

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



**FACTORES SOCIOCULTURALES, EDUCATIVOS Y
PSICOLÓGICOS CONDICIONANTES DEL
EMBARAZO EN ADOLESCENTES.**

OSCAR ARTURO ESTRADA PALACIOS

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, julio de 2002

TITULO

***FACTORES SOCIOCULTURALES, EDUCATIVOS Y
PSICOLÓGICOS CONDICIONANTES DEL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES.***

SUBTITULO

***ESTUDIO DESCRIPTIVO TRANSVERSAL EN PACIENTES
ADOLESCENTES DE 12 A 19 AÑOS DE EDAD CON
DIAGNOSTICO DE EMBARAZO QUE CONSULTARON A
LA UNIDAD DE CONTROL PRENATAL DEL
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
PEDRO DE BETHANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA,
DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE - NOVIEMBRE
DEL 2001.***

INDICE

PÁGINA

<i>I. INTRODUCCIÓN</i>	1
<i>II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA</i>	2
<i>III. JUSTIFICACIÓN</i>	3
<i>IV. OBJETIVOS</i>	4
<i>V. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA</i>	5
<i>VI. MATERIAL Y METODOS</i>	15
<i>VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS</i>	19
<i>VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS</i>	28
<i>IX. CONCLUSIONES</i>	32
<i>X. RECOMENDACIONES</i>	33
<i>XI. RESUMEN</i>	34
<i>XII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA</i>	35
<i>XIII. ANEXOS</i>	38

I. INTRODUCCIÓN

Durante la etapa de la adolescencia interactúan factores socioculturales, psicológicos, educativos y biológicos, los cuales influyen en la evolución de la sexualidad y el manejo que de ella hagan, las adolescentes.

Las adolescentes embarazadas constituyen y es reconocido como un problema dentro del contexto de salud reproductiva; atribuyéndosele un porcentaje en la mortalidad materna y reconociéndose una alta tasa de mortalidad por esta causa, en este grupo, dejando secuelas o complicaciones que afectan a la adolescente como madre, así como a su hijo en el futuro.

Cada año, cientos de mujeres adolescentes en Guatemala quedan embarazadas, a menudo los resultados son trágicos: niños abandonados, educación interrumpida, complicaciones materno infantiles, abortos ilegales, mortalidad materna, depresión y aún suicidio.

El presente estudio, es de tipo descriptivo-transversal, se realizó en cincuenta pacientes adolescentes embarazadas que consultaron a la Unidad de control prenatal del Departamento de Obstetricia, del Hospital Nacional Pedro San José de Bethancourt, de Antigua Guatemala. Se investigó la influencia de los factores socioculturales, psicológicos, educativos y biológicos.

Todos los factores mencionados influyeron directa o indirectamente para que se presentara el embarazo a edad temprana, pero principalmente el bajo nivel educativo y el factor psicológico de las adolescentes. Como hallazgo principal se encontró que del total de casos estudiados, la mayoría de embarazos fueron en pacientes adolescentes primigestas (74%), con predominio en el grupo etáreo de 19 años y procedentes del área rural.

El aporte del presente estudio fue contribuir con datos e información para orientar la educación de la mujer adolescente sobre aspectos básicos de salud reproductiva y los riesgos que conlleva un embarazo a edad temprana.

Por lo que la prevención del embarazo en la adolescencia debe de ser una política urgente dentro de la Salud Pública.

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

La sociedad guatemalteca, posee un índice de crecimiento poblacional acelerado. (13) Dicho crecimiento acelerado puede estar determinado por diversos factores que condicionan a la mujer guatemalteca a embarazarse antes de los 20 años. Siendo el embarazo en adolescentes muy frecuente en nuestra sociedad. (2,16)

Dentro de los factores que favorecen el embarazo en adolescentes, se encuentra los de índole o carácter educativo, (bajo nivel educativo o instrucción) psicológico, (desintegración familiar, ausencia de un padre), social, (procedencia de un área rural, estado civil) y cultural, (mitos y tabúes con respecto a la sexualidad en la familia, sociedad, etc.) los cuales influyen para que éste problema biopsicosocial se presente en la población adolescente.(10)

En un estudio realizado en 1992 en el Hospital General San Juan de Dios se determinó que el 10% de los partos atendidos corresponden al grupo de adolescentes, lo cual fue favorecido con los anteriores factores descritos.

Por lo que las adolescentes embarazadas tienen tres alternativas; casarse con el progenitor de su hijo, transformarse en madres solteras, o someterse a un aborto, realizándose en la mayoría de casos en malas condiciones, incrementando la tasa de mortalidad materna. (16,23,25).

Las desventajas de un embarazo en la adolescencia no sólo son para la madre (complicaciones durante el parto, etc.), sino también para el producto que puede presentar complicaciones al nacer (prematurez, etc.).

En un estudio realizado en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala, sobre complicaciones maternas y neonatales en pacientes adolescentes embarazadas, en el año 1996, reveló que ser adolescente embarazada es un factor de riesgo para presentar complicaciones maternas y neonatales.

La finalidad de éste estudio es determinar los factores socioculturales, biológicos, educativos y psicológicos que condicionan el embarazo en la población adolescente que asiste a la unidad de control prenatal, del departamento de obstetricia del Hospital Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala.

El conocer los anteriores factores permitirá elaborar adecuadas políticas de salud reproductiva, con énfasis social y educativo que a la vez repercutan sobre los culturales y psicológicos de la población adolescente guatemalteca.

III. JUSTIFICACIÓN

En la adolescencia ocurren rápidos cambios corporales estructurales, en el funcionamiento, psicológico y social. (23,26) El embarazo en una edad ideal y adecuado nivel de salud permitirá tener una madre y neonato sin complicaciones, disminuyendo a su vez las tasas de morbi-mortalidad materna y neonatal, permitiendo a la mujer desarrollar su potencial y su rol como madre, esposa y miembro de la sociedad.

La falta de educación, la falta de acceso de métodos anticonceptivos y el desconocimiento de los mismos son causa de aborto y embarazo en adolescentes en todo el mundo, siendo prevenibles, con la atención apropiada y en base a educación en salud (reproductiva), en la adolescencia, sobre todo en países tercer mundistas donde éste grupo, son la mayoría. (10,31)

En Guatemala actualmente los embarazos en adolescentes es una de las principales causas de consulta médica. (16) En tal sentido se hace necesario determinar cuales son los principales factores socioculturales, biológicos, educativos y psicológicos de la adolescente para embarazarse, para que de esta manera se pueda proveer de un programa de salud reproductiva a dicha población.

En el Departamento de Obstetricia del Hospital Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala los embarazos en adolescentes son causa frecuente de consulta y hospitalización; Por lo que los resultados de la presente investigación servirán para conocer con mayor propiedad las condiciones imperantes en nuestro medio y así tomar como punto de partida el resultado de este estudio al tratar a estas pacientes de manera integral.

El impacto sociocultural, psicológico y educativo es importante en la causa como en el efecto, debido que el embarazo en adolescentes pueden ser desencadenados por factores como la falta de educación, anticoncepción inadecuada, mitos y tabúes acerca de la sexualidad, conducta antisocial. Y al mismo tiempo en el efecto, debido a que puede repercutir en el ausentismo escolar, marginación social, y condición económica desfavorable, por lo que se justifica realizar un estudio sobre los factores socioculturales, psicológicos y educativos de las adolescentes embarazadas, para brindar educación en salud ya sea a través de la creación de grupos multiplicadores dentro de la comunidad, mediante el establecimiento de programas educativos en los diferentes niveles, así como de estrategias en salud al incluir el embarazo del adolescente en la atención primaria en salud, y en alguna manera poder prevenir los embarazos en ésta población.

I V. O B J E T I V O S

A. GENERAL

Determinar los factores socioculturales, educativos, psicológicos y biológicos que condicionan el embarazo en las adolescentes, que acudieron a la unidad de control prenatal, en el departamento de Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala, durante el período Septiembre-Noviembre del 2001.

B. ESPECIFICOS

1. Determinar el número de gestas y partos de las pacientes adolescentes embarazadas.
2. Identificar el nivel de escolaridad de las adolescentes embarazadas.
3. Identificar el grupo étnico más afectado con diagnóstico de embarazo en adolescentes.
4. Determinar el estado civil en las sujeto de estudio.
5. Determinar la procedencia y profesión de las adolescentes embarazadas.
6. Determinar el uso de métodos anticonceptivo en las sujeto de estudio.
7. Identificar los factores psicológico - cultural que influye para que la adolescente se embarace.

V. REVISION BIBLIOGRÁFICA

A. LA ADOLESCENCIA

1. Definición:

Es la etapa de la vida que oscila entre 10 y 19 años con 11 meses de edad. (2,7,10,26) La adolescencia se puede abordar a partir de cuatro perspectivas: Cronológica, biológica, psicológica y social.

Se caracteriza por cambios biológicos y corporales de gran trascendencia, como el desarrollo de caracteres sexuales secundarios y adquisición de capacidad reproductiva. Acompañados también de un proceso de transformaciones psicológicas marcadas por abandono del cuerpo e identidad de la infancia, esto se asocia a la separación de los padres y la búsqueda de identidad y proyectos de la vida propios. Así como de patrones evolutivos de la conducta estrechamente relacionados con los de orden somático.(18) Socialmente se concibe como el período de aplazamiento y preparación para las responsabilidades de la vida adulta. (23,26)

2. Clasificación de la Adolescencia.

- a. Pubertad hasta 14 años: adolescencia precoz.
- b. De 15 a 17 años: adolescencia intermedia
- c. De 18 a 20 años: adolescencia tardía.
(10,23)

Por razones de crecimiento físico otros autores dividen el período de adolescencia en dos etapas:

- a. Desde la pubertad hasta los 15 años
- b. De 16 a los 20 años.

En la primera etapa se observa un mayor y más rápido desarrollo osteomuscular, la talla aumenta y los caracteres sexuales secundarios adquieren un desarrollo definitivo.

