

Universidad de San Carlos de Guatemala

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela de Estudios de Postgrados

USO DE METODOS ANTONCEPTIVOS EN EMBARAZADAS JUVENILES ATENDIDAS
EN LA CLINICA DE LA MUJER ADOLESCENTE DE LA CONSULTA EXTERNA DEL
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE
SEGURIDAD SOCIAL.

ROSÁNGELA JUANITA MONTEJO DIAZ

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Medicas

Maestría en Ginecología y Obstetricia

Para obtener el grado de

Maestra en Ginecología y Obstetricia

Febrero de 2012

INDICE

I.	Resumen	1
II.	Introducción	3
III.	Objetivos	4
IV.	Antecedentes	5
V.	Material y Métodos	15
VI.	Resultados	21
VII.	Discusión y Análisis de Resultados	29
VIII.	Referencias Bibliográficas	33
IX.	Anexos	36

INDICE DE TABLAS

Tabla número 1	21
Tabla número 2	23
Tabla número 3.1	26
Tabla número 3.2	26

INDICE DE FIGURAS

Figura número 1	22
Figura número 2	24
Figura número 3	25
Figura número 4	27
Figura número 5	28



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: Rosángela Juanita Montejo Díaz

Carné Universitario No.: 100016540

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis **"Uso de métodos anticonceptivos en embarazadas juveniles atendidas en la clínica de la mujer adolescente de la consulta externa del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social"**.

Que fue asesorado: Dr. Erick Antonio Montenegro Pereira

Y revisado por: Dr. Jorge David Alvarado Andrade

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para febrero 2012.

Guatemala, 13 de febrero de 2012

Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director
Escuela de Estudios de Postgrado

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/lamo

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Guatemala, 16 de agosto de 2011

Doctor

Ricardo Walter García Manzo

Coordinador Específico de Programas de Postgrado

Universidad de San Carlos de Guatemala

Presente

Estimado Doctor García Manzo:

Por este medio le informo que asesoré el contenido del Informe Final de Tesis con el título **"Uso previo de métodos anticonceptivos en embarazadas juveniles atendidas en la clinica de la mujer adolescente de la consulta externa del hospital de ginecologia y obstetricia del instituto guatemalteco de seguridad social"** presentado por la **Dra. Rosángela Juanita Montejo Díaz**, carné 100016540, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la Maestría en Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular, me suscribo de usted,

Atentamente,

Dr. Erick Montenegro Pereira
Ginecólogo y Obstetra
Col. 10241

Dr. Erick Antonio Montenegro Pereira
Asesor de Tesis

Docente de Investigación Maestría en Ginecología y Obstetricia
Especialista A de Ginecología y Obstetricia
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Guatemala, 16 de agosto de 2011

Doctor

Ricardo Walter García Manzo

Coordinador Específico de Programas de Postgrado

Universidad de San Carlos de Guatemala

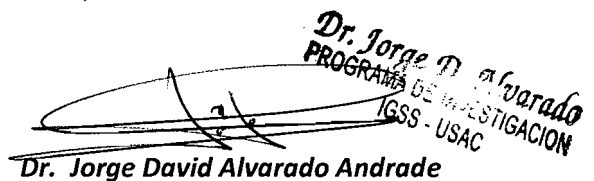
Presente

Estimado Doctor García Manzo:

Por este medio le informo que revisé el contenido del Informe Final de Tesis con el título **“Uso previo de métodos anticonceptivos en embarazadas juveniles atendidas en la clinica de la mujer adolescente de la consulta externa del hospital de ginecologia y obstetricia del instituto guatemalteco de seguridad social “**, presentado por la **Dra. Rosángela Juanita Montejo Diaz**, carné 100016540, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la Maestría en Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular, me suscribo de usted,

Atentamente,



Dr. Jorge David Alvarado Andrade
PROGRAMA DE INVESTIGACION
IGSS - USAC

Revisor de Tesis

Docente de Investigación Maestría en Ginecología y Obstetricia
Especialista A de Ginecología y Obstetricia
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Agradezco:

A Dios por permitirme alcanzar una de las metas de mi vida.

A mis padres:

Jesús Salvador Montejo Miguel y Mabel Diaz de Montejo, por su amor e incondicional apoyo .

A mis hermanos: José Manuel y Jesús Ivan Montejo Díaz por el cariño que me brindan día a día.

A mis familiares y amigos .

A la Universidad de San Carlos de Guatemala por darme la oportunidad de formarme como profesional en sus aulas.

Al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social por permitirme ser parte de su familia de profesionales.

I. RESUMEN

Introducción.

La falta de conocimiento sobre salud reproductiva en adolescentes, se constituye en un serio problema para la salud pública por lo que se realiza la investigación con el objetivo de identificar perfil epidemiológico de estas pacientes, identificar el porcentaje de pacientes que utilizaron algún método anticonceptivo , que método fue el más frecuente, número de embarazos cursados y si éste embarazo es planificado o no.

Métodos:

Estudio descriptivo realizado en la consulta externa de maternidad del Hospital de ginecología- obstetricia, durante el año 2009. Universo 879 pacientes, con una muestra de 279 pacientes las cuales fueron seleccionadas al azar a quienes se les realizó una encuesta dirigida.

Resultados:

El 82 % (219)de las pacientes están comprendidas entre 16 y 17 años, el 99%(265) de las pacientes son alfabetas, El 62 %(166) de las pacientes no laboran, el 93% (249)de las paciente son primigestas el 81% (217) de las pacientes no utilizaron métodos anticonceptivos previo al embarazo en curso, el método anticonceptivo más utilizado fue el preservativo masculino y el 94 %cursa con un embarazo no planificado.

Discusión:

Las pacientes embarazadas juveniles tienen un bajo nivel de conocimiento sobre salud reproductiva ya que es muy alto el porcentaje de pacientes que cursa con embarazos no deseados , un bajo porcentaje que tienen acceso o conocen los métodos anticonceptivos por lo que no tienen la capacidad de decidir libremente cuando desean un embarazo.

Conclusiones:

Hay un bajo nivel de conocimiento sobre salud reproductiva en las embarazadas juveniles, la mayoría de las pacientes estudiadas no han utilizado métodos anticonceptivos, son primigestas, no laboran, el estado civil que predomina es la unión de hecho y tuvo un embarazo no deseado y el método anticonceptivo que más utilizaron fue el preservativo masculino.

Palabras clave: embarazo , salud reproductiva, método anticonceptivo.

