

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS



**CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DE LAS
ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

ALMA ARCELY GARCÍA DE VÁSQUEZ

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrados de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Enfermería Materno Neonatal
Para obtener El título de
Maestra en Enfermería Materno Neonatal
Septiembre 2014**

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS



**CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DE LAS
ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

ALMA ARCELY GARCÍA DE VÁSQUEZ

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrados de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Enfermería Materno Neonatal
Para obtener El título de
Maestra en Enfermería Materno Neonatal
Septiembre 2014**



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 Licenciada: Alma Arcely García.

Carné Universitario No.: 200321318

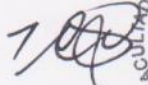
Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Artes en Enfermería Materno Neonatal, el trabajo de tesis "Caracterización Epidemiológica de las Adolescentes Embarazadas".

Que fue asesorado: Licda. Ingrid Figueroa Salan Mg.

Y revisado por: Licda. Rutilia Herrera Acajabón Msc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para septiembre 2014.

Guatemala, 25 de agosto de 2014


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

/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala
Tels. 2251-5400 / 2251-5409
Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala, 08 de Agosto de 2014

Doctor

Luis Alfredo Ruíz Cruz MSc.

Coordinador General, Maestrías y Especializaciones

Escuela de Estudios de Postgrado

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala.

Doctor Ruíz:

De manera atenta me dirijo a usted que revise el contenido del informe final de tesis con el título "Caracterización epidemiológica de las adolescentes embarazadas" de Alma Arcely García de Vásquez, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la coordinación específica e la Maestría en Enfermería Materno Neonatal de la Escuela de Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me suscribo de usted deferentemente,


Licenciada Rutilia Herrera Acajábón MSc.
Revisor de Tesis
Coordinación Específica
Escuela de Estudios de Postgrado





Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala, 08 de Agosto de 2014

Licenciada:

Rutilia Herrera Acajábón MSc.

Coordinadora Específica

Escuela de Estudios de Postgrado

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala.

Licenciada Herrera:

Por este medio le informo que asesoré el contenido del informe final de tesis con el título "Caracterización epidemiológica de las adolescentes embarazadas" de Alma Arcely García de Vásquez, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la coordinación específica e la Maestría en Enfermería Materno Neonatal de la Escuela de Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me suscribo de usted deferentemente;

Licenciada Ingrid Patricia Figueroa Salan MA.

Asesor de Tesis

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

NOTA DE AGRADECIMIENTO

Enfermería de Guatemala agradece en grande manera a la Agencia Española de cooperación Internacional al desarrollo –AECID- y a la Fundación Para El Desarrollo de la Enfermería –FUDEN-, España. El apoyo brindado al conceder 30 becas a Licenciados en Enfermería de Alta y Baja Verapaz para nuestra formación como Maestros en Enfermería Materno Neonatal.

Quienes hemos alcanzado las competencias para el desempeño en todos los ámbitos de la salud Materno Neonatal, Desarrollo Local, Investigación y Gerencia de los Servicios en cualquiera de los niveles de atención.

Presentamos nuestros respetos y gratitud a tan prestigiosa Agencia y Fundación, quedando con el compromiso de trabajar para el desarrollo integral de la población.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS: Mi padre celestial por darme el don de la vida, sabiduría, conocimiento, por obtener este triunfo en mi vida y que todo lo que soy se lo debo a la grandeza su amor hacia mí.

A MI ESPOSO: Jesús Francisco Vásquez Alvarado por darme su apoyo incondicional, gracias por acompañarme en mis sueños y estar siempre a mi lado en las buenas y en las malas.

A MI MADRE: Celia García, por su apoyo.

A MI HIJOS: Kelly Marjhory y Jesús Francisco Vásquez García, por su comprensión y Cariño y sea ejemplo para ellos.

A MIS HERMANOS: Joel y William.

A TODAS AQUELLAS PERSONAS: Que de una u otra manera formaron parte de este triunfo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDO	PAGINA
INDICE DE CONTENIDOS.....	i
INDICE DE CUADROS.....	ii
RESUMEN.....	iii
ABSTRACT.....	iv
I. INTRODUCCION.....	1
II. ANTECEDENTES.....	3
III. OBJETIVOS.....	21
3.1 GENERAL.....	21
3.2 ESPECIFICO.....	21
IV. MATERIAL Y METODOS.....	21
V. RESULTADOS.....	24
VI. DISCUSION Y ANALISIS.....	31
6.1 RESULTADO DE INTERVENCIÓN	37
6.2 CONCLUSIONES.....	39
6.3 RECOMENDACIONES.....	40
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	41
VIII. ANEXOS.....	43

INDICE DE CUADROS

CONTENIDO	PAGINA
CUADRO No. 1	24
CUADRO No. 2	24
CUADRO No. 3	24
CUADRO No. 4	25
CUADRO No. 5	25
CUADRO No. 6	25
CUADRO No. 7	25
CUADRO No. 8	26
CUADRO No. 9	26
CUADRO No.10	26
CUADRO NO.11	27
CUADRO No. 12	27
CUADRO No. 13	27
CUADRO No. 14	27
CUADRO No. 15	28
CUADRO No. 16	28
CUADRO No. 17	28
CUADRO No. 18	28
CUADRO No. 19	29
CUADRO No. 20	29
CUADRO No. 21	29
CUADRO No. 22	29
CUADRO No. 23	30

RESUMEN

La presente investigación es de tipo cuantitativa, descriptiva y de corte transversal, se llevó a cabo con el total de la población de adolescentes embarazadas, del distrito No. 11 del municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz durante el mes de Diciembre del año 2013, empleando una encuesta con 25 preguntas para recolectar la información pertinente que permitiera identificar la caracterización epidemiológica de las adolescentes embarazadas como objetivo primordial y así lograr la identificación de los factores relacionados a lugar, edad, etnia estado civil, nivel educativo de las adolescentes en estudio.

Dentro de los resultados obtenidos el 69% de las adolescentes embarazadas se encuentran en la adolescencia media comprendida de los 15 a los 18 años, asimismo se obtiene un resultado muy relevante que es el bajo nivel educativo en las adolescentes ya que el 65% únicamente han cursado algún grado del nivel primario, su lugar de residencia es el área rural ocupando un 66% y el 92% pertenecen a la etnia indígena, esto indica que las adolescentes tienen tendencia a embarazos precoces debido a su conocimiento y a su nivel educativo bajo.

En general los datos obtenidos reflejan que existen niveles bajos de conocimientos relacionados a las complicaciones obstétricas y las señales de peligro durante el embarazo todos estos factores contribuyen a aumentar el riesgo de las adolescentes embarazadas ya que son un grupo vulnerable de la población por estar en la etapa de la adolescencia.

Por lo antes descrito se considera que es muy importante tomar en cuenta estos aspectos e implementar un plan educativo permanente para las adolescentes enfatizando en sexualidad humana y planificación familiar y así ayudar a la disminución de embarazos en adolescente.

Palabras claves: Adolescentes, embarazo en adolescentes, caracterización epidemiológica.

ABSTRACT

This research is quantitative, descriptive cross-sectional, was conducted with the total population of adolescents embarazadas, District No. 11 of the town of San Fernando Chahal, Alta Verapaz during the month of December 2013, using a survey with 25 questions to collect relevant information that could identify the epidemiological characterization of pregnant adolescents as primary objective and achieve the identification of factors related to location, age, ethnicity, marital status, educational level of the adolescents in the study.

Among the results, 69% of pregnant adolescents are at middle adolescence comprised of 15 to 18 years, also a very important result is the low level of education among adolescents was obtained as 65% have only taken any grade of primary, his place of residence is rural area occupying 66% and 92% belong to the indigenous ethnic group, this indicates that adolescents are prone to early pregnancies because of their knowledge and their low educational level.

In general, the data obtained show that there are low levels related to obstetric complications knowledge and danger signs during embarazo all these factors contribute to the risk of pregnant teenagers as they are a vulnerable group of the population to be in the adolescence.

As described above are considered to be very important to consider these issues and implement an ongoing education program for teens emphasizing human sexuality and family planning and thus helps to lower teen pregnancies.

Keywords: Adolescents, adolescent pregnancy, epidemiological characterization

I. INTRODUCCIÓN

Los embarazos en adolescentes es una preocupación de la sociedad en todos los países del mundo ya que día con día van en incremento las estadísticas relacionadas a este tema.

La edad de inicio de la vida sexual es cada vez más temprana y con el descenso de esta edad se han presentado para la sociedad problemas personales, de pareja, familiares y sociales que tienen grandes e innegables consecuencias en el engranaje social.

El embarazo en adolescentes entraña riesgos físicos para la madre que gesta a tan temprana edad, peligros para la estabilidad familiar, que entra en crisis desde el mismo momento en que se enteran de la noticia, condicionando un decremento en calidad y satisfacción con las condiciones de vida porque es generar vida en un entorno poco satisfactorio, tener un hijo en el margen de la inestabilidad económica y social y por lo tanto perpetuar condiciones de pobreza y dependencia económica.

La adolescencia por si sola es un reto personal, es la oportunidad para que el joven aprenda de sus experiencias empiecen el tránsito desde el pensamiento concreto hasta el abstracto y adquiera la madurez e independencia emocional psicológica y física y además comience a cimentar su futura independencia económica. Muchas son las circunstancias que hace del embarazo en las adolescentes una situación riesgosa, aunque en el sentido estricto el riesgo físico es alto por la inmadurez y por la competencia que se establece entre madre e hijo por los nutrientes, es aún más importante la repercusión social porque involucra el recurso más valioso de la sociedad que es el nuevo ser y el entorno al cual llega.

