

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“FACTORES QUE CONDICIONAN EL EMBARAZO DURANTE
LA ADOLESCENCIA EN EL GRUPO MAYA Y NO MAYA”**

Estudio descriptivo, realizado en adolescentes embarazadas en las aldeas San Jacinto del municipio de Chimaltenango, San José Calderas y Chimachoy del municipio de San Andrés Itzapa, cabecera municipal de Parramos del Departamento de Chimaltenango, y Consultas externas de Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS-

mayo - junio 2011

**Mariela Judith Pacheco Ochoa
Irving Noé López Fletcher
Mario Javier Luna Carrera
Kristoffer Eduardo Hernández Rivas
Janeth Marisol Paredes Solares
Yuri Mariana Cedillo Gámez**

Médico y Cirujano

Guatemala, junio de 2011

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“FACTORES QUE CONDICIONAN EL EMBARAZO DURANTE
LA ADOLESCENCIA EN EL GRUPO MAYA Y NO MAYA”**

Estudio descriptivo, realizado en adolescentes embarazadas en las aldeas San Jacinto del municipio de Chimaltenango, San José Calderas y Chimachoy del municipio de San Andrés Itzapa, cabecera municipal de Parramos del Departamento de Chimaltenango, y Consultas externas de Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS-

mayo-junio 2011

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

**Mariela Judith Pacheco Ochoa
Irving Noé López Fletcher
Mario Javier Luna Carrera
Kristoffer Eduardo Hernández Rivas
Janeth Marisol Paredes Solares
Yuri Mariana Cedillo Gámez**

Médico y Cirujano

Guatemala, junio de 2011

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Los estudiantes:

Mariela Judith Pacheco Ochoa	200410218
Irving Noé López Fletcher	200510046
Mario Javier Luna Carrera	200510098
Kristoffer Eduardo Hernández Rivas	200510105
Janeth Marisol Paredes Solares	200510117
Yuri Mariana Cedillo Gámez	200515058

Han cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en el grado de **Licenciatura**, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

**“FACTORES QUE CONDICIONAN EL EMBARAZO DURANTE
LA ADOLESCENCIA EN EL GRUPO MAYA Y NO MAYA**

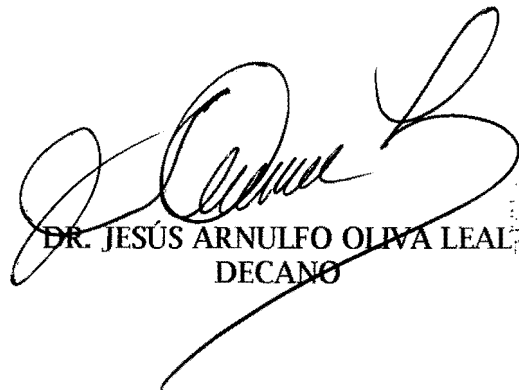
Estudio descriptivo, realizado en adolescentes embarazadas en las aldeas San Jacinto del municipio de Chimaltenango, San José Calderas y Chimachoy del municipio de San Andrés Itzapa, cabecera municipal de Parramos del Departamento de Chimaltenango, y Consultas Externas de Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-

mayo-junio 2011

Trabajo asesorado por la Dra. Judith Ochoa de Pacheco y revisado por el Dr. Alberto García González, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, cuatro de julio del dos mil once.


DR. JESÚS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO



El infrascrito Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

Mariela Judith Pacheco Ochoa	200410218
Irving Noé López Fletcher	200510046
Mario Javier Luna Carrera	200510098
Kristoffer Eduardo Hernández Rivas	200510105
Janeth Marisol Paredes Solares	200510117
Yuri Mariana Cedillo Gámez	200515058

han presentado el trabajo de graduación titulado:

**"FACTORES QUE CONDICIONAN EL EMBARAZO DURANTE
LA ADOLESCENCIA EN EL GRUPO MAYA Y NO MAYA**

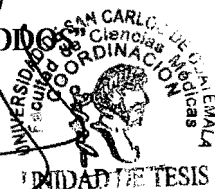
Estudio descriptivo, realizado en adolescentes embarazadas en las aldeas San Jacinto del municipio de Chimaltenango, San José Calderas y Chimachoy del municipio de San Andrés Itzapa, cabecera municipal de Parramos del Departamento de Chimaltenango, y Consultas Externas de Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-

mayo-junio 2011

El cual ha sido revisado y corregido por el Profesor de la Unidad de Trabajos de Graduación -UTG- Dr. César Oswaldo García García y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, el cuatro de julio del dos mil once.

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

**Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas
Coordinador**



Guatemala, 14 de junio del 2011

Doctor
Edgar Rodolfo de León Barillas
Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. de León Barillas:

Le informo que las estudiantes abajo firmantes:

Mariela Judith Pacheco Ochoa

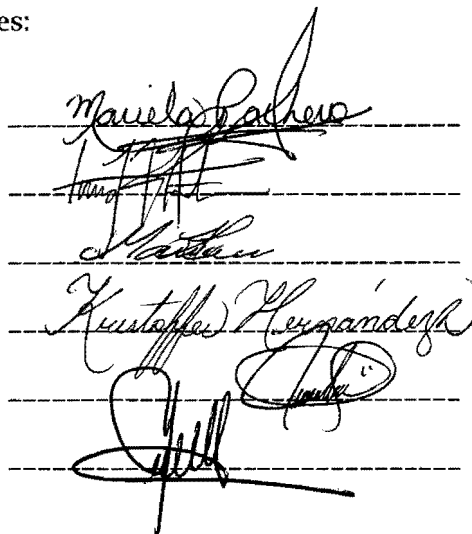
Irving Noé López Fletcher

Mario Javier Luna Carrera

Kristoffer Eduardo Hernández Rivas

Janeth Marisol Paredes Solares

Yuri Mariana Cedillo Gámez



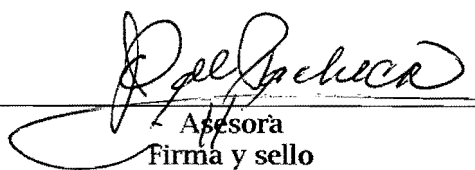
Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

**"FACTORES QUE CONDICIONAN EL EMBARAZO DURANTE
LA ADOLESCENCIA EN EL GRUPO MAYA Y NO MAYA**

Estudio descriptivo, realizado en adolescentes embarazadas en las
aldeas San Jacinto del municipio de Chimaltenango, San José
Calderas y Chimachoy del municipio de San Andrés Itzapa, cabecera municipal de
Parramos del Departamento de Chimaltenango,
y Consultas Externas de Obstetricia del Hospital General San Juan
de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-

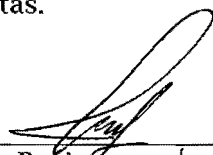
mayo-junio 2011

Del cual como asesora y revisor nos responsabilizamos por la metodología,
confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la
pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.



Asesora
Firma y sello

Dra. Judith Ochoa de Pacheco
GINECOLOGA Y OBSTETRICIA
Colegiada 4,138



Revisor
Firma y sello
Reg. de Personal 951035

Dr. Alberto García González
MEDICO Y CIRUJANO
Col. 7,805

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores que condicionan el embarazo durante la adolescencia entre la población maya y no maya en las comunidades San Jacinto, San José Calderas, Parramos, Chimachoy y las que asistieron a la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante mayo-junio de 2011. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal, en adolescentes embarazadas del área de estudio. Se realizó una encuesta estructurada cara a cara con las adolescentes y con los datos obtenidos se presentaron las variables mediante tablas y porcentajes, analizándose en ambos grupos. **Resultados:** Se encuestaron 303 adolescentes, de las cuales 92 pertenecían al grupo maya, en este grupo se encontró que el 59% eran casadas, el 67% cursó únicamente la primaria y el 51% vivía en pobreza extrema. El grupo no maya está constituido por 211 adolescentes de las cuales el 55% eran solteras, el 48% cursó hasta la secundaria y en su mayoría eran no pobres (47%). En ambos grupos, la menarquía fue en promedio a los 13 años de edad; el 36% del grupo maya y el 29% del no maya presentaron antecedente de madre con embarazo durante la adolescencia. **Conclusiones:** Los factores comunes que condicionan el embarazo durante la adolescencia fueron menarquía temprana, inicio precoz de vida sexual, antecedentes de embarazo adolescente en familiares y bajo nivel de escolaridad. Las diferencias encontradas en las adolescentes mayas fueron que el mayor porcentaje eran casadas, el factor que influyó en el inicio de vida sexual fue el deseo de tener un hijo y la mayoría recibió educación sexual de los padres; mientras que las no mayas eran solteras, no deseaban tener un hijo y el factor que mayor influyó fue la curiosidad.

Palabras claves: Factores condicionantes, embarazo, adolescencia, población maya, población no maya.

ÍNDICE

Página

1.	Introducción	1
2.	Objetivos	5
3.	Marco teórico	7
3.1	Contextualización del área de estudio	7
3.1.1	Chimaltenango	7
3.1.1.2	Demografía	8
3.1.2	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	9
3.1.2.1	Historia	9
3.1.2.2	consulta externa de ginecología y obstetricia	10
3.1.3	Hospital General San Juan de Dios	11
3.1.3.1	Historia	11
3.1.3.2	consulta externa de ginecología y obstetricia	12
3.2	Etnias en Guatemala	12
3.2.1	Etnia Xinka	12
3.2.2	Etnia Garífuna	13
3.2.3	Población no maya o mestiza	13
3.2.4	Etnia Maya	14
3.3	Adolescencia	18
3.3.1	Etapas de la adolescencia	19
3.4	Embarazo en adolescentes	19
3.4.1	Factores de riesgo	20
3.4.1.1	Factores individuales	20
3.4.1.2	Factores biológicos	20
3.4.1.3	Factores psicosociales	21
3.4.1.4	Factores sociales	21
3.4.1.5	Factores familiares	23
3.5	Embarazo en adolescentes indígenas	24
3.6	Epidemiología	27
3.6.1	Embarazo juvenil en el mundo	27
3.6.2	Epidemiología en Guatemala	32
3.6.2.1	La juventud guatemalteca y sus vecinos	37
3.7	Consecuencia de embarazo en adolescentes	38
3.7.1	Consecuencias psicosociales	38
3.7.2	Consecuencias biológicas	39
3.8	Leyes	41
3.9	Programas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	43
3.9.1	Prevenir con educación	43
3.9.2	Programa nacional de Salud Reproductiva	44
3.9.3	Paternidad y maternidad responsable	45
3.9.4	Observatorio de Salud Reproductiva	45
4.	Metodología	47
4.1	Tipo y diseño de investigación	47
4.2	Unidad de análisis	47
4.3	Población y muestra	47
4.3.1	Población o universo	47
4.3.2	Marco muestral	47
4.3.3	Muestra	47

4.4	Selección de los sujetos de estudio	48
4.4.1	Criterios de inclusión	48
4.4.2	Criterios de exclusión	48
4.5	Definición y operacionalización de variables	48
4.6	Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos	53
4.6.1	Técnica	53
4.6.2	Procedimientos	54
4.6.2.1	Fase de planificación	54
4.6.2.2	Fase de estructuración	54
4.6.2.3	Fase de validación y calibración de instrumento	54
4.6.2.4	Fase de trabajo de campo	55
4.6.3	Instrumento	55
4.7	Procesamiento y análisis de datos	55
4.7.1	Procesamiento de datos	55
4.7.2	Análisis de datos	56
4.8	Alcances y límites de investigación	56
4.8.1	Alcances	56
4.8.2	Límites	57
4.9	Aspectos éticos de la investigación	57
5.	Resultados	59
6.	Discusión	63
7.	Conclusiones	71
8.	Recomendaciones	75
9.	Aportes	77
10.	Referencias bibliográficas	79
11.	Anexos	85
11.1	Cuadros	85
11.27	Boleta de recolección de datos	99
11.28	Consentimiento informado	103

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente en Guatemala el 23.59% de la población se encuentra entre las edades de 10 a 19 años, de lo cual 49.7% es de sexo femenino y 41% personas mayas según datos obtenidos de estimaciones para el año 2010 del Instituto Nacional de Estadística. Guatemala ocupa el cuarto lugar de nacimientos a nivel mundial, además cuenta con una alta tasa de fecundidad en adolescentes, con 114 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años de edad. ⁽¹⁾

El inicio de la vida sexual a edades más tempranas, con un promedio de 15.6 años; aunque estudios recientes revelan un inicio de vida sexual de 12 años para los hombres y 12.8 años para las mujeres, trayendo consigo una problemática social, que se está manifestando como un problema de salud pública a nivel mundial. Generalmente se observa que el fenómeno es mayor en mujeres indígenas (54%), con menor nivel socioeconómico (62%) y menor nivel de escolaridad (58%). ^(1,2)

Guatemala actualmente enfrenta diversos problemas sociales tales como pobreza, desigualdad en género, barreras lingüísticas, violencia, dificultad de acceso a salud, educación y discriminación. Siendo un país donde la mayor población es gente joven, estamos totalmente convencidos que el tema el embarazo en la adolescencia está repercutiendo en nuestra sociedad. ⁽⁴⁾

Muchos jóvenes mayas, especialmente las mujeres, hablan sólo su idioma nativo y encuentran dificultades de desarrollo en la cultura predominante, ellos pueden sentirse más cómodas con sus propios sistemas de creencia sobre la salud. Los jóvenes que son mayas comparados con jóvenes no mayas son más propensos a tener una situación marginal política y legal, bajos índices de alfabetización, menor acceso a oportunidades económicas, de empleos, menor conocimiento sobre sexualidad, todos estos factores en conjunto condicionan y representan mayor vulnerabilidad para que se de embarazo durante la adolescencia ⁽⁴⁾.