En la segunda etapa Gessel la define como "el perfil de madurez" que es la modificación del pensamiento adolescente en adulto.(18). En donde el adolescente a los 16 años, tiene mayor confianza en sí mismo, adquiere mayor grado de seguridad y conciencia de haber adquirido cierto nivel de independencia, hay un afianzamiento del yo; mayor capacidad tolerante y aceptación del "otro", nace la amistad. (18)

3. Características Sociales del Adolescente:

a. Sexo:

No es lo mismo ser adolescente varón que mujer. En nuestras sociedades se es más permitido las relaciones sexuales con el varón, lo que determina que la problemática en los sexos sean diferentes. El alcoholismo, fumar y drogas son más frecuentes en varones; deserción escolar, aborto y el embarazo son problemas femeninos. (24,25)

b. Situación Geográfica (Urbana-rural):

Los adolescentes que habitan en ciudad tienen más alternativas para optar hábitos, conductas, etc. y por tanto, la conducta es más predecible y probablemente estén menos influenciados por ideas y costumbres foráneas. (23)

c. Diferencias Étnico-raciales:

Cada cultura, con sus costumbres y herencias, determinan como se desarrolla esta etapa. (23)

d. Antecedentes Biográficos:

Se considera que según transcurrido la niñez de la persona, así será su adolescencia, y de acuerdo cómo fue el adolescente será el adulto. (23)

B. SALUD REPRODUCTIVA

1. Definición:

Estado de completo bienestar físico, mental, social, y no meramente la ausencia de enfermedad y dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. (23,26)

Implica que personas tengan vida sexual segura, capacidad de reproducción y libertad de decidir la frecuencia de procrear, derecho al acceso a los métodos de regulación de fecundidad de su elección, y tener servicios de salud apropiados que garanticen a tener un embarazo y parto seguros. (23,26)

La problemática en salud reproductiva del adolescente se vincula a prácticas de conductas sexuales riesgosas entre las que destacan:

- Inicio cada vez más precoz de la vida sexual.
- Poco reconocimiento de los riesgos.
- Las relaciones sexuales son imprevistas y ocurren en lugares y situaciones inapropiadas.
- Poco conocimiento de sexualidad.
- No planean juntos el control del embarazo.
- Insuficiente conocimiento sobre (ETS) enfermedades de transmisión sexual y su prevención.

Por que los adolescentes tienen un elevado riesgo reproductivo. (23,24,29)

c. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

1. Definición:

Gestación que se da durante la etapa de la adolescencia, o que ocurre en la mujer desde la menarquia hasta 19 años de edad, con independencia de la edad ginecológica.(23) Como el crecimiento rápido de la adolescente continúa unos tres años después de la menarquia, el embarazo en esta época tiene que entablar una competencia con las necesidades de crecimiento de la gestante.(15).

Tomas Silber la define como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica de la mujer y /o cuando la adolescente mantiene una independencia económica total. (23)

Factores de Riesgo:

Entre los factores de riesgo que favorecen el embarazo en la adolescente están:

a. Individuales:

- Abandono escolar
- Personalidad inestable
- Baja autoestima
- Poca confianza
- Falta de actitud preventiva
- Menarquia precoz
- Conducta antisocial
- Sentimiento de desesperanza
- Ignorancia de su propia fisiología y del uso correcto de métodos anticonceptivos
- Bajo nivel educativo

b. Familiares:

- Familia disfuncional y en crisis
- Pérdida de un familiar
- Enfermedad crónica de un familiar
- Madre con embarazo en la adolescencia
- Hermana adolescente embarazada
- Madre aislada y emocionalmente poco accesible
- Padre ausente, vínculo más estrecho con la madre pero ambivalente.

c. Sociales

- Vivir en área rural
- Ingreso precoz a la fuerza de trabajo
- Mitos y tabúes de la sexualidad
- Marginación social
- Presión por parte de sus padres
- Mensajes contradictorios con respecto a la sexualidad, en la familia, en la sociedad y en los medios de comunicación
- Violencia y abuso
- Machismo como valor cultural. (10)

D. CONTEXTO SOCIO-CULTURAL Y EMBARAZO JUVENIL.

1. factores sociales del embarazo juvenil.

Los efectos de un embarazo en la adolescente varían en función del contexto social y cultural. En muchas sociedades agrícolas tradicionales, el matrimonio entre adolescentes y el embarazo precoz son características fundamentales del sistema social; la gestación plantea pocos problemas a la joven madre. Con más frecuencia, el embarazo de una joven soltera se considera como un signo de comportamiento indecoroso y merecedor, en mayor medida, del oprobio social.(8)

Dada la tendencia a la formación de familias en edades tempranas, la mujer guatemalteca(a pesar de su alta proporción de jóvenes) presenta cifras bajas de soltería y altas de emparejamiento(63%). Sin embargo, la legalización de ese estado conyugal todavía no es muy alta: un 37.5% aparecen como casadas y un 24.7% como unidas(probablemente el número de unidas sea algo mayor por cuanto existe la tendencia a declararse, en las encuestas, formalmente casadas).(13)

En el Hospital General San Juan de Dios, según las estadísticas recopiladas en el área de labor y partos en el año 1992, reveló que el 10% de los partos correspondieron al grupo de adolescentes.(13)

En función de las diferencias que presenta nuestra sociedad(Guatemala), existen factores que discriminan la fecundidad de las mujeres, como son el grupo étnico, la distinción urbano-rural y nivel social(Status). La mujer del área rural tiene un número mayor de hijos(6) que la urbana(4). En nuestra sociedad desigual, el factor nivel de instrucción escolar es un indicador coherente del status social, lo que incide con el número de hijos y respecto de este elemento diferencial, la mujer guatemalteca(minoría) que han accedido a educación superior tienen un número de hijos(2) completamente distinto del que tienen las mujeres con poca o nula educación(6 o más). (13).

En un estudio acerca de aspectos sociales de la maternidad en adolescentes. Encontrándose que la edad promedio era de 17.2 ± 1.4 años, el 51% había formado una unión estable antes del embarazo. La escolaridad promedio era de 7° grados y el 65% ya había abandonado la escuela previamente.(10) La edad promedio para la menarquia fue del 12.75 ± 1.30 años, para la primera relación sexual 15.32 ± 1.46 años y para el primer parto 16.54 años, el 28% ya tenía una gesta anterior. La motivación para iniciar una vida sexual fue el hogar destruido, sin figura paterna. Los conocimientos sobre la fertilidad y métodos anticonceptivos eran bajos, y su uso fue del 19%. Las causas por las que no utilizaron fue el temor y desconocimiento. (21)

Con respecto a influencia social de medios de comunicación se realizó un estudio en Costa Rica con una muestra de 400 adolescentes (hombres y mujeres), encontrándose que los programas preferidos para las mujeres son las telenovelas, en las cuales las mujeres son víctimas y objeto desde el punto de vista sexual, mientras que los hombres, los programas musicales y fábulas son los preferidos, en los cuales transmiten valores machistas y estereotipos sobre los comportamientos que inciden directa e indirectamente en las prácticas sexuales. (20)

a. Relaciones Sexuales Premaritales y Matrimonio Precoz:

En casi todo el mundo, la mayoría de mujeres jóvenes inician su actividad sexual durante la adolescencia. (31)

En muchos países, los jóvenes son objeto de grandes presiones sociales y de sus parejas que las impulsan a las relaciones sexuales premaritales.

El promedio de la edad al matrimonio ha aumentado en muchas partes del mundo y la edad en que se inicia la pubertad para la mujer a disminuido, lo cual las jóvenes tienen más años de riesgo de tener relaciones sexuales premaritales. (6,31)

El momento en que se inicia la primera unión está vinculado con el nivel de educación de la mujer. En muchas partes de América Latina y el Caribe, las tasas de matrimonio precoz entre las mujeres con un nivel de educación inferior al básico, son tres veces más elevadas que mujeres que tienen 7 años de escolaridad. (20,31)

b. Procreación a una Edad Temprana:

A este respecto según las Encuestas la edad media de la mujer al nacimiento de su primer hijo fluctúa entre los 19.9 años en Guatemala. (14,16)

Además indican que el porcentaje de madres adolescentes que no han planeado su embarazo varía ampliamente dentro de cada región, en América Latina y el Caribe, del 25-50% de las madres jóvenes indican que su embarazo no fue planeado; (31) no obstante, solo 17% de los adolescentes sexualmente activos utilizan alguna forma de anticoncepción. (25)

La postergación de la procreación beneficia a adolescentes permitiéndoles una formación académica y capacitarse para atender mejor a su familia.

Teniendo un impacto sobre la tasa de crecimiento demográfico. Debido que si la adolescente tiene un embarazo antes de los 18 años, seguramente tendrán promedio de siete hijos; mientras si lo tuviera a los 20-23 años de edad, se reduce el promedio de nacimientos. (16,25,28,31)

c. Alternativas de la Adolescente Embarazada:

Las adolescentes que quedan embarazada disponen de tres alternativas.

i. Una es que puedan casarse con el padre de la criatura, (25) por lo que el abandono del progenitor y la ilegitimidad desprotegida son factores de riesgo que incrementan la mortalidad infantil y la reproducción intergeneracional de la pobreza. (23)

ii. Una segunda alternativa transformarse en madre soltera (4,25) confirmando así el problema social. (16)

iii. O someterse a un aborto, (25) al enfrentarse a un embarazo accidental se someten a un aborto que, en muchos países es inaccesible, ilegal o riesgoso, tanto autoinducido, (4) como realizados por un proveedor de servicios no capacitados, (6,7,25) ya que los servicios médicos especializados son escasos y costosos porque el aborto es ilegal en Guatemala. (16) Entre las consecuencias a largo plazo figuran embarazo ectópico e infertilidad.