La fecundidad es mayor en adolescentes de áreas rurales y con menor nivel educativo; en los adolescentes de 15 a 19 años el nivel de escolaridad representan el 40.7% de los adolescentes con secundaria sin terminar, seguido de la primaria sin terminar con un 26.2% y la primaria terminada con un 20.9%.

Los embarazos en edades de 10 a 19 años representan el 51.9% del total de partos atendidos en el hogar, seguido de un 42.7% de partos atendidos en los hospitales.

La presente investigación fue realizada para caracterizar el comportamiento epidemiológico del embarazo en adolescentes del distrito 11, del municipio de San Fernando Chahal Alta Verapaz, obteniendo la información a través de un instrumento conteniendo 25 preguntas.

Es un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal. Las fuentes principales que enriquecieron el Marco Referencial fueron consultadas en libros de texto, sitios de internet y trabajos de tesis relacionados al tema.

Se espera que este trabajo sirva de material de referencia para estudiantes y sea punto de partida para otras investigaciones, el trabajo está estructurado de la siguiente manera:

primero aparece el índice el título de la investigación, los contenidos y el resumen, así mismo se incluyó la introducción, antecedentes, objetivos tanto general como específico y además se adjuntó el capítulo de materiales y métodos, resultados del mismo con su discusión y análisis respectivamente, los resultados de intervención. Para finalizar se presentan las conclusiones y recomendaciones.

II. ANTECEDENTES

El número de embarazos en adolescentes preocupa mucho, sobre todo en los países con los índices más elevados, como Estados Unidos y Gran Bretaña. Según el Instituto Alan Guttmacher, en 1997 hubo 93 embarazos por cada 1.000 adolescentes en Estados Unidos; 62,6 en Inglaterra y Gales; y 42,7 en Canadá. Esta medida incluye nacimientos y abortos espontáneos y provocados. Según datos de UNICEF, en 2002, 52 adolescentes de cada 1.000 de entre 15 y 19 años tuvieron un hijo en Estados Unidos (primer puesto de los países ricos) y 30 de cada 1.000 en Gran Bretaña (segundo puesto del mundo y primero de Europa). Japón, Suiza, Holanda y Suecia tienen menos de 7.¹

Los países con mayor incidencia de embarazos en adolescente en el continente americano se registran en Nicaragua, Honduras y Guatemala, de acuerdo con datos de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL). La incidencia para los tres países mencionados solo lo superan algunos países africanos.

Guatemala tiene el tercer lugar en relación a mortalidad materna a nivel de las Américas, los departamentos con mayores índices de embarazos en adolescentes son Huehuetenango, Jutiapa, Jalapa y Petén.

La razón de la Mortalidad Materna es de 153 X 100,000 N.V.

La mortalidad Neonatal 51.4 % en 2008/ 2009.

En aspectos nutricionales, las anemias por deficiencia de hierro en mujeres de edad reproductiva, es de 23 %, de este grupo, las mujeres que mayor prevalencia presentan son las adolescentes de (15 a 19 años). Y en las mujeres embarazadas es el 24 % (ENSMI 2003).

Las causas más frecuentes de Mortalidad Materna son: Hemorragia durante el parto y puerperio inmediato, Hipertensión inducida por el embarazo, Sepsis, Complicaciones de aborto en condiciones de riesgo

La demanda insatisfecha para espaciar los embarazos aún tiene brechas importantes (20.8% a nivel nacional).

¹ BMJ, la educación sexual y el embarazo de adolescentes, aceprensa, 4-XII-02.

La fuente de mayor obtención de métodos anticonceptivos para espaciar los embarazos es el Ministerio de Salud Pública con un (57.9%) y por la iniciativa privada (40.2%), mayores porcentajes se presentan en mujeres de área rural, indígenas y bajo nivel educativo.

Las principales causas de Mortalidad Neonatal son: Sepsis, Prematuros y Asfixia Perinatal.

Es importante tener los conocimientos necesarios para poder desarrollar y aplicar todos los indicadores de salud en relación a la reducción de La mortalidad materna neonatal.

La incidencia de embarazos en adolescentes en el departamento de Alta Verapaz, según la memoria de labores 2012, arroja que los partos de menores de 20 años fue de 7,096, de 20 a 35 años fueron 16,819 y mujeres mayores de 35 años 3,137 haciendo un total de 27,052 partos², y ocupando el 26% las adolescentes esto es un dato muy alarmante, ya que a nivel nacional es de un cuatro por ciento el índice de partos en mujeres menores de 20 años.

El Observatorio de Salud Reproductiva (OSAR) da cuentas de que durante los primeros seis meses del año 2012, Se atendieron sesenta y ocho mil quinientos partos (68,500), de estos el veinticinco por ciento han sido mujeres de diez a diecinueve años.³

La situación es alarmante, dice Mirna Montenegro, integrante del OSAR, pues al relacionar los datos del primer semestre de 2011 con los de este año se evidencia que el incremento de embarazos en esas edades fue del 4 por ciento.⁴

Agrega que la otra variación fue cuando tuvieron su primera relación sexual. El año pasado los casos eran en niñas de 10 y 11 años. Hoy fue a los 9 años de edad y de esa cuenta es que el primer semestre de 2012 sumó 1,101 madres menores de 14 años.

La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009 establece que Guatemala tiene 114 madres de 10 a 20 años por cada 1,000 habitantes.

Debido al incremento de embarazos en niñas y adolescentes, en 2010 se firmó una carta interinstitucional. A la cartera educativa se le ordenó impartir educación sexual y reproductiva en todas las aulas del país a partir de ese ciclo. Al Ministerio de Salud, apoyar este proceso y

² Memoria de labores 2012.

³ El periódico, Guatemala, miércoles 22 de mayo del 2013

<http://www.elperiodico.com.gt/es/pais/216713>, consultado 22-5-2013, 19.22 Hrs.

unir esfuerzos para reducir los embarazos en adolescentes, lo cual acompañarían otras organizaciones. Pero 2 años después, el proceso sigue sin concluir.

Según Montenegro, Educación capacitó a los directores de seis departamentales, se creó el material de apoyo para los docentes y toda la estrategia que llamaron Educación Sexual Módulo para Docentes. Lo último que falta es la impresión de textos y la ejecución.

2.1 Embarazo

Es el estado gestacional que se dé en el lapso de 10 a 19 años.

Es el proceso que permite la procreación del género humano, se inicia con una relación sexual entre una mujer y hombre en los cuales la fisiología de ambos es competente para la fecundación.

La adolescencia es una de las etapas más difíciles para el ser humano, ya que es un estado de madurez en la que corremos el riesgo de fracasar o cometer errores que dejarán huella en el futuro de las personas.

2.2 Embarazo en la adolescencia

Se define como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal tiempo transcurrido desde la Menarca y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen. Ha sido llamado también el síndrome del fracaso o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza, ya que irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos que todavía no alcanzan la madurez física y mental y a veces en circunstancias adversas como las carencias nutricionales u otras enfermedades y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo.

El embarazo en la adolescencia está asociado con un mayor índice de morbilidad y mortalidad, para la madre y para el bebé. Además, muchas de las adolescentes quedan nuevamente embarazadas en los dos años siguientes al nacimiento del primer bebé, lo que dificulta todavía más continuar con los estudios y conlleva generalmente una mala situación económica en el futuro, que también afectará al bienestar de los hijos.

2.2.1. Principales complicaciones de las adolescentes embarazadas.

- Placenta previa.
- Preeclampsia (hipertensión arterial durante el embarazo).
- Parto prematuro.

- Anemia grave.

2.2.2 Complicaciones que pueden afectar al niño:

- Bajo peso al nacer.
- CIR (crecimiento intrauterino retardado).
- Prematuridad (con todas las complicaciones asociadas).
- Riesgo de sufrir accidentes, enfermedades, o tener una alimentación inadecuada debido a falta de cuidados maternos.
- Bajo rendimiento académico.
- Ser madre/padre en la adolescencia, al igual que sus progenitores.

2.3 Consideraciones psicosociales para el aumento de los embarazos en adolescentes

2.3.1 Factores predisponentes

Sociedad Represiva

Niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola solo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasa a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando la castidad prematrimonial.

Sociedad Restrictiva

Tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.

Sociedad permisiva

Tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.

Sociedad alentadora

Para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no

se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico.

Menarca Temprana

Otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.

Inicio precoz de relaciones sexuales

Cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

Familia disfuncional

Uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la Necesidad de protección de una familia consciente, con buen dialogo entre padres-hijos. Su ausencia genera creencias afectivas que la Joven no sabe resolver, impulsando a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

Bajo nivel educativo

Con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

Migraciones recientes

Con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.

Pensamientos Mágicos:

Propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

Fantasías De Esterilidad:

Comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

Falta o distorsión de la Información:

Es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa.

Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres:

Cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

2.3.2 Factores socioculturales:

La evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

2.3.3 Factores determinantes

- Relaciones sin anticoncepción
- Abuso sexual
- Violación

2.3.4 Aspectos psicosociales del embarazo en adolescentes

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija-madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.

También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico.

Así, por temor a perder lo que cree tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan.

En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del "abuso sexual", en la mayoría de los casos por su padre biológico.

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 del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin

protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.

2.4 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El campo de la sexualidad se ha convertido en los últimos tiempos en un tema muy importante ya que se ha descubierto que mucho de nuestro desarrollo (mente, cuerpo e integración en la sociedad) está ligado íntimamente al sano desarrollo de nuestra sexualidad. Sin embargo para poder abordar este tema, es muy importante estar de acuerdo que algunas definiciones sean claramente entendidas, dado que en este tema existe una gran cantidad de confusiones, mitos y tabúes que en nada ayudan a entender esta muy importante característica de los seres humanos.