Regularmente los mayas debido a su cultura tradicional y el poco acceso educativo, hacen a los jóvenes que sean más propensos a casarse a temprana edad y se vea la fertilidad como un factor preponderante y las adolescentes usualmente sienten mucha presión de quedar embarazadas a una edad temprana para probar su fecundidad. ^(5,6)

Por lo cual Identificar los factores que condicionan el embarazo en la adolescencia en personas mayas y no mayas que viven en contextos diferentes, es de vital importancia determinando cuáles son los factores predominantes y pertenecer a uno de los grupos mencionados con anterioridad. El fenómeno es el mismo, pero es trascendental establecer el por qué la ocurrencia a pesar de la existencia de programas enfocados en jóvenes adolescentes y por qué se sigue agravando la problemática. En Guatemala existen programas y leyes que están enfocados a la salud reproductiva, que tienen como principal objetivo implementar y fortalecer estrategias integrales, pero estos no están orientados en los patrones culturales y sociales de cada uno de los grupos en estudio. ⁽³⁾

Los jóvenes viven un contexto de erotismo, desinformación y presiones, resulta alarmante que la mayoría de embarazos son no deseados y en su mayoría son de madres adolescentes, por lo que se considera un riesgo elevado, además de que con ello se agrava más la pobreza, el desarrollo económico y social en Guatemala, como entes sociales y médicos tenemos la responsabilidad de conocer la problemática y encaminar acciones para que la maternidad y paternidad se den en el momento en que el individuo este competente física, social y mentalmente. ^(7,8)

El estudio descriptivo, transversal, se basó principalmente en identificar los factores que condicionan el embarazo durante la adolescencia entre la población maya y no maya en las comunidades San Jacinto, San José Calderas, Parramos, Chimachoy y la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante el mes de mayo - junio de 2011. Se desglosó de tal manera que cada una de las variables se clasificó dentro de factores individuales, socioculturales y familiares, tomando como unidad de información a las adolescentes mayas embarazadas que vivían en las comunidades y las adolescentes no mayas embarazadas que asistieron a la consulta externa de Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

La muestra del estudio fue no probabilística, de conveniencia, desplazándose cada uno de los estudiantes a sus respectivas áreas de estudio y contándose con la autorización de las instituciones hospitalarias en donde el estudiante se encargó de realizar la encuesta cara a cara con adolescentes mayas y no mayas embarazadas. En las comunidades del departamento de Chimaltenango se solicitó ayuda y el apoyo de los COCODE y de los Puestos de Salud de dichas áreas para la convocatoria de la población a estudio. En caso

de que la persona encuestada, no hablara español, se contó con un intérprete de la comunidad para la traducción de la misma. Se pidió la autorización de la adolescente embarazada por medio del consentimiento informado para participar activamente en el estudio.

El estudio mostró que las adolescentes mayas en su mayoría se encontraban casadas previo al embarazo, con nivel de escolaridad entre primaria o analfabetismo, el factor que influyo en el inicio de su vida sexual fue el deseo de tener un hijo, obtuvieron información sobre salud reproductiva con sus padres, influida por la cultura tradicional, no planearon tener su hijo, pero no utilizaron métodos de métodos de planificación familiar, vivían en pobreza extrema y pobreza. Las adolescentes no mayas más de la mitad solteras, previo a la gestación, con niveles de escolaridad entre secundaria y diversificado, el factor que influyo para quedar embarazadas fue la curiosidad, obtuvieron información sobre salud reproductiva en la escuela o colegio, tenían noción sobre métodos de planificación familiar, embarazo, enfermedades de transmisión sexual, pero con poca aplicación en la práctica, manifestaron no haber planeado su embarazo, y dándose a causa del fallo de los métodos, vivían en pobreza y no pobreza. En ambos grupos, la menarquía la presentaron en promedio a los 13 años de edad, el consumo de alcohol tanto de ellas, como de su pareja manifestaron no realizarlo, el sentimiento que prevalecía era de alegría previo a quedar embarazadas, descartando sentimientos de inseguridad, tristeza, desesperanza, lo que manifiesta que las adolescente no presentaban sentimientos de baja autoestima, la elección de pareja en ambos grupos fue libremente, encontrándose con familias integradas en su mayoría por el padre y la madre, no refirieron que los familiares consumieran algún otro tipo de sustancia como cocaína y marihuana, en ambos grupos las adolescentes mantenía una buena comunicación con sus padres, aunque la comunicación sobre aspectos de educación reproductiva, no se propicia entre padres e hijos, aunque se evidencia que en la población de adolescentes embarazadas mayas es aún menor, se observó que las madres de las adolescentes presentaban antecedente de embarazo durante la adolescencia. Concluyendo que las adolescentes mayas el mayor porcentaje estaban casadas, el factor que influyó en el inicio de vida sexual fue el deseo de tener un hijo, con niveles de escolaridad entre primaria y analfabetismo; y la mayoría recibió educación sexual de los padres. Las adolescentes no mayas eran solteras, no deseaban tener un hijo, el factor que influyó en el inicio de vida sexual fue la curiosidad, con niveles de escolaridad entre secundaria y diversificado, y la mayoría recibió educación sexual en la escuela o colegio.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Identificar los factores que condicionan el embarazo durante la adolescencia entre la población maya y no maya en las comunidades San Jacinto, San José Calderas, Parramos, Chimachoy y las que asisten a la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante el mes de mayo - junio de 2011.

2.2 Objetivos Específicos

Factores individuales

- Identificar si el idioma predominante en la población maya y no maya, actúa como factor condicionante para que suceda embarazo durante la adolescencia.
- Identificar el estado civil previo al embarazo, en la adolescente maya y no maya.
- Identificar el nivel de escolaridad en la adolescente maya y no maya.
- Reconocer la edad promedio de menarquía en la adolescente maya y no maya.
- Investigar la edad promedio de inicio de vida sexual y que factores influyeron.
- Identificar si la adolescente maya y no maya obtuvo información sobre salud reproductiva y en qué lugares la obtuvo.
- Establecer la edad promedio al quedar embarazada la adolescente maya y no maya.
- Identificar el número de parejas sexuales previas al embarazo durante la adolescencia.
- Establecer si el embarazo fue planeado o es a causa de otros factores.

- Investigar si la adolescente embarazada o su pareja, consumieron frecuentemente bebidas alcohólicas previo a la concepción.
- Establecer cuál era el sentimiento que prevalecía en la adolescente maya y no maya previo a su embarazo.

Factores socioculturales

- Identificar si la adolescente maya y no maya eligió libremente a su pareja.
- Determinar según la concepción de la adolescente cual es la edad promedio en que una mujer debe quedar embarazada.
- Identificar si la adolescente había escuchado y utilizado algún método de planificación familiar previo al embarazo.
- Identificar si la adolescente, previo al embarazo se encontraba en pobreza extrema, pobreza o no pobreza; según el ingreso económico mensual de la familia.

Factores familiares

- Identificar si la adolescente se encontraba en un contexto de familia integrada.
- Establecer la relación y comunicación que sostenía la adolescente maya y no maya con sus padres.
- Identificar si en la familia existe el antecedente de alcoholismo y/o drogadicción.
- Identificar si la adolescente maya y no maya tiene antecedente familiar de embarazo durante la adolescencia.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 CONTEXTUALIZACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

3.1.1 Chimaltenango

El departamento de Chimaltenango se encuentra situado en la región V o región Central, su cabecera departamental es Chimaltenango, está a 1,800.17 metros sobre el nivel del mar y a una distancia de 54 kilómetros de la Ciudad Capital de Guatemala. Cuenta con una extensión territorial de 1,979 kilómetros cuadrados, con los siguientes límites departamentales: al Norte con Quiché y Baja Verapaz, al Sur con Escuintla y Suchitepéquez, al Este con Guatemala y Sacatepéquez; y al Oeste con Sololá.⁽⁹⁾

Se divide en 16 municipios de la siguiente manera:

Extensión Territorial Municipio	Extensión territorial en km²
Total	1,979
Acatenango	172
San Juan Comalapa	76
Chimaltenango	212
El Tejar	144
Parramos	16
Patzicía	44
Patzún	124
San Miguel Pochuta	170
San Andrés Itzapa	60
San José Poaquil	100
San Martín Jilotepeque	251

Santa Apolonia	96
Santa Cruz Balanyá	40
Tecpán Guatemala	201
San Pedro Yepocapa	217
Zaragoza	56

3.1.1.2 Demografía

El departamento de Chimaltenango cuenta con 446,133 habitantes, quienes representan el 3.9 por ciento de la población total a nivel nacional, según datos del X Censo Nacional de Población y Habitación de 2002, realizado por el INE, y publicado en julio de 2003. Según proyecciones del mismo Instituto para el año 2005 se han calculado 479,031 habitantes, y para el año 2009 la población calculada es de 526,677 habitantes. A un ritmo de crecimiento de 2.4 por ciento anual.⁽¹⁰⁾

De acuerdo a la información presentada para el 2003 del total de la población el 49.8% es población masculina y el restante 50.91% es población femenina.⁽¹¹⁾

Del total de la población, es el municipio de Chimaltenango el que posee mayor cantidad de población (74,077 habitantes), debido a que es la cabecera departamental y es donde se encuentra concentrada la mayor parte de servicios públicos y privados.⁽¹¹⁾

Los otros municipios con mayor porcentaje poblado son Tecpán con un 13.41%, San Martín Jilotepequé con un 13.13% y Patzún con 9.48 %.

Por otra parte los municipios que menos población tiene son Santa Cruz Balanyá 1.45%, Parramos 2.13% y Pochueta 2.20 %.⁽⁹⁾

Respecto a la distribución étnica de la población la mayoría de la población es indígena de la etnia Kaqchikel en un 79.1 por ciento. La población indígena continúa ejerciendo una marcada influencia

sobre las características demográficas y la dinámica de la población del departamento. El municipio con más alto porcentaje de población indígena es Santa Cruz Balanyá con un 97.4%, San Juan Comalapa con un 97.2% y San José Poaquil con 97.08 %.⁽¹⁰⁾

De la población total el 51.2 por ciento se considera población rural y el restante 48.8 por ciento corresponde a poblaciones de tipo urbano. Los municipios más rurales son San Martín Jilotepeque, Tecpán Guatemala, Acatenango y Santa Apolonia. .⁽¹⁰⁾

La tasa de fecundidad en adolescentes del departamento de Chimaltenango es de 66 nacimientos por cada 1000 mujeres que se encuentran entre las edades de 15 a 19 años. Aunque en departamentos como Jalapa la tasa de fecundidad en adolescentes es de 161 únicamente el 9% de su población se considera maya.⁽⁹⁾

3.1.2 Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

3.1.2.1 Historia

En Guatemala, como una consecuencia de la Segunda Guerra Mundial y la difusión de ideas democráticas propagadas por los países aliados, se derrocó al gobierno interino del General Ponce Vaides por el General Jorge Ubico, y se eligió un Gobierno democrático, bajo la presidencia del Dr. Juan José Arévalo Bermejo. Al promulgarse la Constitución de la República de aquel entonces, el pueblo de Guatemala, encontró entre las Garantías Sociales en el Artículo 63, el siguiente texto:"...SE ESTABLECE EL SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO..⁽¹²⁾

El 30 de Octubre de 1946, el Congreso de la República de Guatemala, emite el Decreto número 295, "LA LEY ORGANICA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL". Se crea así: "Una Institución autónoma, de derecho público de personería jurídica propia y plena capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones, cuya finalidad es aplicar en beneficio del pueblo de

Guatemala, un Régimen Nacional, Unitario y Obligatorio de Seguridad Social, de conformidad con el sistema de protección mínima".⁽¹²⁾

La Constitución Política de la República de Guatemala, promulgada el 31 de Mayo de 1985, dice en el artículo 100: "Seguridad Social". El Estado reconoce y garantiza el derecho de la seguridad social para beneficio de los habitantes de la Nación.⁽¹²⁾

Es la autoridad suprema del Instituto y, en consecuencia, le corresponde la dirección general de las actividades de éste. (Artículo 3 de la Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Decreto 295).⁽¹²⁾

3.1.2.2 Consulta externa de ginecología y obstetricia

En el año 1968 se creó el riesgo de Maternidad, el cual contemplo el programa materno-infantil, que comprende 6 etapas, las cuales van desde el Control prenatal, atención al parto, post parto, planificación familiar, enfermedades ginecológicas y atención durante el climaterio, con el fin de brindar cuidados especiales al binomio madre-hijo, respectivamente.⁽¹²⁾

En ese contexto, el IGSS cuenta con equipos multidisciplinarios de profesionales en los servicios de Gineco-Obstetricia, conformados por Educadoras de la Salud, Trabajadoras Sociales, Nutricionistas, Psicólogos, Enfermeras y Médicos especialistas, impulsan un programa de educación y orientación en torno al cuidado de la madre durante las fases pre y post natal.⁽¹²⁾

En la consulta externa de ginecología y obstetricia el horario de atención es de lunes a viernes de 7:00 am a 12:00 pm. Durante el año 2008 se dieron en el Hospital de Ginecología y Obstetricia aproximadamente 135,634 consultas anualmente, con un promedio de 11,302 consultas mensualmente.⁽¹²⁾

