

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DIAGNOSTICO DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS HIJOS DE
MADRES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES

HILDA CONSUELO DE LEON MOSCOSO.

MEDICA Y CIRUJANA

GUATEMALA, AGOSTO DE 2,001.

TITULO

DIAGNOSTICO DE SITUACIÓN DE SALUD DE LOS HIJOS DE
MADRES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES.

SUBTITULO

Estudio Descriptivo, Retrospectivo, Transversal, Comparativo, de la situación de salud de los hijos de madres adolescentes y madres no adolescentes, que asistieron al Servicio de Consulta Externa de Pediatría del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en el período comprendido del 1 de Enero al 30 de Junio del año 2,001.

ASESOR: DR. CARLO CAFFARO L.

REVISOR: ERWIN CASTELLANOS.

INDICE

	PAGINAS
I INTRODUCCION	1-2
II DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	3
III JUSTIFICACION	4
IV OBJETIVOS	5
V REVISION BIBLIOGRAFICA	6-16
VI HIPOTESIS	17
VII MATERIAL Y METODOS	18-25
VIII PRESENTACION DE RESULTADOS	26-46
IX ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	47-52
X CONCLUSIONES	53
XI RECOMENDACIONES	54
XII RESUMEN	55
XIII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	56-59
XIV ANEXOS	60-62

I. INTRODUCCIÓN

Los adolescentes constituyen un grupo particularmente numeroso en los países en desarrollo, como el nuestro, donde, la frecuencia de embarazos en este grupo es alta, y por consiguiente en cuanto al número total de nacimientos.

La problemática del embarazo en la adolescencia se explica por las características de la salud materno-infantil en Guatemala, donde las elevadas tasas de mortalidad infantil, perinatal y materna están asociadas a las condiciones de vida deficientes, analfabetismo, desnutrición, pobreza, falta de atención médica y la falta de planificación familiar; situación que conlleva a problemas médicos, que por regla general son más graves cuanto menor es la edad de la madre, quienes son propensas a las complicaciones del embarazo y parto, además que el control de estos embarazos es mínimo o nulo. Los hijos de estas madres jóvenes, poco preparadas para la crianza, presentan problemas psicológicos y un desarrollo atrasado. La inmadurez física, la ignorancia y el miedo están presentes en cada circunstancia; el rechazo social de la joven madre, la falta de oportunidades de progreso económico y educacional ensombrecen el panorama.

Derivado de dichas circunstancias se realizó el presente estudio de tipo descriptivo, comparativo, en la Consulta Externa de Pediatría del Hospital General de Enfermedad Común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, sobre “La Situación de Salud de los hijos de madres adolescentes y no adolescentes”, que asistieron a la Consulta Externa durante el período del 1 de Enero al 30 de Junio del 2,001; incluyéndose para la muestra del estudio 115 expedientes clínicos de hijos de madres adolescentes y 115 expedientes de hijos de madres no adolescentes.

El objetivo fué comparar la situación de salud de los hijos de madres adolescentes y no adolescentes, identificando las patologías más comúnmente encontradas, quienes se enferman más, y el estado nutricional de ambos grupos de niños.

Se observó que 61% de adolescentes son madres solteras, 70% de ellas únicamente cursan el nivel de educación primaria, 22% de estas madres ya tienen 2 hijos; 55% de ellas no llevó control prenatal, condicionando así a la aparición de problemas tanto maternos como perinatales. Sólo 34% de las madres adolescentes trabajan, sin embargo no les dan a sus hijos los cuidados necesarios. El 12% de los hijos de madres adolescentes presentan bajo peso al nacer, frente a 3% de los hijos de madres no adolescentes, lo que significa que ser madre adolescente aumenta el riesgo de tener hijos con dicho problema, sin embargo de ese 12% de hijos de madres adolescentes, ninguno presentó posteriormente DPC. 16% de los hijos de madres adolescentes presentan DPC GI; comparado a un 10% de los hijos de madres no adolescentes. Ambos grupos de niños presentan las mismas enfermedades, habiendo diferencia en que los hijos de madres adolescentes las presentan con mayor frecuencia.

Por lo anteriormente expuesto, es necesario crear una Clínica de Planificación Familiar para la madre adolescente en el Servicio de Consulta Externa de Pediatría del Hospital General de Enfermedad Común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, así como también promover la asistencia a Control Prenatal, planificar charlas educativas para madres adolescentes e impulsar programas de educación sexual en centros educativos a nivel primario y secundario.

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

La maternidad precoz en la adolescencia constituye un problema importante por los cambios y adaptaciones que exige al organismo el desarrollo del embarazo. (1,15,30).

La maternidad exige madurez biológica, procesos de concientización y responsabilidad de tipo familiar y económico. La maternidad durante la adolescencia es una situación de alto riesgo, que se observa en elevadas tasas de morbilidad perinatal, infantil y materna. (5,15).

Existen factores que influyen en el embarazo durante la adolescencia de tipo biológico, social, económico y psicológico; dentro de los cuales se mencionan: requerimientos nutricionales altos durante la adolescencia, vida sexual prematura sin ningún control prenatal, factores sociales como desintegración familiar, baja escolaridad, pobreza, etc. Lo anterior conduce a que la madre no este preparada biológica ni socialmente para un embarazo y parto seguro para el producto. Esto determina que dicha población tenga mayor riesgo de presentar complicaciones obstétricas, neonatales y posteriormente problemas de salud del infante, que en infantes de madres en edad ideal para reproducirse. (1,17,35).

Por lo expuesto anteriormente se realizó un estudio con el cual se comparó la situación de salud de los hijos de las madres adolescentes y los hijos de madres no adolescentes, identificando las patologías más comúnmente encontradas y determinando cual es el estado nutricional de ambos grupos de niños que asistieron a la consulta externa de Pediatría del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de la zona 9 en el período del 1 de Enero al 30 de Junio del año 2,001.

III. JUSTIFICACION

El impacto psicosocial de la maternidad en la adolescencia es grave, si se considera que es un fenómeno prevenible. (30).

La maternidad y paternidad son roles de la edad adulta. Cuando sobreviene un embarazo en una pareja adolescente impone a los jóvenes una sobreadaptación a esta situación, para lo cual no están emocional ni socialmente preparados. (16,26).

En América Latina la maternidad en la adolescencia es relativamente común. Guatemala tiene la tasa de fecundidad más elevada de América Latina en las mujeres adolescentes, la cual es de 139 por 1,000 mujeres de 15 a 19 años, observándose en estas pacientes un aumento en la incidencia de las complicaciones obstétricas. Y mayor mortalidad perinatal, así como también la presentación de algunas patologías del recién nacido, tales como; bajo peso al nacer, defectos congénitos, membrana hialina, y posteriormente desnutrición, maltrato infantil, y retraso psicomotor, los que no se presentan siempre en hijos de madres en edad adecuada para reproducirse. (17,18.27,35).

Por lo anterior se ha considerado con una adecuada atención prenatal, así como charlas educativas para la futura madre y un seguimiento estrecho, se disminuirían muchas de estas situaciones. Con el presente estudio se busca promover planes de educación en salud y apoyo continuo por parte de la Institución para la madre adolescente, así como también implementar planes educativos para evitar embarazos no deseados a esta edad, evitando así todas las consecuencias de las que ya se hizo mención.

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL:

Comparar la situación de salud de los hijos de madres adolescentes y madres no adolescentes, que asistieron a la Consulta Externa de Pediatría del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, durante el período comprendido del 1 de Enero al 30 de Junio del año 2,001.

B. ESPECIFICOS:

1. Identificar las causas de morbilidad por las que consultan los hijos de madres adolescentes a la Consulta Externa.
2. Determinar el estado nutricional de los hijos de madres adolescentes.
3. Identificar las causas de morbilidad por las que consultan los hijos de madres no adolescentes a la Consulta Externa.
4. Determinar el estado nutricional de los hijos de madres no adolescentes.

V. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

A. ADOLESCENCIA:

1. Definición:

La adolescencia se puede definir como una etapa evolutiva específica del crecimiento y desarrollo del ser humano, que resulta ser la transición de la infancia a la edad adulta, y el término describe el desarrollo a la madurez sexual, así como la independencia psicológica. (4).

La adolescencia se caracteriza por profundos cambios físicos y psicológicos y por una compleja gama de problemas que constituyen un desafío importante para los sistemas de salud de las América. (23).

El inicio de este período es difícil de precisar, puede decirse que es biológico debido a cambios endocrinos, pero se acompaña de consecuencias somáticas y psicosociales, ya que es el momento en el cual se estabiliza su conceptualización de pareja y vocaciones. (4).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS); la adolescencia se define como la segunda década de la vida, etapa que transcurre entre los diez años hasta los diecinueve años con once meses de edad. (26).

Coincidiendo generalmente su comienzo con los cambios puberales (10-14 años), conocida como adolescencia temprana, y finalizando al cumplirse gran parte del crecimiento y desarrollo morfológico (15 – 19 años) conocida como la adolescencia tardía. (32).

Por su parte la licenciada Dina Krauskop, especialista en adolescencia de la Universidad Estatal de Costa Rica, dice que la adolescencia no es simplemente un período de transición, sino que es un periodo crucial del ciclo vital en que los individuos forma una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan madurez sexual, se apoyan en los recursos psicosociales que obtuvieron en su crecimiento previo, asume

para sí las funciones que le permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio. (1).

La salud de los adolescentes ha sido, hasta hace poco tiempo, uno de los aspectos más olvidados por todos los sectores involucrado con este grupo poblacional.

El reconocimiento de que la salud de los adolescentes es un elemento básico para el progreso de los países, representa un cambio significativo y deberá producirse un impacto importante en la formulación de las políticas y estrategias de desarrollo de los países. La relación entre la salud y desarrollo focalizado en la infancia y la juventud pasa entonces por la evolución saludable de los adolescentes. (14).

En lo que respecta a la población adolescente, en el año 1,995, unos 130 millones de jóvenes de 10 a 19 años de edad vivían en América Latina y el Caribe. Esta cifra representa alrededor de un quinta parte de la población en la región. La población rural en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe es más joven que la población urbana, porque las tasas de natalidad son más elevadas en zonas rurales. (14).

B. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA:

1. Definición:

El embarazo en la adolescencia se define como aquella gestación que ocurre durante los primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica 0 = edad de la menarquia) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. Ha sido llamado también el Síndrome del Fracaso, o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza. (32).

Cada año 3.312.000 adolescentes latinoamericanas llevarán a término un embarazo, se ignora el número de abortos, por el subregistro que existe de los mismos. (13).

El embarazo de la adolescente, en oportunidades no es un hecho sorpresivo, sino buscado conscientemente como reacción a la falta de cariño, afecto y comunicación con el medio familiar. El embarazo se presenta, frecuentemente en adolescentes de coeficiente intelectual normal, pero con ignorancia sobre el proceso reproductivo humano; experiencia que se ha comprobado tanto en países en desarrollo como en países desarrollados. En las parejas adolescentes, el embarazo a menudo es un

hecho inesperado, sorpresivo y no deseado. El abandono de la adolescente embarazada por su pareja es frecuente y no más de un 40% de ellas cuenta con el apoyo de su pareja al final de su embarazo. (11, 27).