Podemos decir que sexualidad es el conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales que determinan una expresión satisfactoria o no del hecho de ser mujeres u hombres, podemos afirmar que prácticamente todo lo que hacemos en nuestra vida está influenciado por la presencia de nuestra sexualidad.

2.5 ADOLESCENCIA

Los cambios corporales indican la llegada de la pubertad y marcan el inicio de la adolescencia.

Es una etapa de la vida que transcurre desde la pubertad hasta los 19 años. Es un período en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Inicia a los 10 años y finaliza a los 19 años de edad.

Cronológicamente: De acuerdo al criterio utilizado por la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia se le define como el lapso de tiempo que comprende aproximadamente entre los 10 y los 19 años.

Característica de la adolescencia

Se caracteriza por el crecimiento físico y desarrollo psicológico y es la fase humana situada entre la infancia y la edad adulta. Esta Transición es tanto física como psicológica por lo que debe considerarse como un fenómeno biológico, cultural y social.

Adolescencia temprana

Adolescencia media

Adolescencia tardía

Desarrollo de la Adolescencia

Desarrollo Somático

Cambios que experimenta el adolescente en su cuerpo:

- Desarrollo de las características sexuales primarias relacionadas a los órganos de reproducción: crecimiento del pene, testículos, ovario, útero, vagina, clítoris y labios genitales mayores y menores.
- Desarrollo de las características sexuales secundarias: aparición del vello pubiano y axilar; en los varones barba y el vello en las piernas, brazos y pecho; en las mujeres, aparición del botón mamario y desarrollo de los pechos, cambios de voz, posteriormente la menarquía.
- Adquisición de la madurez sexual (capacidad reproductiva).
- Desarrollo de las glándulas sudoríparas y sebáceas.
- Aumento en la velocidad de crecimiento, cambio en proporciones corporales, peso fuerza, coordinación motora.
- En las mujeres la pubertad se inicia uno o dos años antes que en los hombres.

Desarrollo emocional: El desarrollo emocional estará vinculado a la evolución previa que trae el niño y al contexto social y familiar en el que está inserto.

Son consideradas como una de las tareas evolutivas importantes de esta etapa el aprender a percibir, modular y controlar la expresión de las emociones e impulsos.

Desarrollo Social: En la adolescencia uno de los cambios más significativos que supone esta etapa, es el paso desde la vida familiar a la inserción en la vida social.

Desarrollo psicosexual: La sexualidad en la adolescencia se desarrolla en tres áreas:

FISICA: aparición de los caracteres sexuales secundarios que preparan al individuo para participar en el acto sexual.

PSICOLOGICA: Se manifiesta en el conocimiento, la curiosidad y las intenciones acerca de la sexualidad. El pensamiento proposicional le permite al adolescente imaginarse como persona sexual y elaborar planes. La mayoría de estas actividades ocurren en la imaginación del adolescente.

SOCIAL: Comprende la involucración sexual efectiva con otras personas la que se refleja en sus elecciones de objetos sexuales siendo cada expresión un reflejo de la experiencia contextual del adolescente, donde la familia es su ámbito más inmediato.

2.6 Sexualidad Humana

Representa un conjunto de comportamientos que conciernen la satisfacción de la necesidad y el deseo sexual. Al igual que los otros primates, los seres humanos utilizan la excitación sexual con fines reproductivos y para el mantenimiento de vínculos sociales, pero le agregan el goce y el placer propio y el del otro. El sexo también desarrolla facetas profundas de la afectividad y la conciencia de la personalidad. En relación a esto, muchas culturas dan un sentido religioso o espiritual al acto sexual, así como ven en ello un método para mejorar (o perder) la salud.

La complejidad de los comportamientos sexuales de los humanos es producto de su cultura, su inteligencia y de sus complejas sociedades, el motor base del comportamiento sexual humano siguen siendo los instintos, aunque su forma y expresión dependen de la cultura y de elecciones personales; esto da lugar a una gama muy compleja de comportamientos sexuales. En la especie humana, la mujer lleva culturalmente el peso de la preservación de la especie.

En la sexualidad humana pueden distinguirse aspectos relacionados con la salud, el placer, legales, religiosos y otros. El concepto de sexualidad comprende tanto el impulso sexual, dirigido al goce inmediato y a la reproducción, como los diferentes aspectos de la relación psicológica con el propio cuerpo (sentirse hombre, mujer o ambos a la vez) y de las expectativas de rol social. En la vida cotidiana, la sexualidad cumple un papel muy destacado ya que, desde el punto de vista emotivo y de la relación entre las personas, va mucho más allá de la finalidad reproductiva y de las normas o sanciones que estipula la sociedad.

2.7 Violencia sexual y su consecuencia embarazo en adolescentes

Aunque en muchos países se hacen esfuerzos para evitar la violencia sexual infantil o en adolescentes, creando leyes, normas y estrategias a nivel salud, justicia, educación, todo parece indicar que los resultados no son satisfactorios. La Violencia sexual en lugar de disminuir, se incrementa con el paso de los años.

Se manifiesta de diferentes formas, desde la violación, hasta la presión física y psicológica que obliga a niñas y chicas en la adolescencia a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad.

Los niños y hombres también son víctimas de abuso y violencia sexual, los diferentes estudios y estadísticas indican que es mayor la incidencia en mujeres y las niñas que están en la pre-adolescencia y adolescencia.

La violencia sexual ocurre en cualquier momento de la vida de la mujer, se han notificado ante las entidades de justicia, violaciones a niñas de pocos meses de edad y de mujeres adultas.

Nos preguntamos ¿Qué pasa con los hombres o a las mujeres para que sucedan estos terribles incidentes? ¿Dónde está el corazón, dónde el amor? ¿Por qué las hijas e hijos están vulnerables?

Por lo general, en este tipo de violencia, la niña o adolescente no tiene elección y enfrenta graves consecuencias físicas, psicológicas y sociales.

Los registros y denuncias por abuso y violencia sexual son menores a los casos reales, se han encontrado múltiples razones por las cuales una mujer (niña, en la adolescencia, o adulta) no manifiesta o denuncia este tipo de situaciones, incluso sucede que es una decisión familiar (la niña o adolescente lo manifiesta a su madre o familia, y estos deciden no denunciar)

- Ella cree (o su familia cree) que puede resolver el problema sola.
- Considera que los daños no fueron muy serios (o así lo considera la mamá o familia).
- Miedo a una mayor agresión.
- No desea dañar al agresor (generalmente sucede cuando es un agresor de la familia).
- No cree que el episodio vuelva a ocurrir.
- Es parte de la vida normal (así lo ha interiorizado por las experiencias de vida).
- No sabe dónde ir a poner la denuncia.
- Temor al escándalo o que sea público este incidente.
- No cree en las entidades de justicia.

2.8 Embarazo como consecuencia del abuso y violencia sexual

La violencia sexual afecta en múltiples formas la salud física, psicológica, emocional y sexual de la niña o adolescente que ha sido víctima.

En cuanto a la salud sexual y reproductiva de las mujeres se pueden presentar embarazos, hijos no deseados, e incluso abortos.

Contagios por infecciones de transmisión sexual o VIH. Se presentan casos de contagios de ITS junto con el embarazo. Sin embargo, las consecuencias más dolorosas y difíciles de superar son de índole psicológica y emocional. Las adolescentes pierden su autoestima, tienen dificultades con sus relaciones interpersonales, disminuyen sus expectativas de desarrollo profesional y su vida sexual será muy traumática.

Pueden tomar conductas como el alcoholismo u otras adicciones, promiscuidad hasta prostitución y ningún cuidado de su salud sexual o reproductiva.

Un embarazo como consecuencia de abuso sexual puede implicar las siguientes situaciones:

Los trastornos de ansiedad materna ocasionados por el abuso sexual pueden generar bajo peso neonatal e irritabilidad en los bebés recién nacidos.

La depresión expone a la adolescente o mujer gestante a un deficiente control prenatal, baja ingesta de nutrientes y al consumo de nicotina o estupefacientes.

La depresión posparto ejerce consecuencias nocivas sobre el bebé, como alteraciones fisiológicas, bioquímicas y de conducta.

Las mujeres en la adolescencia e incluso adultas, requieren tratamiento psiquiátrico o que abusan de estupefacientes tienen mayor riesgo de un inapropiado control prenatal, el cual se asocia con malos resultados obstétricos (bajo peso neonatal, muerte fetal, etc.).

Las mujeres que están embarazadas a partir de un incidente de violencia sexual deben ser tratadas como casos especiales y específicos, según sus síntomas mentales, los problemas físicos y conductas negativas para la salud. Su atención médica debe incluir diferentes disciplinas que cubran su salud física, psicológica, emocional y sexual.

Una mujer que no es atendida adecuadamente luego de un incidente de violencia sexual y que enfrenta como consecuencia un embarazo, puede tomar medidas como la del suicidio.

Es oportuno iniciar una formación en sexualidad? Para Hombres, mujeres, niños, niñas y adolescentes requieren conocimiento, Fuerza Interior que les permita vivir su vida y

sexualidad en forma sana, responsable, y grata. La educación que inicia desde la familia es una gran herramienta para evitar la violencia sexual.

2.9 Planificación familiar

Planificación familiar es el conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores, orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales.

El control o planificación familiar puede tener como objetivo engendrar o no descendientes, en su caso, decidir sobre el número de hijos, el momento y las circunstancias -sociales, económicas y personales- en las que se desea tenerlos.

También se incluye dentro de la planificación familiar la educación de la sexualidad la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, el asesoramiento antes de la fecundación, durante el embarazo y el parto, así como el tratamiento de la infertilidad, mediante técnicas de reproducción asistida como la fecundación in vitro.