3.1.3 Hospital General San Juan de Dios

3.1.3.1 Historia

En 1630, procedentes de México arribaron a la Muy Noble y Muy Leal ciudad de Santiago de los Caballeros de Guatemala, hermanos hospitalarios de la Orden San Juan de Dios, bajo la dirección del Padre Fray Carlos Cívico de la Cerda, así como otros religiosos, su objetivo fue el de presentar la solicitud de administrar el hospital de la ciudad.⁽¹³⁾

La devastación causada por los terremotos de Santa Marta en los años 1773 y 1774 en Santiago de los Caballeros, en el Valle de Panchoy la destruyó de su sitio como Capital, y su lugar fue cedido a la Nueva Guatemala de la Asunción, en el Valle de la Ermita.⁽¹³⁾

El “Hospital General San Juan de Dios” fue puesto al servicio público en octubre de 1778, no se sabe con certeza el día que esto ocurrió, pero a través de su vida se ha celebrado el 24 de octubre, día de San Rafael Arcángel, patrono desde entonces, como fecha de aniversario.⁽¹³⁾

Ya en el siglo XX y debido al terremoto del 4 de febrero de 1976, el Hospital se vio en la necesidad de trasladar algunas de las áreas de atención médica al Parque de la Industria, en la zona 9 capitalina. Las atenciones trasladadas fueron: Emergencia, Ginecología y Obstetricia, Medicina, Pediatría y Traumatología, entre otras. Fue en el año 1981 que se trasladó el Hospital a las actuales instalaciones, en la zona 1.⁽¹³⁾

El hospital General San Juan De Dios es un hospital nacional-docente asistencial del tercer nivel del ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, responsable de brindar atención médica integral, oportuna, eficiente y eficaz que contribuye en la salud de la población. Una entidad pública de vanguardia con vocación docente, asistencial y de investigación, para brindar atención médica integral de tercer nivel a la población guatemalteca, con personal técnico y profesional especializados.⁽¹³⁾

3.1.3.2 Consulta externa de ginecología y obstetricia:

En el área de consulta externa de ginecología y obstetricia se da atención a mujeres embarazadas y no embarazadas, cuenta con los servicios de control prenatal, control post parto, planificación familiar, enfermedades ginecológicas y atención durante el climaterio y menopausia. Cuenta con clínicas especializadas para cada área y los servicios de USG obstétricos y ginecológicos, hospital de día y servicio social.

El equipo está conformado por médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia, médicos residentes, médicos internos y externos, enfermeras graduadas y auxiliares, licenciadas en trabajo social y personal de mantenimiento. Los horarios de atención del servicio de consulta externa son de lunes a viernes de 7:00 am a 1:00 pm. Se atienden aproximadamente 2000 a 3000 pacientes mensualmente, durante el año 2008 se atendieron 28,364 consultas. En la clínica del adolescente se atienden aproximadamente 300 consultas mensualmente en jóvenes de 11 a 19 años, por diversos problemas o consultas ginecológicas u obstétricas.

3.2 ETNIAS EN GUATEMALA

3.2.1 Etnia Xinca:

Se estima que esta etnia está en peligro de desaparecer de hecho son pocas las personas que aún manejan el idioma Xinca, de hecho se estima que tan solo 10 personas en la población guatemalteca aún tienen por idioma el Xinca.⁽¹⁴⁾

La Historia del Pueblo Xinca se remonta en el año de 1575, de hecho el escriba Bernal Díaz del Castillo, relató en uno de sus escritos que el Pueblo Xinca fue uno de los que más resistencia opuso en contra de la Conquista Española. Los Xincas no son descendientes de los mayas; se cree que son

inmigrantes, se les pueden encontrar en poblados de Santa Rosa, Jutiapa y Jalapa.⁽¹⁴⁾

3.2.2 Etnia Garífuna:

La Historia de los Garífunas se remonta desde tiempos de la conquista, en un principio eran conocidos como Caríbes Negros, fueron traídos por embarcaciones españolas, en el año de 1635, llevados a la India Occidental, en el viaje varios escaparon y naufragaron a la Isla de San Vicente, en donde fueron recibidos amablemente por los nativos de la isla.⁽¹⁴⁾

Más adelante el cruce de etnias fue creando una nueva etnia en fusión de los esclavos y los aborígenes. Dando como resultado una nueva etnia llamada Garinagu conocido hoy por hoy como Garífunas.⁽¹⁴⁾

Los Garífunas llegaron a América dada la invasión británica y francesa en la Isla de San Vicente, los capturados fueron llevados a Nigeria y a Roatán, isla que hoy le pertenece a Honduras en el año de 1770. Después de la Invasión Británica a la Isla de San Vicente.⁽¹⁴⁾

Las prácticas y danzas garífunas fueron consideradas como patrimonio de la humanidad, en el año de 1981, la mayoría de Garífunas habla por supuesto su propio idioma materno, a la vez que hablan inglés en Belice y español en Livingston Guatemala.⁽¹⁴⁾

3.2.3 Población no maya o mestiza

Mestizo es uno de los términos más usado en Centro América para referirse a la población hispanizada. Cuyo término se uso para referirse a la población que no pertenecía a la elite colonial, ni tampoco a la población indígena, en otras palabras, este término se uso, inicialmente para referirse a aquellas personas que no eran indígenas ni españolas.⁽¹⁴⁾

Así bien esta palabra se usa muy frecuentemente, pero el Ministerio de Educación designa como población ladina, mestizos y garífunas en la siguiente declaración: “La población ladina ha sido caracterizada como una población heterogénea que se expresa en idioma español como idioma

materno, que posee determinadas características culturales de arraigo hispano matizadas con elementos culturales indígenas y viste a la usanza comúnmente llamada occidental.”⁽¹⁴⁾

La mezcla de las culturas indígenas y españolas fue tan basta que ahora en Latinoamérica la cifra de mestizaje es alta, en Guatemala el porcentaje arroja a un dato del 59%. Es decir que el 59% de la población total es no maya.⁽¹⁴⁾

3.2.4 Etnia Maya:

El pueblo maya no solo es una etnia más que compone la gran diversidad pluricultural de Guatemala, de hecho el pueblo maya en todo su esplendor es la representación máxima de los orígenes de nuestros pueblos, tales como Quiche, Cakchiquel, Mam, Pocoman, Zutuhil, etc. Algo que fue la primicia maya fue el hecho que en un principio lo mayas eran nómadas es decir que vagaban de región en región.⁽¹⁴⁾

Uno de los grupos que mayor trascendencia han tenido son los Caqchiqueles, el pueblo Caqchiquel fue aliado del pueblo Quiche, bajo el reinado del Soberano Quicab, quien fue el que principalmente movilizó al pueblo Caqchiquel a Iximché, ubicado en Técpán Guatemala. El pueblo Caqchiquel, tenía cuatro unidades sociopolíticas que eran: Caqchiqueles, Zotzies, Tukuches y Chajomas o Ajakales.⁽¹⁵⁾

El pueblo Caqchiquel: pertenece a las 22 etnias que componen Guatemala, añadido a eso se estima que más de un millón de habitantes, hablan Caqchiquel y por supuesto su origen es Caqchiquel, el Caqchiquel como idioma tiene su origen el idioma Quiche, de cual se desprendieron otros idiomas tales como el Pocomam; entre otros. También dentro de su idioma cuenta con 22 consonantes y 10 vocales. La actividad propia del pueblo Caqchiquel, es artesanal y agrícola.⁽¹⁵⁾

Su actividad económica, es puramente agrícola, de hecho en su mayoría lo que se cosecha se usa para consumo propio, y en épocas de noviembre a enero, se recolecta café, que posteriormente los camiones recolectan para

su venta. Sus principales cultivos son frijol, pepita y limón. Cuenta con una población aproximada de 800,000 personas.⁽¹⁵⁾

El Pueblo Mam: La comunidad Mam ocupa parte del territorio de los departamentos de Huehuetenango, San Marcos y Quetzaltenango, en la región noroccidental de Guatemala. Al norte colinda con la República de México; al oeste, con el departamento de Quiché; al sur, con el departamento de Totonicapán y el océano Pacífico; y al este, con México.

El Pueblo Quiche: Forma parte también de las 22 etnias de Guatemala, y su idioma es el segundo más hablado después del Español, hay entre 1-2 millones de habitantes guatemaltecos provenientes de este pueblo.⁽¹⁵⁾

El pueblo Quiche ha sido uno de los que más ha resistido el pasar del tiempo, de hecho hoy día se preserva celosamente las prácticas de este pueblo, ya que su idioma y costumbres se siguen practicando.⁽¹⁵⁾

El Pueblo Poqomchi y Poqoman: Los poqomchies, igual que los poqomanes, son descendentes de un mismo tronco “los Min Poqon.”

La expansión de los achies fue la causa principal de que se dispersan los “nimpoqom”. Es probable que los poqom dominaran el centro de Guatemala unos 20 siglos antes de la poca formativa de Kaminal Juyu. En el siglo XVI, el territorio poqomchi, era tan grande que abarcaba desde San Cristóbal Verapaz hasta Panzos y desde Chama a Santa Ana, Peten.⁽¹⁵⁾

Los 94,714 poqomchies hablantes se ubican en áreas de cinco municipios de Alta Verapaz, en uno de Baja Verapaz y en parte de Uspantán, Quiché. En conjunto este idioma es el materno del cuatro por ciento de los indígenas guatemaltecos.⁽¹⁵⁾

El Pueblo Mopán: El pueblo Mopán es uno de los pueblos maya en Belice y Guatemala del departamento de Petén. Su lengua indígena es también llamada Mopán y es uno de los lenguajes maya Yucatecas.

Los británicos forzaron al pueblo Mopán fuera de Belice hacia Guatemala. Los Mopán en Guatemala soportaron la esclavitud. En el siglo 19, muchos Mopán regresaron a Belice.⁽¹⁵⁾

En el censo 2000, se informó de 6909. beliceños con lengua Mopán como lengua madre y 6093 como su primer lengua; 3% de la población. En Guatemala en el departamento de Petén se registro 2891 Mopán. ⁽¹³⁾

Pueblo Acateco: Los acatecos son un grupo étnico de origen maya, con asentamientos originales en el municipio de San Miguel Acatán, municipio del departamento de Huehuetenango, Guatemala. Existen también presencias acatecas en comunidades como La Gloria, Nueva Libertad y San Francisco Natsi, dentro del municipio de La Trinitaria, en Chiapas, México. ⁽¹⁵⁾

El Pueblo Achí: Los achíes (o achi'es) son un grupo étnico de origen maya, asentados en varios municipios pertenecientes al departamento guatemalteco de Baja Verapaz: Cubulco, Rabinal, San Miguel, Salamá, San Jerónimo, Purulhá, parte de Granados y el Chol. ⁽¹⁶⁾

Pueblo Aguacateco: Los Aguacatecos (también conocidos como *awakatekos*) son un grupo étnico de origen maya con asentamientos originales en Aguacatán municipio de Huehuetenango, Guatemala. En México se localizan escasas minorías en Chiapas y Veracruz. ⁽¹⁶⁾

Pueblo Chalchiteco: Los Chalchitecos o Chalchitekos son un grupo étnico de origen maya establecidos en el pueblo de Chalchitán, ahora anexado como barrio del municipio de Aguacatán, Huehuetenango en Guatemala. ⁽¹⁶⁾

Pueblo Chortí: Los chortís son un pueblo indígena de Guatemala y Honduras, y descendientes de la civilización maya cuyo centro cultural y político se situaba en Copán. En la actualidad hay aproximadamente 60,000 chortís, alrededor de 52,000 en el departamento de Chiquimula, Guatemala, y 8,000 en los departamentos de Copán, Ocotepeque, Cortés y Santa Bárbara en el noroeste de Honduras. El idioma chortí, es hablado por la mayoría de los chortís de Guatemala, mientras que es poco hablado en Honduras. ⁽¹⁶⁾

Pueblo Zutuhil: Los zutujiles o zutuhiles son un pueblo de tradición maya, que habitan la región del sur del lago de Atitlán en las tierras altas del departamento de Sololá y en algunos municipios de tierras bajas del departamento de Suchitepéquez en la República de Guatemala.⁽¹⁶⁾

Pueblo Quekchí: Escrito también kekchí en español, y q'eqchi' de acuerdo con la ortografía de la Academia de Lenguas Mayas de Guatemala es uno de las etnias mayas que está distribuida en los departamentos de Alta Verapaz, Baja Verapaz, Petén, Izabal y Quiché. Es la cuarta etnia maya en cantidad detrás del quiché y el cakchikel.⁽¹⁶⁾

Pueblo Chuj: El pueblo Chuj es una de las etnias que habita en el altiplano occidental de Guatemala y en una zona vecina del estado mexicano de Chiapas. La comunidad Chuj tiene unos 50.000 hablantes, concentrados sobre todo en tres municipios del departamento de Huehuetenango al oeste de Guatemala: San Mateo Ixtatán, San Sebastián Coatán y Nentón. A raíz de la guerra civil en Guatemala (1960-1996) miles de refugiados migraron hacia el territorio chiapaneco, donde en la actualidad viven aproximadamente 10.000 personas.⁽¹⁶⁾

Pueblo Jakalteco o Poptí: El pueblo jakalteco es una etnia maya hablada que habita en los Altos occidentales de Guatemala y en una zona vecina del estado mexicano de Chiapas, en México se le conoce también como abxubal.⁽¹⁶⁾

El Pueblo Kanjobal: El pueblo q'anjob'al o Kanjobal es una de las etnias mayas que es su mayoría vive en el altiplano occidental de Guatemala.