La infertilidad puede tener consecuencias socioeconómicas graves; ejemplo, el compañero la puede abandonar y la comunidad la puede excluir. (4)

Anualmente unas cinco millones de adolescentes de 15 a 19 años de edad tienen abortos de los cuales un 40% son practicados en malas condiciones y causan altas tasas de mortalidad, (24) la OMS estima que cada año mueren 70,000 mujeres como resultado de un aborto. (25,27)

d. Desventajas para la Gestante Adolescente y su Hijo

Según los expertos, la fecundidad presenta mayores riesgos tanto para la madre como para su producto cuando tiene lugar en las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer. (14,23)

La importancia de los embarazos en las adolescentes radica en los mayores riesgos de salud, sociales, psicoafectivos y económicos para el normal desarrollo del embarazo de la adolescente el parto y la crianza de los niños. (5,12) El embarazo en adolescentes irrumpe cuando todavía no alcanzan la madurez física y mental;

siendo más vulnerable a mayor cercanía de la menarquia, después de 5 años de edad ginecológica, la joven alcanza su madurez reproductiva, razón por lo cual los embarazos que se inician en los primeros 5 años de post-menarquia adquieren prioridad por los mayores riesgos maternos y perinatales. (23)

Desde el ámbito social, restringe las oportunidades de estudio, trabajo y aumenta la posibilidad del matrimonio forzado y prematuro. (12)

En países en desarrollo, el riesgo de que el recién nacido muera durante el primer año cuando la madre es joven es del 30% superior al de las madres adultas, (25) aunque la mortalidad perinatal no es la única que puede justificarse por las complicaciones del parto en una mujer aún un desarrollo, sino que se manifiesta también en los 11 meses que siguen a las primeras 4 semanas, lo cual plantea un problema de salud pública y social. (23)

Además de presentar las complicaciones anteriormente mencionadas. La mortalidad relacionada con la reproducción (materna, perinatal e infantil) presenta tasas más elevadas en las adolescentes. (14,23)

2.factor psicológico del embarazo juvenil.

En la pubertad se experimenta el impulso sexual como nuevo fenómeno desde el punto de vista cualitativo. Durante la etapa adolescente se hace evidente la excitación y las relaciones sexuales no dependen de la necesidad de reproducción, por el contrario, se orientan más estrictamente a sensación de placer y la tendencia erótica.(30)

El proceso de transformación de la adolescente rara vez es sencillo; la identidad sexual, el desarrollo de la función sexual y adquisición de capacidad de contacto íntimo definen las tareas de la adolescencia.(30)

La adolescencia es la etapa en donde surgen cambios tan acelerados no dando tiempo a una rápida adaptación, creando desajuste transitorio físico y emocional en la adolescente, originando una crisis de la adolescencia que en unos casos es más notoria y en otros pasa desapercibida. (3)

El control de condiciones de socialización por intermedio de los hábitos del grupo de compañeros se relaciona con primeras experiencias sexuales. (30)

En algunos casos la adolescente elige al muchacho con el que quiere tener una relación estable. Posteriormente, con el tiempo el deseo original de reafirmar su feminidad pasa a un primer plano y puede quedar embarazada casi como un medio de poner en evidencia un factor ambiguo.(30)

El embarazo puede ser accidental; no obstante, sustituye la búsqueda de posibles alternativas de desarrollo. Es común que el embarazo se produzca en la adolescente cuando no ha visto satisfecha su necesidad de atención y protección.(30)

En nuestras sociedades las adolescentes son presionadas y empujadas por amigos, conocidos, etc., a que tengan citas, a que salgan con un muchacho ó que tengan novio. Estas presiones producen perturbaciones emocionales en la mayoría de adolescentes sintiéndose inseguras y a disgusto.

A menudo están en un estado tal y tienen tales sentimientos, que tienen que enamorarse rápida y fácilmente. Una adolescente en este estado emocional confía tontamente, le es muy fácil el creer a una persona lo que le diga, porque eso es lo que ella quiere creerse. Cuando le dice su pareja que las relaciones sexuales aumentarán su amor, esto también le es fácil de creer, porque eso es lo que la pareja quiere que suceda.(17)

Gianturo observó un grupo de adolescentes promiscuas que su comportamiento sexual se relacionaba con desequilibrios en relación madre-hija. Resultando que las madres eran mujeres infelices y frustadas, no pudiendo dar afecto a sus hijas. También reveló que las adolescentes carecían de un sentido de su propia estima y tenían verdadera ansia de afecto. Se entregaban fácilmente a cambio de cariño o un sustituto(aprecio, joyas ,etc.).

Un aspecto clínico interesante es que una gran proporción de estas adolescentes son anorgásmicas y no les interesan las relaciones sexuales, lo que les produce placer es el contacto físico y las caricias, esto al parecer demuestra que esperan una actitud maternal de sus "amigos" o parejas. (30)

Una vez que tienen lugar las relaciones sexuales, las adolescentes se sienten insegura y mal. Si llega a quedar embarazada o es descubierta, en la mayoría de casos no encuentra apoyo, siendo perfectamente natural su actitud de susto y nerviosismo. A las adolescentes les afecta la opinión pública más que a ellos cuando algo va mal en las relaciones. Si queda embarazada ó la descubren, a la mujer se le juzga más severamente.(17)

Con respecto a los daños y riesgos psicoafectivos, la adolescente puede tener diferentes tipos de reacciones emocionales: Puede que no quiera tener al bebé, lo puede querer de manera confusa e idealizada, otras pueden ver la creación de otra vida como un logro extraordinario, pero sin darse cuenta de la responsabilidad, unas pueden quedarse con el bebé para complacer a algún miembro de la familia, otras pueden querer al bebé por tener a alguien a quien querer, sin darse cuenta de las atenciones que requiere el bebé.

Unas adolescentes se sienten abrumadas por la culpabilidad, la ansiedad, el miedo al futuro, siendo la depresión muy común entre las adolescentes embarazadas. (1)

Las madres adolescentes tienen más dificultad para mantenerse a sí misma y a su hijo, ya que no han tenido tiempo para aprender un oficio o adquirir educación formal, lo que les ocasiona depresión u frustración.(23,25,29)

3. factor cultural de la adolescente.

Aunque existen diversas definiciones, todas ellas incluyen las características esenciales que las integran. En la definición de cultura se hará referencia a las más utilizadas en el campo antropológico.

Para B. Taylor, cultura es un conjunto complejo que incluye conocimientos, creencias, arte, moral, ley de costumbres, y otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de la colectividad.(33)

Tentori señala que cultura es un complejo de modos de vida, de los usos, de las costumbres, de las estructuras, organizaciones familiares y social, de creencias del espíritu, de conocimientos y las concepciones de valores que se encuentran en cada agregado social, en otras palabras, toda actividad del hombre entendido como ser racional. (33)

Para Antonio Gramsci cultura es una función práctica unificadora, deja de ser entelequia o el objeto de sofisticadas descripciones, cobra vida y puede ser identificada en su heterogeneidad. Toda persona pertenece a una determinada sociedad, son elementos de un mismo clima cultural, son actores y autores de la cultura que produce una sociedad, entendiéndose por tal no la uniformidad ni la pasividad, sino la lucha entre corrientes culturales diversas y opuestas y su necesaria unidad, como base del movimiento cultural en su conjunto. (33)

Nils Castro define cultura como un sistema de valores materiales y espirituales históricamente producidos que aparecen como principios, formas y resultados de actividad humana, difundidos y arraigados en determinada sociedad a través de sus tradiciones, de realización de modelos comunes, de medios de educación, etc. Manifestándose en el campo de la producción material y organización social de la vida, así como en modalidades de producción intelectual y artística.

La cultura no es ente abstracto sino el producto de conocimientos de una generación a otra, la memoria colectiva; la herencia social que posibilita la integración de los miembros de una comunidad, estableciendo sus normas de comportamiento, valores, sabiduría y habilidades, consolidado de valores materiales y espirituales de una colectividad social determinada, el marco organizador de la autoconciencia nacional; la fisonomía social, la personalidad de cada pueblo y encarna sus resultados: constituye su personalidad colectiva.(19)

Para enseñar y aprender la cultura, es decir, para su transmisión de generación en generación los humanos recurren a un proceso llamado enculturación, por medio de este proceso se convierte en miembro de la sociedad a cada niño que nace en ella, que nace sin ninguna cultura, y se le enseña que hacer, como hacerlo y que no hacer. Además aprende a compartir las premisas normativas(valores) de su grupo. (19)

Ralph Lintón designó este fenómeno como herencia social, transmitida en forma intensa que el uso de símbolos hace posible, y es a lo que se llama cultura. (19) Los hábitos son los mecanismos de que nos valemos para resolver nuestros problemas cotidianos.(19)

La formación de hábitos más o menos colectivos es la base del proceso de entrenar a un individuo para desenvolverse con el mínimo necesario de eficiencia en la sociedad, que por hecho de ser compartidos reciben el nombre de costumbres, son distintos de los hábitos compartidos por miembros de una sociedad diferente. (19)

Nuestra enculturación, es esencial para convertirnos en personas entrenadas para la vida social, también desarrolla en nosotros la manera de sentir y pensar conocida con el nombre de etnocentrismo.(19)

Las diversas culturas tienen diferentes actitudes con respecto a la actividad sexual entre las personas no casadas. En el África del Norte, el Medio Oriente y en la mayoría de los países de Asia, se espera que las mujeres jóvenes se abstengan de mantener relaciones sexuales hasta el matrimonio, y la mayoría del grupo poblacional se atiene a esta norma. (31)

La edad en que la mujer inicia su vida reproductiva constituye uno de los factores demográficos determinantes de la fecundidad de una población, niveles de mortalidad materna y de abortos. (16)

4. Educación.

Guatemala tiene uno de los índices más bajos en educación de América Latina. Posee una tasa neta de cobertura de la educación primaria arriba del 60%, la educación secundaria menor del 50% y solo un 3% de universitarios entre la población de 18 a 25 años de edad; en medio de tasas de analfabetismo que superan el 45% de las personas mayores de 10 años.(13)

Las tasas de analfabetismo de mujeres indígenas y no indígenas presentan una diferencia sustantiva: el 74% de las mujeres indígenas eran analfabetas, frente un 30% de las mujeres no indígenas, a principios de la década del noventa.(13)

En cuanto a la situación de la mujer en la educación media y superior los datos existentes indican diferencias entre ambos niveles de estudio. En la educación superior, la situación de la mujer es claramente minoritaria, alcanzando sólo el 31% del total de estudiantes universitarios.(13)

La escolaridad es uno de los aspectos más preocupantes, ya que se trata de jóvenes que en su mayoría se encuentran en la etapa de formación educacional.