2.10 Intervenciones de enfermería

2.10.1 Objetivos del cuidado de Enfermería durante el embarazo

Ofrecer atención prenatal personalizada

Fomentar en la adolescente una actitud proactiva en su cuidado personal y brindarle información para tomar decisiones adecuadas.

Detectar tempranamente complicaciones

Establecer una relación estrecha y cálida con la mujer embarazada y su familia, haciendo ver que el embarazo es un proceso que involucra a ambos.

Fomentar el autocuidado en la mujer para reducir los riesgos de morbilidad y mortalidad materna.

2.10.2 Acciones de Enfermería en la adolescente embarazada

- Garantizar una cobertura de enfermería a mujeres embarazadas en el área de influencia.
- Garantizar la periodicidad, calidad y accesibilidad de la atención.
- Promover un ambiente cálido, acogedor y una relación basada en la confianza.
- Identificar los factores de riesgo y crear un sistema de referencia

- Garantizar la participación de un acompañante elegido por la mujer embarazada durante la atención prenatal.
- Dar seguimiento de las mujeres embarazadas referidas a otro nivel.

2.11. Teoría y modelos de Enfermería

Enfermería a lo largo del tiempo, se ha desarrollado como ciencia y como profesión, sin embargo debe ir respaldada por una teoría que le da sentido y metodología y por supuesto para una práctica útil y funcional.

2.11.1 Teoría del Autocuidado De Dorothea Orem

Dorothea Elizabeth Orem, una de las primeras teóricas del a enfermería, nació en Baltimore Maryland en 1914.

Inicio su carrera en la Escuela de Enfermería en el Hospital Providence de Washington.

Muere a los 94 años un 22 de junio de 2007.

Fuentes Teóricas

Los cuidados enfermeros representan un servicio especializado que se distingue de los otros servicios de salud ofrecidos porque está centrado sobre las personas que tienen incapacidades para ejercer el autocuidado. La enfermera completa los déficit de auto cuidado causados por la diferencia que se plantean entre las necesidades de autocuidado y las actividades realizadas por la persona (Orem, 1993).

El rol de la enfermera, pues, consiste en persuadir a la persona a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de sus autocuidado utilizando cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar. Para ello la enfermera se vale de tres modos de actuación: sistema de intervención totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de asistencia/enseñanza según la capacidad y la voluntad de la persona.

La persona es un todo que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente, y que posee las capacidades, las aptitudes y la voluntad de comprometerse y de llevar a cabo autocuidado que son de tres tipos: los autocuidados universales, los autocuidados asociados a los

procesos de crecimiento y de desarrollo humano y los autocuidados sexuales unidos a desviaciones de salud. La salud se define según esta autora como un estado de integridad de los componentes del sistema biológico y de los modos de funcionamiento biológico, simbólico y social del ser humano. Por último, el entorno representa todos los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender el autocuidado sobre su capacidad para ejercerlos (Orem, 1993).

2.11.2 Teoría Adopción del Rol Maternal

El Rol Funcional: Va orientado a la búsqueda de nuevos espacios profesionales, rompiendo paradigmas, en lo asistencial, docente y gerencial, donde cada uno de estos elementos se convierte en el pilar del quehacer de enfermería. En esta asignatura, se ofrece la oportunidad de validar y confrontar en la práctica desde cualquiera de los campos de acción seleccionados, el conocimiento teórico, sobre el cuidado a las madres y lo neonatos.

El cuidado materno perinatal, es uno de los ámbitos de la profesión de enfermería, en donde éste ejerce un rol fundamental desde diversos campos de acción y en las diferentes etapas de la vida del proceso procreativo como la gestación, el trabajo de parto, el parto y el posparto y su recién nacido. Éstos son eventos de la vida que requieren de un cuidado integral, acorde con las necesidades de la mujer, el recién nacido y su familia, teniendo en cuenta el contexto social y cultural al que pertenecen.

Desde el orden social, económico y político, las mujeres y los niños representan un grupo importante de la población y son especialmente vulnerables a los cambios y transformaciones de un país y a los problemas de todo tipo como la violencia, el desplazamiento, el analfabetismo, el maltrato y la inequidad social y económica.

Se destacan importantes enfermeras en el mundo que trabajan en el desarrollo teórico y práctico del cuidado de enfermería, entre ellas Madeleine Leininger, quien a través de su teoría de la Diversidad

Cultural, muestra un área importante de estudio, especialmente en un país en transformación y globalizado como Colombia.

Ramona Mercer, quien con su teoría Adopción del Rol Maternal, propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción del rol maternal.

Los profesionales de enfermería en el ámbito nacional, han construido importantes programas y proyectos tendientes al cuidado integral de madres gestantes, de madres en posparto y de sus recién nacidos, a la luz de los resultados de investigaciones que explican la influencia de los aspectos del contexto en el estado físico y psicológico de las mujeres y su experiencia de vida de salud - enfermedad.

Estos programas tendientes al cuidado materno perinatal, poseen un liderazgo importante del profesional de enfermería en la planeación, desarrollo y evaluación, lo que ha hecho posible, el impacto positivo en esta población. A continuación se mencionan algunos de estos programas:

1. Preparación para la maternidad y paternidad.
2. Promoción y apoyo a la lactancia materna exclusiva.
3. Cuidado neonatal y materno durante el posparto según características especiales como: adolescentes, niños prematuros, bajo peso al nacer, gestantes y puérperas con y sin situaciones de enfermedad.

El programa de preparación para la maternidad y paternidad, desarrollado durante la etapa gestacional, ofrece la posibilidad de trabajo con la pareja y familia, para el reconocimiento de su vivencia, la visualización del nuevo ser, estimulación sensorial del feto, preparación para el nacimiento, la adopción de los roles materno y paterno, autovaloración y autocuidado.

2.11.3 Teoría de Madeleine Leininger

Cuidados culturales: teoría de la diversidad y la universalidad LEININGER, es la fundadora de la enfermería

transcultural y líder en la teoría de los cuidados a las personas enfermería transcultural fue la primera enfermera profesional con preparación universitaria que obtuvo un premio en antropología cultural y social nació en Sutton Nebraska y comenzó su carrera como enfermera después de haberse diplomado en la escuela de enfermería de san Anthony Denver.

FUENTES TEÓRICAS

Leininger se basó en la disciplina de la antropología y de la enfermería definió la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados de enfermería específicos para la cultura y una práctica de cuidados de enfermería para universales de la cultura.

La enfermería transcultural va más allá de los conocimientos y hace uso del saber de los cuidados de enfermería culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables Leininger declara que con el tiempo habrá un nuevo tipo de práctica enfermera que reflejara los distintos tipos de enfermería, los cuales se definirán y basarán en la cultura y serán específicos para guiar los cuidados enfermeros dirigidos a individuos, familias, grupos e instituciones. Afirma que a cultura y el cuidado son los medios más amplios para conceptualizar y entender a las personas este saber es imprescindible para la formación y la práctica de enfermería.

Leininger defiende que, así como la enfermería es significativa para los pacientes y para las enfermeras de todo el mundo el saber de la enfermería transcultural y sus competencias serán imprescindibles para orientar las decisiones y las acciones de las enfermeras y así obtener resultados buenos y eficaces.

ENFERMERIA TRANSCULTURAL: Se refiere a las enfermeras que están formadas en enfermería transcultural y que tienen como labor desarrollar el saber y la práctica de la enfermería transcultural.

ENFERMERIA INTERCULTURAL: Se refiere a las enfermeras que usan conceptos antropológicos médico o aplicados; la mayor parte de ellas no están autorizadas a desarrollar la teoría de la enfermería transcultural ni a llevar a cabo prácticas basadas en la investigación.

Según Leininger, la enfermera transcultural es una enfermera diplomada, que es capaz de aplicar conceptos generales principios y prácticas de la enfermería transcultural creados por las enfermeras transculturales especialistas por otro lado Leininger defiende y promueve una teoría nueva y diferente, y no la teoría tradicional de la enfermería, que normalmente se define como un conjunto de conceptos relacionados entre sí de forma lógica y proposiciones hipotéticas que se pueden probar a fin de explicar o predecir un hecho, fenómeno o situación. En cambio, Leininger defiende la teoría como el descubrimiento sistemático y creativo del conocimiento de un campo de interés o de un fenómeno que parecen relevantes para entender o explicar fenómenos desconocidos.

Leininger, creo la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales enfermeros, que tienen sus cimientos en la creencia de que las personas de diferentes culturas pueden informar y guiar a los profesionales y de este modo, podrán recibir el tipo de atención sanitaria que deseen y necesiten de estos profesionales. La cultura representan los modelos de su vida sistematizados y los valores de las personas que influyen en sus decisiones y acciones. POR TANTO, LA TEORIA ESTA ENFOCADA PARA QUE LAS ENFERMERAS DESCUBRAN Y ADQUIERAN EL CONOCIMIENTOS ACERCA DEL MUNDO DEL PACIENTE Y PARA QUE ESTAS HAGAN USO DE SUS PUNTOS DE VISTAS INTERNOS, SUS CONOCIMIENTOS Y PRACTICA, TODO CON LA ETICA ADECUADA.

No obstante Leininger anima a obtener el conocimiento del interior de las personas o culturales, ya que este conocimiento tiene mayor

credibilidad. La teoría no tiene que ser necesariamente intermedia ni una gran teoría, aunque si se debe interpretar como una teoría holística o como una teoría de campos específicos de interés.