El embarazo en adolescentes es multicausal, es una situación especialmente sobresaliente en Guatemala y América Latina, pues al mismo tiempo que las causas de fecundidad han disminuido casi en toda la región, por el contrario el número de hijos de adolescentes se ha incrementado, siendo la tasa global de fecundidad en general para Guatemala, se estima que 5.1 hijos por mujer en el período de 1,993-1,995. Sin embargo, en la población rural es de 6.2 hijos por mujer, esta fecundidad es especialmente alta en las adolescentes por lo que es una situación que requiere mas atención (9,14).

El embarazo en los años de la adolescencia, constituye una grave amenaza para el desarrollo psicosocial de la joven embarazada, las pruebas encontradas en publicaciones, señalan que la mujer ha tenido sus primeros embarazos en la adolescencia, sufre varias desventajas socioeconómicas en épocas avanzadas de su vida. (7,31,34,36).

2. Factores de Riesgo:

Algunos de los factores de riesgo que se presentan en la adolescencia y que favorecen el embarazo precoz o se asocian con él son:

a. Individuales:

- * abandono escolar,
- * dificultad para planear proyectos de vida a largo plazo,
- * personalidad inestable,
- * baja autoestima,
- * poca confianza,
- * falta de actitud preventiva,
- * menarquia precoz,
- * conducta antisocial,
- * abuso de sustancias,
- * sentimiento de desesperanza,
- * ignorancia de su propia fisiología y del uso correcto de métodos anticonceptivos,
- * bajo nivel educativo

b. Familiares

- * familia disfuncional (tensión y conflicto familiar),
- * familia en crisis,
- * pérdida de un familiar,

- * enfermedad crónica de un algún familiar,
- * madre con embarazo en la adolescencia,
- * hermana adolescente embarazada,
- * madre aislada y emocionalmente poco accesible,
- * vínculo mas estrecho con el padre,
- * padre ausente, vínculo mas estrecho con la madre, pero ambivalente.

c. Sociales:

- * condición económica desfavorable,
- * migración reciente,
- * trabajo no calificado,
- * vivir en área rural,
- * ingreso precoz a la fuerza de trabajo,
- * mitos y tabúes acerca de la sexualidad,
- * marginación social,
- * presiones por parte de sus padres,
- * mensajes contradictorios con respecto a la sexualidad, en la familia en la sociedad y en los medios masivos de comunicación,
- * violencia y abuso,
- * machismo como valor cultural. (14,15,19).

Las mujeres adolescentes expuestas a un embarazo experimentan mas posibilidades de morbilidad y mortalidad relacionada con el embarazo, parto y puerperio. Algunos países tienen tasas de mortalidad dos veces mayor entre mujeres de 15-19 años que aquellas mayores de 20 años. Dentro de las adolescentes especialmente aquellas mayores de 15 años los riesgos incrementados durante el embarazo y el parto se asocian mas frecuentemente con factores socioeconómicos que con efectos biológicos de la edad. (16,21,24,34).

3. Consecuencias Maternas de un embarazo en la adolescencia:

El embarazo en la adolescencia se considera de alto riesgo, que trae serias consecuencias tanto maternas como perinatales, entre las maternas tenemos:

- * Aumento de la mortalidad materna,
- * Mayor riesgo de anemia y toxemia del embarazo,
- * Riesgo aumentado de parto por cesárea.

Además de los problemas médicos, también sufren problemas socioeconómicos posteriormente, ya que se incrementan las posibilidades de:

- * Recibir menos educación,
- * Tener mayor dificultad para conseguir empleo,
- * Sufrir el abandono de su pareja,
- * Vivir en la pobreza. (22,30).

4. Consecuencias para el hijo de una madre adolescente:

a. Complicaciones Fetales:

Las complicaciones perinatales, tienen una alta incidencia en adolescentes, pues el embarazo en la adolescencia las ubica en un grupo con riesgo especial, entre éstas tenemos:

- * Prematurez,
- * Bajo peso al nacer,
- * Retardo del crecimiento intrauterino,
- * Asfixia perinatal,
- * Anomalías congénitas,
- * Sufrimiento fetal agudo,
- * Sepsis,
- * Mayor mortalidad neonatal (8,15,28,29,30,36)

Varios estudios han mostrado la asociación del bajo peso al nacer o insuficiencia ponderal neonatal con la mayor frecuencia durante el primer año de vida de diversos trastornos; entre los que destacan el retraso del desarrollo neurológico, la hemorragia cerebral, las alteraciones respiratorias y otras enfermedades que provocan la atención prolongada y hospitalización, también hay muchos datos que prueban la asociación de bajo peso al nacer con una mayor mortalidad infantil. (3, 15,29).

Estudios epidemiológicos más recientes muestran una posible asociación entre el bajo peso al nacer y enfermedades del adulto tales como hipertensión arterial y la diabetes mellitus no insulino dependiente. Además, la frecuencia con la que ocurre el bajo peso al nacer puede considerarse como un indicador general del estado de salud de una población, ya que dicha frecuencia es sensible a las condiciones socioeconómicas adversas. (28,29).

La interpretación del bajo peso al nacer nos lleva a concluir que en países o regiones subdesarrolladas su principal componente esta dado por fetos que ha sufrido retardo del crecimiento intrauterino, observándose más acentuado en hijos de madres adolescentes. (36).

Las infecciones perinatales tienen características especiales seguramente porque aún cuando el feto tiene capacidad para responder en forma adecuada a tal agresión de los agentes infecciosos, su poca experiencia inmunológica lo hace particularmente susceptible a algunas bacterias poco patógenas y oportunistas que encuentran un terreno propicio, y pueden fácilmente causar la muerte en el recién nacido, es una situación especialmente en los hijos de las madres adolescentes. (2,33).

En un estudio del Hospital Materno Infantil en la Argentina se concluyó que las adolescentes y especialmente las primerizas presentaron mayores riesgos de mortalidad fetal precoz y neonatal que las pacientes adultas o madres en edad ideal para reproducirse, estando relacionada la misma con el bajo peso al nacer. (8).

b. Complicaciones del Niño de una Madre Adolescente:

Entre las consecuencias para el infante de una madre adolescente tenemos:

- * Capacidad mental probablemente inferior,
- * Alta proporción de hijos ilegítimos, que limita sus derechos legales y el acceso a la salud,
- * Mayor riesgo de mortalidad infantil,
- * Alto riesgo de abuso físico, negligencia en los cuidados de salud,
- * Desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional como un problema muy importante en estos infantes. (15,30,32).

En un estudio comparativo sobre mortalidad infantil por peso específico al nacer de madres adolescentes y madres en edad ideal de reproducción del área metropolitana de la ciudad de Guatemala, se recogieron resultados, tales como que la tasa de mortalidad infantil fué mayor en el grupo de las madres adolescentes, según el municipio de residencia mostraron tasas que van de 5.0 al 36.1 por mil nacidos vivos y ocurren principalmente en la ciudad capital. También confirman el problema del bajo peso al nacer en hijos de madres adolescentes. Estas presentaron una prevalencia del 60% de bajo peso al nacer en los fallecidos menores de un año. Más aún demuestra que únicamente existe diferencia estadística en los infantes con

bajo peso al nacer e hijos de madres adolescentes que mueren después de los 28 días de vida. Esto los llevó a concluir que la madre adolescente a pesar de presentar una mayor prevalencia de bajo peso al nacer en los infantes que han muerto, y que éstos han logrado sobrevivir el primer mes de vida, en donde el adecuado cuidado materno, así como la accesibilidad a los servicios de salud es deficiente, y que presentan una mayor proporción de mortalidad infantil después del primer mes de vida y por problemas infecciosos. (15).

En cuanto al riesgo de abuso físico y negligencia en sus cuidados, la maternidad prematura puede tener como consecuencia rechazo del bebé. La falta de madurez y su poca información, pueden llevar a la madre a abandonarlo o descuidarlo. En ocasiones las madres solteras muestran incapacidad para establecer adecuados vínculos afectivos con su hijo. (17,18).

Un estudio realizado a madres adolescentes en Manizales Colombia, en los años de 1996 y 1997, sobre las consecuencias de la maternidad adolescente revela que los hijos de las adolescentes son vulnerables al maltrato, entre otras razones porque afirman desconocer el proceso del desarrollo infantil, utilizan el grito y el pegar como métodos educativos, porque quienes trabajan perciben el desarrollo físico de sus hijos se ha deteriorado, porque tratan de conseguir disciplina evitando que sus hijos menores de dos años jueguen, es decir no integran conceptualmente el juego como parte de la existencia del niño. (30).

C. DESNUTRICIÓN:

1. Definición:

La Desnutrición: según la OMS y la FAO en 1,973 definieron la desnutrición energética-proteica como rango de condiciones patológicas, caracterizadas por carencias en variadas proporciones de calorías y proteínas, el cual frecuentemente se asocia a infecciones.(8)

2. Causas de Desnutrición:

- Deficiente ingestión de alimentos,
- Problemas en la absorción o en el transporte de los nutrientes en el tracto digestivo,
- Trastornos en el metabolismo,
- Combinación de alguna de estas.

3. Clasificación de la Desnutrición:

La desnutrición la podemos clasificar de acuerdo a:

- a) Tipo de aparición: aguda y crónica;
- b) Presentación crónica: marasmo, kwashiorkor, mixta;
- c) De acuerdo a la intensidad: leve, moderada, severa. (20).

4. Valoración del Estado Nutricional:

Para valorar el estado nutricional se llevan a cabo los siguientes estudios:

- a. Características Generales: Se refiere a la evaluación de los aspectos no nutricios relacionados con el estado de nutrición (edad, sexo, escolaridad, tipo de alimentos disponibles, nivel socioeconómico, etc.).
- b. Evaluación Dietética: Es la estimación de consumo de nutrimentos a través de la evaluación de la dieta y los hábitos de alimentación (encuestas de recordatorio, de registro, de frecuencia de consumo, etc).
- c. Evaluación Clínica: Es la evaluación del estado de nutrición a través de la historia médica, la exploración física y el interrogatorio sobre sintomatología asociada con alteraciones en la nutrición con el auxilio de los exámenes de gabinete.
- d. Evaluación Antropométrica: Es la estimación del estado de nutrición de un individuo con base a la medición de sus dimensiones físicas y en algunos casos de su composición corporal (peso, talla, pliegues cutáneos etc).
- e. Evaluación Bioquímica: Es la evaluación del estado nutricional a través de la reserva de nutrimentos, su concentración plasmática o su excreción y pruebas funcionales, como las inmunológicas. (8, 12).

5. Indicadores Antropométricos:

Son los mejores indicadores del estado nutricional, tanto a nivel comunitario como a nivel individual, la antropometría mide las variaciones en las dimensiones y proporciones físicas del cuerpo, las cuales están

influenciadas por factores congénitos (edad, sexo, medio intrauterino, orden de nacimiento, peso al nacer, estatura de padres y constitución genética, factores ambientales).