Evidentemente hay adolescentes que proceden de estratos socioeconómicos bajos y se desenvuelven en ambientes hostiles, facetas que influyen en el aspecto educativo, sumado a lo anterior, el hecho de transformarse en madres, influye determinantemente en la interrupción e incluso en la mayoría de casos, termina en la suspensión de sus estudios, aún en contra de sus propios deseos y los de sus familiares.(8)

Las normas educativas y reglamentos de distintos establecimientos a los que asisten estas jóvenes, aduciendo la preservación de normas morales y de buenas costumbres, las obligan a abandonar temporal y definitivamente las aulas, por temor que se pueda ejercer una influencia desfavorable en las demás alumnas. (8)

En nuestro país no existe dentro del pensum de estudios del Ministerio de Educación, un tipo de orientación y educación sobre la fisiología de la reproducción, el embarazo y uso de los diferentes métodos anticonceptivos.

a.Uso de Anticonceptivos entre Adolescentes:

Son múltiples factores además de los deseos de fecundidad de la mujer joven que influyen en el uso de métodos anticonceptivos modernos: Su estado civil, las expectativas de su familia, las normas de la comunidad, el acceso a los servicios de anticonceptivos y de atención de salud.

En consecuencia, solo el 20% de las adolescentes casadas usan un método anticonceptivo. Aproximadamente 1 de cada 10 mujeres en muchos países de América Latina y el Caribe se encuentran en riesgo de un embarazo no deseado debido a que no usan anticonceptivos o utilizan un método tradicional. (31) siendo en Guatemala el porcentaje menor del 40%. (14)

Las adolescentes que desean practicar la anticoncepción se enfrentan a hechos, obstáculos cuando procuran obtener un método anticonceptivo, (31) ya que los programas de planificación familiar están realizados para las mujeres casadas y adultas. Es posible que los jóvenes no sepan cómo o donde obtener servicios de planificación familiar, y los que lo saben, pueden sentirse desanimados por las actitudes de los trabajadores de salud que juzgan el comportamiento de los jóvenes.

En general los adultos jóvenes saben menos acerca de las planificación familiar que los mayores, y cuando usan anticonceptivos, tienden a usar métodos menos eficaces, o utilizarlos incorrectamente. (4,6)

b. Consejería que Requieren los Adolescentes:

Los adolescentes constituyen la próxima generación de padres, trabajadores y líderes del futuro para cumplir con este papel de la mejor forma posible necesitan la guía y apoyo de su familia, comunidad y la atención de un gobierno comprometido con su desarrollo. (31)

La comunicación entre padre e hijos se inicia desde el nacimiento, debiendo llegar a su más alto nivel durante la adolescencia.

Los padres deberían iniciar la educación sexual y esto significaría un cambio completo de las prácticas culturales, debido a que las conversaciones sobre cuestiones sexuales son tabú en la mayoría de las familias. (28)

Los gobiernos deberían proporcionar servicios de salud reproductivos confidenciales o capacitar al personal técnico de salud de no tener prejuicios sobre el comportamiento u conducta de las adolescentes. Hacer leyes sobre los derechos y acceso a los servicios de salud reproductiva y a servicios relacionados con brindarles capacitación para que fabriquen un pensamiento maduro y crítico en la toma de decisiones en salud reproductiva. (9,14,31)

c. Derechos Reproductivos:

El derecho de decidir libre y responsablemente acerca de la cantidad, espaciamiento de los hijos, disponer de la información, la educación y los medios de hacerlo fue reconocido por primera vez como derecho humano en 1,968. Este derecho ha sido ratificado y fortalecido recientemente en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en Cairo en 1,994, así como la Cuarta conferencia mundial sobre la Mujer en 1,995 y en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos en 1,996. El derecho a la salud reproductiva incluye que el individuo tiene el derecho a disfrutar del alto nivel de salud sexual y salud reproductiva y a efectuar opciones libre de coacción en cuestiones reproductivas. (6,7,10,14,26,27,29)

d. Programas de Prevención:

Las acciones son necesarias debido a que el mayor porcentaje de la población es joven u adolescente, con altas tasas de embarazo. (11,31)

Los programas en salud sexual y reproductiva atienden en especial la problemática del embarazo en adolescentes. Sus contenidos están orientados fundamentalmente a la información y educación sexual. En Guatemala existen programas como "Atención Integral a la Salud" en el que incorporan las temática del género; programas para niñas de la calle y niñas rurales (14)

La mortalidad continúa siendo prevenible según la atención médica, así como a una educación insuficiente de la población materna. (11,32)

Por lo que se requiere que los gobiernos brinden programas de salud reproductiva, facilitar el acceso a educación sexual, impartiendo en los establecimientos educativos, ofrecer accesibilidad a servicios de salud sexual, brindar métodos anticonceptivos apropiados, ofrecer confidencialidad al acudir a los servicios de salud sexual y reproductiva. (7,22,31)

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

A. METODOLOGÍA

1. Tipo de estudio:

Descriptivo Transversal.

2. Sujeto de estudio:

Pacientes adolescentes de 12 a 19 años de edad, embarazadas, que consultaron a la unidad de control prenatal, en el departamento de Obstetricia, del Hospital Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala, durante el período de Septiembre-Noviembre del 2001.

3. Población:

Se tomó cincuenta adolescentes embarazadas, siendo una muestra por conveniencia, ya que el número total de pacientes adolescentes embarazadas que consultó a la unidad de control prenatal, del departamento de Obstetricia, del Hospital Pedro Betancourt de Antigua Guatemala, durante el año anterior (2000), fue de 284 pacientes adolescentes. Haciendo un promedio mensual de 25 pacientes atendidas.

4. Criterios de inclusión :

- Pacientes adolescentes de 12 a 19 años de edad, con o sin enfermedad de base, con diagnóstico certero de embarazo.
- Pacientes que aceptaron participar voluntariamente en el estudio, en forma confidencial.

5. Criterios de exclusión:

- Pacientes embarazadas que no estaban en el grupo de edad de estudio.
- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.

6. Variables:

Factor Biológico.
Factor Social.
Factor Cultural.
Factor Educativo.
Factor Psicológico.

Operacionalización de Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Unidad de Medida
Factor Educativo	Proceso por el cual una persona desarrolla sus capacidades para enfrentarse e integrarse positivamente a un medio social determinado.	Para fines de este estudio, se tomará como factor educativo el grado de escolaridad, conocimiento y uso sobre métodos de anticoncepción modernos.	Nominal	1. Analfabeta 2. Primaria Completa e incompleta. 3. Secundaria completa e incompleta 4. Diversificado completo e incompleto 5. Universidad
Factor Social	Agrupación de individuos con el fin de cumplir, mediante, la mutua cooperación, todos o algunos de los fines de la vida.	Se tomara como factor social, los indicadores de profesión u oficio, edad, estado civil, procedencia (urbana, rural), integración familiar de la adolescente al momento de su embarazo.	Nominal	6. Años de edad 7. Soltera, unida, casada, divorciada, viuda. 8. Urbana, rural. 9. Hogar integrado o desintegración familiar. 10. Estudia, trabaja, ambas. 11. Ama de casa
Factor Biológico	Se caracteriza por una serie de cambios biológicos, y corporales de gran trascendencia, como el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y adquisición de la capacidad reproductiva.	Se tomará como factor biológico, la historia gineco-obstetrica de la adolescente, al momento de embarzarse.	Nominal	1. Menarquía 2. Partos 3. Gestas 4. Abortos 5. Cesáreas 6. Hijos Vivos 7. Hijos Muertos
Factor Psicológico	Manera de sentir de una persona o de un pueblo.	Para fines de este estudio, se tomará estado de ánimo o emoción que refiere la paciente al momento de tomar o no la decisión de embarazarse.	Nominal	1. Deseo 2. Emoción 3. Depresión 4. Presión
Factor Cultural	Es un conjunto de conocimientos, creencias, arte moral, ley de costumbres, y otras capacidades u hábitos adquiridos por el hombre como miembro de una sociedad.	Se tomará como cultura, la religión que profesa, valores morales sobre embarazo, y actitudes con respecto a la sexualidad activa.	Nominal	1. Católica, Evangélica, Mormona, otras. 2. Creencias sobre el embarazo antes del matrimonio. 3. Actitudes sobre su sexualidad activa.

7. Aspectos Éticos de la Investigación.

La participación de las pacientes adolescentes en el estudio fue voluntaria y se les guardó en el anonimato. A las pacientes adolescentes se les efectuó individualmente una entrevista estructurada, la cual tuvo carácter confidencial. Se dejó en libertad la participación o no de las pacientes.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

1. Adolescentes de 12 a 19 años de edad.
2. Pacientes que aceptaron participar en el estudio.

8. Instrumentos de Medición de las Variables y Recolección de Datos.

El instrumento de medición fue un cuestionario que se utilizó en la entrevista estructurada en la cual se midió o calificó las variables de estudio.

Se acudió a la unidad de control prenatal del departamento de obstetricia del Hospital Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala, así mismo se solicitó el libro de ingreso de pacientes a la sala de labor y partos y de control prenatal, a las personas encargadas, se identificó a las pacientes embarazadas adolescentes de 12 a 19 años de edad, posteriormente se le realizó la entrevista respectiva.

Se les preguntó a las pacientes si aceptaban participar en el estudio, previa explicación de que consistía dicho estudio.