II. INTRODUCCION:

El embarazo en la adolescencia se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen" La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas

La falta de conocimientos, utilización y acceso a métodos anticonceptivos en la población adolescente implica a nivel mundial un gran problema de salud pública, ya que tiene como resultado el aumento de embarazos no deseados en esta población y se ve reflejado en un pobre desarrollo económico y social de los países.

América Latina forma parte de la población mundial con altos porcentajes de embarazos en adolescentes siendo Guatemala uno de los países con las tasa más altas de natalidad .

El 6% de las consultas atendidas en el año 2007 en el Hospital de Ginecología y Obstetricia corresponde a pacientes adolescentes en control prenatal.

Por razones expuestas anteriormente se decide realizar el presente estudio para identificar el uso de métodos anticonceptivos en las adolescentes previo a su embarazo en curso.

La presente investigación es descriptiva, longitudinal, realizada a partir del año 2008 a 2010.

Los objetivos fueron: Establecer el nivel de conocimiento sobre Salud Reproductiva en las embarazadas juveniles, Identificar cual fue el método anticonceptivo más utilizado por la embarazada juvenil; Identificar quien fue el orientador para la elección del método anticonceptivo utilizado ; Identificar el número de embarazos de la paciente; Identificar el perfil de Epidemiológico de las embarazadas juveniles ; Determinar el porcentaje de pacientes que cursa con un embarazo.

III. OBJETIVOS

3.1 GENERAL:

Identificar el uso de métodos anticonceptivos en las embarazadas de 12 a 17 años del Hospital de Ginecología – Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

3.2 ESPECÍFICOS:

- 3.2.1. Identificar si las embarazadas de 12 a 17 años atendidas en la consulta externa del HGO utilizó algún método anticonceptivo previo al embarazo.
- 3.2.2. Identificar cual fue el método anticonceptivo más utilizado por la embarazada de 12 a 17 años atendidas en la consulta externa del HGO.
- 3.2.3. Identificar el número de embarazos de la paciente.
- 3.2.4. Identificar el perfil epidemiológico de las embarazadas de 12 a 17 años atendidas en la consulta externa del HGO.
- 3.2.5. Determinar el porcentaje de pacientes que cursa con un embarazo no planificado.

IV. ANTECEDENTES

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, define a la adolescencia en un ámbito más físico como “la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo”. Así su comienzo tiene lugar con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y termina cuando cesa el crecimiento somático. ⁽¹⁷⁾ A diferencia la OMS que la define en un aspecto psicosocial como al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años. ⁽¹⁾ Así, la adolescencia varía en las diferentes sociedades y épocas, igual que varía el reconocimiento de la identidad adulta que se le da al individuo. El tiempo de la adolescencia está relacionado con el tiempo de expectativa de vida de los sujetos de una comunidad y varía en función de los niveles de vida, económicos, posibilidades educativas, necesidades de mano de obra o falta de empleo, etc. ⁽¹⁷⁾

Los adolescentes son un gran segmento de la población que sigue aumentando. Más de la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años, y cuatro de cada cinco jóvenes vive en países en desarrollo¹ El Fondo de Población de las Naciones Unidas, en su informe sobre el estado de la población mundial de 1998, destaca que la población de jóvenes entre 15 y 24 años es de 1.050 millones de personas, la mayor que se haya registrado jamás, y que en muchos países se está ampliando. ⁽¹⁷⁾

La OMS la delimita cronológicamente entre los 10 y 19 años, aunque actualmente diferencia tres períodos, que la extienden hasta los 24 años: ⁽¹⁷⁾ (Ver anexo figura 1)

- Pre-adolescencia o temprana de 10 a 14 años, correspondiente a la pubertad.
- Adolescencia media o propiamente dicha, de 14 a 18 años.
- Adolescencia tardía de 19 a 24 años.

¹ [\(WHO/UNFPA/UNICEF, 1999\).](#)

El desarrollo puberal constituye el tránsito desde una situación de quiescencia gonadal a la adquisición de la plena capacidad reproductiva. (5) Como resultado, un importante número de adolescentes en edad fértil en todo el mundo son sexualmente activos, y una proporción cada vez mayor de la actividad sexual está ocurriendo fuera del matrimonio. Investigaciones realizadas revelan que aproximadamente el 43 por ciento de las mujeres del África subsahariana y el 20 por ciento de las mujeres de 20 años de edad en América Latina han tenido relaciones sexuales prematrimoniales. ⁽¹⁷⁾

El embarazo en la adolescencia se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen" La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, EE.UU es el país industrializado con mayor tasa de embarazadas adolescentes, con una tasa estable del 11,1% en la década de los '80. Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia, han presentado un acusado descenso de embarazos en adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de los anticonceptivos. Las cifras de embarazo adolescente son verdaderamente preocupantes constituyendo un problema que afecta, no sólo a los países en vías de desarrollo, sino a las sociedades más desarrolladas. ^(1,13)

En Guatemala una mayoría importante se mantienen soltera, en la que prevalece la "unión estable", aunque la incidencia del aborto en las adolescentes no ofrezca credibilidad razonable por el importante subregistro que podría llegar a un aborto registrado por otro no registrado. ⁽¹⁾

Según estudios realizados en Buenos Aires en 1995, se observó que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales, fue de 14,9 años para varones y 15,7 años para mujeres, variando la proporción según el tipo de escuela a la que asistían (religiosa, laica, laica de sectores populares). El 95% de los adolescentes de la encuesta manifestó tener información sobre cómo evitar el embarazo. Un 70% de los que mantenían relaciones sexuales utilizaban algún método efectivo para evitar el embarazo en la primera relación, disminuyendo ese porcentaje en las siguientes relaciones, siendo el preservativo el método más utilizado. A su mismo tiempo, el consenso social sobre la maternidad adolescente se ha ido modificando con los años y los cambios sociales que los acompañan. ⁽¹⁾

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hacen ya unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares. Cuando la adolescente se embaraza inicia un complejo proceso de toma de decisiones y, hasta decidirse por uno, aparece siempre el aborto a veces como un supuesto más teórico que real. El embarazo adolescente, generalmente no planificado y no deseado, supone un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la joven, además de condicionar, definitivamente, su estilo de vida, por lo que constituye para las jóvenes que resultan embarazadas un problema más social que médico. Las complicaciones del embarazo, del parto y de abortos realizados en condiciones de riesgo son las principales causas de muerte entre las mujeres de 15-19 años. ^(1, 13, 17)

Los índices de embarazos y nacimientos entre adolescentes aumentaron en 2006 y 2007, luego de reducciones considerables entre 1991 y 2005, según un estudio del gobierno estadounidense. Halló que las tendencias que anteriormente mejoraban la salud sexual y reproductiva de adolescentes y adultos jóvenes podrían estar dejando de cambiar o incluso estar empeorando. ⁽⁸⁾

Los investigadores de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades analizaron datos nacionales de 2002 a 2007. Algunos de los hallazgos son los siguientes ⁽⁸⁾:

- Cerca de la tercera parte de los adolescentes no había recibido instrucción en métodos de control de la natalidad antes de los 18 años.
- En 2004, hubo unos 745,000 embarazos entre las niñas menores de 20. Esto incluye un cálculo de 16,000 embarazos en las niñas entre los 10 y los 14.