La etnia q'anjob'al tenía unos 77.800 hablantes según estimaciones de SIL en 1998, concentrados en tres municipios del departamento de Huehuetenango: Santa Eulalia (Jolom Konob), San Juan Ixcoy (Yich K'ox), San Pedro Soloma (Tz'uluma') y Santa Cruz Barillas (Yal Motx).⁽¹⁶⁾

El Pueblo Ixil: El pueblo Ixil está ubicada en el departamento de Quiché, en el altiplano noroccidental de la República de Guatemala. La comunidad Ixil

ocupa un área de alrededor de 1.439 kilómetros cuadrados. Al norte colinda con Ixcán (Playa Grande); al sur, con Cunén y Sacapulas; al este, con San Miguel Uspantán, municipios de Quiché; al oeste, con Aguacatán, Chiantla, Santa Eulalia, San Juan Ixcoy y Santa Cruz Barillas, municipios del departamento de Huehuetenango. Está situada en una sección intermedia entre la Sierra de los Cuchumatanes y la montaña más baja de Chamá. Los municipios donde más se habla Ixil son, en el departamento de Quiché: San Gaspar Chajul, San Juan Cotzal y Nebaj (Santa María Nebaj).⁽¹⁶⁾

Pueblo Sacapulteco: Es una etnia maya ubicada en Quiché conformado por 40,000 personas aproximadamente.⁽¹⁶⁾

Pueblo Sipacapense: El pueblo sipacapense (también conocido como sipacapeño o Sipakapense) es una etnia maya que se encuentra en el municipio de Sipacapa, departamento de San Marcos, Guatemala. Es hablado por unas 4,409 personas originarias de Sipacapa, un municipio de 152 kilómetros cuadrados.⁽¹⁶⁾

Pueblo Tektiteko: El pueblo tektiteko es una etnia maya ubicada en el municipio de tectitan Huehuetenango con una población de 1,900 personas aproximadamente.⁽¹⁶⁾

Pueblo Uspanteko: Es una etnia maya ubicada en El Quiché que cuenta con 6,800 personas aproximadamente.⁽¹⁶⁾

Pueblo Itzá: Es una etnia maya que habita en Peten y México, cuenta con una población de 1,800 personas aproximadamente.⁽¹⁶⁾

3.3 ADOLESCENCIA

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica" y fija sus límites entre los 10 y 19 años.⁽¹⁷⁾

3.3.1 Etapas de la adolescencia

A. Adolescencia temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo prepuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo, intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física. ^(17, 18)

B. Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. ^(18,19)

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. ^(18,19)

C. Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. ^(18,19)

3.4 EMBARAZO EN ADOLESCENTES

La OMS define embarazo adolescente al que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. ⁽¹⁷⁾

3.4.1 Factores de riesgo

El embarazo en adolescentes es multicausal, a continuación se presenta los factores que favorecen el embarazo precoz. Las madres adolescentes dan varias razones para explicar su embarazo, siendo las más importantes la curiosidad y la presión del grupo. Las relaciones sexuales sin usar métodos anticonceptivos, la falta de guía parental, los mitos y conceptos errados sobre el sexo son también factores clave. Finalmente, el abuso sexual y el sexo como forma de pago por regalos o favores son también causas de los embarazos no deseados en adolescentes. ⁽⁶⁾

3.4.1.1 Factores individuales

Principales factores individuales asociados que condicionan la vida de los adolescentes: Dificultad para planear proyectos a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima y poca confianza, sentimientos de desesperanza, falta de actitud preventiva, menarquía precoz, conducta de riesgo, abuso de alcohol y drogas, abandono escolar, dificultad para mejorar sus condiciones de vida, insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento, antecedentes familiares, familias conflictivas o en crisis, madres que han estado embarazadas en adolescencia. ⁽¹⁷⁾

3.4.1.2 Biológicos

Menarquía: La edad de menarquía es un factor determinante de la capacidad reproductiva, la que está ligada a la proporción de ciclos ovulatorios que alcanzan cerca del 50% 2 años después de la primera menstruación. La edad de la pubertad ha declinado desde 17 años en el siglo XIX, alrededor de 12 a 13 años actualmente lo que conduce a que las adolescentes sean fértiles a una edad menor, sumado al resultado de investigaciones que reportan que el uso de los métodos de planificación en los adolescentes de Latinoamérica sigue siendo bajo, exponiéndose al riesgo de embarazarse a edades tempranas. ⁽¹⁹⁾

3.4.1.3 Psicosociales

El embarazo en la adolescencia muy pocas veces es casual y menos aun conscientemente buscado. Obedece en general a una serie de causas, entre algunas: psicológicas, socioculturales y familiares.⁽¹⁹⁾

Psicológicas: durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia, el egocentrismo de la etapa los hace asumir que a ellos eso no les va a pasar, pues eso solamente les ocurre a otros. La necesidad de probar su fecundidad, estando influenciadas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia.⁽¹⁹⁾

Dentro de las causas psicológicas se mencionan:

1. Desean tener un hijo para reconstruir la ternura materna o para construir la que no han tenido.
2. Para conseguir un marido que las acompañe y las ayude a sobrevivir económicamente.
3. Para castigar a los padres por su incomprensión.
4. Para irse de un hogar disfuncional, huir de un ambiente difícil.
5. Agradar al novio.⁽¹⁹⁾

3.4.1.4 Factores sociales

Existe abundancia de propaganda que incita las relaciones sexuales, tendencia a la reproducción de la madurez materna (hijos a temprana edad), falta de acceso a los servicios de planificación familiar. Una unidad psicosocial sujeta a la influencia de los factores socioculturales, protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis.⁽¹⁹⁾

Entre los factores socioculturales: el embarazo de la adolescente está relacionado con la condición de la mujer en las diferentes sociedades. Esta se describe en términos de su ingreso, empleo, educación, salud y fertilidad, también los roles que ella desempeña

en la familia y la comunidad. También incluye la percepción de la sociedad sobre estos roles y el valor que esta le otorga. El estereotipo de la mujer de baja condición es la mujer con un niño al pecho, embarazada y varios niños más alrededor de su falda. Es la mujer para quien la maternidad ha sido el único destino desde su nacimiento, ella se ve mayor de la edad que tiene, su salud está revestida por embarazos a repetición, la maternidad y el trabajo doméstico agotador. Es típico su baja escolaridad, falta de ingreso, falta de empleo, salud inadecuada y falta de acceso a la salud. El machismo y la necesidad del varón de probarse es un factor dinámico en el comportamiento del varón preñador, en el que también se ha demostrado la exigencia de una gran carencia afectiva y necesidades no satisfechas.⁽¹⁹⁾

El machismo influencia el patrón de conducta sexual y el uso de métodos anticonceptivos (especialmente entre los adolescentes). La imagen de una mujer pasiva, silenciosa, dependiente, es el resultado de una generación de privación y restricciones impuestas para mantener el dominio masculino en la vida diaria. Freid Said, dice que esto se expresa en la negación del derecho de la mujer a la realización sexual, independiente de la reproducción. Esto refleja un sistema de valores que iguala maternidad con reproducción. En muchas comunidades, las uniones de adolescentes, el embarazo y la maternidad pueden no ser percibidos como limitantes o negativos⁽²⁰⁾

Muchas áreas ofrecen a las mujeres pocas oportunidades educativas o de empleo y, dado que las normas culturales guatemaltecas apoyan fuertemente la maternidad temprana, las mujeres jóvenes pueden considerar el inicio de una unión y la maternidad como su mejor opción, ya que tienen pocas perspectivas para otras opciones de vida. Además, en muchas comunidades indígenas aisladas y rurales, la formación temprana de las uniones y de la maternidad son a menudo la única opción para la mujer joven, sobre todo considerando la carencia de autonomía de la mujer

indígena y la creencia generalizada en ellas de que las mujeres están predestinadas para tener un número determinado de hijos. ⁽²¹⁾

La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes. La precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, más bien la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones. ⁽²¹⁾

Las mujeres analfabetas de los sectores rurales no entienden de la fisiología de la reproducción o como controlarla, en consecuencia aceptan el embarazo como una voluntad divina, una mujer sin educación está menos informada e indispuesta a buscar cuidados para su salud y atención médica.

Se describe como factor de riesgo la baja escolaridad, las zonas de pobreza con hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, familias disfuncionales, falta de recursos a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo.

La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente. ⁽²¹⁾

3.4.1.5 Factores familiares

Familia disfuncional (tensión y conflicto familiar), familia en crisis, pérdida de un familiar, enfermedad crónica de algún familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, vínculo más estrecho con el padre, padre ausente.

La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los micros ambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia. ^(21,22)

Un mal funcionamiento puede predisponer a una relación sexual prematura, un adolescente con baja autoestima que sufre

discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de las relaciones sexuales y además puede encontrar alivio a la soledad y abandono a través de un embarazo que le permita huir de un lugar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto. ⁽²¹⁾

Se ha descrito como factores de riesgo asociados a la familia, la inestabilidad emocional, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres. ⁽²¹⁾

La homeostasis familiar que se establece entre los miembros facilita una relación emocional y física, promueve el desarrollo individual y familiar para mantener el equilibrio, cada familia utiliza valores, normas y reglas que condicionan y marcan las relaciones tanto en el medio externo como en el interno. Las adolescentes se enfrentan a una diversidad de problemas dentro de los cuales se encuentran:

Al estar presente los problemas económicos en el hogar, la adolescente trata de conseguir un marido que la acompañe y la ayude a sobrevivir económicamente; frecuentemente pasan de la dependencia de los padres a la dependencia del marido. Se menciona además los ingresos económicos insuficientes, conduciendo así a un embarazo precoz. ⁽²¹⁾

Los problemas psicológicos, como la soledad, conflictos familiares, alcoholismo, inestabilidad emocional y baja autoestima.

Los problemas socioculturales: como el antecedente de embarazo de la madre o hermana antes de los 19 años de edad y el machismo. ⁽²¹⁾

3.5 EMBARAZO EN ADOLESCENTES INDÍGENAS

La gente indígena se encuentra en todo el mundo. Naciones Unidas estima que más de 300 millones de personas indígenas viven en más de 70 países. La mayoría de

grupos indígenas comparten el perfil demográfico de los países en desarrollo donde los jóvenes, aquellos entre 10 y 24 años de edad, comprenden el segmento más grande de la población. Asimismo, estos grupos tienden a ser pobres, rurales y mantenidos al margen del proceso de desarrollo económico. Aunque existen enormes diferencias entre la gente indígena, todos tienen una cultura tradicional que los distingue de la cultura nacional de su país; algunos pueden identificarse con un grupo étnico vinculado a la historia de su propia tierra.⁽²²⁾

Los jóvenes indígenas enfrentan las mismas barreras a los servicios de salud reproductiva que otros jóvenes; sin embargo, ellos encuentran obstáculos adicionales debido a sus raíces indígenas. Muchos enfrentan discriminación social e institucional y pueden rehusarse a utilizar los servicios de salud reproductiva disponibles. Los indígenas usualmente habitan en lugares menos accesibles, son pobres y viven en áreas rurales, el acceso a los servicios puede ser limitado. Si viven en áreas urbanas, pueden enfrentar problemas de aculturación y de discriminación. Muchos jóvenes indígenas, especialmente las mujeres, hablan sólo su idioma nativo y encuentran dificultades de desarrollo en la cultura predominante. Ellas pueden sentirse más cómodas con sus propios sistemas de creencia sobre la salud, proveedores y tratamientos tradicionales que con la medicina occidental. Estas y otras condiciones en conjunto, hacen de los jóvenes indígenas un grupo con grandes necesidades no satisfechas en cuanto a los servicios de salud reproductiva.⁽²²⁾

Comparados con los jóvenes que no son indígenas, los jóvenes de familias indígenas son más propensos a tener algunos de los siguientes problemas:

Situación marginal, política y legal. Esta marginalización ha contribuido al racismo y a la discriminación experimentada por estos jóvenes, y exacerba su pobreza y la carencia de acceso a los servicios. Usualmente, los grupos indígenas rechazan en forma deliberada los servicios del gobierno debido al temor de ser perseguidos o a los abusos de los derechos humanos. Los bajos niveles de alfabetismo e instrucción agravan este problema.⁽²²⁾

Bajos índices de alfabetización y educación. Las barreras culturales, económicas y de idioma han limitado el acceso de los jóvenes indígenas al sistema escolar. Esta limitación es una constante, especialmente en las mujeres. A pesar que los logros educativos de los jóvenes indígenas están mejorando en algunos lugares, aun siguen

por debajo en comparación con aquellos jóvenes que no son indígenas. Por ejemplo, en Guatemala, más del 80% de las niñas y mujeres que viven en áreas rurales son analfabetas. Las niñas están en mayor desventaja que los niños debido a que la inversión en su educación se considera como un desperdicio porque las niñas se casan jóvenes y viven con la familia de su esposo. La discriminación que sufren los indígenas en las escuelas se refleja claramente en el caso de Guatemala, donde las tasas de repetición entre alumnos indígenas en primaria son del 90%. ⁽⁵⁾

Particularmente las y los adolescentes indígenas de zonas rurales, tienen un menor acceso a la educación básica, pues los institutos de este nivel, son muy pocos. El último informe sobre Índice de Avance Educativo a nivel Municipal, presentado por el Ministerio de Educación y elaborado por el Proyecto Diálogo de USAID, menciona que en el 2009 sólo el 35% de la población adolescente tuvo acceso y terminó la educación básica, y según datos del Ministerio de Educación, sólo 20% tiene acceso a la educación diversificada y tan sólo un 0.27% se encuentra en la Universidad. Más del 20% de adolescentes que acceden a educación básica se encuentran en los municipios del departamento de Guatemala, mientras que el departamento que le sigue en cobertura es Quetzaltenango, con un 5.2%, por lo que puede verse las brechas existentes entre lo urbano y rural. ^(23,5)