Hasta la fecha, Leininger ha estudiado varias culturas en profundidad y otras tantas en colaboración con estudiantes universitarios y licenciados, y profesores por medio de método cualitativo de investigación. A explicado 130 principios diferentes de los cuidados en 56 culturas teniendo cada una diferentes significados, experiencias culturales y usos que hacen las personas de culturas parecidas o diversas. Leininger afirmo que el objetivo de la teoría de los cuidados consiste en proporcionar cuidados que sean coherentes con la cultura. Considera que las enfermeras deben trabajar de tal modo que se explique el uso de los cuidados y significados, y así los cuidados culturales valores, creencias y modos de vida pueden facilitar bases fiables y exactas para planificar e implementar eficazmente los cuidados específicos de la cultura y para identificar.

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Caracterizar el comportamiento epidemiológico del embarazo en adolescentes del distrito No. 11, del municipio San Fernando Chahal, Alta Verapaz.

3.2 ESPECÍFICOS:

Identificar factores relacionados a lugar, edad, etnia, estado civil, nivel educativo, que intervienen en el comportamiento epidemiológico de las adolescentes embarazadas, en el Distrito No. 11, del municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz.

IV. MATERIAL Y MÉTODO

4.1 DISEÑO DE INVESTIGACION

El presente estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal.

Descriptivo: Describe los factores que influyeron en la ocurrencia de embarazos en adolescentes.

Cuantitativo: porque generó la información de los actores que determinan el problema y su tabulación en cantidades.

De corte Transversal: porque el estudio se realizó en determinado tiempo.

4.2 UNIVERSO

Conformada por el 100% de adolescentes embarazadas del Municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz, durante los meses de Noviembre y diciembre 2013.

4.3 MUESTRA

No se calculó muestra ya que se tomó en cuenta la población total de 26 adolescentes embarazadas

4.4 CRITERIOS DE INCLUSION

Mujeres embarazadas comprendidas entre los 10 a 19 años de edad del distrito XI, San Fernando Chahal, A.V.

4.5 CRITERIOS DE EXCLUSION

Mujeres embarazadas mayores de 19 años de edad.

4.6 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION		CATEGORIA	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO
	CONCEPTUAL	OPERACIONAL			
Caracterización epidemiológica de las adolescentes embarazadas en el Distrito No. 11, del municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz.	Son los factores epidemiológicos Relacionados a lugar, edad, etnia, estado civil, nivel educativo de las adolescentes embarazadas.	Son todas las respuestas y comentarios que puedan brindar las adolescentes embarazadas con respecto a los factores que influyeron en embarazarse a temprana edad.	Cualitativa, cuantitativa y descriptiva	Nominal y ordinal	Encuesta de recolección de datos

4.7 TECNICAS, PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTO A UTILIZAR

Para determinar la caracterización epidemiológica de las adolescentes embarazadas en el distrito No. 11, del Municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz, se elaboró una encuesta con 25 preguntas, con respuestas cerradas, abiertas y de opción múltiple.

Para la realización del trabajo de campo se coordinó con la dirección del Distrito para poder aplicar el instrumento y luego de haber obtenido la autorización de la Dirección y del encuestado mediante la firma del consentimiento informado, el instrumento fue aplicado.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio se realizó con base a los principios éticos que se describen a continuación:

- El Derecho a la autodeterminación:
Se les brindó la información necesaria a las adolescentes embarazadas sobre los fines del estudio, la libertad de participar o no en la investigación, se permitió a la adolescente embarazada retirarse o no contestar si así lo hubiese deseado. No se violó ninguno de los principios bajo ninguna estrategia de coacción, mentira o engaño, ni negociación ilícita para encaminar las respuestas.
- Derecho de la intimidad:
La información obtenida no será compartida, comentada o publicada, servirá únicamente para los objetivos de este estudio.
- Derecho al Anonimato
En cada participante no se solicitó el nombre, el consentimiento informado debió ser firmado y anotada la fecha para garantizar la participación.
- Consentimiento informado
A la adolescente embarazada se le explicó de manera clara el estudio, para que ella decidiera si deseaba o no participar en la investigación firmando o colocando su huella digital, previo a responder la encuesta.

V. RESULTADOS

CUADRO No. 1

Edad de las encuestadas

EDAD	No.	%
13	1	4
14	1	4
15	6	23
16	5	19
17	4	15
18	7	27
19	2	8
TOTAL	26	100

CUADRO No. 2

Sabe Leer y Escribir

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Si	20	77
No	6	23
TOTAL	26	100

CUADRO No. 3

Escolaridad de las Encuestadas

GRADO	CANTIDAD	%
Primaria	17	65
Básico	2	8
Diversificado	2	8
Ninguno	5	19
TOTAL	26	100

CUADRO No. 4**Lugar de Residencia**

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Barrio el centro	5	19
Barrio San Lucas	4	15
Sesaltul	3	11
Finca Nimá	3	11
San Agustín	2	8
Sepac	2	8
Santa María Salamux	1	4
San pedro setem	1	4
Setzol	1	4
San Jacinto	1	4
Las conchas	1	4
Barrio la Libertad	1	4
Santa Ana	1	4
Total	26	100

CUADRO No. 5**Etnia a la que pertenece**

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Indígena	24	92
No indígena	2	8
TOTAL	26	100

CUADRO No. 6**Trabaja actualmente**

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Si	2	8
No	24	92
TOTAL	26	100

CUADRO No. 7**Ocupación de las encuestadas**

RESPUESTA	CANTIDAD	%
-----------	----------	---

Oficios Domésticos	25	96
Otros	1	4
TOTAL	26	100

CUADRO No. 8

Estado civil de las encuestadas

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Casada	1	4
Unida	15	57
Soltera	9	35
Separada	1	4
TOTAL	26	100

CUADRO No. 9

Edad de la Primera Relación Sexual

EDAD	No.	%
12	3	12
14	6	23
15	4	15
16	5	19
17	6	23
18	2	8
TOTAL	26	100

CUADRO No.10

Embarazo producto de

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Violación	2	8
Matrimonio	1	4
Por amor	13	50
Por error	4	15
Desconocimiento de métodos anticonceptivos	3	11
Falta de educación sexual	2	8
Prueba de amor	1	4
TOTAL	26	100

CUADRO No 11**Antecedentes Obstétricos**

RESPUESTA		CANTIDAD	%
Gestas	1	21	81
	2	5	19
TOTAL		26	100

CUADRO No. 12

RESPUESTA		CANTIDAD	%
Partos	0	21	81
	1	3	11
Cesáreas		1	4
Abortos		1	4
TOTAL		11	100

CUADRO No. 13**Edad de Menarquia**

EDAD	No.	%
11	2	8
12	15	58
13	5	19
14	1	4
15	3	11
TOTAL	26	100

CUADRO No.14**Edad en que se embarazo**

EDAD	No.	%
12	1	4
14	4	15
15	5	19
16	7	27
17	6	23
18	2	8
19	1	4

TOTAL	26	100
-------	----	-----

CUADRO No.15

Edad gestacional de las embarazadas

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Primer trimestre	3	12
Segundo trimestre	10	38
Tercer trimestre	13	50
TOTAL	26	100

CUADRO No.16

Antecedentes de Patologías

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Hipertensión	2	8
Ninguna	24	92
TOTAL	26	100

CUADRO No. 17

Conocimiento de las Señales de Peligro durante el Embarazo

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Si	8	31
No	18	69
TOTAL	26	100

CUADRO No. 18

Señales de Peligro Durante el Embarazo

RESPUESTA	ENCUESTADAS	RESPUESTAS
Cefalea	26	4
Hemorragia	26	5
Dolor epigástrico	26	1
Fiebre	26	1
Dolor de cuerpo	26	1
Ninguna	26	16
TOTAL	26	28

CUADRO No. 19

Utilización de Métodos Anticonceptivos

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Si	10	38
No	16	62
TOTAL	26	100

CUADRO No. 20

Que Métodos Anticonceptivos Conoce

RESPUESTA	ENCUESTADAS	RESPUESTAS
Noristerat	26	11
Mycrogynon	26	7
Condón	26	9
Ninguno	26	6
TOTAL	26	33

CUADRO No. 21

Complicaciones Durante El Embarazo

RESPUESTA	ENCUESTADAS	RESPUESTAS
Abortos	26	9
Amenaza de parto pre término	26	1
No contesto	26	16
Total	26	26

CUADRO No. 22

Conoce las Infecciones de Transmisión Sexual

RESPUESTA	CANTIDAD	%
Si	19	73
No	7	27
TOTAL	26	100

CUADRO No. 23

Que Infecciones de Trasmisión Sexual Conoce

RESPUESTA	ENCUESTADAS	RESPUESTAS
VIH	26	18
SIDA	26	18
Papilomatosis	26	5
Condilomas	26	1
Ninguna	26	5
Total	26	47

VI. DISCUSION Y ANALISIS

Los embarazos en adolescentes es una preocupación de la sociedad en todo el país de Guatemala y países de todo el mundo, ya que día a día van en incremento las estadísticas relacionadas con este tema, el objetivo principal de la presente investigación es, caracterizar el comportamiento epidemiológico del embarazo en adolescentes del distrito No. 11, del municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz a través de la identificación de los factores relacionados al lugar, edad, estado civil, nivel educativo de las adolescentes en estudio, el grupo estudiado fue el 100% de las adolescentes embarazadas del distrito No.11 del municipio ya mencionado.

En relación a las condiciones en que se dio el proceso, se realizaron entrevistas, el análisis de estas arrojan hallazgos sumamente interesantes, que coinciden con las estadísticas presentadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Las adolescentes embarazadas encuestadas manifestaron que iniciaron su vida sexual durante la adolescencia media, lo cual demuestra que las jóvenes comprendidas en estas edades tienen tendencia a actuar erróneamente y se embarazan a temprana edad por falta de educación sexual y por no saber manejar adecuadamente sus emociones. La maternidad es un rol de la edad adulta, cuando ocurre en el período en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente el rol como madre, el proceso se perturba en diferentes grados y la perturbación es más profunda en la medida en que más cerca está el embarazo de la etapa puberal porque son muchas las tareas del desarrollo que no se han cumplido y eso dificulta el papel como madre. El embarazo en la adolescencia ha sido considerado un problema de salud pública desde hace mucho tiempo, Klein en 1990 ya mencionaba que cada año más de un millón de adolescentes en el mundo se embarazaba y de ellas 30,000 eran menores de 15 años y en su mayoría estos embarazos eran no planeados⁵.