El estudio también identificó varias disparidades raciales y étnicas en la salud sexual y reproductiva de los estadounidenses jóvenes y reportó lo siguiente: las adolescentes hispanas que tenían entre 15 y 19 tienen muchas más probabilidades de quedar embarazadas (132.8 partos por mil mujeres) que los negros no hispanos (128 por mil) y los blancos no hispanos (45.2 por mil). Por lo tanto las latinas tienen el más alto porcentaje de nacimientos en adolescentes entre los grupos raciales/étnicos más importantes de los Estados Unidos ^(6, 8)

Los índices de nacimientos entre adolescentes también varían ampliamente entre subgrupos latinos. De los tres subgrupos de los que se dispone de índices en el 2004, el subgrupo mexicano-americano tuvo el índice de nacimientos más alto (95.5 por 1,000) entre adolescentes latinas de 15 a 19 años, seguido por las jóvenes latinas de origen puertorriqueño con un índice de nacimientos de 62.6 por 1,000. Las adolescentes de origen “otro/desconocido” (incluyendo Centro y Sudamérica) tuvieron el índice de nacimientos más bajo entre estos subgrupos en el 2004, 57.7 por 1,000. ⁽⁶⁾

Aunque el porcentaje de nacimientos fuera del matrimonio para las jóvenes latinas es menor que la media nacional, la mayoría de las madres latinas adolescentes tiene hijos fuera del matrimonio. En el 2004, 78% de las adolescentes latinas entre 15 y 19 años que dieron a luz no estaban casadas, frente a un 82% de todas las jóvenes entre 15 y 19 años que dieron a luz. ⁽⁶⁾

Las gestantes adolescentes inician el control del embarazo más tarde que las embarazadas adultas, y el inicio es más tardío cuanto más joven sea la mujer. A pesar de las divergencias existentes entre los diferentes grupos de investigadores, diferencias debidas a los diversos niveles socioculturales en los que han realizado sus estudios, existe cierta unanimidad en considerar que el embarazo adolescente se acompaña, más frecuentemente que el adulto, de prematuridad (10%), bajo peso al nacer (12%) y anemia ferropénica (25%). Estos riesgos son incluso mayores cuando tienen menos de 15 años. Los niños corren el riesgo de tener problemas a larga duración en muchos aspectos importantes de la vida, incluyendo el fracaso en la escuela, la pobreza y las enfermedades físicas o mentales. No existe acuerdo sobre la mayor incidencia de gestosis en el grupo de madres jóvenes que había sido informada en estudios anteriores. Uno de los datos que llama la atención cuando se analiza el parto de las jóvenes adolescentes es el menor número de cesáreas que se realizan en este colectivo de mujeres, pudiendo obedecer este hecho a la existencia de una postura más conservadora, por parte de los médicos, ante mujeres con muchos años de fertilidad posterior.^(2, 3, 13)

Los defectos congénitos de origen no cromosómico son más frecuentes en los bebés de madres adolescentes que de otras edades. No obstante, existe poca información sobre ese riesgo general. Para investigarlo, el equipo de M. Loane,² utilizando datos de EUROCAT, una red de registros poblacionales de malformaciones congénitas con casi un tercio de los nacimientos en Europa encontraron que las madres adolescentes eran 6,3 veces más propensas que las que tenían entre 25 y 29 años a tener un bebé con un cierre defectuoso de la pared abdominal por el que salen los intestinos (gastroesquisis) y casi cinco veces más propensas a tener un bebé con malformaciones por la infección materna durante el primer trimestre. La probabilidad de desarrollar dos defectos cardíacos, atresia y estenosis tricúspide, fue casi tres veces mayor entre las madres adolescentes. El riesgo de anencefalia y problemas en los sistemas nervioso y digestivo también fue mayor en ese grupo etario. ⁽⁴⁾

Los bebés de madres adolescentes tienen más probabilidades de morir durante su primer año de vida que los bebés de madres de entre 20 y 40 años de edad. El riesgo es mayor para los bebés de madres de menos de 15 años de edad. En 2005, 16.4 de cada 1,000 bebés de mujeres menores de 15 años murieron, en comparación con 6.8 de cada 1,000 bebés de mujeres de todas las edades. ⁽¹⁴⁾

El embarazo durante la adolescencia presenta normalmente una crisis para la niña que está en estado y para su familia. Las reacciones más comunes incluyen la ira, la culpabilidad y el negarse a admitir el problema; pueden privarse de asistencia médica durante su embarazo, lo que resulta en un riesgo mayor de tener complicaciones médicas. ⁽²⁾

Las madres adolescentes tienden más a abandonar la educación secundaria que las jóvenes que posponen la maternidad. Sólo el 40 por ciento de las adolescentes que tienen hijos antes de los 18 años de edad termina la escuela secundaria, en comparación con el 75 por ciento de las adolescentes de una extracción socioeconómica similar que no tienen hijos hasta cumplir los 20 ó 21 años de edad. Aproximadamente el 64 por ciento de los niños nacidos de adolescentes solteras que abandonaron la secundaria viven en la pobreza, en comparación con el siete por ciento de los niños nacidos de madres casadas de más de 20 años que terminaron la secundaria. Los hijos de madres adolescentes tienen un 50 por ciento de probabilidades de repetir de grado en la escuela y suelen tener un mal desempeño académico y abandonar la escuela secundaria antes de terminarla. ⁽⁶⁾

² University of Ulster, en Jordanstown

En la adolescencia la sexualidad tiene un papel esencial: “Hay pocas dudas de que la vivencia y expresión de la sexualidad es una de las cuestiones más trascendentales de la etapa adolescente”³ La Organización mundial de la Salud (OMS) define Salud Reproductiva como una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura.⁽¹⁵⁾

La atención en salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud reproductiva y al bienestar previniendo y solucionando problemas de salud reproductiva. Incluye también la atención en salud sexual, cuyo propósito es mejorar la calidad de vida y las relaciones personales, y no sólo ofrecer consejería y cuidados relativos a la reproducción y a las enfermedades de transmisión sexual.⁽¹⁵⁾

En el Programa Nacional de Salud 2001-2006 de la República de México se señala que el desarrollo económico, el bienestar social, la estabilidad política y la seguridad nacional del país dependen de la salud de la población; además se enfatiza que la salud es una inversión para un desarrollo con oportunidades. La salud reproductiva es un claro ejemplo de ello. La población adolescente representa un grupo prioritario para el Programa de Salud Reproductiva, debido a que las decisiones sexuales y reproductivas que se toman durante esta etapa de la vida tienen una gran trascendencia individual y social.⁽¹⁸⁾

³ Rosa Ros Rahola

Los adolescentes de Estados Unidos están recibiendo educación sexual, pero la mayoría no aprende sobre métodos de control del embarazo de parte de sus padres ⁽⁷⁾.