- a. Peso: Indicador para determinar la masa corporal total, lo forman los músculos, la grasa, los huesos y órganos internos, para expresar el peso en función de crecimiento se hace la relación peso / edad, peso / talla.
- b. Talla: Es la altura del individuo. Es la suma de las piernas, la pelvis, la columna vertebral y el cráneo, para poder expresar talla en función al ritmo de crecimiento se hace la relación talla / edad.
- c. Indicadores de crecimiento lineal: talla total, talla sentado, longitud de extremidad superior.
- d. Indicadores para medir la composición corporal: perímetro braquial, pliegues cutáneos.
- e. Indicador para medir el desarrollo cerebral; perímetro cefálico.
- f. Indicador para medir desarrollo óseo: diámetro biestiloideo de cúbito y diámetro bicondilar del fémur.

6. Importancia de Talla y Peso como indicador del estado:

El crecimiento de un individuo se mide a través de su talla, estatura o longitud y de su peso. Los principales períodos de crecimiento ocurren desde la concepción hasta los 18 años. (6).

a.-Peso / Edad: Este índice refleja la masa corporal relativa a la edad cronológica. Este índice es influenciado por ambos, la talla y el peso, por lo que su naturaleza compuesta hace compleja su interpretación. Este índice es el que sirve de base para la clasificación de Gómez que se utiliza para evaluar el estado nutricional con base en el riesgo de mortalidad en los niños de 0 a 7 años. Bajo peso para la edad: también se les llama liviano, debido que bajo P/E refleja baja T/E y bajo P/T o ambos, el término malnutrición global ha sido usado para describir este indicador. Alto peso para la edad: poco usado porque el peso para talla es más útil en la evaluación de sobrepeso como riesgo de obesidad, para fines prácticos significa sobrepeso.

b.-Peso / Talla: Este índice refleja el estado nutricional actual, un bajo peso talla es común en menores de un año y medio, reflejando la alta prevalencia de desnutrición aguda en este grupo. Bajo peso para la talla; la descripción más apropiada es delgadez. Este término no refleja necesariamente un proceso patológico. Sin embargo el término desgaste, es ampliamente usado para describir un proceso severo y reciente que ha

llevado a una pérdida significativa de peso, usualmente como consecuencia de privación alimentaria reciente y/o enfermedad severa. Alto peso para la talla: Sobrepeso es el término preferido para describirlo. Aunque existe una fuerte correlación entre este y obesidad medida por adiposidad, una mayor masa muscular también puede contribuir a un alto peso / talla. A nivel poblacional puede considerarse como indicador adecuado de obesidad, debido a que la mayoría de individuos con alto P/T son obesos.

c-Talla / Edad: Este índice refleja el crecimiento lineal alcanzado y su déficit indica inadecuaciones de la dieta o de la salud por un período largo de tiempo, por esta razón también refleja la historia nutricional de un individuo. El déficit de talla ocurridos en los primeros años, es difícilmente recuperable. En general estos niños tienen una composición corporal normal. El déficit de talla para edad comienza a manifestarse desde los primeros tres meses de vida en países en vías de desarrollo, siendo más marcado éste déficit en los niños mayores de dos años. Debido a que una baja talla por causas genéticas es lo menos probable al evaluar la talla o longitud es importante conocer el ambiente socioeconómico y las condiciones de la población de donde proviene el niño y la familia. Baja talla para edad: pequeño se refiere al individuo que tiene talla baja como parte de una variación normal o por procesos patológicos. El término retardado, refleja que el tener baja T/E es patológico, indicando un fallo para alcanzar el potencial genético de crecimiento lineal como resultado de condiciones nutricionales y de salud subóptimas de largo tiempo. Alta talla para edad: éste indicador es de poca significancia en salud pública, no se han definido valores excesivos de talla para edad. (6).

d. Utilización de las tablas de NHS:

La OMS recomienda el uso de dichas tablas, para tener puntos de referencia para la población general en estudio.

Consideramos Normal todo niño cuyo peso esta ubicado entre los percentiles 10 y 90.

Por debajo del 10 percentil se considera como desnutridos y se distinguen así:

- Graves: presentan valores iguales o menos 4 desviaciones estándar por debajo del percentil 10.
- Moderados: Todos aquellos valores menores o iguales a menos 3 desviaciones estándar por debajo del percentil 10.
- Leves: Todos aquellos que presentan valores menores o iguales al percentil 10.

Niños en zona crítica: Valores menores o iguales al percentil 10.(6)

VI. HIPÓTESIS

- a. NULA: La situación de salud de los hijos de madres adolescente no es diferente de la situación de salud de los hijos de madres no adolescentes.

- b. ALTERNA: La situación de salud de los hijos de madres adolescentes es diferente de la situación de salud de los hijos de las madres no adolescentes.

VII. MATERIAL Y METODOS

A. METODOLOGÍA:

1. Tipo de estudio:

Estudio no experimental, descriptivo, comparativo, retrospectivo, Transversal.

2. Sujeto de estudio:

Niños hijos de madres adolescentes y no adolescentes que asistieron al Servicio de Consulta Externa de Pediatría del Hospital General de Enfermedad Común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, por medio de la revisión de sus respectivos expedientes clínicos.

3. Población:

El universo de madres adolescentes que inscriben a sus hijos al año son de 672.

En base a la siguiente fórmula se obtuvo la muestra: (23).

$$n = \frac{N * p * q}{(N-1)(LE) p * q} \quad (4)$$

En donde:

N= población = 672

p= proporción = 0.05

q= varianza = 0.05

LE= limite de error= 0.07

Por lo que la muestra a tomar fué de 115 madres adolescentes e igual número de madres no adolescentes.

4. Criterios de Inclusión

- * Registros clínicos completos
- * Niños de ambos sexos, de 0 a 60 meses de edad.
- * Niños que asistieron a la Consulta Externa de Pediatría en el período comprendido del 1 de Enero al 30 de Junio de 2,001.

5. Criterios de Exclusión

- * Registro clínicos incompletos
- * Niños con problemas congénitos o que hayan presentado patologías al nacimiento.

6. Variables de Estudio: (ver cuadro adjunto)

7. Aspectos Éticos de la Investigación

No se puso en juego la dignidad de los niños, ya que el presente estudio se realizó mediante la obtención de datos, de expedientes clínicos previamente archivados y seleccionados.

b. Variables

MATERNAS

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
Madre Adolescente	Independiente	Es la mujer que ya es madre y esta comprendida entre las edades de 11 a 19 años con 11 meses.	Edad en años expresada por la madre.	Numérica	Años
Madre no Adolescente	Independiente	Es la mujer que ya es madre y que tiene 20 años o mas, en edad ideal para reproducirse.	Edad en años expresada por la madre.	Numérica	Años
Estado Civil	Independiente	Es la condición social en cuanto a unión de pareja.	Situación legal de la madre en ese momento.	Ordinal	Soltera Unida Casada Divorciada Viuda
Escolaridad	Independiente	Conjunto de cursos que un estudiante lleva en la escuela.	Estado de conocimientos adquiridos hasta el momento por la madre.	Ordinal	Nula Primaria Secundaria Universitaria
Control Prenatal	Independiente	Es el cuidado medico cuyo objetivo es asegurar que todo embarazo termine en un niño sano, sin deterioro de la salud de la madre.	Atención medica recibida por la madre en el periodo del embarazo.	Ordinal	Si No
Tipo de Parto	Independiente	Se refiere a la forma de resolución del embarazo	Forma de resolución del embarazo expresada por la	Ordinal	Eutosico simple Cesárea

			madre.		
Paridad	Independiente	Es el numero de embarazos que ha tenido una mujer y la forma que los ha resuelto.	Dato proporcionado por la madre, anotado en el expediente.	Numérica	1 2 3 + 3
Raza	Independiente	Comprende todas las agrupaciones que se reconocen en el ámbito de una especie.	Condición de etnia debida a factores genéticos.	Ordinal	Ladina Indígena
Religión	Independiente	Conjunto de creencias, mitos, o dogmas acerca de la divinidad y de las practicas rituales.	Condición religiosa referida por la madre.	Ordinal	Católica Evangélica Otras Ninguna
Trabajo	Independiente	Desarrollo de un esfuerzo físico o mental en una actividad.	Actividad desarrollada por la madre fuera del hogar.	Ordinal	Si No
Persona que cuida al niño	Independiente	Es la persona encargada de cuidar al niño si la madre trabaja fuera de casa.	Persona designada por la madre para el cuidado de su hijo en horas que ella no puede cuidarlo.	Ordinal	Abuela Otro pariente Guardería Otro.

DEL NIÑO

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
Salud	Dependiente	Es el bienestar físico, mental y social de un individuo.	Estado del niño anotado en la papeleta por el medico.	Ordinal	Sano Enfermo

Edad	Dependiente	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento.	Edad del niño expresada por la madre.	Numeral	Meses
Peso al Nacer	Dependiente	Es aquel que se obtiene al momento del nacimiento.	El peso anotado en la partida de nacimiento o carne materno.	Ordinal	Gramos Bajo Peso: < de 2,500 grs.; Normal: 2,500 a 3,999 grs.; Macrosómico: > 4,000 grs.
Estado Nutricional	Dependiente	Es la condición del organismo que resulta de la absorción y utilización de alimentos ingeridos por una persona.	Medida directa de la condición nutricional del niño según las tablas de la NCHS por el médico, anotado en el expediente.	Ordinal	Sobre peso Normal DPC
Peso	Dependiente	Es la medida antropométrica dada en Kg. que nos indica el volumen corporal.	Medida de crecimiento dada en Kg. según tablas de NCHS.	Numérica	Kilogramos.
Talla	Dependiente	Medida antropométrica en cms, indicando la altura de un individuo.	Altura del niño medido de los pies a la cabeza por un metro o tallímetro.	Numérica	Centímetros
Morbilidad	Dependiente	Estado relacionado a alguna enfermedad.	Diagnóstico dado por el médico al momento de la revisión del niño, anotado en el expediente.	Ordinal	Enfermedad detectada.
Lactancia Materna	Dependiente	Método de alimentación infantil en el	Presencia o ausencia de dicho alimento	Ordinal	Si No

		cual el lactante recibe leche materna principalmente durante los primeros 6 meses de vida.	en el infante, referido por la madre y anotado en el expediente.		
Desarrollo	Dependiente	Es la madurez de los órganos y sistemas de una persona respecto a su edad.	Es el resultado de la evaluación clínica del infante por el medico.	Ordinal	Normal Si No

8. Instrumentos:

Se usó una boleta de recolección de datos. (anexos)

9. Ejecución de la investigación:

Se inició con la solicitud al Departamento de Archivo del Hospital General de Enfermedad Común del IGSS, de los registros clínicos de los pacientes hijos de madres adolescentes que asistieron en el período de investigación y el mismo número de registros clínicos de hijos de madres no adolescentes, y se aplicó la boleta de recolección de datos.

10. Presentación de resultados

Obtenidos los datos de los registros clínicos recabados por medio de la boleta de recolección de datos, se procedió a tabularlos de forma manual; luego se procedió a realizar cuadros y graficas para la presentación de resultados.