Posteriormente se tabularon y anotaron los resultados obtenidos, se procesaron en cuadros y gráficas, se analizó e interpretó dicha información, producto de lo anterior se obtuvieron las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

B. RECURSOS Y MATERIALES:

1. Humanos:

- Br. Oscar Arturo Estrada Palacios. (Investigador).
- Médico Asesor
- Médico Revisor
- Personal de admisión del Hospital Pedro de Betancourt de Antigua Guatemala
- Personal de Bibliotecas

2. Materiales:

- Departamento de Obstetricia (unidad de control prenatal del hospital Pedro de Betancourt de Antigua Guatemala).
- Departamento de admisión del Hospital Pedro de Betancourt de Antigua Guatemala.
- Equipo de Computación e impresión para uso del investigador.
- Fotocopiadora.
- Hojas papel bond, lápiz, lapiceros, corrector, fólderes y ganchos.
- Cuestionario-boleta de recolección de datos.

3. Económicos:

• Papelería y Fotocopias	Q 1,100.00
• Transporte	Q 500.00
• Alquiler de Computadora	Q 500.00
• Impresión de Tesis	<u>Q 1,500.00</u>
• Total	<u>Q 3,600.00</u>

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO 1

**DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
SEGÚN EDAD
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
HOSPITAL PEDRO BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2001**

GRUPO DE EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
15	6	12
16	8	16
17	6	12
18	9	18
19	21	42
TOTAL	50	100

FUENTE: Boleta de recolección de Datos

CUADRO 2

**DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
SEGÚN ESTADO CIVIL
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
HOSPITAL PEDRO BETHANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2001**

ESTADO CIVIL	NUMERO	PORCENTAJE
Casada	9	18.00%
Unida	26	52.00%
Soltera	12	24.00%
Viuda	3	6.00%
Divorciada	0	0.00%
TOTAL	50	100.00%

FUENTE: Boleta de recolección de Datos

CUADRO 3

**DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
SEGÚN PROCEDENCIA
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
HOSPITAL PEDRO BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2001**

PROCEDENCIA	NUMERO	PORCENTAJE
Rural	44	88.00%
Urbana	6	12.00%
TOTAL	50	100.00%

FUENTE: Boleta de recolección de Datos

CUADRO 4

**DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
SEGÚN HOGAR INTEGRADO
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
HOSPITAL PEDRO BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2001**

HOGAR INTEGRADO	NUMERO	PORCENTAJE
MADRE	29	58
AMBOS	18	36
OTROS	3	6
TOTAL	50	100

FUENTE: Boleta de recolección de Datos

CUADRO 5

**DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
SEGUN PROFESIÓN U OFICIO
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
HOSPITAL PEDRO BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2001**

PROFESIÓN U OFICIO	NUMERO	PORCENTAJE
Ama de Casa	24	48
Oficios Domésticos	4	8
Estudiante	6	12
Trabaja	16	32
TOTAL	50	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos

CUADRO 6

**DISTRIBUCIÓN DE LA PROFESIÓN U OFICIO
DE LA PAREJA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
HOSPITAL PEDRO BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2001**

PROFESIÓN U OFICIO	NUMERO	PORCENTAJE
Estudiante	2	4
Trabaja	36	72
Ambas	12	24
TOTAL	50	100

FUENTE: Boleta de recolección de Datos

CUADRO 7

**DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
SEGÚN ESCOLARIDAD
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
HOSPITAL PEDRO BETHANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2001**

ESCOLARIDAD	NUMERO	PORCENTAJE
ANALFABETA	12	24
PRIMARIA COMPLETA	3	6
PRIMARIA INCOMPLETA	21	42
SECUNDARIA INCOMPLETA	12	24
DIVERSIFICADO INCOMPLETO	2	4
TOTAL	50	100

FUENTE: Boleta de recolección de Datos

CUADRO 8

**DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
SEGÚN RELIGIÓN QUE PROFESA
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
HOSPITAL PEDRO BETHANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2001**

RELIGIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
CATOLICA	35	70
EVANGELICA	9	18
OTROS	3	6
NINGUNA	3	6
TOTAL	50	100

FUENTE: Boleta de recolección de Datos

CUADRO 9

**DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
SEGÚN EDAD DE MENARQUIA
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
HOSPITAL PEDRO BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2001**

GRUPO DE EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
12	20	40
13	23	46
14	7	14
TOTAL	50	100

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO 10

**DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
SEGÚN PARIDAD
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
HOSPITAL PEDRO BETANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA
SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2001**

PARIDAD	PRIMIGESTA		SECUNDIGESTA		MULTIPARAS		TOTAL	
	N	%	N	%	n	%	n	%
Partos	0		4		3		7	
Abortos	0		1		1		2	
Cesáreas	0		2		3		5	
Hijos Vivos	0		6		6		12	
Hijos Muertos	0		0		0		0	
TOTAL	37	74	7	14	6	12	50	100

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos

CUADRO 11

**DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
SEGUN EDAD DE PRIMERA RELACION SEXUAL.
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
HOSPITAL PEDRO BETHANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2001**

GRUPO DE EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
12 – 14	13	26
15 – 17	31	62
18 – 19	6	12

FUENTE: Boleta de recolección de Datos

CUADRO 12

**DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
SEGÚN NUMERO DE PAREJAS
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
HOSPITAL PEDRO BETHANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2001**

FRECUENCIA	NUMERO	PORCENTAJE
1	38	76
2 en adelante	12	24

FUENTE: Boleta de recolección de Datos

CUADRO 13

**DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
SEGÚN FRECUENCIA DE RELACION SEXUAL °1
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
HOSPITAL PEDRO BETHANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2001**

FRECUENCIA	NUMERO	PORCENTAJE
Diario	6	12
Semanal	31	62
Mensual	13	26

FUENTE: Boleta de recolección de Datos

CUADRO 14

**DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
SEGÚN CONOCIMIENTO DE ANTICONCEPCION
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
HOSPITAL PEDRO BETHANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2001**

CONOCIMIENTO DE ANTICONCEPCIÓN	N	%
SI	3	6
NO	47	94

FUENTE: Boleta de recolección de Datos

CUADRO 15

**DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
SEGÚN USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
HOSPITAL PEDRO BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2001**

USO DE ANTICONCEPTIVOS	NUMERO	PORCENTAJE
NO	47	94
SI	3	6
TOTAL	50	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos

CUADRO 16

**DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
SEGÚN PERSONAJE QUE RECETO
USO DE METODOS DE ANTICONCEPCIÓN MODERNOS
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
HOSPITAL PEDRO BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2001**

PERSONAJE QUE RECETO	NUMERO	PORCENTAJE
Su pareja		
Amigo	1	33.33
Educador	1	33.33
Farmacéutico	1	33.33
Otro		
TOTAL	3	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos

CUADRO 17

**DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
SEGÚN RAZON POR LA QUE DECIDIERON TENER RELACION
SEXUAL
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
HOSPITAL PEDRO BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2001**

RAZON	NUMERO	PORCENTAJE
Estaba enamorada	19	38
Se lo pidió su compañero	6	12
Usted y su compañero tenían deseos	22	44
Por curiosidad	3	6
TOTAL	50	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos

CUADRO 18

**DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
SEGÚN CONOCIMIENTO CAUSA – EFECTO DE EMBARAZO
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
HOSPITAL PEDRO BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2001**

CONOCIMIENTO DE EMBARAZO	NUMERO	PORCENTAJE
SI	38	76
NO	12	24
TOTAL	50	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos

CUADRO 19

**DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
SEGÚN CREENCIA DE LA MEJOR EDAD PARA SER MADRES
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
HOSPITAL PEDRO BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2001**

GRUPO DE EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
12 – 16	3	6
17 – 19	13	26
Más de 20	34	68
TOTAL	50	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos

CUADRO 20

**DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
SEGÚN CREENCIAS DE MATRIMONIO ANTES DE SER MADRES
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
HOSPITAL PEDRO BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2001**

CASARSE ANTES DE SER MADRES	N	%
SI	47	94
NO	3	6
TOTAL	50	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos

CUADRO 21

**DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
SEGÚN CALIFICACION DEL EMBARAZO ANTES DEL
MATRIMONIO
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
HOSPITAL PEDRO BETHANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2001**

CALIFICACION DEL EMBARAZO	NUMERO	PORCENTAJE
BUENO	3	6
MALO	47	94
TOTAL	50	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos

CUADRO 22

**DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
SEGÚN DESEO DE EMBARAZO
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
HOSPITAL PEDRO BETHANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2001**

DESEO DE EMBARAZO	NUMERO	PORCENTAJE
SI	28	56
NO	22	44
TOTAL	50	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos

CUADRO 23

**DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
SEGÚN ACEPTACIÓN O RECHAZO DEL EMBARAZO
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
HOSPITAL PEDRO BETHANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2001**

ACEPTA O RECHAZA EMBARAZO	NUMERO	PORCENTAJE
ACEPTA	44	88
RECHAZA	6	12
TOTAL	50	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos

CUADRO 24

**DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
SEGÚN DESEO DE SEGUNDO EMBARAZO
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
HOSPITAL PEDRO BETHANCOURT ANTIGUA GUATEMALA,
SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2001**

DESEO DE SEGUNDO EMBARAZO	NUMERO	PORCENTAJE
NO	15	30
NUNCA	10	20
SI, EN UN AÑO	25	50
TOTAL	50	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos

CUADRO 25

**DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
SEGÚN OCURRENCIA DEL EMBARAZO,
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA,
HOSPITAL PEDRO BETHANCOURT ANTIGUA GUATEMALA,
SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2001**

OCURRENCIA DEL EMBARAZO	N	%
NO SABIA	3	6
QUERIA MUCHO A SU PAREJA	47	94
TOTAL	50	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos

CUADRO 26

**DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
SEGÚN EL ESTADO DE ANIMO ANTES DEL EMBARAZO
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
HOSPITAL PEDRO BETHANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2001**

ESTADO DE ANIMO	N	%
ALEGRE	6	12
TRANQUILA	22	44
ACTIVA	3	6
DEPRIMIDA	19	38
TOTAL	50	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos

CUADRO 27

**FRECUENCIA DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES POR MES
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
HOSPITAL PEDRO BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA
SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2001**

MES	Adolescentes embarazadas		Total de embarazadas		Adolescentes embarazadas/total de embarazadas X 1000
	N	%	N	%	Proporción
Septiembre	9	18	95	14	94 x 1,000
Octubre	19	38	270	41	70 X 1,000
Noviembre	22	44	300	45	73 X 1,000
TOTAL	50	100	665	100	75 X 1,000

FUENTE: Boleta de Recolección de datos

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Para la entrevista de cincuenta (n=50) adolescentes embarazadas se utilizó la técnica de entrevista estructurada. Las adolescentes estuvieron comprendidas entre las edades de 12 a 19 años que consultaron a la Unidad de control prenatal del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Pedro de San José de Bethancourt de Antigua Guatemala, durante los meses de septiembre a noviembre de 2,001.