No obstante que la prevalencia de uso de anticonceptivos entre mujeres adolescentes unidas se incrementó de 30% en 1987 a 48.8% en el año 2000, sigue siendo la más baja con respecto a los otros grupos de edad y significativamente menor en comparación con el total de las mujeres unidas. Como ejemplo, las mujeres de las localidades rurales inician la actividad sexual a edades muy tempranas. Entre las mujeres de 15 a 19 años, una de cada cinco está casada o vive en unión libre. Adicionalmente, la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos entre las mujeres unidas de 15 a 19 años es la más alta de todos los grupos de edad y representa más del doble con respecto al valor estimado para todas las mujeres. ⁽¹⁸⁾

Durante el año 2000 se registraron 180 muertes maternas en mujeres adolescentes, lo que representa la cuarta causa de muerte en mujeres de este grupo de edad. Estos datos revelan la necesidad de adecuar los servicios de salud reproductiva y los métodos de prevención de los embarazos no planeados a las características y necesidades propias de este grupo de la población. ⁽¹⁸⁾

Cuando se aborda la atención a la salud integral del adolescente debe prestarse una especial atención al concepto de riesgo, entendido como probabilidad de que ocurra algún hecho indeseable. Los riesgos no están aislados del contexto social, sino que se interrelacionan en una compleja red de factores e intereses sociales, culturales, económicos y ambientales. Las primeras experiencias sexuales, se dan sobre el propio cuerpo o sobre el otro sexo siempre se viven con algo de culpa, con la sensación de hacer, pensar, o desear algo prohibido. Hay adolescentes que se precipitan en la sexualidad, van lanzados e intentan ligar sin límites, de forma compulsiva. Esta premura tiende más a resolver dudas, que a la posibilidad de establecer una verdadera relación con el otro/a. ⁽¹⁷⁾

Quieren comprobar su identidad sexual quemando etapas, acortando el camino, buscando atajos que simplifiquen la complejidad del momento. Confunden el hacer con el ser. Esta huida hacia adelante también puede tener que ver en la chica por ejemplo, con una búsqueda de reconocimiento, un deseo de sentirse amada; y se vuelca en el chico esperando que la ayude a salir de relaciones conflictivas con los padres; con la posibilidad de huir del hogar. ⁽¹⁷⁾

Muchas veces la poca claridad ante la pregunta ¿qué es una mujer? suele ser confundida con “ser una madre”. La chica busca asegurarse de que su cuerpo es el de una mujer y eso puede llevarla a “caer” en embarazos en épocas muy tempranas. Las primeras relaciones sexuales suelen confrontarse con la dificultad de sostener un equilibrio entre el amor y el deseo. El acto sexual no tiene para la mujer y para el hombre ni la misma función, ni el mismo valor. ⁽¹⁷⁾

Finalmente, hay que considerar las consultas entorno a la **actividad sexual**, en un momento en que el adolescente puede ser víctima de una desconexión entre las circunstancias sociales (aplazamiento de la entrada en el mundo adulto) y los mensajes externos que propician el contacto sexual. A menudo nos podemos encontrar con **conductas sexuales tempranas**, marcadas por la impulsividad y sin la debida protección. Aumenta el riesgo de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual. La salud y el bienestar de las niñas jóvenes de hoy tendrán un gran impacto en la salud social y económico global de nuestro mundo de mañana.⁴ ^(10, 17)

El embarazo adolescente tiene orígenes multicausales y por ello requiere múltiples soluciones. No obstante hay dos hechos que son determinantes al analizar las causas del embarazo en adolescentes ⁽¹³⁾

⁴ Thoraya Ahmed Obaid, Directora Ejecutiva del UNFPA, el Fondo de Población de las Naciones Unidas.

1. El inicio, cada vez más precoz de las relaciones sexuales.
2. No utilización de método anticonceptivo eficaz.

Entre los factores que condicionan el inicio precoz de las relaciones sexuales podemos citar⁽¹³⁾:

Factores biológicos

Se ha demostrado relación entre el comienzo de las relaciones sexuales y la edad de maduración sexual. Con el adelanto de la menarquia que se está produciendo, se han adelantado las relaciones sexuales.

Factores familiares

El modelo familiar se transmite de padres a hijos y se ha demostrado que las hijas de madres adolescentes tienen el doble de posibilidades de ser, ellas mismas, madres adolescentes.

Además del modelo familiar la comunicación que se establezca entre padres e hijos es otro de los factores determinantes del inicio precoz de las relaciones sexuales y de un eventual embarazo.

Factores ambientales

Las malas o bajas condiciones socioeconómicas, así como la ignorancia y la pobreza constituyen factores causales muy importantes, tanto del embarazo adolescente como del inicio precoz de las relaciones sexuales. Por ello se observa cómo la fecundidad adolescente no se distribuye de forma homogénea entre los diferentes estratos sociales, apreciándose zonas de elevada prevalencia dentro de una misma área geográfica. Otro de los factores ambientales asociados al inicio precoz de las relaciones sexuales ha sido la falta de escolarización de los jóvenes. Otra de las cuestiones que se ha relacionado, de manera casi constante, con el inicio de las relaciones sexuales ha sido el ámbito o medio de hábitat de los

jóvenes, habiéndose postulado que en el medio rural se inicia antes la actividad coital que en el medio urbano y, como consecuencia, se observan tasas más elevadas de embarazo adolescente.⁽¹³⁾

Para muchos, el verdadero problema del embarazo adolescente radica en que esta población no utiliza medidas anticonceptivas por falta de educación sexual, por desconocimiento de los métodos disponibles, por ignorancia en cuanto al peligro del embarazo y por la difícil accesibilidad a los métodos anticonceptivos.⁽¹³⁾

La falta de una adecuada educación e información sexual explica, en la mayoría de las ocasiones, la alta incidencia de gestación adolescente. De hecho, y según datos reflejados en el “Análisis del Cumplimiento”, el 51% de las jóvenes obtiene información sobre los métodos anticonceptivos de los medios de comunicación, el 49% lo hace de sus amigas, mientras que el 15% se “entera” a través de sus padres y, únicamente, un 3% lo hace de los médicos o agentes sanitarios.⁽¹³⁾

Los jóvenes y las jóvenes muchas veces se sienten incómodos si la educación sexual sólo se centra en problemas. No les gusta ser cuestionados y rechazan las lecturas y las advertencias que provienen de los adultos, porque perciben que bajo las mismas subyace una falta de confianza en sus capacidades y en sus posibilidades.⁽⁵⁾

V. MATERIAL Y METODOS

5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Descriptivo, longitudinal.