Según la OMS hay un alto nivel de la fecundidad adolescente, que entre 1990 y 2005 pasó de 70 a 90 nacidos vivos por mil mujeres entre 15 y 19 años de edad⁶.

⁵ Álvarez, Rafael, Salud pública. Medicina preventiva. México. Editorial Manual Moderno. 1991.

⁶ UNFPA COLOMBIA. Situación de la población [en línea]. Disponible en internet.<http://www.unfpacolombia.org/menuSup.php?id=5>

Según datos de la guía de prevención de embarazos en adolescentes publican que el 9.5% de las jóvenes de 15 a 24 años relató haber tenido su primer embarazo antes de los 15 años, el 25% entre los 18 y 19 años, en los datos publicados en la presente investigación, se puede observar que la conducta se sigue manteniendo en parámetros similares y que los datos no han cambiado mucho en el transcurso de los años, varios estudios realizados tanto en Guatemala como en Colombia y México demuestran que la mediana de la edad para el inicio de las relaciones sexuales fue de 15 con un rango entre 11 y 16. Estos estudios demuestran que el inicio de la vida sexual va de la mano de la escolaridad y la educación sexual. Para los adolescentes que ya tienen relaciones sexuales, incluidas los que están casados la educación sexual puede fomentar el uso correcto y sistemático de la anticoncepción o la protección contra las Infecciones de Transmisión sexual.

El 84% de las adolescentes encuestadas son originarias del municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz, el 16% son migrantes, quienes por las mismas situaciones de vida matrimonial han tenido que trasladarse a este municipio para lograr mantener un hogar⁷.

Se ha demostrado que las adolescentes del área rural están más predispuestas a tener embarazos a temprana edad debido a la cultura costumbres y creencias del lugar donde han nacido ya que según datos de las estadísticas del distrito la población en su mayoría es indígena.

Las gestantes estudiadas en un 65% tienen un bajo nivel educativo, han cursado primaria y no completa situación que está plenamente documentada en Guatemala, donde se muestra que hay una relación inversa entre el nivel de escolaridad y la aparición de embarazos en adolescentes. Esta circunstancia está plenamente en concordancia con su desempeño laboral, las gestantes en un 96% son amas de casa, considerándose en general que puede deberse a que tienen una edad que no le ha permitido aun completar su escolaridad ni sus propias tareas del desarrollo. Cuando esta gestante se convierta en madre probablemente deba dejar todo en pro del desarrollo de su hijo y por lo tanto no tendrá oportunidad de continuar los estudios para convertirse en una persona económicamente productiva y estará condenada a ser ama de casa. La fecundidad es mayor en adolescentes con menor nivel educativo, a nivel nacional los adolescentes de 15 a 19 años el nivel educativo representan el 40.7% de los adolescentes con secundaria sin terminar, seguido de la primaria sin terminar con un 26% y la primaria terminada un 20.9%, de acuerdo a estadísticas a nivel

⁷ Encuesta realizada a madres adolescentes del municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz, Diciembre 2013.

nacional se puede observar que las condiciones educativas en el municipio se encuentra en niveles más bajos lo que puede incidir en el aumento de embarazos en adolescentes. A nivel mundial, el embarazo en la adolescencia sigue siendo un impedimento para mejorar las condiciones educativas, económicas y sociales de la mujer. En el caso de las jóvenes el matrimonio y la maternidad precoz limitan en alto grado las oportunidades de educación y empleo y perpetúa la dependencia económica de los padres.

Otra circunstancia que repercute en esta problemática es que el 68% de las adolescentes embarazadas pertenecen a las comunidades del área rural del municipio y un 32% de las embarazadas adolescentes se encuentran en los barrios del municipio de San Fernando Chahal, esto puede ser producto del desarrollo de malas influencias que se dan a través de costumbres, estilos de vida y malos hábitos en el núcleo familiar. El incremento de la sexualidad pre-marital y el embarazo en adolescentes fuera de una unión, se atribuye a la introducción de los valores y modos de conducta permisivos, los cuales se producen más en el contexto urbano que en el área rural, debido a que en el área urbana los medios de comunicación disponibles influyen enviando mensajes favorecedores de la sexualidad y el erotismo⁸. Una forma habitual de segmentar el lugar de residencia es clasificarlo en urbano y rural⁹. En el área rural, como norma las adolescentes constituyen pareja a una edad más temprana debido a sus propias costumbres y esto también se debe a que en su mayoría pertenecen a la etnia indígena. La mortalidad materna es tres veces más alta entre mujeres indígenas (211 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos), que entre mujeres ladinas (70 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos)¹⁰. En todos los casos, la fecundidad adolescente rural medida por la tasa de fecundidad o por el porcentaje de madres es claramente más alta que la urbana e incluso en algunos casos la duplica¹¹. Así como en Guatemala, un estudio realizado en Colombia indica las diferencias entre contextos geográficos es significativa. La residencia urbana Significa mayor oferta de empleo, diversidad de oportunidades entre otra. En el medio rural el tamaño de los centros poblados

⁸ Ibíd. 6

⁹ La definición de urbano y rural difieren según los países.

¹⁰ Ramírez Valiente, Juárez Salazar; Pérez Estrada, embarazo en adolescentes complicaciones obstétricas, prenatales y perinatales en Hospitales Nacionales de antigua Guatemala, Chimaltenango y Cuilapa, santa Rosa, año 2002 a 2007.

¹¹ La existencia de diferencias ente los ámbitos rural y urbano en la fecundidad adolescente es prácticamente universal (sig., 1998).

es pequeño y por lo tanto el control social que se ejerce sobre los comportamientos desviantes es mayor.¹²

Las gestantes adolescentes incluidas en este estudio en un 96% son amas de casa y únicamente una ha accedido a un empleo. La adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo, puesto que la mayoría de ellas se ven obligadas a desertar del sistema escolar, quedando la adolescente con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un empleo digno que le permita satisfacer, al menos, sus necesidades básicas¹³. Esta situación se ve agravada por la condición de madre soltera que ocupa un 35% de ellas, lo cual indica que no tienen una pareja quien las acompañe en su nuevo rol como madres adolescentes, y esto provoca una situación de menoscabo, económico y social para la madre y el niño¹⁴, de estas un 57% conviven en unión libre con el padre de su hijo tienen una gran tasa de fracaso, porque la adolescente se enfrenta a una situación de vida en pareja para la cual no estaba preparada, peor aún si la pareja es igualmente adolescente, porque si la adolescente no está preparada para ser madre, mucho menos lo estará un padre adolescente, comparando estos datos con las estadísticas a nivel nacional se observa que los datos del municipio sobrepasan el doble de los nacionales, ya que son los siguientes adolescentes unidas representan un 25.6% a nivel nacional¹⁵. Es común que la adolescente tenga una débil relación de pareja y muchas veces el embarazo es el resultado de una relación fortuita y a veces la vida en pareja se instituyó forzosamente por el embarazo. Al no contar con el apoyo de una pareja lo que equivale a decir que se enfrentan solas a la vida, con la responsabilidad de un hijo, sin estabilidad económica, se enfrentan a la disyuntiva de buscar un nuevo hombre como proveedor o aumentar los problemas en su familia adicionando un miembro más a sus ya precarias condiciones de vida¹⁶.

El 89% de las adolescentes encuestadas han tenido relaciones sexuales precoces y sin la educación sexual necesaria, lo cual ha repercutido en embarazos en adolescentes, por la falta de conocimientos de las consecuencias y los riesgos que trae consigo un embarazo a esta edad, tanto para la madre como para el feto. La presión social de los estratos bajos y las necesidades económicas son condicionantes que favorecen la sexualidad precoz.

¹² Contreras Brito Juan Bautista, prevalencia de embarazo en adolescentes, universidad nacional de Colombia, facultad de medicina, maestría en salud pública, 2008, 2009.

¹³ *Ibíd.* 5

¹⁴ Contreras Brito, Juan Bautista, prevalencia de embarazo en adolescentes en la E:S:E Alejandro prospero Re4verend de Santa Marta, Colombia 2008-2009.

¹⁵ *Ibíd.* 5.

¹⁶ *Ibíd.* 5.