Durante el periodo mencionado, se atendió un total de 665 pacientes, por lo que la proporción de adolescentes embarazadas fue de 75 por cada 1,000 embarazadas atendidas. Respecto a la edad (cuadro No. 1) se puede notar que la más frecuente, fueron las pacientes de 19 años (21 casos =42.0%); situación que se asume puede deberse a que a esta edad las adolescentes ya eran económicamente independientes de sus padres, ya que se encontraban casadas o unidas.

El 40% (n=20) de las adolescentes embarazadas atendidas fueron menores de 18 años (cuadro 1). Lo que coincide con la literatura que informa que los embarazos a temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones del país y grupos sociales, pero en las grandes ciudades, (Antigua Guatemala, es la tercera Ciudad más importante del país), generalmente, no son deseados y se dan en parejas que no han iniciado una vida en común o que tienen lugar en condiciones de unión consensual, lo que generalmente termina con el abandono de la mujer y del hijo, configurando así un problema social de la madre soltera. Se reporta que la fecundidad en adolescentes por edad, se tiene que entre el total de las adolescentes menores de 20 años, el 17% ya son madres y el 4% se encuentra embarazada con el primer hijo. El porcentaje que ya son madres aumenta con la edad hasta alcanzar el 41% de las mujeres de 19 años.

El 70% (n=35) refirió tener actualmente pareja (18% casada y 52% unida) y el 30% (n =15) refirió no tener ya que se encontraban solteras y viudas en un 24% y 6%, respectivamente (cuadro 2). Lo anterior indica que en un 18% de las adolescentes se encuentran con respaldo legal en su unión con su pareja.

El concepto de matrimonio, no debería significar la concepción religiosa, más se debería orientar a la parte de permanencia que formalmente permite derechos y obligaciones legales, tal como la paternidad responsable.

El 88% de las adolescentes embarazadas, procede en su mayoría fueron del área rural y urbano 12.00 %; esto debido a que el Hospital Pedro Betancourt es un centro gratuito, y que el área rural es la población más pobre del país, y la más vulnerable a embarazos en adolescentes, debido a la falta de educación y la gran afluencia de esta población a este centro asistencial. Lo que coincide con la literatura consultada refiriendo que La relación entre grupo étnico y adolescentes que ya son madres es en una proporción mayor en el grupo indígena con relación al grupo ladino de 19 a 16.5 respectivamente. Y en lo que respecta a la relación entre adolescentes que ya son madres y el lugar de residencia, también se encuentra una diferencia importante, ya que en el área urbana se tiene un 13.4% a diferencia del área rural en la que la proporción es de 20.1.

La proporción de adolescentes y jóvenes en nuestro país es de 27.9%, es decir, cerca de 2,613.986 adolescentes de ambos sexos (el 50% es femenino, 1,306,963), los cuales se encuentran distribuidos en el área urbana 41% y en el área rural el resto, el crecimiento urbano cada vez es mayor, especialmente en la áreas marginales con condiciones de salud, educación y economía precarias, agregándose a esto que en estas zonas emergen con mucha rapidez y fuerza la formación de grupos de jóvenes (maras), con variabilidad de problemas psico-bio-sociales.

La tasa global de fecundidad (TGF) de 1995 a 1999, ha sufrido una disminución de 0.1, mientras que la tasa de fecundidad general (TGF) se ha mantenido sin variación; La tasa bruta de natalidad se ha incrementado en 1, es importante señalar que en el área rural estos indicadores son significativamente altos, a pesar que tienden a disminuir.

El 36% de las adolescentes refirió pertenecer a hogares integrado por ambos padres, en comparación del 58% que refirió proceder de hogares integrado solamente por la madre. (cuadro 3) Lo que concuerda con la literatura que indica que los aspectos culturales, los valores sociales las normas, así como los recursos obtenidos en el desarrollo durante la niñez son esenciales para el desarrollo psicosocial de las y los adolescentes.

Con respecto a la profesión u oficio de las adolescentes en estudio, el 48% (n =24) refirió ser ama de casa, 8% para las que se dedicaban a oficios domésticos y el 32% (n =16) trabaja en otros menesteres y solamente el 12% (n =6) es estudiante. Así mismo, la pareja de las adolescentes solamente el 4% estudia un 72% trabaja y un 24% refirieron estudiar y trabajar. (cuadro 4 y 5). debido a que la mayoría de las adolescentes están más expuestas a trabajar o dedicarse a sus casas, ya que no tienen una profesión. Lo que coincide con la literatura refiriendo que el porcentaje de mujeres que son madres, disminuye notablemente con el nivel de educación y la residencia urbana, 4 veces más (28%) mujeres sin educación ya son madres; en comparación con 7% entre aquellas con educación secundaria o superior.

Con respecto a la escolaridad o grado de instrucción de las adolescentes en estudio, se encontró distribuido de la siguiente manera: el 24% (n =12) son analfabetas, únicamente el 6% (n =3) tienen primaria completa y 42% (n =21), primaria incompleta. El 24% tenía educación básica incompleta y el 0% completa. El 4% (n =2) refirió diversificado incompleto. Ninguna refirió tener instrucción universitaria. (cuadro 6). En otras palabras el 76.00% eran alfabetas y el 24.00 % analfabetas, debido a que la mayoría de las pacientes son del área rural y de escasos recursos económicos, por lo que no estudian y se dedican a trabajar (cuadros No. 3,7). Con lo que concuerda con la literatura refiriendo que hay que tomar en cuenta que los embarazos constituyen un factor importante de abandono escolar, puesto que la misma estructura educativa determina la casi imposibilidad de que una adolescente embarazada concorra normalmente a clases, especialmente en los colegios privados o escuelas diurnas, de esta manera, esta jóvenes mujeres engrosan la ya abultada población femenina en riesgo.

El 70% (n =35) refirió profesar la religión católica, el 18% (n =9) protestante y únicamente 6% (n =3) refirió no profesar ninguna. Lo que se considera un alto porcentaje (88%) con valores religiosos. (Cuadro 7). Los valores y en especial los valores sexuales tienen relevancia ya que son aspectos de la realidad personal, física, cultural, social o ético religioso que más aprecia el individuo o la sociedad, cada persona y cada sociedad valora. Mediante el proceso de socialización, cada ser humano va introyectando los valores de la familia y de la sociedad en la que vive; consiguientemente, cada uno tiene su específico sistema de valores personales. En los últimos años, una de las mayores carencias que afectan al ser humano es la falta de crecimiento espiritual, cuyo ambiente clave para su desarrollo es la familia, en donde a causa de estilos de vida adoptados por la sociedad moderna, se ha disminuido la oportunidad de un acercamiento entre adultos, niños y adolescentes que permita la transmisión de principios, valores y modelos de conducta deseables. Las edades más frecuentes en la que se presentó la menarquia fue a los 12 años (20 casos=40%) y 13 años (23 casos=46%) de edad (cuadro No. 9), en otras palabras, el 100% de las pacientes tuvieron su menarquia antes de los 14 años, lo que concuerda con la literatura revisada, en el sentido de que a esta edad se inicia el desarrollo sexual.

La edad en que tuvieron su primera relación sexual, el 62% (n =31) refirió que fue entre los 15 y 17 años, el 26% (n = 13) antes de los 14 años y 12% (n =6) después de los 18 años. En relación al número de parejas, el 76% (n =36) mencionó haber tenido una pareja y el 24% (n =12) más de una. La frecuencia de las relaciones sexuales fueron mencionadas en un 62% (n =31) que las tenían semanalmente, 26% (n =13) mensualmente y 12% (n =6) a diario. A pesar de esto, únicamente el 6% (n =3) refirieron conocer y utilizar métodos modernos de anticoncepción, no así el 94% (n =47) que refirieron no conocer y por lo tanto no utilizar dichos métodos. Las adolescentes que utilizaron métodos anticonceptivos mencionaron que quienes le recomendaron su uso fueron una amiga, el educador y el farmacéutico. Explicándose, por la deficiente educación sexual y reproductiva que estas pacientes tenían, coincidiendo con la bibliografía consultada.

Refiriendo también la bibliografía que la edad de la primera relación sexual constituye una primera aproximación al comienzo de la exposición al riesgo del embarazo y al inicio de la vida reproductiva. La adolescente que se embaraza durante los cuatro años posteriores a la menarquia se considera como un riesgo biológico por que aún no han madurado biológicamente y son más susceptibles a diversas complicaciones como la toxemia, la anemia y otras afecciones. Estas adolescentes tienen un riesgo mayor de morbilidad, mortalidad perinatal, parto prematuro y de dar a luz hijos con bajo peso al nacer. Y tiene por lo tanto un efecto importante sobre la fecundidad, porque cuanto más joven forma pareja la mujer, mayor será su tiempo de exposición y mayor su potencial de hijos a lo largo de su vida. Se reporta que la proporción de mujeres que tienen su primera relación sexual antes de los 20 años es casi alrededor del 70%.