5.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Embarazadas comprendidas ente 12 -17 años atendidas en la clínica número 2 de la consulta externa del HGO.

Universo: 879

Muestra : 268

$$n = \frac{0.25N}{\left(\frac{\alpha}{z}\right)^2 (N-1) + 0.25}$$

(24)

N: 879 pacientes

N: 268 pacientes

Valor alfa: 0.5

Z: 1.96

5.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Edad ente 12 y 17 años

Pacientes Embarazadas

Pacientes atendida en la consulta externa del Hospital de Gineco –Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Clínica numero 2

5.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN-

Adolescentes embarazadas atendidas en clínica de alto riesgo obstétrico.

Pacientes cuyos embarazos son productos de violación.

Pacientes que no deseen ser parte del estudio

5.5 Procedimiento *Procedimientos para la recolección de la información*

- 5.5.1. Socialización de la importancia, objetivos y metodología del estudio al médico y enfermera responsables de la clínica número 2 de la consulta externa del Hospital de Ginecología y obstetricia IGSS.
- 5.5.2. Presentarse al servicio mencionado a partir de la siete de la mañana y seleccionar en forma aleatoria a las pacientes su entrevista.
- 5.5.3. Identificar a las pacientes entrevistadas que cumplan con los criterios de inclusión del estudio.
- 5.5.4. Se llenaron las boletas de recolección de datos, con información referida por la paciente, a quienes se les explico verbalmente que dicha información forma parte del trabajo de investigación. Ninguna paciente se negó a participar en la investigación.
- 5.5.5. Se tabularan los datos obtenidos de las boletas de recolección de datos.
- 5.5.6. Se realizara un análisis descriptivo para todas las variables que conforman el instrumento de recolección de datos utilizando como modo de resumen el

porcentaje acompañado de gráficos apropiados acordes con el nivel de medición de las variables.

- 5.5.7. Análisis individual de las preguntas que se realizaron con base a los porcentajes que alcanzan las distintas respuestas de cada pregunta para la formulación de las conclusiones.

5.6. Recursos

- Humanos: médico Residente
- Materiales: Computadora, hojas, lapiceros, impresora,
- Económicos: fotocopias : Q. 30.00

Tinta Q 300.00

Servicio de Internet Q. 100.00

Lapiceros Q. 10.00

Encuadernado Q 75.00

Energía eléctrica Q 50.00

5.7. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION TEORICA	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. Una persona, según su edad, puede ser un bebé, niño, púber, adolescente, joven, adulto,	Edad en años que el individuo conteste en el momento de la entrevista	cuantitativo	razon	años
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer	Genero	cualitativo	nominal	Femenino masculino
alfabetismo	en Guatemala población mayor de 15 años que puede leer y escribir es parte de nuestro alfabetismo	Capacidad de la persona de saber leer y escribir	cualitativo	nominal	Alfabeto analfabeto
Estado civil	El estado civil es la situación de las personas físicas determinada por	Estado civil que la paciente conteste durante la	cualitativo	nominal	Casada Unida soltera

	sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	entrevista			
Relación laboral	La relación laboral o las relaciones laborales son aquellas que se establecen entre el trabajo y el capital en el proceso productivo	Presencia o no de alguna relación laboral	cualitativo	nominal	Si labora No labora
Embarazo	Se denomina embarazo o gravidez (del latín <i>gravitas</i>) al período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto	Número de embarazo que la paciente cursa	cualitativo	nominal	Primigesta Secundigesta

Método anticonceptivo	es aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual	Tipo de método anticonceptivo utilizado por las pacientes previo a su embarazo	cualitativo	nominal	Anticonceptivos orales Preservativos Inyecciones ritmo
-----------------------	---	--	-------------	---------	---

5.8. **Aspectos Éticos:**

Previo a llenar boletas de recolección de datos se les explica de forma verbal a cada paciente que dicha información formara parte del presente trabajo de investigación y que se tomaran en cuenta a las pacientes que desearan participar.

Ninguna paciente entrevistada se negó a participar en dicha investigación.

VI. RESULTADOS

Tabla 1

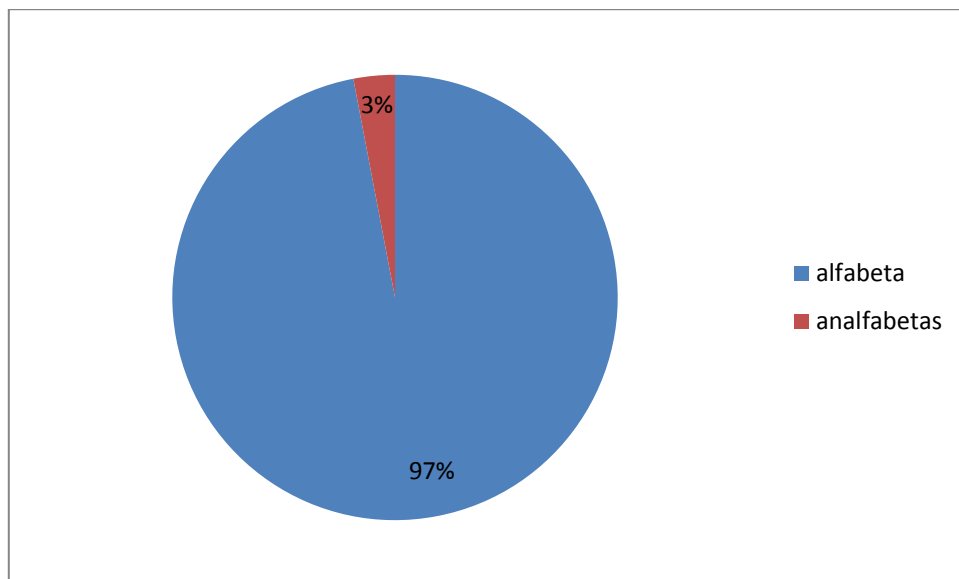
Distribución por edades de las embarazadas juveniles atendidas en la consulta externa del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, durante el año 2009

Edad	Número de pacientes	Porcentaje
14	20	8%
15	26	10%
16	111	41%
17	111	41%
total	268	100%

Fuente: datos obtenidos de encuestas realizadas a las embarazadas juveniles.