Menor acceso a las oportunidades económicas y empleos. Debido a que los jóvenes indígenas reciben menos educación, comienzan sus actividades económicas a muy temprana edad. Sin embargo, muchos trabajan en la agricultura y en actividades mal remuneradas del sector informal. A veces estas circunstancias los conducen y los hacen más vulnerables a la prostitución, alcoholismo y a otras formas de abuso de sustancias. En las áreas periurbanas de Guatemala, las niñas indígenas están involucradas en la prostitución lo que conlleva a altas tasas de infecciones transmitidas sexualmente (ITS) y VIH / SIDA. ⁽⁵⁾

Menor acceso a servicios de salud y otros. El aislamiento geográfico y cultural limita el acceso de los jóvenes indígenas a los servicios de prevención y educación en salud, incluyendo los servicios de salud reproductiva. Este grupo es menos propenso a recibir tratamiento de ITS, incluyendo el VIH y aquellas condiciones que pueden afectar el normal desarrollo del embarazo y el parto. Debido a la persecución,

muchas personas indígenas temen y desconfían de los forasteros y sospechan de los servicios de salud. ⁽⁵⁾

Menor conocimiento sobre salud reproductiva, fisiología y sexualidad. El aislamiento cultural y geográfico hace que los jóvenes indígenas tengan menos conocimiento sobre aspectos de reproducción, embarazos y prevención de enfermedades que otros jóvenes. Adicionalmente, algunas prácticas tradicionales son dañinas o son el resultado de creencias erróneas acerca de la salud. Estas creencias contribuyen a elevar los índices de mortalidad infantil, a aumentar los índices de fertilidad, disminuir el peso de los niños al nacer y disminuir la prevalencia anticonceptiva entre los grupos de indígenas. Debido a la pobreza y a la discriminación, la edad y la falta de conocimientos; los jóvenes indígenas son más vulnerables a las enfermedades e infecciones como las ITS y el VIH. ^(23,5)

El embarazo temprano y la crianza de los hijos. Su cultura tradicional y los bajos logros educativos hacen a los jóvenes indígenas más propensos a casarse a temprana edad. La fertilidad es generalmente un factor preponderante en las culturas tradicionales y las niñas usualmente sienten mucha presión de quedar embarazadas a una edad temprana para probar su fecundidad. ⁽⁴⁾

3.6 EPIDEMIOLOGÍA

3.6.1 Embarazo juvenil en el mundo

Arie Hoekman, representante del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), comenta que el embarazo adolescente es un problema mundial, que se da con más frecuencia en las regiones donde hay mayores desigualdades y miseria. ⁽²⁴⁾

Estudios realizados en Estados Unidos han evidenciado una tendencia al alza de la actividad sexual en los adolescentes durante los últimos 30 años.

El 35.2% de los adolescentes y el 84.5% de los jóvenes hasta los 24 años de edad se encontraban sexualmente activos. Mientras en otros países como Cuba el 50 % de las adolescentes tiene vida sexual activa y se ha visto un incremento del 10% anual. ⁽²⁵⁾

Estudios revelan que en América Latina entre un 15-25% de los recién nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años, las latinoamericanas de 15 a 19 años tienen en promedio 1.3 hijos. En México es de 2.5 hijos por adolescente, ocho de cada 10 adolescentes latinoamericanas están en riesgo de tener un embarazo no planificado debido a la falta de campañas adecuadas sobre salud sexual y reproductiva para este sector poblacional. ^(25, 26)

En todo el mundo, como puede apreciarse en las tasas de embarazo en la adolescencia del año 2002 y las de años siguientes, éstas varían desde las máximas de Níger y Congo (cerca de 200 embarazos por cada 1000 mujeres adolescentes) a tasas de 1 a 3 por 1000 en Corea del Norte, Corea del Sur y Japón.⁽²⁷⁾

Es reseñable que entre los países desarrollados de la OCDE, Estados Unidos y Reino Unido tienen el nivel más alto de embarazos en adolescentes, mientras que Japón y Corea del Sur tienen los más bajos.⁽²⁷⁾

En el año 2000; el número total de embarazos adolescentes en los Estados Unidos fue de 821.810 (84 embarazos por cada 1.000 personas). Si se lo compara con las estadísticas de Canadá, las tasas de embarazos adolescentes en el año 2000 fue de 38.600 (38 embarazos por cada 1.000 personas). Por otro lado, otros países occidentales industrializados, como por ejemplo Suecia y Francia, han arrojado tasas de embarazos adolescentes aún más bajas que las de Canadá.⁽²⁸⁾

Según la organización Save the Children cada año nacen 13 millones de niños de mujeres menores de 20 años de edad en todo el mundo, más del 90% (11,7 millones) en los países denominados en desarrollo y en los países desarrollados el restante 10% (1,3 millones). Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad entre las mujeres entre las edades de 15 y 19 en dichas zonas. La mayor tasa de embarazos de adolescentes en el mundo está en el África subsahariana, donde las mujeres tienden a casarse a una edad temprana. En Níger, por ejemplo, el

87% de las mujeres encuestadas estaban casadas y el 53% había dado a luz a un niño antes de la edad de 18 años.⁽²⁹⁾

En el subcontinente indio, el matrimonio precoz o temprano significa en numerosas ocasiones el embarazo de la mujer adolescente, especialmente en las zonas rurales, donde la tasa es mucho mayor que en el medio urbano. La tasa de matrimonios y embarazos en adolescentes o precoces ha disminuido considerablemente en países como Indonesia y Argentina, aunque sigue siendo alta. En las naciones industrializadas de Asia, como Corea del Sur y Singapur, las tasas de nacimientos en adolescentes se encuentran entre los más bajos del mundo. ^(27,29)

En todo el mundo, uno de cada diez alumbramientos corresponde a una madre adolescente y las tasas de fecundidad oscilan entre 05 y 200 nacimientos vivos por 1000 adolescentes, siendo las más altas las de África y América Latina.

Hay más de mil millones de adolescentes, 85% en los países en desarrollo, de los cuales más de la mitad ha tenido relaciones sexuales antes de los 16 años. El 10 % de los partos acontece en adolescentes. La muerte materna es 2 a 5 veces más alta en mujeres menores de 18 años que en las de 20 a 29 años. ⁽²⁷⁾

Hay 4,4 millones de abortos inducidos, la mayoría en condiciones de riesgo y un tercio de las hospitalizaciones son por complicaciones de aborto. ⁽²⁹⁾

Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia, han presentado un acusado descenso de embarazos en adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de anticonceptivos. En España, a partir de los años '80, se ha registrado un incremento en el uso de contraceptivos y preservativos comercializándose, en 1993, unos 40 millones de preservativos, equivalente a la media más alta de los países de la Comunidad Europea (3,5 preservativos por habitante). Actualmente es imposible conocer el número de adolescentes que abortan. Sólo 2/3 de los embarazos de adolescentes llegan al nacimiento de un hijo; de los nacidos, un 4% son dados en adopción y un 50% permanecen en hogar de madre soltera. Un

8% de las adolescentes embarazadas abortan y un 33% permanecen solteras durante el embarazo. ⁽³⁰⁾

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud muestra algunos problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en Colombia, señalan que la tasa de fecundidad de las adolescentes entre los 15 y los 19 años de la zona urbana era 71 y del área rural ascendía a 134, según cálculo para el período 1997-2000. ^(31,32)

Según la Cuarta Encuesta Nacional de la Juventud, en Chile, al año 2003, el 35,2% de los adolescentes y el 84,5% de los jóvenes hasta los 24 años de edad se encontraban sexualmente activos. Mientras en otros países como Cuba el 50 % de las adolescentes tiene vida sexual activa y se ha visto un incremento del 10% anual. ⁽³³⁾

Al año 2003 se estimaba que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales era alrededor de los 17 años, sin embargo en trabajos más recientes al respecto, se ha visto una tendencia a una mayor precocidad. Como ejemplo de lo anterior es posible citar el estudio realizado por González T et al el año 2005 en donde se vio que la edad promedio de inicio de la actividad sexual era de 15,6 años. Sin embargo un trabajo realizado el año 2000 en Temuco, reveló una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual siendo de 12 años para los hombres y 12,8 años para las mujeres. Es importante destacar la relación que existe entre en nivel socioeconómico y la edad de inicio de la actividad sexual, ya que las edades menores se presentan en los niveles socioeconómicos más bajos y en los niveles más altos mayores edades. ⁽³⁴⁾

Tasas de nacimientos o fecundidad en adolescentes

País	Tasa de nacimientos 1997	Tasa de nacimientos 2002	Tasa de nacimientos 2005	Tasa de nacimientos 2007
Níger (<i>África</i>)	290	270	254	196
Nicaragua	143,7	124,8	117,7	113
República Dominicana	96,9	93,2	90,6	108
Guatemala	121,1	115,4	110,5	107
Honduras	114,6	102,5	99,8	93
Venezuela	94,1	92,1	90,78	90
Brasil	89,7	89,6	89,4	89
Panamá	93,2	89	85,16	83
Ecuador	85,4	84,5	83,48	83
El Salvador	95,2	87,1	83,4	81
Belize	102,1	87	80,2	79
Bolivia	86,9	84,4	80,6	78
Jamaica	93,4	82,1	77,5	78
Colombia	87,6	79,5	75,4	76
Paraguay	76	68,3	63,3	72
Costa Rica	86,9	77,5	73,8	71
México	78,7	70,2	65,8	65
Guyana	76,7	66,7	60,7	63
Uruguay	70,1	69,6	69,23	61
Chile	66,9	61,6	60,4	60
Perú	82,6	54,6	52,7	60
Argentina	69,8	60,7	58,4	57
Bahamas	63,4	60,8	58,8	53
Cuba	65,4	49,7	50,06	47
Puerto Rico	75,9	61,5	53,5	47
Haití	70,1	64,1	60,62	46
Estados Unidos	52,72	51,33	49,83	42
Barbados	43,2	42,6	42,2	42
Trinidad y Tobago	41,6	37,3	35,4	35
Canadá	20,11	15,04	13,23	14
Portugal (<i>Europa</i>)	20,5	20,4	18,1	13
España (<i>Europa</i>)	7,82	9,76	9,08	9
Corea del Norte (<i>Asia</i>)	1,6	1,56	1,53	1

Fuente: World Bank Atlas of the Millennium Development Goals ⁽³⁰⁾

3.6.2 Epidemiología en Guatemala

De acuerdo a las proyecciones de población realizadas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), en el año 2010 Guatemala cuenta con una población equivalente a 14, 361,666 personas. De ese total el 33% se encuentra en el rango de edad de 13 a 29 años. La población entre los 10 y 14 años suma 1,798,262; que equivale al 12.52% de la población, mientras que en las edades de 15 a 19 años, el total es de 1,510,147; equivalente al 10.51% de la población. ⁽¹⁾

Guatemala actualmente cuenta con 14.7 millones de habitantes, estando el 23.59% de la población comprendida entre los 10 y 19 años de edad, de la cual el 49.7% son mujeres, siendo uno de los grupos mayoritarios de la población guatemalteca. ⁽¹⁾

Guatemala tiene una tasa alta de fecundidad en adolescentes: 114 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años de edad por año. La mitad de las mujeres jóvenes inicia una unión formal o consensual antes de cumplir los 20 años. Tres cuartas partes de las que no tienen educación, comparado con una cuarta parte de las que tienen educación primaria o superior, se unen antes de los 20 años. El 44% de las mujeres de 20 a 24 años son madres antes de los 20, la proporción más alta está en las mujeres jóvenes sin educación (68%) y en las mujeres indígenas (54%). La gran mayoría de mujeres unidas de 15 a 19 años no desea tener un hijo en los dos años siguientes, sin embargo solo el 18% usa un método anticonceptivo efectivo. Esto tiene mucho que ver con el acceso a la educación, es decir, la proporción de mujeres que dio a luz siendo adolescente es tres veces mayor entre las mujeres sin educación que entre aquellas que tenían por lo menos siete años de escolaridad. ⁽¹⁾

Las adolescentes de 15-19 años son las que tiene un mayor número de nacimientos, ya que reportaron para el 2006 el 17.72% de los nacimientos totales del país. ⁽⁴⁾

Según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, un 51% de adolescentes menores de 15 años no utilizó anticonceptivo en su primera relación debido a que no conocía ningún método. Esto se replica en el rango de 15 a 17 años y esta fue la principal razón que dicen del por qué no se usó protección. ⁽¹⁾

La otra razón por la cual no se utilizó anticonceptivo la primera vez es porque el objetivo era tener un hijo donde el rango de mayor edad (18-19) identificó como su razón principal con un 33%. El factor inesperado y el machismo son otras de las causas del por qué no se utilizó condón en la primera relación sexual. Sólo el 2.8% de mujeres adolescentes indígenas que tuvieron su primera relación sexual antes de los trece años utilizaron anticonceptivos, y tan solo un 3.6 % de mujeres no indígenas lo usaron. ⁽¹⁾

El embarazo de mujeres adolescentes es un problema de salud pública, ya que según las estadísticas, 24,258 mujeres entre los 10 y 24 años estuvieron embarazadas durante el año 2008. De manera desagregada, corresponden a 483 entre 10 y 14 años; 10,563 entre 15 y 19 años; y, 13,212 en el rango de 20 y 24 años. Los departamentos que reportan mayor número de mujeres adolescentes y jóvenes embarazadas son Quiché, Alta Verapaz y Quetzaltenango. Los tres departamentos con predominancia de población indígena, altos índices de pobreza y pobreza extrema, y sin acceso a información y educación sexual reproductiva. ⁽¹⁾