B. RECURSOS

1. Físicos:

- Archivo del Hospital General de Enfermedad Común del IGSS.
- Facultad de Ciencias Médicas
- Computadora

2. Humanos:

- Personal de Biblioteca:
- Facultad de Ciencias Medicas USAC
- OPS-OMS
- IGSS
- CONACMI

3. Económicos:

- Reproducción de material bibliográfico
- Impresión de boletas de recolección de datos
- Impresión de tesis

4. Materiales:

- Boletas de recolección de datos
- Número de registro clínico
- Tablas de la NHS

VIII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

DE LA MADRE

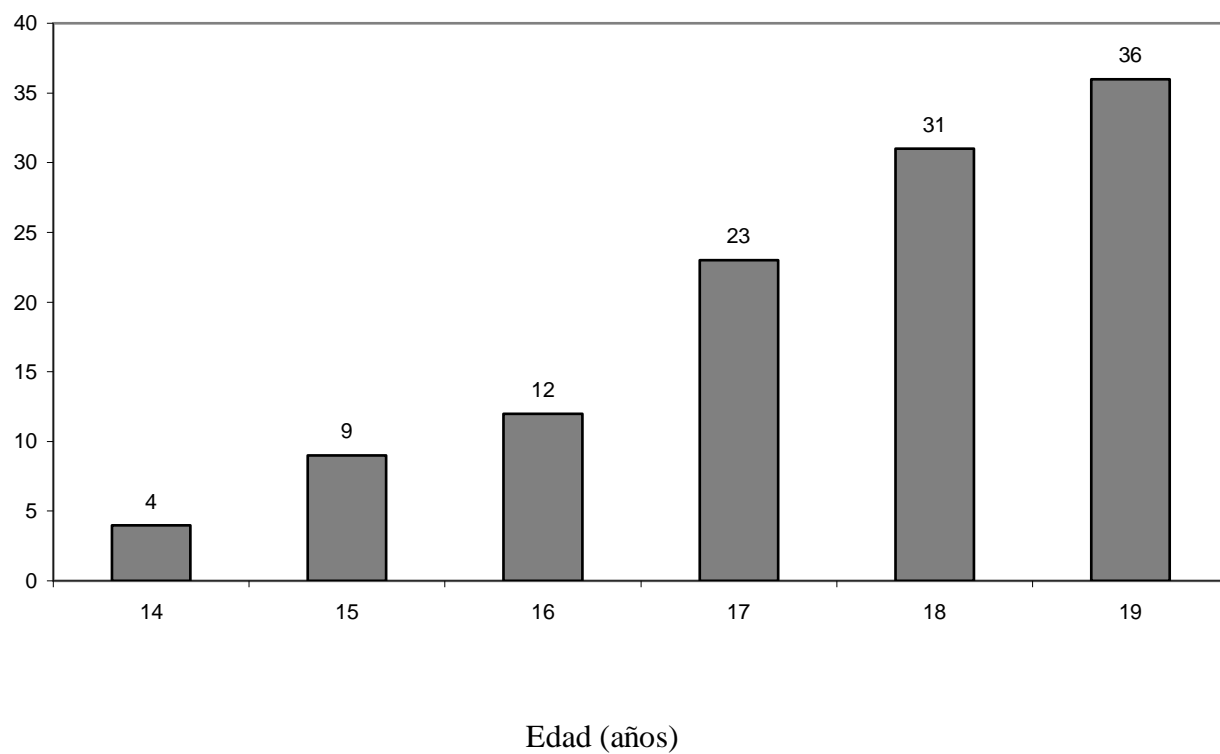
CUADRO # 1

DISTRIBUCIÓN ETAREA DE LAS MADRES ADOLESCENTES
Y NO ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A LA CONSULTA
EXTERNA DE PEDIATRIA DEL IGSS. ENERO-JUNIO 2,001.

EDAD	ADOLESCENTES		NO ADOLESCENTES		
	#	%	EDAD	#	%
14 años	4	4	20-24 años	50	43
15 años	9	8	25-29 años	41	36
16 años	12	10	30-34 años	18	16
17 años	23	20	35-39 años	4	3
18 años	31	27	40-45 años	1	1
19 años	36	31	+ 46 años	1	1
TOTAL	115	100	TOTAL	115	100

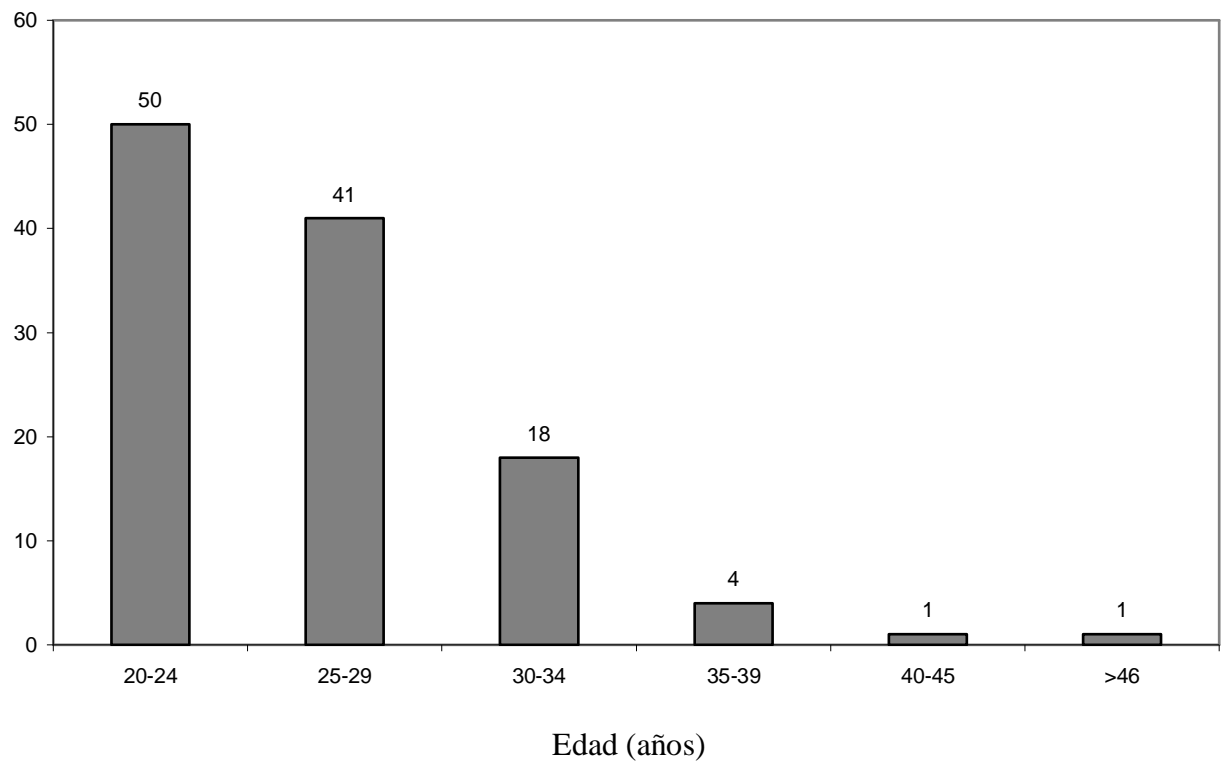
Fuente: Boleta de Recolección de datos.

GRAFICA # 1a
DISTRIBUCION ETAREA DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ASISTIERON CON SUS HIJOS
A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA IGSS ENERO-JUNIO 2,001



Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA # 1b
DISTRIBUCION ETAREA DE LAS MADRES NO ADOLESCENTES QUE ASISTIERON CON SUS
HIJOS A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA IGSS ENERO-JUNIO 2,001



Fuente: Boleta de recolección de datos.

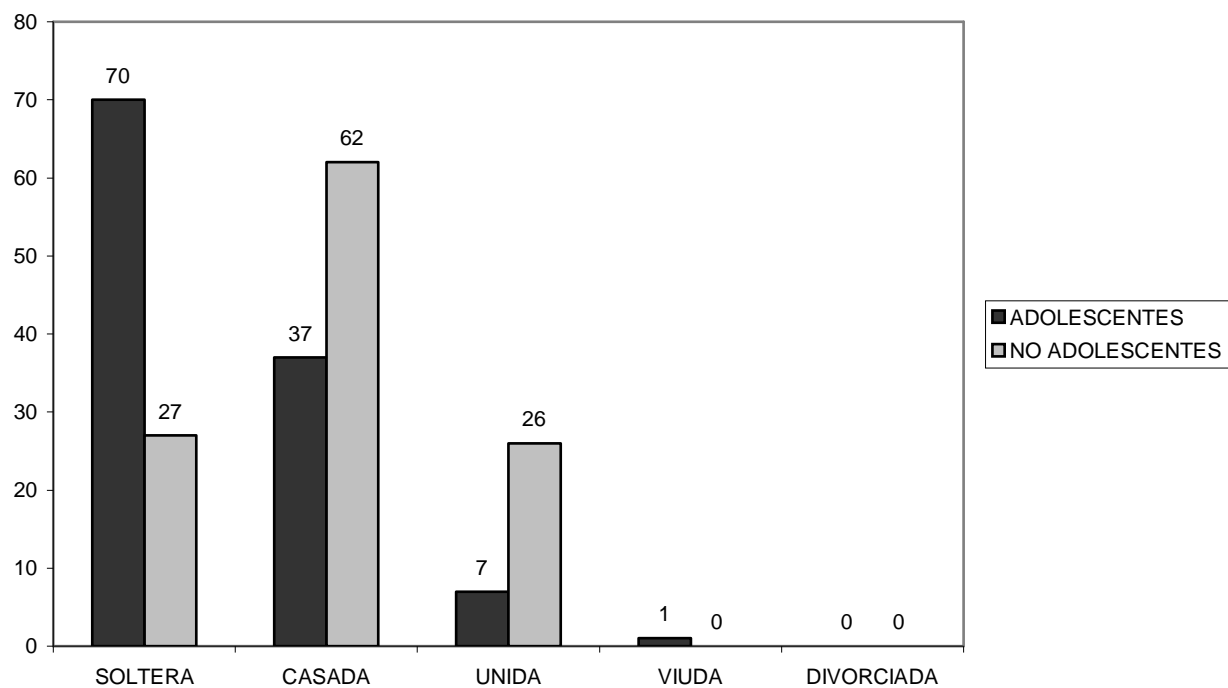
CUADRO # 2

ESTADO CIVIL DE LAS MADRES ADOLESCENTES Y NO
ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A LA CONSULTA
EXTERNA DE PEDIATRIA DEL IGSS. ENERO-JUNIO 2,001.

ESTADO CIVIL	ADOLESCENTES		NO ADOLESCENTES	
	#	%	#	%
Soltera	70	61	27	23
Casada	37	32	62	54
Unida	7	6	26	23
Viuda	1	1	0	0
Divorciada	0	0	0	0
TOTAL	115	100	115	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA # 2
ESTADO CIVIL DE LAS MADRES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES QUE ASISTIERON
CON SUS HIJOS A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA IGSS ENERO-JUNIO 2,001



Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 3

RELIGIÓN DE LAS MADRES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES QUE ASISTIERON CON SUS HIJOS A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA DEL IGSS. ENERO-JUNIO 2,001

RELIGIÓN	ADOLESCENTES		NO ADOLESCENTES	
	#	%	#	%
Católica	78	68	55	48
Evangélica	28	24	31	27
Ninguna	9	8	29	25
Otras	0	0	0	0
TOTAL	115	100	115	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 4

RAZA DE LAS MADRES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES QUE ASISTIERON CON SUS HIJOS A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA IGSS. ENERO-JUNIO 2,001.