FIGURA 1

Porcentaje de embarazadas juveniles alfabetas y analfabetas atendidas en la consulta externa del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, durante el año 2009.



Fuente: datos obtenidos de encuestas realizadas a las embarazadas juveniles.

Tabla 2

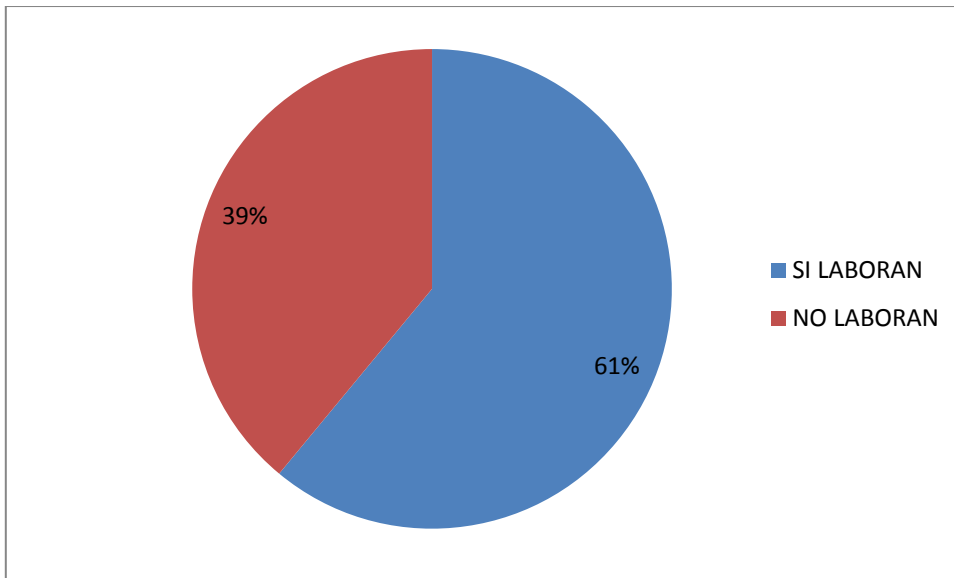
Estado Civil de las Embarazadas juveniles atendidas en la consulta externa del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, durante el año 2009-

Estado civil	Número de pacientes	%
unidas	132	49 %
casadas	71	26%
solteras	65	25 %
total	268	100%

Fuente: datos obtenidos de encuestas realizadas a las embarazadas juveniles.

FIGURA 2

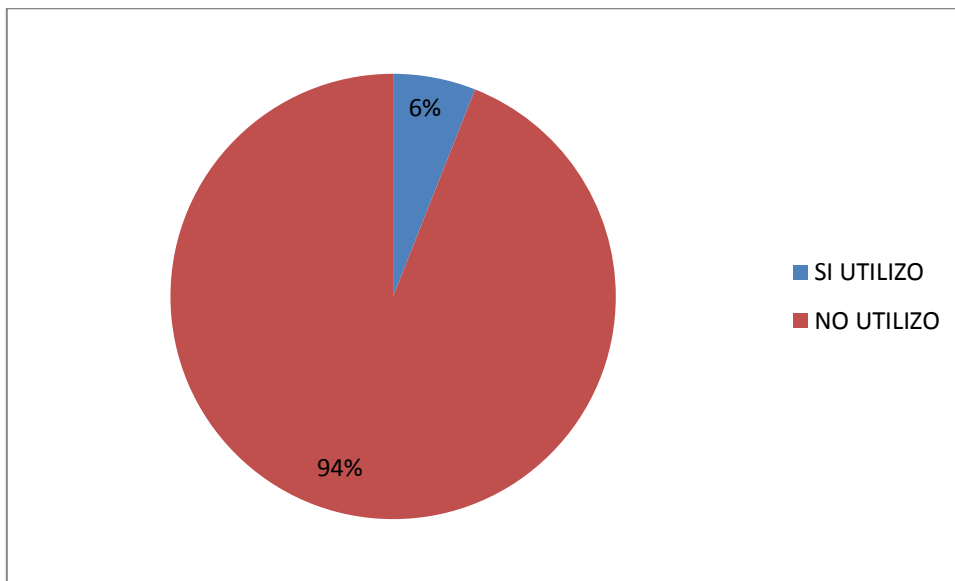
Estado laboral de embarazadas juveniles, atendidas en la consulta externa del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante en año 2009.



Fuente: datos obtenidos de encuestas realizadas a las embarazadas juveniles.

FIGURA 3

Número de embarazadas juveniles atendidas en la consulta externa del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante el año 2009 que utilizaron métodos anticonceptivos previo a embarazarse.



Fuente: datos obtenidos de encuestas realizadas a las embarazadas juveniles.

Tabla 3.1

Numero de pacientes que utilizaron metodo anticonceptivos previo al embarazo.

	Número de pacientes	%
No utilizo	217	81 %
Si utilizo	51	19 %
	268	100%

Tabla 3.2

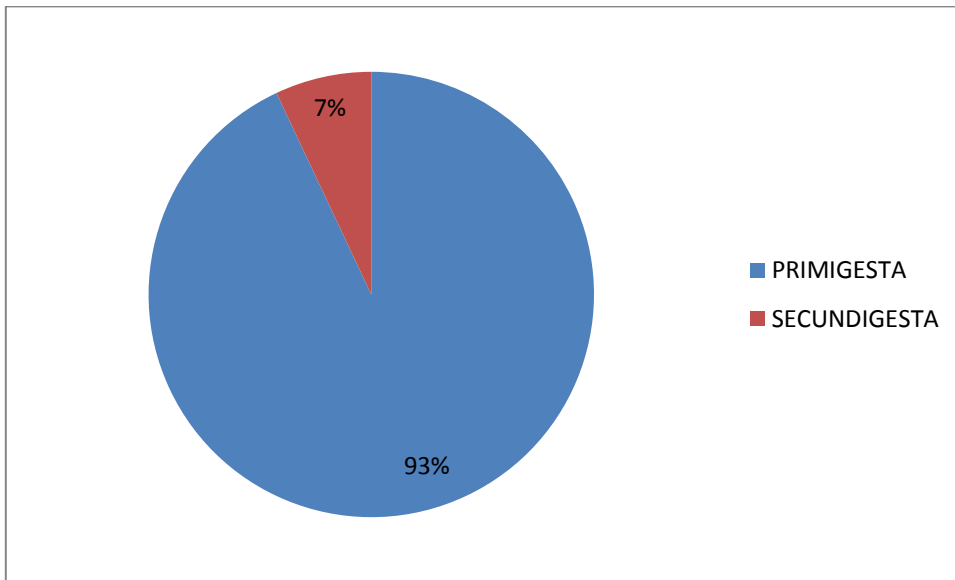
Metodos anticonceptivos utilizados por las embarazadas juveniles atendidas en el Instituto Guatemalteco de Seguridad social, durante el año 2009-