Según la V Encuesta Nacional de Salud Materno – Infantil, muestra que hay una tasa específica de fecundidad por edad de 78 nacidos vivos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años en el área urbana y de 114 nacidos vivos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años en el área rural. La Tasa de fecundidad General es de 97 nacidos vivos por cada 1000 mujeres en edad fértil para el área urbana y de 141 nacidos vivos por cada 1000 mujeres en edad fértil para el área rural. En esta encuesta sobresalen los siguientes datos:

De las mujeres entrevistadas 45.7% residían en el área urbana y 54.3 % en el área rural. Por otra parte, 38.4 % de las entrevistadas fueron identificadas como pertenecientes al grupo étnico indígena y 61.6 como no indígena. ⁽¹⁾

Por departamentos, el departamento de Jalapa tiene la más alta tasa específica de fecundidad, siendo de 161 nacidos vivos por cada 1000 mujeres y el más bajo lo tiene Jutiapa con 61 nacidos vivos por cada 1000 mujeres. ⁽¹⁾

La tasa global de fecundidad para Guatemala para el período 2004-2008 es de 3.6 hijos por mujer. Las diferencias entre el área urbana y la rural son evidentes, tanto en el nivel como en la estructura, esta última sobrepasa en 45 por ciento la fecundidad encontrada en el área urbana. Si se mantienen las tasas de fecundidad por edad actuales, las mujeres del área rural tendrían al final de su vida reproductiva 4.2 hijo/as, mientras que en el área urbana tendrían 2.9 hijo/as. En el área rural las mujeres con mayor fecundidad son las comprendidas en los grupos de edad de 20 a 39 años. Sin embargo, en los primeros y en los últimos grupos de edad también la fecundidad es mayor, esto incluye a las mujeres de 15 a 19 y de 45 a 49 años de edad. ⁽¹⁾

Las mujeres residentes en el área rural son las que presentan el mayor nivel de fecundidad no deseada. ⁽¹⁾

La fecundidad no deseada es mayor en los departamentos de Sololá, Suchitepéquez, Alta Verapaz, en la región Norte, y en las mujeres que no tienen ningún nivel de educación. ⁽¹⁾

Las diferencias en la fecundidad por grupo étnico ha variado en forma significativa, disminuyó 1.6 nacimientos para el grupo indígena comparado con 0.6 nacimientos para el no indígena. En las

mujeres que no tienen ningún nivel de educación se observa un comportamiento similar.⁽¹⁾

El departamento de Guatemala es el que tienen el mayor porcentaje en el uso de métodos de planificación familiar, supera casi dos veces y medio el departamento del Quiché, que tiene el menor porcentaje de uso. .⁽¹⁾

La distribución geográfica en el uso de planificación familiar por departamentos puede agruparse en cinco grupos. En el primero se ubicaría el departamento de Guatemala; en el segundo grupo los departamentos que están arriba del promedio nacional que es de 54.1% y son El Progreso, Sacatepéquez, Escuintla, Santa Rosa, Quetzaltenango, Retalhuleu, Izabal, y Jutiapa. En el tercer grupo los que están cerca del promedio nacional que incluye Chimaltenango, Baja Verapaz, Zacapa, Suchitepéquez. .⁽¹⁾

En el cuarto grupo los departamentos alejados del promedio nacional en un rango de 40 a 49 por ciento en el uso de métodos de planificación familiar, son Totonicapán, San Marcos, Alta Verapaz, Peten, Chiquimula, Jalapa. En el quinto grupo los departamentos muy alejados del promedio nacional, con una diferencia de casi el doble hacia abajo, son Sololá, Huehuetenango y Quiché. .⁽¹⁾

Los métodos de planificación familiar son más usados en las mujeres que no son indígenas, en comparación con las mujeres indígenas. Según la edad de las mujeres, el grupo de 15 a 24 años, una cuarta parte de ellas demanda el uso de planificación familiar. La necesidad insatisfecha de planificación familiar es mayor en el área rural que en el área urbana. De igual forma es mayor en la población indígena que en la población no indígena.⁽¹⁾

Según el estudio realizado en el 2008 por el Instituto Guttmacher los principales factores que influyen en que ocurra un embarazo en adolescentes guatemaltecos son los siguientes:

Relaciones sexuales tempranas: El 83% de los hombres adultos jóvenes tuvo relaciones sexuales por primera vez antes de cumplir los 20 años, en comparación con el 58% de las mujeres. Esta diferencia de género es mucho menor que el promedio en los jóvenes indígenas (74% de los hombres indígenas vs. 68% de las mujeres indígenas).

Una mayor proporción de mujeres rurales que de urbanas tuvo relaciones sexuales antes de los 20 años—63% vs. 50%, probablemente debido a que las mujeres rurales se casan antes. La situación es la inversa en los hombres (78% de hombres rurales vs. 88% de hombres urbanos).⁽²⁾

Matrimonio temprano: Los matrimonios que involucran a mujeres adolescentes son mayormente uniones consensuales en lugar de legales (59% consensuales vs. 41% legales). Las proporciones de adultas jóvenes que se casaron durante la adolescencia, son mucho más altas entre las mujeres de menor escolaridad (66%), de grupos indígenas (64%) y de residencia rural (57%) que entre las mujeres de mayor escolaridad (26%), de grupos no indígenas (45%) y de residencia urbana (41%).⁽²⁾

Factores sociales: El 44% de las adultas jóvenes dio a luz antes de los 20 años. Esta proporción es más alta que el promedio en mujeres con un bajo nivel socioeconómico (62%), mujeres con menor escolaridad (58%) y mujeres indígenas (54%). La tasa de fecundidad adolescente en Guatemala—114 nacimientos por 1,000 mujeres de 15–19 años—es una de las más altas en América Latina y el Caribe, en donde el promedio regional es de 80 por 1,000.⁽²⁾

Escaso conocimiento sobre métodos de planificación familiar: Muchos nacimientos en adolescentes son imprevistos o no deseados, el 29% de los nacimientos recientes en mujeres adolescentes fueron no planeados.

El 89–91% de las mujeres sexualmente activas de 15–24 años, independientemente de su estado marital, no desea tener un hijo en

los próximos dos años. A nivel nacional, el 25% de las mujeres casadas de 15–24 años usa un método moderno de anticoncepción; por subgrupo, la proporción varía desde un 10% en las mujeres indígenas hasta un 38% en las mujeres de residencia urbana. ⁽²⁾

El 53% de las mujeres casadas de 15–24 años tiene una necesidad insatisfecha de anticoncepción moderna; las mujeres del más bajo nivel socioeconómico presentan el nivel de necesidad insatisfecha más alto (64%). ⁽²⁾

3.6.2 .1 La juventud guatemalteca y sus vecinos

Las siguientes características distinguen a la juventud guatemalteca de la juventud de los países vecinos de El Salvador, Honduras y Nicaragua:

- La probabilidad de que una mujer adolescente esté casada legalmente es la más alta en Guatemala: el 41% de las uniones de adolescentes guatemaltecas son uniones formales, vs. 10–23% de las uniones de adolescentes en los otros países.
- La necesidad insatisfecha de anticoncepción moderna en mujeres casadas de 15–24 años es la más alta en Guatemala (53% vs. 27–36%). Además tiene la tasa más baja de uso de anticoncepción moderna en mujeres casadas de 15–24 años (25% vs. 47–58%).
- La proporción de mujeres jóvenes sexualmente activas que no usa ningún método anticonceptivo es mucho mayor en Guatemala (68% vs. 40–46%); y una mayor proporción de no usuarias en Guatemala aduce desconocer un método o no tener acceso a servicios como la principal razón que explica el no uso (44% vs. 22%).
- Entre las mujeres de 15–24 años que dan a luz, las guatemaltecas tienen la menor probabilidad de tener partos atendidos profesionalmente (52% vs. 74–77%).
- La proporción de nacimientos no planeados es menor en las adolescentes guatemaltecas (29% vs. 43–47%). ⁽²⁾

3.7 CONSECUENCIAS DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES

3.7.1 Consecuencias psicosociales

El nacimiento de un hijo, cuando es planeado y deseado, es un acontecimiento que llena de orgullo y alegría a los futuros padres. Cumple la función de perpetuar la especie y representa la posibilidad de expresar amor, cuidados y trascender a través de los hijos. Sin embargo, cuando no es planeado genera temores de cómo enfrentarlo, por los cambios que este hecho puede generar sobre el proyecto de vida. En el caso de las adolescentes, deben enfrentar las posibles respuestas de la pareja, familia, amigos y las instituciones; la posibilidad de abandono de la escuela, la ruptura con el compañero, el matrimonio forzado, la salida del círculo de amigos y finalmente la responsabilidad que implica tener un hijo.⁽³⁵⁾

En la especie humana el periodo durante el cual un niño debe ser alimentado, protegido y enseñado a sobrevivir es extenso. Padre y madre unidos asumen la responsabilidad del cuidado del nuevo ser. No obstante, los adolescentes no se encuentran completamente preparados para asumir tal responsabilidad. Las consecuencias del embarazo y la crianza se relacionan con aspectos no sólo de salud sino también psicológicos, socioeconómicos y demográficos, y sus efectos pueden reflejarse sobre la joven madre, el hijo, el padre adolescente, las familias y la sociedad.

Algunas de ellas contemplan como alternativa el aborto. De decidirlo, enfrentarán problemas económicos, morales, biológicos y legales. A lo largo de su vida será una situación que desearán ocultar.

Si la joven continúa con el embarazo ocultando su situación, vivirá momentos de gran soledad, tensión, ansiedad e incertidumbre. En el momento en que se haga evidente requerirá tomar decisiones, enfrentar a la familia y a la sociedad.^(35,36)

Es frecuente que la madre adolescente asuma la responsabilidad de criar a su hijo(a) a menudo con el apoyo de miembros de su familia de origen o de la familia del padre.⁽³⁵⁾

El nacimiento del nuevo hijo(a) puede generar confusión de roles familiares, por ejemplo: los abuelos asumen la función de padres y la madre prácticamente se relaciona como hermana mayor de su hijo(a).⁽³⁵⁾

La carencia de recursos económicos lleva a la pareja a habitar en casa de los padres o los suegros, generando mayor dependencia familiar debido a que requieren someterse a las reglas familiares. Recientes estudios encontraron que 20 años después de haber sido madres adolescentes, las mujeres continuaban recibiendo apoyo de su familia de origen en mayor medida que las mujeres que se embarazaron a mayor edad. Así mismo, las madres adolescentes mencionaron planes a futuro más limitados, menos claros y percibían la maternidad como una situación más difícil.⁽³⁵⁾

En casos extremos las madres son rechazadas por sus familiares, y se ven orilladas a vivir en condiciones adversas, con pocas posibilidades de bienestar y superación.⁽³⁶⁾

Las madres que tuvieron un hijo en la adolescencia muestran un mayor porcentaje de divorcios en todos los grupos de edad, por lo que podría afirmarse que el embarazo adolescente es un factor de inestabilidad conyugal. El porcentaje de mujeres que se encuentran separadas y que fueron madres adolescentes casi duplica al de las mujeres que tuvieron su primer hijo después de los 19 años. Si se tiene en cuenta que 12% de los nacimientos de estas madres adolescentes fueron apenas siete meses posteriores a la unión, podría pensarse que la causa de la inestabilidad de las uniones sea haber acudido a la unión matrimonial como medio de legitimización, o que el embarazo precipitó la misma.⁽³⁷⁾

3.7. 2 Consecuencias biológicas

Desde el punto de vista fisiológico, la mujer no alcanza su madurez reproductiva hasta después de 5 años de haber aparecido su primera menstruación; por tanto, hay mayores riesgos maternos, fetales y perinatales cuando concibe un embarazo antes de tiempo. La adolescente embarazada tiene un sistema inmune inmaduro, lo cual puede estar

relacionado con una deficiente nutrición materna en gestantes muy jóvenes.⁽³⁵⁾

Los diámetros pelvianos de la adolescente promedio no alcanzan el tamaño necesario para el recorrido saludable del feto por el canal del parto y un alumbramiento feliz, lo que origina lesiones traumáticas en el tracto vaginal. Además, de forma casi general, la mayoría de las muchachas son primigestas, lo cual constituye un riesgo por sí solo.⁽³⁵⁾

Por estas y otras razones, el embarazo precoz puede provocar, entre muchas consecuencias adversas:

Preeclampsia o hipertensión inducida por la gestación, frecuentemente en primigestas de bajo nivel socioeconómico.