RAZA	ADOLESCENTES		NO ADOLESCENTES	
	#	%	#	%
Ladina	105	91	93	81
Indígena	10	9	22	19
TOTAL	115	100	115	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

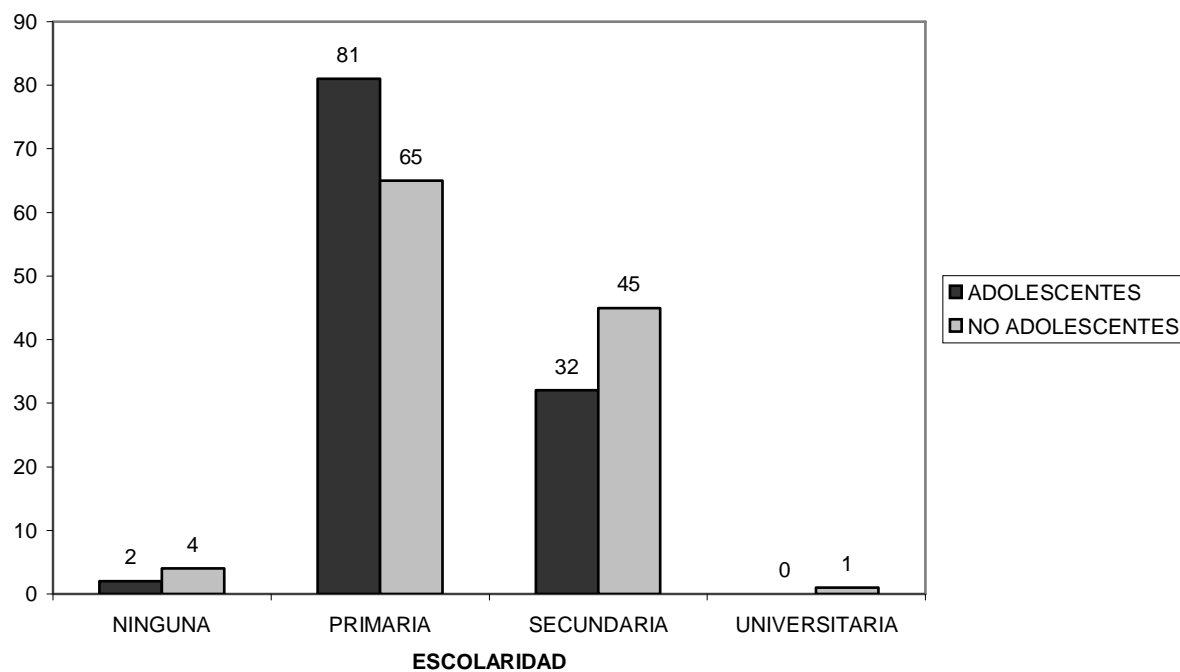
CUADRO # 5

ESCOLARIDAD DE MADRES ADOLESCENTES Y NO
ADOLESCENTES QUE ASISTIERON CON SUS HIJOS A LA
CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA IGSS.
ENERO-JUNIO 2,001.

ESCOLARIDAD	ADOLESCENTES		NO ADOLESCENTES	
	#	%	#	%
Ninguna	2	2	4	3
Primaria	81	70	65	57
Secundaria	32	28	45	39
Universitaria	0	0	1	1
TOTAL	115	100	115	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA # 3
ESCOLARIDAD DE LAS MADRES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES QUE
ASISTIERON CON SUS HIJOS A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA IGSS ENERO-
JUNIO 2,001



Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 6

PARIDAD DE MADRES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES
QUE ASISTIERON A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA
IGSS. ENERO-JUNIO 2,001.

PARIDAD	ADOLESCENTES		NO ADOLESCENTES	
	#	%	#	%
1	90	78	51	44
2	25	22	39	34
3	0	0	12	10
+ de 3	0	0	13	12
TOTAL	115	100	115	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

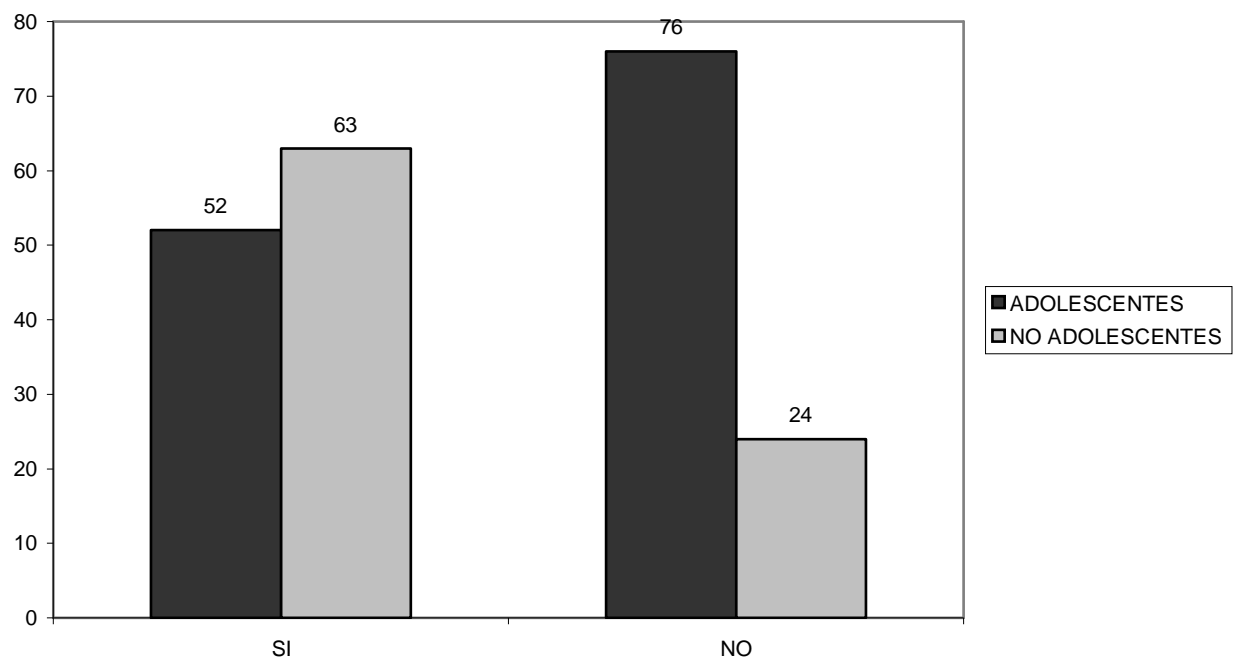
CUADRO # 7

CONTROL PRENATAL LLEVADO POR MADRES ADOLESCENTES
Y NO ADOLESCENTES QUE ASISTIERON CON SUS HIJOS A LA
CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA IGSS. ENERO-JUNIO 2,001.

CONTROL PRENATAL	ADOLESCENTES		NO ADOLESCENTES	
	#	%	#	%
SI	52	45	87	76
Adecuado	44	85	85	97
No Adecuado	8	15	2	3
NO	63	55	28	24
TOTAL	115	100	115	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA # 4
CONTROL PRENATAL LLEVADO POR LAS MADRES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES
QUE ASITIERON CON SUS HIJOS A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA IGSS ENERO -
JUNIO 2,001



Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 8

TIPO DE PARTO DE MADRES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES QUE ASISTIERON CON SUS HIJOS A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA IGSS. ENERO-JUNIO 2,001.

TIPO DE PARTO	ADOLESCENTES		NO ADOLESCENTES	
	#	%	#	%
PES	108	94	107	93
CSTP	7	6	8	7
TOTAL	115	100	115	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 9

SITUACIÓN DE TRABAJO FUERA DEL HOGAR DE MADRES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES QUE ASISTIERON CON SUS HIJOS A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA IGSS. ENERO-JUNIO 2,001.

TRABAJA	ADOLESCENTES		NO ADOLESCENTES	
	#	0%	#	%
SI	39	34	52	45
NO	76	66	63	55
TOTAL	115	100	115	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 10

PERSONA ENCARGADA DE LOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES MIENTRAS TRABAJAN FUERA DEL HOGAR Y QUE ASISTIERON A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA IGSS. ENERO-JUNIO 2,001.

PERSONA QUE CUIDA AL NIÑO	ADOLESCENTES		NO ADOLESCENTES	
	#	%	#	%
Abuela	23	59	37	71
Guardería	4	10	12	23
Otros	12	31	3	6
TOTAL	39	100	52	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

DEL NIÑO

CUADRO # 1

DISTRIBUCIÓN ETAREA DE LOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES QUE ASISTIERON CON SUS HIJOS A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA IGSS. ENERO-JUNIO 2,001.

EDAD	ADOLESCENTES		NO ADOLESCENTES	
	#	%	#	%
0-12 meses	89	77	59	52
13-48 meses	25	22	43	37
49-60 meses	1	1	13	11
TOTAL	115	100	115	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 2

DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A AL CONSULTA EXTERNA IGSS. ENERO-JUNIO 2,001.

SEXO	ADOLESCENTES		NO ADOLESCENTES	
	#	%	#	%
Masculino	61	53	53	46
Femenino	54	47	62	54
TOTAL	115	100	115	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

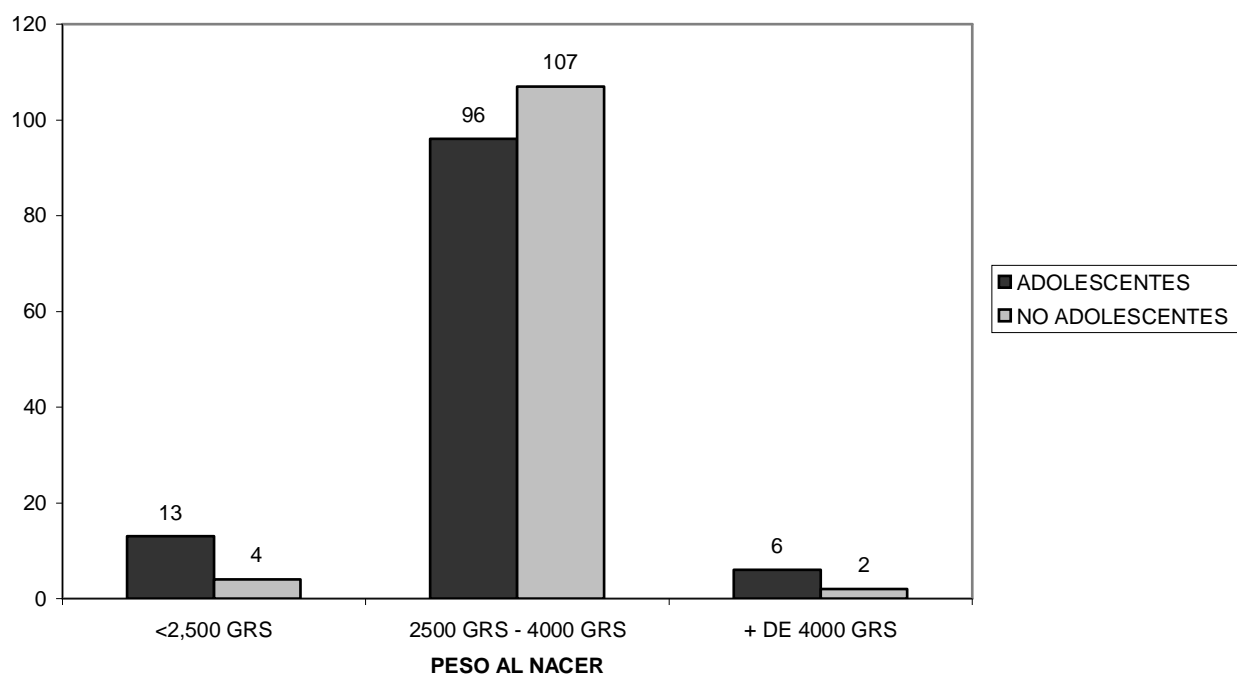
CUADRO # 3

PESO AL NACER DE HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA IGSS. ENERO-JUNIO 2001.