La razón por la que decidieron tener relaciones sexuales fue porque, tanto ella como la pareja tenían deseos en 44% (n =22), porque estaban enamoradas en 38% (n =19), porque se lo pidió su compañero 12% (n =6) y por curiosidad 6% (n =3). Lo que concuerda con la literatura que dice que la edad en la cual las mujeres inician su vida reproductiva constituye uno de los factores demográficos determinantes en la fecundidad de la población, pero también determina en gran medida los niveles de mortalidad materna, mortalidad infantil y abortos.

El conocimiento que tenían del embarazo previo al mismo, fue de 76% (n =38) y 24% (n=12) carecían del conocimiento, pero refirieron que creían que la edad para quedar embarazada por primera vez era de más de 20 años en 68% (n=34), entre 17 Y 19 años 26% (n=13) y menos de 17 años, el 6% (n=3).

Lo que coincide con la literatura que dice que la edad para tener el primer hijo se ha tomado como común cuando se produce a los 15 años en el área rural y en la etnia indígena, basados en aspectos propios de la cultura. El 61% de las adolescentes (mujeres de 15-19 años) tienen un hijo o más (una de cada cinco tienen dos hijos), siete de cada diez mujeres son solteras. El grupo de casadas y las convivientes forma un grupo importante ya que constituyen el 10.5 13.2% respectivamente. Esta situación constituye un problema para este grupo, ya que no cuentan con hogar integrado lo que las pone en riesgo de ser madres solteras y las limita para poder integrarse a la vida productiva del país y especialmente las obliga a trabajar, abandonando a su hijo y los estudios lo que perpetua el ciclo generacional de la pobreza.

El 94% (n=47) consideraba que si debían de casarse antes de ser madres. Coincide con lo anterior la calificación que le otorgaron al hecho de que era "malo" embarazarse antes del matrimonio en 94% (n=47). Con lo que se respalda con la literatura que dice que la postergación del matrimonio más allá de la adolescencia por parte de la mujer tiene sus ventajas, aunque la deja vulnerable con respecto a ciertos peligros. La baja prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en la adolescencia y la elevada frecuencia de embarazos en este grupo de edad, hace que el embarazo antes del matrimonio, se convierta en una etapa crítica de la vida, en donde la malnutrición de la madre puede tener serios efectos, no solo sobre la morbilidad y mortalidad materna e infantil sino también sobre el desarrollo y evolución posterior de sus hijos.

En relación a la aceptación de su embarazo, el 88% (n=44) aceptaron su embarazo, y al preguntarles si deseaban un nuevo embarazo, 50% (n=25) lo rechazó. Lo que coincide con la bibliografía que refiere que las diferentes expectativas con respecto a las relaciones sexuales, embarazo y la forma en que una sociedad se adapta a los cambios de estas expectativas pueden producir un profundo impacto en las adolescentes, en sus familias y en la sociedad en general, como la depresión entre otros, generando en la mayor parte de los casos el rechazo de las expectativas (relaciones sexuales, embarazo).

Al preguntarles ¿porqué consideraban que había ocurrido el embarazo?, el 94% (n=47) mencionó que "porque querian mucho a su pareja, el resto opinó que "porque no sabian".

En relación al estado de ánimo de la adolescentes durante el embarazo, opinaron que se encontraban tranquilas en 44% (n=22), alegre 12% (n=6), activa 6% (n=3), el 38% (n=19) opinaron que su estado de ánimo había cambiado a depresión.

En la adolescencia es cuando el ser humano elabora su PROYECTO DE VIDA, desarrolla estrategias y acciones para que el sueño, se transforme en realidad, se afirme el quien soy, cómo quiero ser, quiero ser casado, quiero ser profesional o simplemente quiero vivir en el campo o la ciudad sin grandes preocupaciones. Este proyecto de vida será mediatizado por las posibilidades que el medio externo ofrezca y el esfuerzo que el propio adolescente realice para que este proyecto de vida acontezca o no. El hecho de embarazarse sin desearlo, echa por la borda este proyecto, lo que provoca incertidumbre y angustia.

IX. CONCLUSIONES

1. La proporción de embarazos en adolescentes, menores de 20 años es de 7 a 9 por cada 100 mujeres embarazadas atendidas en la Unidad de control prenatal.
2. La edad más frecuente de embarazo en adolescentes fue de 19 años con el 42.0% (21 casos de 50), durante el período Septiembre-Noviembre 2001.
3. Únicamente el 36% declaró vivir con ambos padres.
4. El 70.00 % de las pacientes en estudio estaban casadas o unidas, y el 24.00 % estaban solteras al momento de embarazarse.
5. El 24.00 % de las pacientes embarazadas no tenían ningún grado de escolaridad.
6. Las amas de casa y las trabajadoras en oficios domésticos fueron los oficios u profesiones más frecuentes reportadas.
7. La procedencia de la mayoría de las pacientes fue del área rural, en el 88.00 %.
8. La edad más frecuentemente en las que se presentó la menarquia fue a los 13 años.
9. Del total de la población en estudio, el 74.00 % fueron primigestas.
10. La mayoría de las pacientes no usaron ningún método anticonceptivo, ni conocían los mismos.
11. La mayoría de las adolescentes en estudio tenían bajo nivel educativo, que apenas alcanzaba educación primaria.
12. El 62% de las adolescentes tuvo su primera relación sexual entre los 15 y 17 años de edad.
13. Un 24% de las pacientes en estudio informó haber tenido más de una pareja.
14. El estar enamorada y por tener el deseo, fue la razón por la cual se tuvo la relación sexual que dio origen al embarazo, en un 38 y 44%, respectivamente.
15. EL mayor porcentaje de las pacientes tuvieron depresión como estado de animo previo a embarazarse

X. RECOMENDACIONES

1. Crear o fortalecer políticas específicas (Programa de Salud Reproductiva) para la atención de los y las adolescentes, que permitan que instituciones y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que tienen la adolescencia como población objetivo de sus proyectos y acciones actúen en pro del mejoramiento de la calidad de vida de este grupo de edad.
2. Realizar campañas de educación en salud reproductiva prioritariamente en las áreas rurales del país, tendiendo a la prevención de cómo evitar los embarazos en las adolescentes.
3. Contextualizar los proyectos y programas dirigidos a los adolescentes, ya que la mayoría de veces, estos son formulados por adultos, careciendo del conocimiento del contexto en el cual se desarrolla en la actualidad y especialmente de sus valores que para ellos orientan sus comportamientos y a los cuales les dan un grado de significación y cuya realización es buscada en la vida personal y social.
4. Debe de considerarse de gran importancia en este periodo de la adolescencia, el cuidado del desarrollo de la sexualidad a través de medidas como la educación sexual, tanto en la familia como en la escuela, creando valores para que se postergue el inicio de las relaciones sexuales, fidelidad de la pareja, paternidad responsable, la promoción de prácticas sexuales sin riesgo e información sobre las consecuencias de la actividad sexual no protegida, tanto en las adolescentes como en los adolescentes.
5. Hacer efectivo el programa de control prenatal en la población adolescente, para mejorar la cobertura de dicho programa.
6. Conocer y analizar críticamente los valores sexuales de los y las adolescentes para fundamentar el acceso dirigido a estos grupos, ya que sino se consideran, posiblemente las acciones, especialmente las preventivas lograrán escaso o ningún impacto.
7. Promover el uso de métodos anticonceptivos en la población adolescente y sexualmente activa.
8. Reducir los índices de analfabetismo actuales.

XI. RESUMEN.

El presente estudio constituye una investigación descriptiva-transversal de pacientes adolescentes, donde se investigó mediante la entrevista los factores condicionantes del embarazo en adolescentes en las pacientes que consultaron a la Unidad de Control Prenatal del Departamento de Obstetricia del Hospital Pedro de Betancourt de Antigua Guatemala, durante los meses de Septiembre a Noviembre de 2001.

Los objetivos fueron identificar los factores socioculturales, biológicos, educativos y psicológicos que inducen a la mujer adolescente a embarazarse.

Así mismo incluyó un total de cincuenta casos de embarazo en adolescentes de los cuales el 42.00% fueron adolescentes de 19 años de edad. Que el 76% de pacientes adolescentes en ningún momento recibió información sobre relación sexual y/o embarazo.

Las analfabetas reportadas fueron el 24.0% de las sujetos en estudio, el 42.00% de las adolescentes embarazadas habían cursado algún grado escolar; no finalizando la educación primaria. Y el resto de las adolescentes en estudio habían cursado algún grado de educación básica, de las cuales solo dos pacientes habían cursado diversificado, no finalizando.

La mayoría de las pacientes eran casadas o unidas cuando se embarazaron. Así como un considerable porcentaje, (24) de madres solteras en las sujeto de estudio.

La ausencia en el uso de métodos anticonceptivos de las pacientes embarazadas fue notable, únicamente el 6.0% usaron los mismos. Lo cual, fue un factor de riesgo para que la adolescente se embarazara, lo cual repercute en el futuro de la adolescente y su hijo.

Otro aspecto importante a tomar en cuenta es que la mayoría de pacientes provienen del área rural y de hogar integrado por la madre. Sobre el estado emocional es destacable que la depresión se presentó en un gran número de adolescentes.

Previo a embarazarse se encontró en el 38% y después de tener relaciones sexuales un 50%.