Insuficiencia del mecanismo inmunológico adaptativo, lo cual permite la estrecha relación entre el organismo materno y el feto, que tiene 50 % de estructura antigénica de origen paterno y puede ser a su vez causa de hipertensión y otras graves alteraciones inmunológicas, capaces de provocar abortos.⁽³⁵⁾

Se describe un “síndrome de mala adaptación circulatoria” por inadecuado funcionamiento de los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria durante el embarazo, que tiende a ocasionar:

- Hipertensión arterial materna
- Prematuridad
- Retardo del crecimiento intrauterino (CIUR)
- Desprendimiento prematuro de la placenta

En la primera mitad del embarazo son comunes la anemia, las infecciones urinarias y los abortos espontáneos; en la segunda: la hipertensión arterial, las hemorragias, la insuficiente ganancia de peso, asociada a una deficiente nutrición; síntomas de parto anticipado, rotura prematura de membranas y otros.⁽³⁵⁾

Durante el período del parto predominan las malas posiciones y presentaciones fetales por la desproporción céfalo-pélvica; distocias que provocan mayor uso de fórceps y ejecución de cesáreas que predisponen a sepsis y otras complicaciones, desgarros, hemorragias e infecciones secundarias por la difícil manipulación, debido a la estrechez de su “canal blando” y de la pelvis. ⁽³⁵⁾

En el producto de la concepción prevalecen el bajo peso al nacer, tanto por prematuridad como por deficiente desarrollo para la edad gestacional; por ende, es un recién nacido propenso a presentar sepsis y otras enfermedades, que constituyen un alto riesgo y se convierten en un problema biológico y social. Se ha confirmado que la mortalidad infantil en este grupo duplica o triplica que la de los neonatos de madres mayores de 20 años. ⁽³⁷⁾

3.8 LEYES

Decreto número 87-2005

Capítulo III

El Congreso de la República de Guatemala

Comunicación para el cambio de comportamiento

Artículo 10. Formación integral del adolescente. El MSPAS, en coordinación con el Ministerio de Educación y otras organizaciones públicas y privadas sectoriales, deben incluir en la curricular de formación contenido sobre: derechos y responsabilidades para la promoción y auto cuidado de la salud, sexualidad y el embarazo precoz y no deseado, como factores de riesgo que contribuyen y afectan la morbilidad materno-infantil. ⁽³⁸⁾

Artículo 11. Decisión libre e informada. El MSPAS, como rector de la salud, debe garantizar que las usuarias y usuarios de métodos tradicionales y modernos de espaciamiento de los embarazos en los establecimientos de salud, reciban la consejería completa que les ayude a seleccionar el método más adecuado, asegurando la disponibilidad del método elegido por la usuaria o usuario. Ninguna persona podrá ser obligada a utilizar ningún método tradicional o moderno de

espaciamiento de los embarazos y es punible la coacción que pueda ejercerse en tal sentido.⁽³⁸⁾

Artículo 12. Competencia técnica de proveedores. El MSPAS debe instituir un programa de desarrollo profesional para fortalecer las competencias técnicas de los y las proveedoras, para asegurar que conozcan y apliquen los criterios de elegibilidad de los métodos de espaciamiento de embarazos de acuerdo a normas internacionales, con el fin de eliminar las barreras médicas a la planificación familiar.⁽³⁸⁾

Artículo 13. Consejería. El MSPAS, el IGSS y otras organizaciones públicas y privadas que brinden servicios de planificación familiar a la población, deben asegurar que el personal responsable desarrolle la consejería personalizada en un ambiente que garantice la privacidad del usuario o usuaria, y en ningún caso inducirán ni coaccionarán a las personas a utilizar métodos en contra de su voluntad.⁽³⁸⁾

Artículo 14. Calidad de la consejería. El MSPAS, el IGSS y otras organizaciones públicas y privadas deben contar con conocimientos, habilidades y destrezas para desarrollar la consejería, además contar con material educativo de apoyo para facilitar la comprensión de la población, de acuerdo al contexto sociocultural.⁽³⁸⁾

Artículo 15. Comunicación y difusión. El MSPAS y el IGSS, en coordinación con otras organizaciones públicas y privadas sectoriales vinculadas con la prestación de servicios de planificación familiar, deben realizar campañas masivas de información y comunicación dirigidas a la población en general, sobre los métodos tradicionales y modernos de planificación familiar, sus ventajas, desventajas y lugares de abastecimiento, tomando en cuenta el contexto sociocultural y educativo de las mismas. Debe informarse además acerca de los factores de riesgo relacionados con los embarazos no deseados y embarazos en ambos extremos de la vida fértil de la mujer, multiparidad, período intergenésico y su contribución al incremento de la tasa de morbilidad materna y el impacto socioeconómico en la población.⁽³⁸⁾

Artículo 16. Monitoreo y disminución de barreras médicas. El MSPAS, en coordinación con el IGSS y otras organizaciones públicas y privadas, diseñará, validará e implementará herramientas para monitorear la prestación de servicios de planificación familiar y su integración al programa de salud reproductiva, asegurando que puedan

incorporarse indicadores que permitan monitorear y evaluar la disminución de las barreras médicas. ⁽³⁸⁾

3.9 PROGRAMAS DEL MINISTERIO SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL MSPAS

3.9.1 Prevenir con educación

La Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar; establece que el Ministerio de Educación en coordinación con la cartera de Salud Pública y Asistencia Social; revisará, actualizará e implementará el currículo de los niveles primario y medio; para la inclusión de temas de educación integral en sexualidad. ⁽³⁹⁾

El Ministerio de Salud Pública y Educación firman la Carta Acuerdo “Prevenir con educación” que tiene como objetivo la implementación y fortalecimiento de estrategias de educación integral en sexualidad y promoción de la salud reproductiva que contempla la prevención del VIH/Sida, ITS, embarazos en adolescentes y violencia sexual. ⁽³⁹⁾

Prevenir con educación contempla actualizar y homogenizar la visión de programas y proyectos de cada Ministerio para el abordaje integral en prevención de ITS's , VIH y SIDA. ⁽³⁹⁾

Establecer metodologías en educación formal y no formal con la capacitación del personal y promover el intercambio técnico, periódico y multidisciplinario de la estrategia de educación integral de la sexualidad. ⁽³⁹⁾

Las redes de paternidad y maternidad responsable implementaran acciones que promuevan y fomenten la salud sexual y reproductiva. Establecer mecanismos entre ambos Ministerios para brindar atención integral de casos en niños, niñas y adolescentes con VIH, abuso, incesto o violencia sexual; que requieran. ⁽³⁹⁾

Para dar cumplimiento a los compromisos antes mencionados se ejecutarán las siguientes acciones:

Realizar el Seminario “Prevenir con Educación” para realimentar los programas institucionales que fortalecerán el intercambio conceptual y metodológico de experiencias desarrolladas en el tema antes mencionado.

Actualizar los contenidos y metodologías del currículo educativo para la inclusión de temas de educación integral en sexualidad, paternidad y maternidad responsable con el apoyo del Ministerio de Salud. ⁽³⁹⁾

Evaluar los programas de educación existentes, para identificar el grado en el cual se incorporan e implementan la educación integral en sexualidad, paternidad y maternidad responsable, en el currículo en todos los niveles y modalidades educativas; es competencia del Ministerio de Educación. ⁽³⁹⁾

3.9.2 Programa Nacional de Salud Reproductiva

El Objetivo principal del Programa Nacional de Salud Reproductiva es proporcionar los lineamientos Técnico-Normativos para que el personal de salud de los diferentes niveles de atención provean servicios de salud reproductiva a la población, con la finalidad de que las personas, las parejas, familias y sociedad en su conjunto disfruten de una vida reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, disminuyendo la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal; asegurando el pleno respeto a sus características lingüísticas y socioculturales. ⁽³⁾

Las funciones del PNSR principalmente se basan en:

Plan Nacional de Salud

Políticas y prioridades de Salud

Ley de Desarrollo Social

Reglamento Interno del Ministerio de Salud

Acuerdos de Paz

Plan de Desarrollo Social

Salas Situacionales

Investigaciones Diagnósticas ⁽³⁾

3.9.3 Paternidad y maternidad responsable.

Apoyar al fortalecimiento de la Salud Reproductiva con acciones de promoción, prevención, atención y recuperación; con enfoque de equidad, en nuestro contexto, respecto a los derechos y obligaciones como padres y madres responsables y como producto de las conductas sexuales y reproductivas, mediante la participación de todos los actores y sectores involucrados para el abordaje integral. ⁽⁴⁰⁾

Motivar y estimular la participación del hombre para involucrarlo en las acciones de la salud reproductiva. Incidir en los factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos, políticos y legales para fomentar la paternidad y maternidad responsable. Diseñar e implementar estrategias con participación multidisciplinaria y multisectorial para promover y fomentar integralmente el ejercicio de la Paternidad y Maternidad Responsable. ⁽⁴⁰⁾

3.9.4 Observatorio de Salud Reproductiva

Ana Victoria Maldonado, secretaria técnica del OSAR, aseguró que durante el ciclo 2011 darán a conocer los derechos y responsabilidades sobre sexualidad a los jóvenes, aunque no les guste a los padres de familia, directores o maestros. La comunicación es un vehículo para el cambio de comportamiento y actitudes de los adolescentes y el acceso al conocimiento de los factores de riesgo contribuye a que ya no se sigan reportando embarazos en niñas y adolescentes, manifestó Maldonado. ⁽⁴¹⁾

Por otra parte la representante de OSAR dijo que la entidad considera positiva la voluntad del MSPAS para crear espacios de prevención, como las escuelas abiertas y espacios amigables, que incluyen el tema sobre salud sexual y reproductiva. ⁽⁴¹⁾

Se deben incluir en el tema, los puntos de protección contra enfermedades que se transmiten por la vía sexogenital, la prevención de embarazos no deseados y se debe orientar a los alumnos de manera imparcial. "Sucede que a veces reciben charlas sobre el tema y los maestros no se limitan a

informar o aconsejar, sino a convencer a sus alumnos que lo que ellos dicen es lo correcto".⁽⁴¹⁾

Cada persona tiene creencias y valores distintos, y la educación sexual que se imparte debe ir dirigida de manera que los adolescentes no se sientan obligados a cambiarlas por lo que los docentes les indiquen. "Vivimos en una sociedad conservadora, autoritaria y machista, y la educación, específicamente la sexual, no se escapa de esta tendencia que lo único que hace es reprimir conocimientos que deben saber tanto las mujeres como los varones".⁽⁴¹⁾

Los contenidos son múltiples y van desde el conocer el cuerpo humano hasta asuntos como el noviazgo, la orientación sexual, prevención de enfermedades, salud reproductiva, entre otros.⁽⁴¹⁾

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo y diseño de la investigación

Descriptivo, transversal.

4.2 Unidad de análisis

Unidad primaria de muestreo: Adolescentes de 10 a 19 años de edad mayas y no mayas que cursaron con embarazo.

Unidad de análisis: Respuestas obtenidas con la boleta de recolección de datos.

Unidad de información: Adolescentes mayas embarazadas que vivían en las comunidades de estudio. Adolescentes no mayas embarazadas que asistieron a la consulta externa de Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población o universo:

Adolecentes mayas y no mayas embarazadas que tenían entre 10 a 19 años.

4.3.2 Marco muestral:

Comunidad San Jacinto, San José Calderas, Parramos, Chimachoy del departamento de Chimaltenango y consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

4.3.3 Muestra:

No probabilístico ya que el subgrupo de la población no dependió de la probabilidad de ser elegido, sino de las características de la investigación.
De conveniencia.

4.4 Selección de los sujetos a estudio:

Para elegir a los sujetos de estudio se utilizaron los siguientes criterios:

4.4.1 Criterios de inclusión:

Adolescentes embarazadas no mayas que asisten a la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Adolescentes embarazadas mayas que se encuentran en las comunidades de estudio en Chimaltenango.

4.4.2. Criterios de exclusión:

Adolescentes embarazadas mayas que consultaron al departamento de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e IGSS.

Adolescentes no mayas que residen en las comunidades a estudio en Chimaltenango.

Adolescentes mayas y no mayas que no desearon participar en el estudio.

Adolescentes que tenían retraso psicomotor, cognitivo, y sordera.

4.5 Definición y operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
Adolescencia	Fase específica en el ciclo de vida que transcurre entre los 10 y 19 años.	Adolescentes embarazadas.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos

Etnia	Comunidad de hombres y mujeres que presentan afinidades raciales, lingüísticas, religiosas o culturales.	Maya No Maya	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos
Idioma	Sistema de comunicación verbal o gestual a través del cual se comunican y entienden los habitantes de un lugar.	Idioma maya o castellano.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos
Estado civil	Situación determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Casada, soltera, divorciada, unida o viuda.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos
Escolaridad	Tiempo durante el que una persona asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Analfabeta, primaria, secundaria, diversificado o universitario.	Cualitativa	Ordinal	Boleta de recolección de datos

Menarquía	Primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual en la mujer.	Edad en años en la cual tuvo su primera menstruación	Cuantitativa	Razón	Boleta de recolección de datos
Edad de inicio de vida sexual	Momento en el que se inician las relaciones sexuales.	Edad en años en la cual se inicio la vida sexual.	Cuantitativa	Razón	Boleta de recolección de datos
Educación en salud reproductiva	Conjunto de prácticas utilizadas por una mujer, o un hombre orientadas al control de la reproducción.	Información sobre desarrollo sexual, métodos anticonceptivos, ITS y embarazo.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos
Lugar de obtención de información en salud reproductiva	Factibilidad para conseguir información de salud reproductiva.	Lugar en el cual obtuvieron información en salud reproductiva.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos
Edad al quedar embarazadas	Edad en la que una mujer tiene su primer embarazo.	Edad en años en la que quedo embarazada por primera vez.	Cuantitativa	Razón	Boleta de recolección de datos
Número de parejas sexuales	Cantidad de personas con las que se ha sostenido por lo menos una relaciones sexo genital previo al primer embarazo.	Número de parejas sexuales que tuvo previo al primer embarazo	Cuantitativa	Razón	Boleta de recolección de datos