PESO AL NACER	ADOLESCENTES		NO ADOLESCENTES	
	#	%	#	%
<2,500 grs	13	12	4	3
2,500-4,00 grs	96	83	107	93
> 4,000 grs	0	0	2	2
No hay inf.	6	5	2	2
TOTAL	115	100	115	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA # 1
PESO AL NACER DE LOS HIJOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES
QUE ASISTIERON A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA IGSS ENERO - JUNIO 2,001



Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 4

LACTANCIA MATERNA PROPORCIONADA A LOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA IGSS. ENERO-JUNIO 2,001.

LACTANCIA MATERNA	ADOLESCENTES		NO ADOLESCENTES	
	#	%	#	%
SI	39	34	38	33
NO	76	66	77	67
TOTAL	115	100	115	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

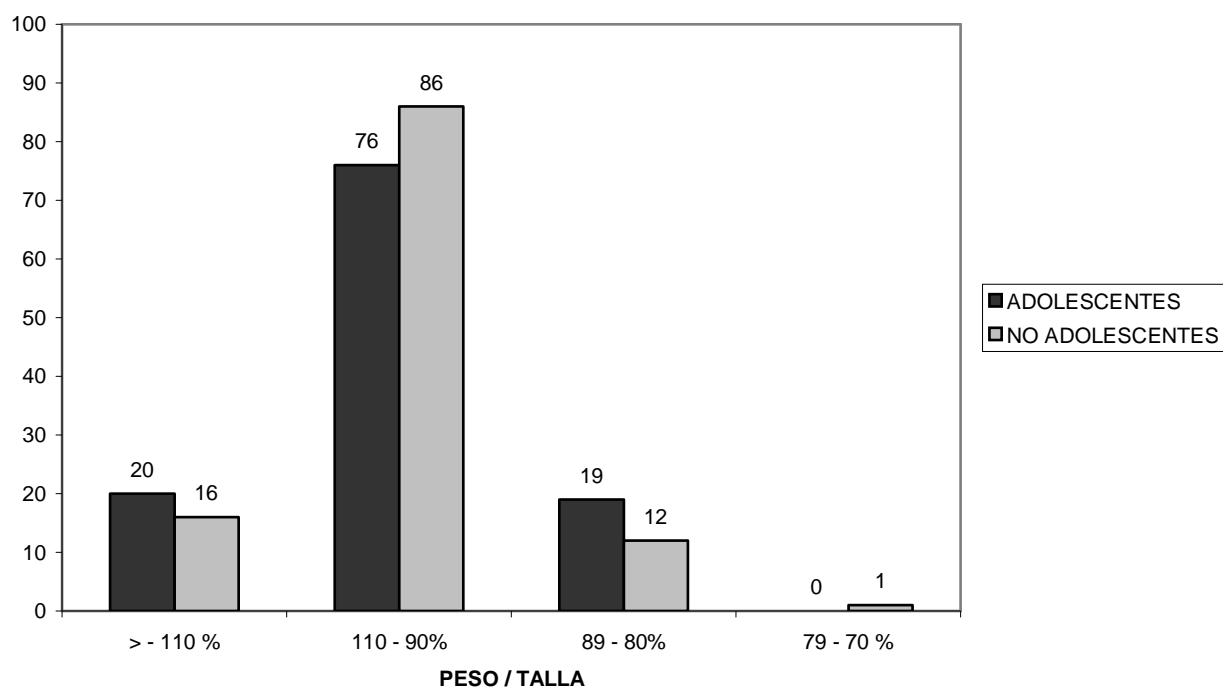
CUADRO # 5

PESO/TALLA DE LOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA IGSS. ENERO-JUNIO 2,001.

PESO/TALLA	ADOLESCENTES		NO ADOLESCENTES	
	#	%	#	%
> 110 %	20	18	16	14
110-90 %	76	66	86	75
89-80 %	19	16	12	10
79-70 %	0	0	1	1
TOTAL	115	100	115	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA # 2
PESO / TALLA DE LOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES QUE
ASISTIERON A LA CONSULTA EXTERNA AL IGSS ENERO - JUNIO 2,001



Fuente: Boleta de recolección de datos.

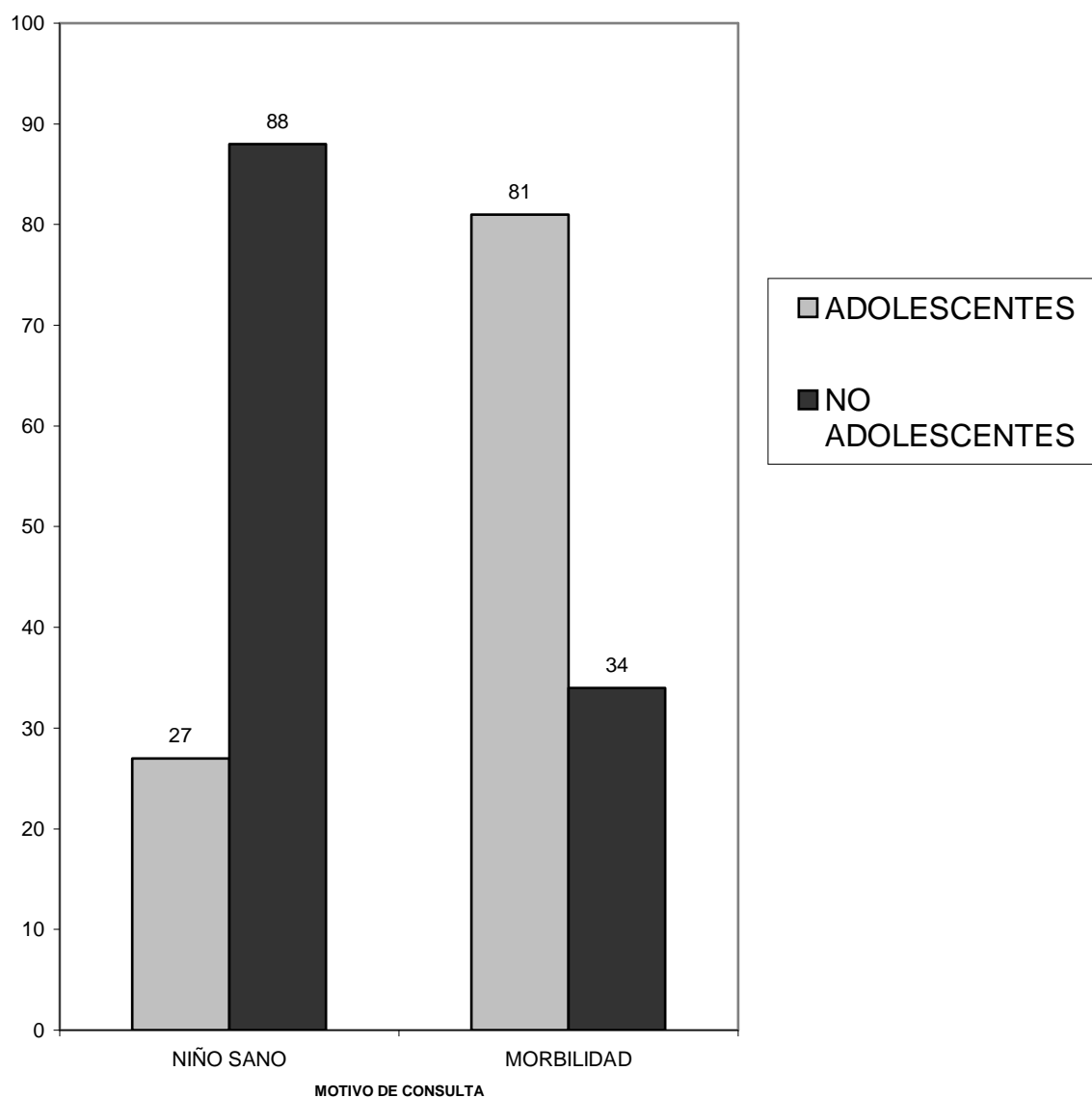
CUADRO # 6

MOTIVO DE CONSULTA POR EL CUAL ASISTIERON LOS
HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES
A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA IGSS.
ENERO-JUNIO 2,001.

MOTIVO DE CONSULTA	ADOLESCENTES		NO ADOLESCENTES	
	#	%	#	%
Niño Sano	27	23	81	70
Morbilidad	88	77	34	30
TOTAL	115	100	115	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA # 3
MOTIVO DE CONSULTA DE LOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES Y NO
ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A LA CONSULTA EXTERNA IGSS ENERO -
JUNIO 2,001



Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 7

NUMERO DE CONSULTAS QUE REALIZARON LOS HIJOS DE
MADRES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES QUE ASIS-
TIERON A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA IGSS.
ENERO-JUNIO 2,001.

No. DE CONSULTAS	ADOLESCENTES		NO ADOLESCENTES	
	#	%	#	%
1	10	9	19	17
2	21	18	26	22
3	22	19	35	30
4	26	23	17	15
5	20	18	11	10
6	13	11	5	4
7	3	2	2	2
TOTAL	115	100	155	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 8

DIAGNOSTICO DE LAS CAUSAS MAS COMUNES DE MORBILIDAD EN LOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES QUE ASISTIERON A LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA IGSS. ENERO-JUNIO 2,001.

DIAGNOSTICOS	ADOLESCENTES		NO ADOLESCENTES	
	#	%	#	%
1. IRA	72	62.6	50	43.5
2. S.D.A	24	20.9	12	10.4
3. Dermatitis	23	20	15	13.0
4. Anemia	18	15.7	10	8.7
5. H.R.B.	10	8.7	14	12.2
6. Neumonía	8	7.0	6	5.2
7. Conjuntivitis	8	7.0	7	6.0
8. Moniliasis	8	7.0	4	3.5
9. Amigdalitis	5	4.3	6	5.2
10. I.T.U.	5	4.3	4	3.5
n=	115		115	

Fuente: Boleta de recolección de datos.