Muchos son los factores que influyen para que inicien relaciones sexuales a temprana edad como la falta de información adecuada a cerca de la sexualidad, pensamiento concreto y algunas veces mágico, el cambio de costumbres derivadas de la nueva perspectiva sexual, la baja escolaridad y ejemplo de embarazos a temprana edad en la familia, más aun si es la madre. Según un estudio de la fundación cardio-infantil de Colombia afirma que las adolescentes inician su vida sexual alrededor de los 15 años¹⁷, al igual que en Guatemala el 30% de las adolescentes han tenido su primera relación antes de los 13 años y ha sido con familiares¹⁸. La información obtenida arroja que el 61% de embarazos se dieron por unión en matrimonio y un 39% se dieron por diferentes circunstancias además manifiestan que los embarazos fueron no deseados, hay un caso que fue producto de violación, en este caso trae consecuencia de rechazo de la madre para el niño lo que repercute en traumas psicológicos para el niño. Las adolescentes en su relación lo han hecho sin el deseo de embarazarse algunas por curiosidad otras por solventar problemas económicos de la familia sin saber que repercuten en empeorar la situación del núcleo familiar con la complicación de un embarazo a temprana edad e incluso pasa más este fenómeno por las mismas costumbres y mitos de las poblaciones lo que desencadena deserción escolar, fracaso de la unión en matrimonio. Cuando el embarazo no es planeado y más si ocurre en la adolescencia, la futura madre puede adoptar diferentes actitudes hacia la maternidad, que dependerán de su historia personal del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre, entre más joven es más riesgo para la embarazada. Los antecedentes obstétricos de las adolescentes embarazadas encuestadas, el 81% de las gestantes eran primigestas, el 19% estaban en su segunda gestación. Debido al inicio tan temprano de la sexualidad, hay gestantes que aun siendo adolescentes ya han sido madres dos veces. Las embarazadas adolescentes han tenido su primera Menstruación a los 12 años de edad, lo que las hace fértiles desde ese momento y debido a la falta de educación sexual, estas adolescentes tienen relaciones sexuales precoces y por la falta de conocimientos quedan embarazadas a temprana edad. Esto repercute en riesgos maternos y fetales ya que entre más temprano sea el embarazo más riesgos hay para la madre y el feto y menos interés por tener un rol maternal apropiado a la situación de vida de ese momento, lo que también trae problemas sociales debido al bajo nivel académico y socioeconómico de la familia ya que estos embarazos se dan en los niveles más bajos de la sociedad, debido a

¹⁷ SALAZAR, Germán. Embarazo adolescente: una forma de escape [en línea]. En: Página web: www.cambio.com.co. 6 al 12 de septiembre, edición no. 70. Disponible en Internet: http://www.cambio.com.co/salud_cambio/740/ARTICULO-WEB-NOTA_INTERIOR_CAMBIO-3709577.html

¹⁸ Ibíd. 5

la falta de educación sexual. La mortalidad materna en adolescentes de 10 a 19 años impacta en el 19.9% del total de la mortalidad materna en el año 2010 y esto tiene relación con el comienzo de la menarquía en la pubertad.

La mayoría de las encuestadas no tienen conocimiento de las señales de peligro durante el embarazo, ya que pocas han asistido al servicio de salud en donde les han informado sobre las mismas, lo cual demuestra que falta mucha educación en relación a dicho tema ya que es de vital importancia para contrarrestar las muertes materno neonatales que puedan ocurrir en la región, esto se debe de tomar en cuenta ya que es de vital importancia que las adolescentes tengan conocimientos relacionados a las señales de peligro durante el embarazo, para que ellas tomen decisiones oportunas si les presenta alguna de ellas¹⁹.

Durante la relación, en las condiciones que se da, necesariamente existe el riesgo tanto del embarazo como de enfermedades de transmisión sexual. Los resultados y la bibliografía nos refiere que la adolescente no conoce los diferentes métodos anticonceptivos y mucho menos las ventajas de los mismos y la protección que pueden obtener a través de ellos.

El poco conocimiento adquirido no es precisamente a través de una educación sexual integral, la cual es escasa desde el seno familiar y esto esta plagadas en tabúes, creencias, actitudes y valores a la interacción con sus padres, amigos y parejas, a sus oportunidades objetivas y sus aspiraciones subjetivas, con el propósito de ser capaces de evaluar sus necesidades, a partir de ello y del conocimiento acumulado, una parte de este conocimiento pudieran adquirirlo en la escuela, lo cual no se da en nuestro medio, ya que en el pensum educativo existe pero en los establecimientos no se lleva a cabo los docentes no le dan la debida importancia al tema de Infecciones de Transmisión sexual y la prevención de embarazos en adolescentes.

Conocimiento de métodos anticonceptivos la mayoría de las adolescentes en estudio tienen poco acceso a la educación sexual y la información sobre diversos métodos anticonceptivos y enfatizar en la doble protección en prevención de embarazos e Infecciones de Transmisión sexual.

La integración familiar, la funcionalidad y la calidad de comunicación interfamiliar sobre estos temas determinan la concientización de la adolescente frente a situaciones con un embarazo en adolescentes.

Hay coincidencias con la bibliografía en cuanto a necesidades de educación sexual y reproductiva, también a fomentar la educación en estos aspectos desde sexto primaria y

¹⁹ Ministerio de Salud pública y Asistencia Social, Normas de Atención en salud, Guatemala.

nivel básico, sin embargo se requiere el trabajar fuerte en aspectos del ámbito educativo informal como el caso de la familia.

Un 38% de las adolescentes encuestadas manifestaron tener una gestación complicada, aunque la literatura documenta muchas complicaciones en el embarazo adolescente.

6.1 RESULTADO DE INTERVENCIÓN

PROYECTO

PROCESO: Educación en Salud Sexual y Reproductiva a adolescentes del Municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz.

OBJETO: Centros de convergencia del Distrito de Salud No. XI y Centros Educativos De Nivel Primario; Básico y Diversificado a través de los docentes de los establecimientos, en el municipio de San Fernando Chahal Alta Verapaz.

DIAGNOSTICO: Se realizó entrevistas a 26 adolescentes embarazadas del municipio de San Fernando Chahal, del departamento de Alta Verapaz en las cuales se detectó que los conocimientos sobre salud sexual, consecuencias y complicaciones de un embarazo a esta edad, señales de peligro de las embarazadas, infecciones de transmisión sexual los conocimientos son muy escasos en relación a dichos temas y a la utilización de métodos anticonceptivos es únicamente el 38% de las encuestadas que utilizaron algún método de planificación familiar antes de embarazarse, la mayoría de las adolescentes embarazadas no han recibido algún curso u orientación en salud sexual y reproductiva, aun ni siquiera en su hogar por parte de padres y familia ya que es la primera escuela para la formación de las bases sociales, principios y valores que fundamentan el comportamiento y el futuro que los jóvenes tendrán relacionado a dicho tema, un 9% de las adolescentes encuestadas tienen conocimiento sobre las complicaciones del embarazo en la adolescencia, así como las complicaciones para el feto o Recién nacido y las consecuencia que creen que se puede dar, por lo que se considera que el factor educativo tiene una gran incidencia en los embarazos de esas adolescentes.

El Proyecto de Educación Sexual en Salud dirigido a Adolescentes del Municipio de San Fernando Chahal, A.V., se inició con la Socialización, Concientización y Solicitud ante las autoridades del Municipio: Alcalde Municipal, Dirección del Distrito de Salud, Dirigentes Religiosos, Ciudadanos honorables del Municipio, Director Técnico Administrativo de

Educación, Director del Centro Educativo Faustino San Agustín Chahal A.V., para la ejecución del proyecto por medio de Charlas educativas.

Primero se realizó la solicitud de apoyo económico para la elaboración de los módulos el cual no se obtuvo ninguna respuesta positiva para presentarlos en físico, por lo tanto gracias a los avances de la tecnología se socializaron los módulos vía electrónica a los participantes que tienen acceso a esta tecnología.

A través del Director Técnico Administrativo de Educación se consiguió la autorización para realizar un taller de Concientización de Educación en Salud basado en el Módulo elaborado para la Ejecución del Proyecto, donde se logró convocar el 100 % de los Directores de los Establecimientos de nivel Primario y Básico del Municipio de San Fernando Chahal A.V., este Taller cuyo objetivo primordial es Concientizar a los directores de los establecimientos para que a través de ellos la información llegue a los jóvenes que se encuentran a su cargo y conseguir la socialización de los temas y lograr que todos los jóvenes que asisten a los centros educativos tomen conciencia de las consecuencias de tener relaciones sexuales precoces y los embarazos en adolescentes, dicho taller tuvo una duración de tres días.

En el distrito de salud se pretende que los educadores del distrito, continúen dándole seguimiento al proyecto.

6.2 CONCLUSIONES

1. La caracterización epidemiológica de las adolescentes embarazadas del municipio se ve representada por que la adolescentes no cuentan con la educación necesaria para la prevención de embarazos en adolescente y no tienen conocimiento sobre métodos anticonceptivo, el nivel educativo de ellas es bajo únicamente el 65% han cursado algún grado de la primaria lo que repercute en la falta de conocimiento de las relaciones sexuales precoces y las consecuencias de embarazos a temprana edad que puedan ocasionarlos, el hecho que la educación no inicia desde el seno familiar repercute en que el problema de embarazos en adolescente siga en aumento debido a la falta de educación.
2. El 69% de las adolescentes encuestadas respondieron estar comprendidas entre los 15 y 18 años de edad, conforman el 57% que han iniciado relaciones sexuales precoces y esto es un riesgo para las adolescentes del municipio de San Fernando Chahal, Alta Verapaz.
3. El 66% de las adolescentes embarazadas pertenecen al área rural y el 92% a la etnia indígena del municipio lo cual repercute debido a las propias costumbres mitos y tabúes de la cultura que predomina en esta población.
4. El 60% de las adolescentes en estudio no ha recibido información sobre las señales de peligro y complicaciones del embarazo, métodos de planificación familiar, Infecciones de Transmisión sexual, estos datos son muy relevantes y se debe tomar en cuenta para brindar educación a las adolescentes y así mejorar sus conocimientos relacionado a los temas anteriormente mencionados así ellas puedan tomar decisiones pertinentes en relación a la situaciones que les presente y así sabrán qué medidas tomar en caso de emergencia.
5. El 62% de las adolescentes estudiadas manifestaron que nunca han usado los métodos anticonceptivos y el 81% esta es su primera gestación. Esto demuestra que no tienen un nivel de información pertinente en cuanto a métodos anticonceptivos se refiere o que aun teniendo algunos conocimientos no los están poniendo en práctica durante las relaciones sexuales.

