - el cosmos - por lo tanto somos partículas de Ulew y micro partículas de Kaj los que sucede a Y Ullew o Kaj afectará también a los seres humanos porque son parte de ellos. Los seres humanos somos pasajeros, transitorios y cambiantes en el cosmos y sobre la faz de la tierra.

La unidad natural y cósmica existe por la diversidad de sus elementos quienes tienen un valor y una razón de existir. La unidad natural y cósmica existe por la diversidad de sus elementos quienes tienen un valor y una razón de existir. Los primeros responsables sociales de la salud son los padres y madres de familia quienes, por tal motivo, cuentan con un conocimiento básico sobre medicina preventiva y curativa.

Ellos son la primera fuente del Uwawinaq "mal de ojo" o desequilibrio del personal, causada por el intercambio entre personas de distintos enemigos, generalmente, entre niños y adultos, los conocedores de alimentos fríos y calientes para guardar el balance térmico del cuerpo.

Rilyom o comadrona maya es la persona encargada de la salud de las mujeres y de los niños y niñas recién nacidos, trabaja parecido al Aj q'ij. Ella observa y acompaña al recién nacido, la comadrona realiza su noble labor aunque para esto tenga que recorrer grandes distancias bajo el Sol, la lluvia o en la noche, esa es su misión. Tiene mucha importancia la medicina preventiva porque es la mejor manera de mantener la salud.

### **Normativa**

No hay ninguna normativa escrita, sólo verbal. No hay normativas en asuntos dañinos. Normas para los que infringen las normas que los Poq'omchi concedieran deben ser sus patrones de conducta. Robos, daños a cultivos, animales, humanos, irrespeto a los linderos de tierra, violaciones, discriminación, agresiones físicas, adulterios, quitarle la vida a una persona. "Las acciones dañinas que los Poq'omchies consideran grave son los que tienen impacto negativo fuerte en la familia, comunidad, naturaleza o relación con Dios. Leves, menos impacto social o interrumpen la convivencia de la comunidad. Machetear a una persona, apartarse del cónyuge, violara niños de 5 a 10 años, robo de elotes para vender, no respetar autoridad, no cumplir con la palabra.

## Economía

Intercambio o trueque de productos agrícolas.

Comida típica, Saq'ik, kak'ik. Bebida, el boj (fermento de maíz y caña).

Artesanía en arcilla. Maguey, elaboración de pita, lazos hamacas, redes, cestería, canastas, petates.

Las mujeres elaboran güipiles; los realizan sentadas o hincadas sobre un petate con un mecapal en la cintura y su telar al frente.

Cofrades. Centros ceremoniales Kaqkoj, Kinich, Ajaw, Qihab Chikam, Chiixim.

## BIBLIOGRAFÍA ESPECÍFICA

1. Historia y Memorias Vol. II, Comunidad Étnica, Poqomchi, versión escolar UNICEF, Universidad Rafael Landívar. Fondo de desarrollo Indígena Guatemalteco. pp. 35
2. El Sistema Jurídico Poq'omchi, una aproximación. Universidad Rafael Landívar. Instituto de Investigación Económica y social Guatemala 1999. pp. 142
3. Usemos Nuestro Calendario Maya K'ulbil' Yol Twitz Paxil. Academia de lenguas Mayas de Guatemala Paxil 2001. pp. 12 a 14.
4. Ciencia y Tecnología, Maya 'No'Jb 'ál Esedir mayab swaqaribal Editorial Saqitzij pp. 17,20,70,77.

La autora concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada "Factores de Riesgo Asociados al embarazo en adolescentes, estudio de casos y controles realizado en adolescentes embarazadas, San Cristóbal Verapaz, Alta Verapaz, Guatemala" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción total o parcial