IX. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

a) DE LA MADRE

CUADRO # 1 Y GRAFICAS 1a. Y 1b: Como podemos observar, el mayor porcentaje de madres adolescentes están entre las edades de 17 a 19 años, con 79%, seguidas por madres en edades entre 14 y 16 años en 21%, lo que conduce a que la madre no esté preparada para asegurar un adecuado futuro a su hijo; siendo en el otro grupo el mayor porcentaje madres que se encuentran entre las edades de 20-24 años representando 43% de este grupo, seguido por rangos mayores hasta llegar a los 46 años, obteniendo así la madurez biológica y social necesaria, ausentes en el grupo de madres adolescentes.

CUADRO #2 Y GRAFICA # 2: En el grupo de madres adolescentes 61% de ellas son madres solteras, demostrándose así que el abandono de la madre adolescente por su pareja es frecuente, debiendo salir adelante con sus hijos solas, siendo el mismo caso el de una madre que a tan corta edad se ha quedado viuda. Unicamente 39% de ellas tiene a la pareja a su lado para apoyo tanto emocional como económico, mientras que en el grupo de madres no adolescentes se presenta 54% casadas y 23% unidas, lo que les da estabilidad tanto económica como emocional.

CUADRO # 3: En éste aspecto no se encontró diferencia entre ambos grupos, pues prevalece con un alto porcentaje la raza Ladina, presentándose un bajo porcentaje de raza indígena.

CUADRO # 4: Se observa un resultado similar en ambos grupos, en los que predomina la religión católica, seguida de la evangélica y un dato interesante es que un buen porcentaje de madres, tanto adolescentes como

adultas, no profesan ninguna religión, lo que nos demuestra que se han ido perdiendo los factores culturales y religiosos en ambos grupos de madres.

CUADRO # 5 Y GRAFICA # 3: El problema de la educación en el grupo de madres adolescentes es más grave que en el grupo de las madres adultas, pues en las primeras, 70% únicamente tuvieron la oportunidad de cursar la primaria, y 28% la secundaria, no existiendo ningún caso donde estén cursando la educación universitaria. Peor aún, 2% de ellas no tiene ningún grado de escolaridad, observándose así el fenómeno del abandono escolar propio de las madres a esta edad, que al final las lleva a tener un bajo nivel educativo y las condiciona a no tener las mismas oportunidades de empleo o empleos no calificados, lo que las lleva a condiciones económicas no satisfactorias, como también a frustraciones personales, a diferencia del otro grupo de madres que ha tenido la oportunidad en un porcentaje más alto de cursar la educación secundaria y en un caso la universitaria, presentándose así mejores oportunidades de empleo en general.

CUADRO # 6: El mayor porcentaje de madres adolescentes únicamente tienen un hijo representado 78%, sin embargo, existe 22% de ellas que ya tiene dos hijos a tan corta edad, lo que significa que iniciaron a procrear a muy temprana edad, lo que condiciona directamente la salud de sus hijos; existiendo diferencia en el número de hijos que tienen las madres no adolescentes, influyendo en ellas la edad, el tiempo de casadas etc, contando ellas con la madurez necesaria para afrontar esta situación, por lo que surge la necesidad de crear una Clínica de Planificación Familiar para la madre adolescente en el Servicio de consulta externa de Pediatría para transmitir el mensaje oportunamente.

CUADRO # 7 Y GRAFICA # 4: Con el control prenatal se garantiza el bienestar de la madre y del feto en el proceso del embarazo la cual es muy importante para evitar complicaciones tanto maternas como fetales y neonatales; sin embargo, en el grupo de las madres adolescentes, únicamente 45% asistió a control prenatal, del cual 85% fue catalogado de adecuado y 15% no adecuado, significando lo último que la madre inició su asistencia al control con una edad avanzada de embarazo y solo asistió a 1 ó 2 visitas. 55% de madres adolescentes no asistió a dicho control,

estando condicionado el mismo a factores de ignorancia, o por ocultar el embarazo ante los demás o simplemente falta de orientación, lo que nos demuestra la necesidad de orientación sobre la importancia de éste en el período del embarazo. Mientras que en el grupo de madres no adolescentes se observó que 76% llevó control prenatal, y de este grupo 97% lo llevó en forma adecuada, evidenciándose así la madurez y responsabilidad con la vida tanto de la madre como del feto que existe en este grupo de madres adultas y que se encuentra ausente en un gran porcentaje de madres adolescentes.

CUADRO # 8: En el tipo de parto los resultados no muestran diferencia entre un grupo de madres y otro, presentándose en 94% en las madres adolescentes y 93% en el grupo de las madres no adolescentes, Parto Eutósico Simple, no influyendo la edad de la madre.

CUADRO # 9: En el grupo de madres adolescentes únicamente trabaja el 34%, teniendo así la mayoría el tiempo para atender a sus hijos. Sin embargo, éstos presentan peores condiciones de salud que los niños del otro grupo, pero las lleva también a condiciones económicas desfavorables, mientras que 45% de las madres adultas trabajan, teniendo más oportunidades de superación que las primeras, presentando sus hijos condiciones de salud más favorables que los primeros, por la madurez tanto física como mental para el crecimiento y el mantenimiento de la salud de sus hijos, que casi siempre falta en la madre adolescente.

CUADRO # 10: Se observa en el grupo de madres adolescentes que son ellas en su mayoría que cuidan a sus hijos (66%) pues no trabajan, siendo las responsables directas del cuidado de su salud y de su desarrollo integral. Entre las que trabajan, a un alto porcentaje le cuidan los niños las abuelas y una minoría en guarderías, lo que condiciona directamente la salud del niño, teniendo un mas bajo porcentaje entre las madres adultas 56% que tienen el cuidado directo de sus hijos, seguido por las abuelas en el caso de las madres que trabajan, y un elevado porcentaje al cuidado de guarderías.

b) DEL NIÑO

CUADRO # 1: Podemos observar que en ambos grupos de madres, el mayor porcentaje de niños se encuentra entre las edades de 0-12 meses, seguidos de 13-48 meses, siendo esta la etapa en donde se completa el esquema de vacunación; en los dos grupos el porcentaje de niños de 49-60 meses de edad es mínimo.

CUADRO # 2: Predomina el sexo masculino con 53% en el grupo de las madres adolescentes, siendo a la inversa en el otro grupo con 54% el sexo femenino.

CUADRO # 3 Y GRAFICA # 1: El bajo peso al nacer es una de las consecuencias para el producto de la madre adolescente, presentándose en este grupo en el 12% contra 3% en el grupo de niños de madres adultas, evidenciándose así la falta de adecuada nutrición durante el período de la gestación en las madres adolescentes, y la necesidad de orientación sobre este tema para ellas, estando estrechamente relacionado con llevar un adecuado control prenatal.

CUADRO # 4: Siendo la lactancia materna el alimento natural más importante en la vida de un niño por lo menos en los primeros 6 meses de vida, encontramos que en el grupo de madres adolescentes únicamente 34% da lactancia materna, siendo lamentable que 66% de estas madres no proporcionen dicho alimento a sus hijos, estando 16% de estos niños comprendidos entre las edades de 0-6 meses. Se puede observar que en el otro grupo de madres es igualmente bajo el porcentaje que proporciona lactancia materna con un 33%, presentándose la necesidad de orientar mejor a ambos grupos de madres respecto a la importancia de la lactancia materna para evitar así problemas de salud del niño más adelante.

CUADRO # 5 Y GRAFICA # 2: La desnutrición proteico-calórica es una consecuencia frecuente entre los hijos de madres adolescentes, misma que está caracterizada por carencias en variadas proporciones de calorías y proteínas, que frecuentemente se asocia a infecciones en el niño. El problema más acentuado se observa en el grupo de hijos de madres adolescentes, presentándose en 19% de estos niños DPC Grado 1, frente a 10% en el segundo grupo de niños, tomando en cuenta también que un grupo más elevado de hijos de madres adolescentes presenta obesidad que el otro grupo de niños, evidenciándose así el poco cuidado nutricional que estas madres proporcionan a sus hijos, presentándose nuevamente la necesidad de educación sobre la adecuada nutrición de sus hijos especialmente el grupo de madres adolescentes, llevando un seguimiento de cerca por parte de la clínica de madre adolescente sobre este aspecto.

CUADRO # 6 Y GRAFICA # 3: La diferencia entre un grupo de madres y el otro es muy clara en el motivo de consulta; en el grupo de las madres adolescentes 77% asiste a la consulta externa por causa de morbilidad de sus hijos, mientras que únicamente 23% asiste por cita para control de niño sano, siendo inversa la relación en el grupo de niños de madres no adolescentes, pues en este, 70% asiste por cita para control de niño sano y solo 30% por causa mórbida, observándose así la diferencia marcada que existe entre la situación de salud de los hijos de madres adolescentes y el otro grupo de niños, presentándose las adolescentes en más oportunidades por causa de deterioro de la salud del niño que a control, situación que necesita con urgencia de orientación y concientización para el grupo de madres adolescentes sobre la salud de sus hijos.

CUADRO # 7: En el grupo de madres adolescentes el mayor porcentaje de ellas acudió entre 4 y 5 veces a la consulta externa, estando ello relacionado directamente con el estado de salud de sus hijos, que tienen que acudir en varias ocasiones sin tener cita, por enfermedad del niño, habiendo clara diferencia con el otro grupo de madres adultas, quienes en su mayoría asistieron de 1 a 3 ocasiones a la Consulta Externa con sus hijos, quedando claro así el problema que existe con la salud de los hijos de las madres adolescentes.

CUADRO # 8: Las enfermedades identificadas en ambos grupos fueron similares, con diferencia en la presentación de porcentajes, los que en el grupo de las madres adolescentes los más altos fueron las infecciones respiratorias agudas, las diarreas, los problemas dermatológicos y la anemia, algunas secundarias al mal cuidado por parte de estas madres para sus hijos y por consiguiente de la desnutrición presentada por algunos de estos niños. En el grupo de hijos de madres adultas se presentan las mismas patologías pero en diferentes porcentajes, siendo la diferencia en menor frecuencia de diarreas, que en este grupo es mínimo el porcentaje, tanto de esta como de las demás enfermedades.

Con los resultados obtenidos se realizó el cálculo de OR (cálculo de razón cruzada), dando como resultado $X^2 >$ de 3.84146 en el grupo de hijos de madres adolescentes que en el grupo de hijos de madres no adolescentes, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, la situación de salud de los hijos de madres adolescentes si es diferente a la situación de salud de los hijos de madres no adolescentes.