Método anticonceptivo	Número de pacientes	%
inyección	10	19 %
condón	35	69%
Anticonceptivos orales	6	12 %
Total	51	100%

Fuente: datos obtenidos de encuestas realizadas a las embarazadas juveniles.

Figura 4

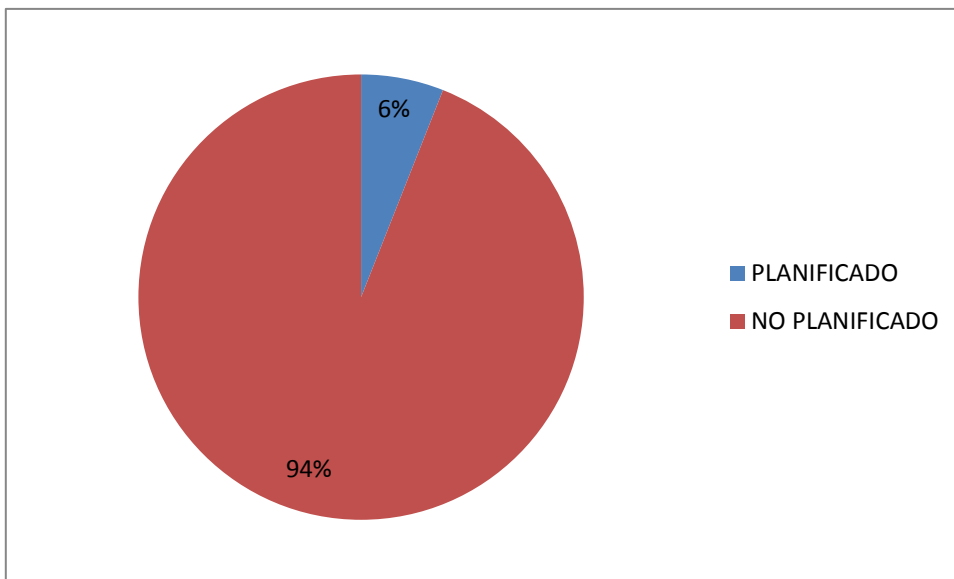
Número de embarazadas juveniles atendidas en la consulta externa del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante el año 2009 que utilizaron métodos anticonceptivos previo a embarazarse que son primigestas y secundigestas.



Fuente: datos obtenidos de encuestas realizadas a las embarazadas juveniles.

Figura 5

Número de embarazadas juveniles atendidas en la consulta externa del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante el año 2009 que planificaron el embarazo en curso.



Fuente: datos obtenidos de encuestas realizadas a las embarazadas juveniles.

VII. DISCUSION Y ANALISIS DE RESULTADOS

El número de consultas atendidas en el servicio de consulta externa de maternidad del Hospital de Ginecología y Obstetricia durante el año 2008 fue de 83,563 de esta cantidad 5,029 (6 %) corresponde a las embarazadas juveniles; este porcentaje varía de acuerdo a la población que estudia encontrando en varios países de Latinoamérica porcentajes que van desde 5 hasta un 13 %.

La distribución por edades de las pacientes encuestada reporta que la mayoría se encuentra entre las edades de 16 y 17 años con un total de pacientes de 222 (82 %), este resultado puede relacionarse con el 38 % (101 pacientes) de las pacientes que laboran, por lo tanto tienen derecho al control prenatal del IGSS, la mayoría de las pacientes son beneficiarias esposas, esto indica que esta población es económicamente dependiente de su conyugue.

De esta población la mayoría son pacientes que saben leer y escribir sin embargo hay poco conocimiento o acceso a la información sobre salud reproductiva y métodos anticonceptivos esta información contrasta con la información obtenida en estudios realizados en Buenos Aires en 1995 que reportó que el 95% de los adolescentes de la encuesta manifestó tener información sobre cómo evitar el embarazo.

Estado Civil: el 49 % (132 pacientes) de las pacientes están unidas, 26 % (71 pacientes) de las pacientes están casadas y un 25% (65 pacientes) son solteras; la mayoría de las pacientes cuentan con el apoyo de su pareja, ya que el 62% (166 pacientes) son beneficiarias de su conviviente comparando los resultados con estudios realizados en Latinoamérica no hay diferencia ya que el estado que predomina en esta población es la Unión de hecho o Estable.

El porcentaje de pacientes que utilizaron algún método anticonceptivo previo al embarazo fue de 19 % (16 pacientes) de este porcentaje la mayoría eran pacientes que cursan con el segundo embarazo hay una gran diferencia. Entre los Métodos anticonceptivos más utilizados por las pacientes encuestadas están: inyección: 10 pacientes, condón 35 pacientes, anticonceptivos orales 6 pacientes. Esto hace un total de 51 pacientes que utilizaron dichos métodos y 217 pacientes no utilizaron. Es muy bajo el porcentaje de pacientes que cuenta o utiliza métodos anticonceptivos en la población estudiada, si se

compara este porcentaje con un 70%e de embarazadas juveniles encuestadas en Buenos Aires en 1995 que utilizaban algún método efectivo para evitar el embarazo en la primera relación, disminuyendo ese porcentaje en las siguientes relaciones, siendo el preservativo el método más utilizado.

Esta marcada diferencias coloca a nuestra población en un grupo con mayor riesgos de cursar con un embarazo no deseado.

.
El 94% (252 paciente) de las pacientes no planifico el embarazo en curso, lo que nos indica que hay una mala orientación en cuanto a la planificación familiar o la falta de acceso a dicha información o a los métodos de planificación familiar .

7.1CONCLUSIONES

7.1.1. Un bajo porcentaje de pacientes estudiadas utilizan métodos anticonceptivos previo al embarazo.

7.1.2. El perfil epidemiológico de las embarazadas juveniles es: El estado civil que predomina es la unión de hecho, son alfabetas , no laboran y la mayoría se encuentra en edades de 16 y 17 años.