6.3 RECOMENDACIONES

1. A las autoridades de Salud del Distrito XI, del municipio de Chahal Alta Verapaz, para que se siga realizando investigaciones acerca de embarazos en adolescente, se capten a las gestantes y se implemente por medio de los educadores la guía de prevención de los embarazos en adolescente.
2. Que las adolescentes sean atendidas de acuerdo a los lineamientos presentados en los protocolos y guías de atención en salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
3. Al sector educativo del municipio por medio de los directores de los diferentes establecimientos educativos en coordinación con docentes y el sector salud realicen campañas intersectoriales en las aulas y para los padres de familia sobre educación sexual donde se utilice el proyecto educativo elaborado por estudiante de maestría en Enfermería Materno neonatal y además utilizar también la implementación de la guía de prevención de los embarazos en adolescentes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala.
4. Es necesario darle seguimiento al proyecto educativo el cual se debe desarrollar en: Consulta externa, centros de convergencia, establecimientos educativos del municipio, recalando todo los temas relacionados a sexualidad humana haciendo énfasis en prevención de embarazos en adolescentes, utilización de métodos anticonceptivos y prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual.
5. La educación que se brinde a las adolescentes será con enfoque en la prevención de inicio de relaciones sexuales precoces, de embarazos en adolescente, utilización de métodos anticonceptivos y prevención de Infecciones de Transmisión sexual.
6. Que este estudio sirva de base para la elaboración de otros trabajos de investigación.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Acepresa, BMJ, la educación sexual y el embarazo de adolescentes, consultado
2. Álvarez, Rafael, Salud pública. Medicina preventiva. México. Editorial Manual Moderno. 1991.
3. Betancourt de Mora Ana. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Embarazo en la adolescencia, incidencia, riesgos y complicaciones, la Habana, agosto 2002.
4. Consejo Nacional de Enfermería. Código de Ética. Guatemala, C.A. 1995.
5. Contreras Brito, Juan Bautista. Prevalencia de Embarazos en adolescentes en la E.S.E., Alejandro Prospero reverend de Santa Marta, 2009.
6. Enciclopedia Microsoft® Encarta® 2,002. © 1,993-2,001 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.
7. Flórez, C.E. (2011). Tendencias del embarazo adolescente. Banco Interamericano de Desarrollo. Departamento de Investigación. (Inédito).
8. Gordillo Castillo, Enrique. Guía general de estilo para presentación de Trabajos académicos, centro de estudios Urbanos y Regionales Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala, 2,002.
9. Guzmán J., Hakkert R. y Contreras J. (2000). Diagnóstico sobre la salud reproductiva de jóvenes y adolescentes en América Latina y el Caribe México: EAT
10. Hernández Sampieri Roberto, Fernández collado Carlos, pilar Baptista Lucio, Metodología de la investigación, quinta edición, Editorial McGraw-Hill/interamericana editores, s.a. de C.V., 2010.
11. Issler Juan R. Embarazo en Adolescencia. Revista de posgrado de la cátedra Vía Medicina No. 107, agosto 2011, paginas 11-23. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html
12. Marriner-Tomey, Ann, Modelos y teorías de Enfermería, Tercera Edición, Madrid España, 1994.
13. Memoria de labores del distrito de Salud No. XI del Municipio de Chahal, Alta Verapaz, año 2013.

14. Memoria de labores del Área de Salud de alta Verapaz, año 2013.
15. Ministerio de Salud pública y asistencia Social, Guía para la implementación de la atención Integral Materna Neonatal
16. Ministerio de salud pública y asistencia social, plan de acción para la reducción de la Mortalidad Materna Neonatal y mejoramiento de la salud reproductiva 2010-2015.
17. Ministerio de Salud pública y Asistencia Social, Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel.
18. Ministerio de salud pública y Asistencia Social, memoria de labores de alta Verapaz 2,012.
19. Ministerio de salud pública y Asistencia social, Sistema de información gerencial en salud.
20. Ministerio de salud pública y Asistencia Socias, Modelo de atención integral y diferenciada para los y las adolescentes.
21. Ministerio de Salud pública y Asistencia Social, Guía para la prevención de embarazos en adolescente.
22. OMS-OPS. Descubriendo las voces de los adolescentes. Disponible en <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/ca-empoderamiento>.
23. OMS, Enfermería. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>.
24. Ramírez Valiente, Juárez Salazar; Pérez Estrada, embarazo en adolescentes complicaciones obstétricas, prenatales y perinatales en Hospitales Nacionales de antigua Guatemala, Chimaltenango y Cuilapa, santa Rosa, año 2002 a 2007.
25. Salamanca Castro, Ana Belén. El aeiou la investigación de Enfermería, Fuden. Enero 2013.
26. Salazar, Germán. Embarazo adolescente: una forma de escape [en línea]. En: Página web: www.cambio.com.co. 6 al 12 de septiembre, edición no. 70. Disponible en Internet: http://www.cambio.com.co/salud_cambio/740/ARTICULO-WEB-NOTA_INTERIOR_CAMBIO-3709577.html
27. Schwartz Ricardo, Fescina Ricardo, Carlos Duverges, Obstetricia, sexta edición, Buenos Aires, editorial el ateneo; 2012.

VIII. ANEXOS

ANEXO I

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

MAESTRIA MATERNO NEONATAL

Por medio de la presente yo Alma Arcely García, estudiante de la Maestría en Enfermería Materno Neonatal, con Carné No. 200321318, me encuentro actualmente mi tesis la cual tiene como tema: caracterización Epidemiológica de las adolescentes Embarazadas, en el distrito No. 11 del Municipio de San Fernando Chahal Alta Verapaz y el objetivo principal es: Caracterizar el comportamiento epidemiológico del embarazo en adolescentes.

Por lo que solicito su colaboración de manera que pueda participar en el presente estudio.

Por medio del presente consentimiento informado doy mi autorización para ser parte del presente estudio, se me ha informado y acepto que al responderlo, voluntariamente me dispongo a participar sin presión de ninguna índole.

Firma del investigador.

Fecha de participación

ANEXO II

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

MAESTRIA MATERNO NEONATAL

Encuesta dirigida a adolescentes embarazadas que asistan a la consulta externa del Distrito No. 11, San Fernando Chahal, A.V.

OBJETIVO: Caracterizar el comportamiento epidemiológico del embarazo en adolescentes del distrito No. 11 del municipio de San Fernando Chahal A.V.

INSTRUCCIONES: A continuación se presenta una serie de interrogantes acerca de la caracterización epidemiológica de las adolescentes embarazadas, para lo cual se solicita su colaboración para responderlas con toda sinceridad, la información será confidencial y de antemano se le agradece su colaboración.

DATOS GENERALES

1. Edad _____ Años
2. Lugar de Nacimiento? _____
3. Sabe leer y escribir: Si _____ No _____
4. Grado de escolaridad: primaria _____ Básico _____ diversificado: _____
5. Residencia Actual? _____
6. Etnia pertenece: Indígena _____ No Indígena _____
7. Trabaja actualmente? Sí _____ No _____
8. Actualmente su ocupación es:
 - a. Domésticos _____
 - b. oficina _____
 - c. comerciante _____
 - d. asalariada _____
 - e. Otros _____

9. Estado civil:
- a. Casada _____
 - b. Unida _____
 - c. Soltera _____
 - d. Divorciada _____
 - e. Separada _____
 - f. Otros _____
10. Su Matrimonio o Unión fue por su embarazo: Si _____ No _____
11. A qué edad tuvo su primera relación Sexual? _____ años.
12. Su embarazo es producto de:
- a. Violación _____
 - b. Matrimonio _____
 - c. Prueba de amor _____
 - d. Por Error _____
 - e. Por Amor _____
 - f. Por desconocimiento de métodos anticonceptivos _____
 - g. Por Faltas educación sexual _____
 - h. Otras _____

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

13. Gestas _____ Partos _____ Cesáreas _____ Abortos _____
14. A qué edad vio su menstruación por primera vez? _____
15. A qué edad quedo embarazada? _____
16. Edad gestacional actual? _____
17. Padece de alguna Enfermedad:
- a. Diabetes _____
 - b. Hipertensión _____
 - c. Ninguna _____
 - d. Otras _____
18. Conoce las señales de peligro durante el embarazo? Sí _____ No _____
19. Que señales de peligro conoce: _____
20. Ha utilizado algún método de planificación familiar: Si _____ No _____
21. Que métodos anticonceptivos conoce:
- a. Noristerat _____
 - b. Microgynon _____

- c. Condón_____
 - d. Collar _____
 - e. Ovulación_____
 - f. El ritmo_____
 - g. Jadell_____
 - h. T de cobre_____
 - i. Ninguno _____
22. Conoce usted alguna de las enfermedades que se pueden Desarrollar durante el embarazo?
- a. Infecciones del tracto urinario_____
 - b. Infecciones de transmisión sexual_____
 - c. Preeclampsia_____
 - d. Otras _____
 - e. Ninguna _____
23. Complicaciones durante el embarazo?
- a. Abortos_____
 - b. Embarazo ectópico _____
 - c. Preeclampsia _____
 - d. Amenaza de parto pretérmino _____
 - e. Otras _____
 - f. Ninguna_____
24. Conoce las enfermedades de Transmisión Sexual: Si___ No___
25. Marque que enfermedades de Transmisión sexual conoce:
- a. VIH_____
 - b. Sida_____
 - c. Papilomatosis_____
 - d. Condilomas_____
 - e. Candidiasis_____
 - f. Moniliasis_____
 - g. Otras _____
 - Ninguna_____

PERMISO DE LA AUTORA PARA COPIAR EL TRABAJO

La autora concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la presente, para propósito de consulta académica; así como debe hacerse referencia correspondiente cuando se cite de forma parcial o total los contenidos de esta tesis. 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.