X. CONCLUSIONES

1. El ser madre en la edad de la adolescencia las condiciona a tener una menor oportunidad de educación secundaria, y posteriormente a no tener acceso a un trabajo calificado.
2. Las madres adolescentes en su mayoría no asisten a Control Prenatal, lo que condiciona a la aparición de complicaciones tanto maternas, como pediátricas posteriormente.
3. El bajo peso al nacer se presenta en un mayor porcentaje en los hijos de madres adolescentes que en los hijos de madres no adolescentes.
4. Los hijos de las madres adolescentes se enferman con más frecuencia que los hijos de las madres no adolescentes.
5. Existe una marcada diferencia entre la situación nutricional de los hijos de madres adolescentes que con el otro grupo, existiendo un porcentaje más alto de DPC en hijos de madres adolescentes.
6. Las causas de morbilidad más comúnmente encontradas son Infecciones respiratorias agudas, diarreas, dermatitis, entre otras, no encontrándose diferencia entre los dos grupos de niños estudiados.
7. La situación de salud de los hijos de madres adolescentes si es diferente a la situación de salud de los hijos de madres adolescentes.

XI. RECOMENDACIONES

1. Crear un programa de planificación familiar en el Servicio de Consulta Externa de Pediatría del Hospital General de Enfermedad Común del IGSS, para la madre adolescente.
2. Fortalecer la clínica de Madre Adolescente ya existente, en el Hospital de Gineco-Obstetricia IGSS.
3. Dar seguimiento de cerca a la madre adolescente identificada.
4. Crear un programa de charlas educativas para las madres adolescentes, sobre los temas más importantes para la salud de sus hijos, involucrando a estudiantes tanto de medicina como de nutrición.
5. Impulsar programas de orientación sexual a adolescentes en centros de educación, tanto a nivel primaria como secundaria.
6. Concientizar al médico que atiende a los hijos de madres adolescentes, por ser ellos de mayor riesgo.
7. Promover la asistencia a control prenatal en las madres adolescentes.

XII. RESUMEN

El presente estudio es de tipo descriptivo, transversal, comparativo, realizado en la Consulta Externa de Pediatría del IGSS zona 9, con el objetivo principal de comparar la situación de salud de los hijos de madres adolescentes y los hijos de madres no adolescentes.

Se revisaron 230 expedientes, perteneciendo 115 a hijos de madres adolescentes y 115 a hijos de madres no adolescentes, que asistieron a la Consulta Externa en el período comprendido del 1 de Enero al 30 de Junio del presente año, llenando la boleta de recolección de datos, que incluye datos de la madre tales como: edad, estado civil, escolaridad, si llevo control prenatal, paridad, si trabaja o no y persona que cuida al niño si ella trabaja, datos del niño como: edad, sexo, peso al nacer, peso actual y talla, peso/talla, número de consultas, motivo de consulta y diagnósticos.

Los resultados demuestran que la mayoría de madres adolescentes están entre las edades de 17-19 años, que 66% de ellas son madres solteras, 70% cursaron únicamente la primaria y solo 28% la secundaria, comparado con un 57% y 37% respectivamente de las madres adultas. 55% de madres adolescentes no asistió a control prenatal, frente a 24% de madres adultas, así como también 12% de hijos de madres adolescentes presentaron bajo peso al nacer frente a 3% de los hijos de madres no adolescentes. Tanto de las madres adolescentes como las madres adultas, el mayor porcentaje no da lactancia materna. 16% de hijos de madres adolescentes presentaron DPC GI, frente al 10% de hijos de madres no adolescentes que lo presentaron, y los hijos de madres adolescentes se enferman más que los hijos de las madres adultas y por lo tanto acuden en mayor número de oportunidades a la Consulta Externa que estos.

Se recomienda crear una clínica de planificación familiar para la madre adolescente en la Consulta Externa de pediatría del Hospital General de Enfermedad Común del IGSS, así como también impulsar programas de educación sexual en centros educativos del nivel primaria y secundaria especialmente, para contribuir a evitar que continúe creciendo el numero de madres adolescentes en nuestro país.

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. Aguilar M. Calidad de atención medica en el programa de salud reproductiva de las adolescentes. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. 2,000 50pp.
2. Albizúrez C. Edad y Escolaridad materna como factores condicionantes de morbilidad neonatal. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. 1,996 49pp
3. Alvarado C. Bajo peso al nacer. Revista Pediátrica de Guatemala. Vol. 2 No. 2 1,998 pp.48-50.
4. Alvarado F, Arévalo F, Barrillas E. Problemática y opciones para la niñez y la adolescencia en el sector salud de Guatemala. Publicación Red Berna, 1,996. Pp65.
5. American Academy of child y adolescent psychlatry. Cuando los adolescentes tiene hijos.
<http://www.unicef.org/spanish/pon98/women9.htm>
6. Baldizon K. Evaluación de factores condicionantes del estado nutricional en madres de niños menores de 5 años. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. 1,996 39pp.
7. Blum, R. Rinehart, P.M. Connections that make a difference of youth. Minneapolis: División of General Pediatrics and Adolescent Health. University of Minnesota. 1,997.
8. Chattah C. Los hijos de las adolescentes tienen mayor riesgo de mortalidad neonatal.
<Http://www.lanacion.com.ar/00/09/01/a02.htm>
9. Cuadro de la población mundial. Population Reference Bureau, 1,998.
10. Dueñas R. La Desnutrición. Momentos para reflexionar. Revista Médica IMSS. Vol. 31 No. 4 México 1,993.

11. El Progreso de las Naciones. La mujer: Avances y Disparidades.
<http://www.unicef.org/spanish/pon98/women9.htm>
12. Estévez C. Estado Nutricional, circunferencia cefálica y coeficiente intelectual. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Medicas, 2,000 58pp.
13. Espits. AM Velebil-P. Pregnancy, abortion, and birth rates among US adolescents. Journal Association Medicin American, 1,996.April 3.
14. Figueroa A. Embarazo en adolescentes. Revista C.A. de Obstetricia y Ginecología. Vol. 8 No. 1 Guatemala 1,998.
15. Kestler J. Lara E. Mortalidad infantil por peso específico al nacer de madres adolescentes de la región metropolitana de Guatemala. Revista C.A. de Ginecología y Obstetricia. Vol. No. 5 No.3 Guatemala, 1,995.
16. Leo M., M.P.H. Salud Reproductiva de los adolescentes Latinoamericanos. M-E-M-O-R-I-A-S, México 1,994.
17. Maltrato Infantil. Maltrato infantil y sus consecuencias psicobiosociales. PRONICE, Guatemala 1,996.
18. Manual para la detección de casos de maltrato a la niñez. CONACMI Guatemala, 1,996.
19. Moore, K.A.; Driscoll, A.K. A statistical portrait of adolescent sex contra conception and child-bearing. Washington, D.C. The national campaign to prevent pregnancy. 1,998.
20. Navas V. Velasco R. Blanco R; Influencia del ejercicio sobre los factores de crecimiento en los niños desnutridos. Revista Pediátrica de Guatemala. Vol.2 No. 2 1,999. pp53.
21. Network. Adolescent Reproductive Health. Family Health International. 1,997 Vol. 17 No. 3 Spring. Pp50

22. Padilla G. M. Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia. Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 8 No. 1 pp. 1-10. El Salvador, 1,999.
23. Paiz A. Oportunidades perdidas en la atención de mujeres adolescentes en edad reproductiva. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Medicas. 1,999. 53 pp.
24. Pathfinder International. Reproductive Health Programs for young Adults. School Based Programs. Maryland. 1,997.
25. Polanco K. Estado nutricional y condicionantes del mismo en niños retornados y no retornados guatemaltecos menores de 14 años. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. 1,999 pp. 11-18.
26. Programación para la salud. Orientación para la Salud sexual y reproductiva. Oms/fnvap/UNICEF, Ginebra, 1,999.
27. Rodríguez R. Complicaciones perinatales en embarazadas adolescentes. Tesis (Médico y Cirujano).Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Medicas.1,997.
28. Ruiz J. Romero G. Moreno H. Factores de riesgo de salud maternoinfantil en madres adolescentes en Colombia. Revista Panamericana de Salud Publica. Vol. 4 No. 2 1,998.
29. Santos A. Guimaraes R. Medina M. Análisis multifactorial de los factores riesgo de bajo peso al nacer en Salvador, Bahía. Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 2 No. 1 Brasil 1,997.
30. Sánchez R. Maternidad y Paternidad adolescente. Universidad de Caldas Jaime Restrepo. Colombia 1,998.

31. Sells C. Blum R. Morbidity and mortality among adolescent. Population report. Family planning programs vol 23 No. 3 1,996.
32. Silber T. Munist M. Manual de medicina de la adolescencia. OPS OMS Washington 1,992. pp 483-518.
33. Schaffer. Enfermedades del recién nacido. 5ª edición. Interamericana, 1,994.
34. Thompson P. J. adolescent maternal perceptions. International center for Research on women. Washington, 1,998.
35. Valdez M. Olavarria J. Adolescentes.
[http://perso.wanadoo.es/jupin/adolescentes hoy. htm](http://perso.wanadoo.es/jupin/adolescentes_hoy.htm) l
36. Vega C. Camezzana G. Embarazo adolescente y retardo del crecimiento intrauterino riesgo en la población con pobreza estructural. CM Publicación Médica Vol. 11 No. 1 Argentina 1,998.

IX.. ANEXOS

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

No. de boleta: _____

No. de afiliación: _____

DATOS DE LA MADRE

Edad: _____ Estado Civil: S___ C___ U___ D___ V___

Raza: Ladina: _____ Indígena: _____

Religión: Católica _____ Evangélica _____ Otras _____

Escolaridad: P___ S___ U___ Ninguna _____

Control Prenatal: Si___ No:___ Adecuado:___ No adecuado _____

Tipo de parto: PES___ CSTP _____

Paridad: 1___ 2___ 3___ + de 3 _____

Trabaja: Si___ No _____

Persona que cuida al niño: Madre___ Abuela___ Guardería _____

Otros _____

DATOS DEL NIÑO

Edad: _____

Sexo: M___ F___

Peso al nacer: _____ grs.

Lactancia Materna: Si___ No _____

Peso: _____ Kg. Talla _____ cms.

Peso/Talla _____ %

Desarrollo Normal: Si___ No _____

Motivo de Consulta: Niño Sano: _____ Morbilidad: _____

No. de Consultas: _____

Diagnóstico: _____

**CLASIFICACION DE LOS INDICADORES ANTROPOMETRICOS:
PESO/EDAD, PESO/TALLA Y TALLA/EDAD**

INDICADORES	ESTADO NUTRICIONAL				
	SOBREPESO	NORMAL	BAJO		
			DPC LEVE	DPC MOD.	DPC SEV.
PESO/EDAD	>110%	110-90%	89-75	74-60	<60%
PESO/TALLA	>110%	110-90%	89-80	79-70	<70%
TALLA/EDAD	>105%	104-95%	94-90	89-85	<85%

Clasificación en base a referencia del National Center for Health statistics.
(NHS).

**ESTADO NUTRICIONAL ACTUAL DE LOS HIJOS DE MADRES
ADOLESCENTES QUE PRESENTARON BAJO PESO AL NACER**

	PESO AL NACER EN GRS	PESO/TALLA ACTUAL
1	2,000	105 %
2	2,385	100 %
3	2,045	105 %
4	2,270	110%
5	2,350	98 %
6	2,275	115 %
7	2,310	90 %
8	2,450	95 %
9	2,460	100 %
10	2,365	94 %
11	2,385	95 %
12	2,353	112 %
13	2,430	100 %

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.