XII. BIBLIOGRAFÍA.

1. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Cuando los Adolescentes tienen hijos. <http://www.aacap.org/publications/apntsfam/fff31.htm>
2. Andrade, C. Plan Nacional de Atención integral a los y las adolescentes. 2ed. Guatemala: MSPAS, 1999 (p26).
3. Asociación Guatemalteca de Educación Sexual. Adolescencia. 1984, p1-5. (Documento Mimeografiado).
4. Barnett, B. Mejores servicios pueden reducir riesgos de abortos. Network Salud Reproductiva de los adolescentes, 2,000 20(3) (pp16-18).
5. Blum, R. Sex and Reproduction: risks for adolescents. The Second Decade Improving Adolescent Health and Development, 1998 18(p6).
6. Boyd, A. Como responder a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las jóvenes. Washington: The World 's Yourth Boletín Informativo. PRB, 2000 Marzo (pp1-4).
7. Centro Legal Para Derechos Reproductivos y Política Pública. Hechos Garantizando los derechos reproductivos de los adolescentes. Boletín informativo CRLP, 1999 Marzo (p1-2).
8. Crónicas de las O.M.S. El embarazo y la joven soltera. 30 11 17 (1986). Pags. 115 – 117.
9. Cook, R. Et al. Recognizing adolescents evolving capacities to exercise Choice in reproductive healthcare. International Journal of gynecology and obstetrics, 2000. July 70 (1) : (pp 13-14)
10. Figueroa, R. Embarazo en adolescentes. Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología, 1998 Enero – Abril 8 (1) pag. 1 – 12.
11. Fondo de población de las Naciones Unidas. El FNUAP iniciará un Programa triple para la salud reproductiva de los adolescentes en Jamaica, Guyana t Suriname. Desechos: Noticias del FNUP, 1998 Abril (20): p4
12. Forero M.T. Fecundidad de adolescentes y otros grupos de riesgo. Mortalidad Materna en Colombia. Bogotá: 1996 Agosto pp11-12
13. García, Ana Isabel. Mujeres Centroamericanas. Tomo I. Ed. San José: FLACSO 1989. p. 193-97.
14. Gómez H.M. Avances Hacia las Metas para las Niñas, las Adolescentes Y las mujeres seguimiento de las metas del acuerdo de Santiago. Bogotá: UNICEF, 1998. (PP41 – 50).
15. Herrera Lasso, Fernando. Embarazo en la adolescencia. Revista de Ginecología y Obstetricia. México. Vol. 48 - año XXXV. Número 285- Julio. 1998.

16. Hidalgo, E. et - al. Edad de la madre al nacimiento del primer hijo; Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (Guatemala). Guatemala: MSPAS, 1998 – 1999 (pp33-36).
17. Kirkendall, Lester A. En que forma las relaciones prematrimoniales Pueden perjudicar a las muchachas. Revista de Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 50. Año XXXVI. Número 294 - Mayo 1981.
18. López Gómez, José Ramón. La adolescente embarazada. Revisión del Quinquenio. 1979 – 1983. Revista de Ginecología y Obstetricia de Venezuela, 1984. mayo p. 178 – 86.
19. Noval, Joaquín. Temas fundamentales de la antropología. Guatemala, Editorial Universitaria, 1969. p. 59 – 80
20. Núñez, H. P. Embarazo en la adolescencia en Costa Rica, con énfasis en Comunidades urbanas pobres. Revista Costarricense de Salud Pública. 1999 Julio 14 (8) pp. 38 – 47.
21. Padilla, M. Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la Adolescencia. Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología. 1999 Enero – Abril 9(1) : pp1 – 9.
22. Peláez, J. Resolución de los países Nórdicos los adolescentes salud y derechos sexuales. Boletín de la asociación Latino Americana de Ginecología infanto juvenil (ALOGIA) 2000 Enero 6 (pp 1 – 9).
23. Peláez, J. Salud reproductiva de adolescente. Peláez, J. Y N. Salomón. Ginecología infanto juvenil. La Habana: Científico Técnica, 1999 (pp. 162-172, 190 – 195).
24. Peláez, J. Salud reproductiva y adolescencia. Ramos, R y Moisa, C. Obstetricia y Ginecología del Próximo Milenio. San Salvador: FLASOG, 1999 Noviembre (pp 3 –4)
25. Pillsbury, B. Y Maynard, G. Potenciación del papel de la mujer y la Salud reproductiva: Vínculos a lo largo del ciclo de la vida. Los Angeles: Pacific Institute Women´s Health, 2001 (pp 4 – 5, 10-16).
26. Rivera, G. Y M.C., Arango. Salud sexual y reproductiva de los Adolescentes; elementos de apoyo para la presentación de servicios. México: Pathfinder Internacional, 1999. (pp7 – 16).
27. Sadik, N. Cuestiones de Población; Juego de documentos Informativos. New York: Fondo de Población de las Naciones Unidas, 1999. (pp3 – 5).
28. Sadik N. Las perspectivas de los jóvenes ensayistas; Matrimonio Precoz y embarazo en la adolescencia. New York: UNFPA, 1996 (pp72-73).
29. Sadik, N. Estado de la Población Mundial; Las Nuevas Generaciones. New York: Fondo de Población de Las Naciones Unidas, 1998. (pp23 – 29).
30. Silber, Tomas J. Sexualidad de los adolescentes: Desarrollo y aspectos éticos. Revista de Ginecología y Obstetricia.

31. The Alan Guttmacher Institute. Into a New World; Young Women's Sexual and Reproductive Lives. New York: Alan Guttmacher Institute. 1998. (pp1-8).
32. Velasco, V., et.- al. La Salud Materna, una prioridad institucional Permanente. Revista Médica IMSS. 1997 Noviembre – Diciembre 35(6): pp. 393 – 394.
33. Villatoro, Elba Marina. La medicina tradicional y los problemas de salud en Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Area de la Conducta.

XIII. ANEXOS.

Universidad De San Carlos de Guatemala.
Facultad de Ciencias Médicas.
Responsable: Oscar A. Estrada Palacios

Departamento de Obstetricia.
Hospital Pedro de Bethancourt.

**“ FACTORES SOCIOCULTURALES, BIOLÓGICOS, EDUCATIVOS Y PSICOLÓGICOS QUE
CONDICIONAN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES”**

1. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

INTRODUCCIÓN

Consentimiento informado para participar en entrevista de salida

Saludo:

Buenas tardes (días). Mi nombre es Oscar A. Estrada P. Estamos llevando a cabo un estudio sobre los factores que condicionan el embarazo en adolescentes. Queremos hacerle algunas preguntas acerca de su embarazo actual. Su participación es completamente voluntaria.

La entrevista toma aproximadamente 10 minutos. Si usted quiere participar, la información será completamente confidencial. No le preguntaré su nombre. Usted puede parar la entrevista en cualquier momento o puede escoger el no contestar alguna pregunta cuando no lo quiera hacer.

¿Tiene alguna pregunta?

¿Le gustaría participar en el estudio? Si ____ No ____

1. Si (Continuar con las preguntas de la página siguiente).
2. No (Agradezca y finalice la entrevista).

No. _____

Fecha: _____

1. EDAD: ____años.

2. Estado Civil:

Soltera: _____ Casada: _____ Unida: _____ Viuda: _____
Divorciada: _____

3. Procedencia: Rural: _____ Urbana: _____

4. Vive Usted actualmente con:

Padre: _____ Madre: _____ Ambos: _____ Otros: _____

5. Cual es su profesión u oficio actualmente:

Trabaja: _____ Estudia: _____ Ambas: _____ Otras: _____

6. A que se dedica actualmente su pareja:

Trabaja: _____ Estudia: _____ Ambas: _____

7. Escolaridad: Analfabeta: _____ Alfabetado:

Primaria: Completa: _____ Incompleta: _____

Secundaria: Completa: _____ Incompleta: _____

Diversificado: Completa: _____ Incompleta: _____

Universidad: _____

8. Religión que profesa:

Católica: _____ Evangélica: _____ Mormona: _____ Otras: _____

9. Menarquía: _____ Años

10. Gestas: 1: _____ 2: _____ + de dos _____

11. Partos Previos: 1: _____ 2: _____ + de dos _____

12. Abortos Previos: 1: _____ 2: _____ + de dos _____

13. Cesáreas Previas: 1: _____ 2: _____ + de dos _____

14. Hijos Vivos: 1: _____ 2: _____ + de dos _____

15. Hijos Muertos: 1: _____ 2: _____ + de dos _____

16. A qué edad fue su primera relación sexual:

12 – 14 Años: _____ 15 – 17 Años: _____

18 – 19 Años: _____

17. Ha tenido más de una pareja:

Si: _____ No: _____ No Responde: _____

18. A cada cuanto tiene relación sexual:

Diario: _____ Semanal: _____ Mensual: _____

19. Conoce usted de Métodos de Anticoncepción Modernos:

Si: _____ No: _____ No Responde: _____

20. Antes de quedar embarazada usaba algún método anticonceptivo moderno:

Si: _____ No: _____ No Responde: _____ ¿Cuál?: _____

21. Quien le recetó que usara métodos de anticoncepción:

Médico: _____ Su Pareja: _____ Amigo: _____ Educador: _____

Farmacéutico: _____ Otro: _____

22. Podría decir la razón por la cual usted decidió tener relaciones sexuales:

1. Estaba Enamorada: _____
2. Se lo pidió su compañero: _____
3. Tanto Ud. Como su compañero tenían deseos : _____
4. Por Curiosidad: _____
5. Sus amigas lo hacían: _____
6. Por medidas de presión: _____
7. Otros: _____

23. Al tener relaciones sexuales ¿Sabía usted que podría embarazarse?

Si: _____ No: _____

24. A que edad cree que debe tener su primer hijo la mujer:

12-16 Años: _____ 17-19 Años: _____ más de 20 años: _____

25. Considera que una mujer debe casarse antes de tener un hijo: Si: _____

No: _____

26. Usted considera el embarazo antes del matrimonio como:

Bueno: ____ Malo: ____ No responde: ____

27. Deseaba estar embarazada: Si: ____ No: ____

No responde: ____

28. Actualmente acepta o rechaza su embarazo:

Acepta: ____ Rechaza: ____

29. Desea quedar embarazada nuevamente:

No: ____ No, nunca: ____

Si, Inmediatamente: ____ Si, en un año: ____

No responde: ____

30. Porque ocurrió el embarazo a esta edad:

No sabía: ____ Quería mucho a mi pareja: ____

Falló el método anticonceptivo empleado: ____

31. Antes de embarazarse ¿Cuál era su carácter?

Alegre: ____ Tranquila: ____

Activa: ____ Deprimida: ____