7.1.3. Hay un bajo porcentaje de pacientes estudiadas que utilizaron un métodos anticonceptivo previo al embarazo en curso.

7.1.4. El métodos anticonceptivo más utilizado por las embarazadas juveniles previo al embarazo en curso fue el preservativo masculino.

7.1.5 .La mayoría de las embarazadas juveniles estudiadas son primigesta

7.1.6. La mayoría de las pacientes estudiadas cursan con un embarazo no planificado.

7.2. RECOMENDACIONES:

7.2.1. En base a los resultados obtenidos podemos darnos cuenta que es necesario dar una buena asesoría sobre planificación familiar o forma de utilización correcta de métodos anticonceptivos en clínica de salud reproductiva, para evitar embarazos no planificados.

7.2.1. Brindar buen plan educacional y consejería a las embarazadas juveniles sobre los cambios y riesgos que lleva un embarazo durante la adolescencia.

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. American Academy of Child and adolescent psychiatry 9[Guatemala. Salud: Mujer Saludable. [Localizador de Información].[Guatemala], 2007, [http://www.deguate.com/salud/article_11834.shtml][consulta: 5 septiembre 2009]
2. American Academy of Child and adolescent psychiatry. *When Children Have Children* [en línea] U.S., 2004. 3 septiembre 2009]
3. *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Especially for Teens: Having a Baby. Patient Education Pamphlet. [en línea]. U.S. 2007., www.acog.org/publications/patient_education. [15 julio 2009]*
4. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. Bebes de mamás jóvenes, con mas riesgos de malformaciones. [en línea] U.S., 2009, http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_87140.html. [18 agosto 2009]
5. Calaf Alsina J. Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia [en línea]. 1 ed. España, SEC: Sociedad Española de Contracepción, 2008. http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva/02%20Salud%20reproductiva%20e.pdf [consulta: 5 junio 2009]
6. Campaign National to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy. [en línea]. U.S.,2006. http://www.thenationalcampaign.org/resources/pdf/LatinosEspanol_2006.pdf [3 julio 2009]
7. Centers for Disease Control and Prevention. Jóvenes de EEUU, reciben educación sexual, pero no de sus padres. [en línea]. U.S., 2009 http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_87057.html [8 agosto 2009]
8. Centers for Disease Control and Prevention. Morbidity and Mortality Weekly Report. [en línea]. U.S., 2009 http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_87057.html [8 agosto 2009]
9. Emanuel E. Biblioteca Virtual en Saucé. Qué hace que la investigación clínica sea ética. [en línea]. Guatemala. 2000 <http://www.bases.bireme.br/cgi-bin> [15 septiembre 2009]
10. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Married Adolescents Ignored In Global Agenda, [en línea]. U.S. 2004, <http://guatemala.unfpa.org/> [20 agosto 2009]

11. G3n3lez MA. Organizaci3n de los Estados Iberoamericanos para la educaci3n de la ciencia y la cultura. Aspectos 3ticos de la Investigaci3n Cualitativa. [en l3nea] Guatemala. 2000. <http://www.oei.es/salactsi/mgonzalez5.htm> [15 septiembre 2009]
12. Gude FS. Sociedad Espa3ola de Documentaci3n M3dica. Evaluaci3n de los Resultados de la Investigaci3n. Ponencias. Papeles M3dicos. [en l3nea] Espa3a. 2005. <http://www.sedom.es/> [15 septiembre 2009]
13. Lete Lasa I. Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia [en l3nea]. 1 ed. Espa3a, SEC: Sociedad Espa3ola de Contracci3n, 2008. http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva/26%20Salud%20reproductiva%20e.pdf [consulta: 5 junio 2009]
14. Mathews, M.S. y MacDorman, M.F. Centers for Disease Control and Prevention. *Infant Mortality Statistics from the 2005 Period Linked Birth/Infant Death Data Set. National Vital Statistics Reports.* [en l3nea]. U.S., 2008, www.cdc.gov/nchs/data/nvsr [8 septiembre 2009]
15. Organizaci3n Mundial de la Salud. Definici3n de Salud Reproductiva de la OMS. [en l3nea] U.S. 1998. www.who.int/hrp/progress/45/index.html. [3 agosto 2009]
16. Pita Fernandez, Unidad de Epidemiolog3a Cl3nica y Bioestad3stica, CAD ATEN PRIMARIA 1996; 3: 138-14
17. Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y j3venes de Am3rica Latina y el Caribe: Revisi3n bibliogr3fica, 1988-1998
18. Rodriguez, F. et al . El consultorio M3dico escolar como centro de referencia en un Proyecto integral en Salud Reproductiva de base Comunitaria. Rev. Med Gen Integr. Jul-ago. 1999. Vol. 15.
19. Ros Rahola R. Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia [en l3nea]. 1 ed. Espa3a, SEC: Sociedad Espa3ola de Contracci3n, 2008. http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva/01%20Salud%20reproductiva%20e.pdf [consulta: 5 junio 2009]
20. Secretaria de Salud. [Mexico]. Programa de Acci3n: Salud Reproductiva. [en l3nea]. Mexico. 2007. http://portal.salud.gob.mx/contenidos/sala_prensa/sala_prensa_campanas/sala_prensa_spotsradio6.html. [5 mayo 2009]

IX. ANEXOS

Instrumento de recolección de datos:

USO PREVIO DE METODOS ANTONCEPTIVOS EN EMBARAZADAS JUVENILES
ATENDIDAS EN LA CLINICA DE LA MUJER ADOLESCENTE DE LA CONSULTA
EXTERNA DEL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL INSTITUTO
GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL.

1. Edad: _____ - _____ -

2. . Sabe leer y escribir: SI _____ NO: _____

3. Trabaja : SI _____ NO _____

4. ¿Cuál es su estado Civil?

SOLTERA _____ CASADA _____ UNIDA _____

5. ¿Utilizó algún método anticonceptivo antes de quedar embarazada?

SI _____ NO _____

6. ¿Qué método anticonceptivo utilizó?

7. ¿Cuántas veces ha estado embarazada?

8. ¿Este es un embarazo planificado?

SI _____ NO _____

La Autora concede permiso para la reproducción total o parcialmente y por cualquier medio, de la tesis titulada: “USO DE METODOS ANTONCEPTIVOS EN EMBARAZADAS JUVENILES ATENDIDAS EN LA CLINICA DE LA MUJER ADQLESCENTE DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL.”, 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 o comercialización total o parcial.