Embarazo planeado	Embarazo que se produce sin el deseo y/o planificación previa, ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos.	Embarazo que se produjo sin el deseo y planificación, ante la falla o ausencia de métodos anticonceptivos, insistencia de la pareja, problemas económicos o desintegración familiar.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos
Consumo de bebidas alcohólicas	Acto de tomar alcohol, el cual se produce por la fermentación del almidón o azúcar que se encuentra en frutas	Paciente o pareja que refieren consumo de alcohol regularmente previo a la concepción.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos
Sentimientos previos al embarazo	Disposición emocional que tienen las embarazadas previo al embarazo	Sentimiento de tristeza, alegría, inseguridad, indiferencia ante su futuro o seguridad en sí misma.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos
Elección de la pareja	Opción de elegir a la persona con quien se va a compartir la relación.	Opción de elegir libremente a la persona con quien se va a compartir la relación.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos

Edad propicia para quedar embarazada	Etapas fértil de la mujer en la que según factores individuales propios y contexto social puede estar embarazada.	Edad en años que se considera a una mujer preparada tanto física como psicológicamente apta para estar embarazada.	Cuantitativa	Razón	Boleta de recolección de datos
Uso de métodos de planificación familiar.	Conjunto de prácticas utilizadas por una mujer o un hombre orientadas básicamente al control de la reproducción.	Antecedente de uso de métodos anticonceptivos antes del embarazo.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos
Ingreso económico	Cantidad de dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos.	Ingreso mensual, según el INE: pobreza extrema (PE) menos de Q.267, pobreza (P) Q.268- Q.546, no pobre (NP) más de Q.547.	Cualitativa	Ordinal	Boleta de recolección de datos
Familia integrada	Núcleo familiar en el que se cumple el respeto, los valores personales y se procura por la felicidad de cada integrante.	Madre y padre, solo madre, solo padre o no tiene padres.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos

Consumo de alcohol o drogas por algún familiar	Es el uso o abuso de sustancias sintéticas o artificiales, y de alcohol con efectos psicoactivos y que su consumo prolongado determina tolerancia y dependencia, así como afecciones biológicas y psicológicas por algún familiar.	Uso o consumo de alcohol y sustancias ilícitas por alguno de los familiares.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos
Comunicación familiar	Capacidad de mantener un dialogo abierto entre padres e hijos dentro de un núcleo familiar.	Buena, regular o mala.	Cualitativo	Nominal	Boleta de recolección de datos
Familiar con antecedente de embarazo en la adolescencia	Es aquel embarazo que se produce en una mujer de 10 a 19 años de edad.	Mujer entrevistada con antecedente de familiar con embarazo durante la adolescencia.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos

4.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos

4.6.1 Técnica

Se realizó una encuesta estructurada cara a cara con adolescentes mayas y no mayas embarazadas, en las comunidades a estudio en el departamento de Chimaltenango y las que asistieron a la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

4.6.2 Procedimientos

4.6.2.1 Fase de planificación: La planificación del estudio se inició en el mes de Febrero del año 2011 realizándose las siguientes actividades:

- Conformación del grupo de trabajo por estudiantes de medicina.
- Coordinación con un médico asesor especialista en el área, un revisor experto en la metodología empleada, una antropóloga social y seis estudiantes pendientes de examen general público de la Facultad de Ciencias Médicas.
- Coordinación con diferentes lugares e instituciones cuya participación promoverá la realización del estudio. Entre ellas Hospital General San Juan De Dios, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, comunidades a estudio en el departamento de Chimaltenango.

4.6.2.2 Fase de estructuración:

- Propuestas temáticas para anteproyecto.
- Conceptos y definiciones básicas sobre embarazo durante la adolescencia.
- Se inició con la realización de anteproyecto en base a la guía proporcionada por la Unidad de Trabajo de Graduación y se entrego a dicha área.
- Aprobación de anteproyecto y realización de protocolo de investigación.
- Revisión de protocolo por médico asesor, revisor y antropóloga social.
- Entrega de protocolo.
- Aprobación de protocolo.

4.6.2.3 Fase de validación y calibración de instrumento: Se eligió una comunidad al azar del departamento de Chimaltenango y la consulta externa de obstetricia de una las instituciones en las que se realizó como prueba piloto.

4.6.2.4 Fase de trabajo de campo: Para el trabajo de campo que se llevo a cabo durante el mes de mayo-junio de 2011, se realizaron las siguientes actividades:

- Se desplazó cada uno de los estudiantes a sus respectivas áreas de estudio.
- Se contó con la autorización de las instituciones hospitalarias en donde el estudiante se encargó de realizar la encuesta.
- En las comunidades de estudio del departamento de Chimaltenango se solicito ayuda y el apoyo de los COCODE y de los Puestos de Salud de dichas áreas para la convocatoria de la población a estudio.
- En caso de que la persona encuestada, no hablara español, se contó con un intérprete de la comunidad para la traducción de la misma.
- Se realizó la encuesta a la población que tenía los criterios de inclusión.
- Se pidió la autorización de la persona por medio del consentimiento informado para participar activamente en el estudio.
- El estudiante paso la encuesta cara a cara con la población a estudio y fue el responsable de llenarla.
- Se agradeció la colaboración y se solicitó firma o huella digital.

4.6.3 Instrumentos:

Se utilizó un cuestionario que constaba de 26 preguntas cerradas, de opción múltiple y respuesta única.

4.7 Procesamiento y análisis de datos:

4.7.1 Procesamiento

El investigador posterior a llenar la encuesta y ordenar de manera apropiada los datos, de tal forma que se analizaron las variables que se mencionan a continuación: etnia, idioma, estado civil, escolaridad, menarquía, edad de inicio de vida sexual, acceso a información en salud reproductiva, lugar de obtención de información de salud reproductiva, edad al quedar embarazada, número de parejas sexuales previas al embarazo, embarazo planeado, consumo de bebidas

alcohólicas, sentimiento que prevalecía en la adolescente previo al embarazo, elección de pareja, edad ideal para embarazarse, uso de métodos de planificación familiar, ingreso económico, familia integrada, relación familiar, antecedente de familiar alcohólico o drogadicto y antecedente de familiar embarazado durante la adolescencia

Se procedió a la creación de una base de datos en el programa de Microsoft Excel office 2007, para facilitarse la creación de cuadros, gráficas y el análisis de cada una de las variables en estudio.

4.7.2 Análisis

Posterior a la recolección de los datos en adolescentes mayas y no mayas embarazadas y a la creación de la base de datos en el programa Microsoft Excel office 2007, se procedió a realizar tablas y gráficas, de tal forma que se presentaron cada una de las variables mediante porcentajes.

Las variables se analizaron de la siguiente manera: etnia, idioma, estado civil, escolaridad, menarquía, edad de inicio de vida sexual, acceso a información en salud reproductiva, lugar de obtención de información de salud reproductiva, edad al quedar embarazada, número de parejas sexuales previas al embarazo, embarazo planeado, consumo de bebidas alcohólicas, sentimiento que prevalecía en la adolescente previo al embarazo, elección de pareja, edad ideal para embarazarse, uso de métodos de planificación familiar, ingreso económico, familia integrada, relación familiar, antecedente de familiar alcohólico o drogadicto y antecedente de familiar embarazado durante la adolescencia; se presentaron mediante porcentajes para ser comparados entre el grupo maya y no maya; englobando los resultados y se analizaron conjuntamente interpretándose y llegándose a conclusiones.

4.8 Alcances y límites de la investigación

4.8.1 Alcances

El estudio tuvo como finalidad estudiar los factores que condicionan el embarazo durante la adolescencia entre la población maya y no maya, fue realizado en cuatro comunidades de Chimaltenango, departamento en que el

80% de su población es maya, de etnia Cakchiquel, por lo cual se estudió en las respectivas áreas, específicamente al grupo maya. San Jacinto, San José Calderas, Parramos y Chimachoy siendo estas accesibles geográficamente y se conto con el apoyo de los COCODE. En la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan De Dios e Instituto Guatemalteco de seguridad social, se estudió específicamente a la población no maya, ya que dichas instituciones además de contar con una amplia afluencia de pacientes, cuentan con clínicas de control prenatal para adolescentes embarazadas lo cual facilitó el tener contacto con una parte de la población que deseábamos estudiar.

4.8.2 Límites

El estudio se circunscribió únicamente en cuatro comunidades de Chimaltenango y en la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, por lo que adolescentes embarazadas mayas y no mayas de otros departamentos y hospitales de la República de Guatemala quedaron excluidos del estudio, por limitaciones económicas de los investigadores.

Se utilizó una muestra no probabilística, de conveniencia trayendo consigo riesgo de sesgos dentro de la investigación.

4.9 Aspectos éticos de la investigación.

La investigación no realizó ninguna intervención, modificación, ni manipulación en adolescentes mayas y no mayas que participaron en el estudio, clasificándolo en categoría I.

La participación de los sujetos fue voluntaria, previo a firmar el consentimiento informado, donde se proporcionó toda la información pertinente a cerca de los propósitos, objetivos, riesgos y beneficios del estudio. Se respetó la privacidad e intimidad de cada participante manteniendo el estricto control de la información recabada adoptando medidas pertinentes. Los resultados fueron utilizados para analizarse en conjunto, en ningún momento se dieron a conocer los nombres de las adolescentes que participaron en el estudio, al ser tabulados y analizados se realizó un informe final, que fue publicado para su final distribución a la entidades respectivas.

5. RESULTADOS

El total de adolescentes mayas y no mayas que cursaban con embarazo encontradas en las respectivas áreas de estudio fue de 303, durante el período mayo- junio de 2011.

Cuadro 5.1

Distribución según factores individuales que condicionan a la población de adolescentes embarazadas mayas en las comunidades de San Jacinto, San José Calderas, Parramos, Chimachoy del departamento de Chimaltenango y adolescentes embarazadas no mayas en la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en Guatemala, junio de 2011

POBLACIÓN	MAYA		NO MAYA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1. Idioma				
Castellano	54	59	210	99.5
2. Estado civil				
Casada	40	43	38	18
Soltera	23	25	116	55
3. Nivel de Escolaridad				
Primaria	62	67	10	11
Secundaria	10	11	101	48
4. Menarquía (rangos de edad más frecuente).				
10 – 13 años	66	72	164	78
5. Edad de inicio de vida sexual (rangos de edad más frecuente).				
14 – 16 años	50	54	42	46
17 -19 anos	42	46	111	53
6. Factores que influyeron en inicio de vida sexual				
Deseo de tener hijos	35	38	44	21
Curiosidad	19	21	82	39
7. Información obtenida sobre educación sexual				
No tuvo acceso a información	23	25	13	6
Métodos anticonceptivos	28	31	65	31
8. Fuente de información				
Padres	26	28	53	25
Escuela o colegio	20	22	86	41
9. Edad promedio al quedar embarazada				
17 – 19 años	62	67	143	68
10. Número de parejas				
1	89	97	182	86
11. Embarazo planeado o no planeado				
Planeado	46	50	75	36
No planeado	46	50	136	64
12. Factores que influyeron para embarazarse				
Desconocimiento de métodos anticonceptivos	55	60	70	33
Fallo de método anticonceptivo	15	16	82	39
13. Persona que consumía alcohol				
Ninguno	78	85	153	73
14. Sentimientos que prevalecían antes del embarazo				
Alegría	42	46	95	45

Fuente: Base de datos de encuestas de factores que condicionan el embarazo durante la adolescencia en el grupo maya y no maya, durante mayo - junio 2011.

Cuadro 5.2

Distribución según factores socioculturales que condicionan a la población de adolescentes embarazadas mayas, en las comunidades de San Jacinto, San José Calderas, Parramos, Chimachoy del departamento de Chimaltenango y adolescentes embarazadas no mayas en la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en Guatemala, junio de 2011

POBLACIÓN	MAYA		NO MAYA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1. Elección de pareja libremente o no				
Sí	84	91	209	99
No	8	9	2	1
2. Edad ideal de inicio de vida sexual				
20 – 24 años	49	53	118	56
15 – 19 años	35	38	69	33
3. Noción de métodos de planificación familiar previo a su embarazo				
Condón masculino	17	19	55	26
No conoce	16	18	42	20
Píldoras	15	17	34	16
Inyección trimestral	15	17	34	16
4. Utilización de método anticonceptivo				
Sí	6	7	72	34
No	86	93	139	66
5. Embarazo una responsabilidad exclusiva de la mujer				
Sí	23	25	19	9
No	69	75	192	91
6. Ingreso económico mensual (Clasificación INE)				
Pobreza Extrema (menos de Q267.00)	47	51	17	8
Pobre (entre Q268.00 – Q546.00)	36	39	94	45
No Pobre (más de Q547.00)	9	10	100	47

Fuente: Base de datos de encuestas de factores que condicionan el embarazo durante la adolescencia en el grupo maya y no maya, durante mayo - junio 2011.

Cuadro 5.3

Distribución según factores familiares que condicionan a la población de adolescentes embarazadas mayas, en las comunidades de San Jacinto, San José Calderas, Parramos, Chimachoy del departamento de Chimaltenango y adolescentes embarazadas no mayas en la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en Guatemala, junio de 2011

POBLACIÓN	MAYA		NO MAYA	
Factores Familiares Condicionantes	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1. Buena comunicación o no con sus padres previo al embarazo				
Sí	59	64	136	64
No	33	36	75	36
2. Integración Familiar				
Madre y padre	64	70	144	68
Solo madre	22	24	60	28
3. Calidad de comunicación y relación con padres				
Buena	54	59	95	45
Regular	24	26	93	44
Mala	14	15	23	11
4. Consumo de alcohol y otras sustancias por familiares				
Ninguna	56	61	145	69
Alcohol	36	39	60	28
5. Conversaba con sus padres acerca de educación reproductiva				
Sí	25	27	93	44
No	67	73	118	56
6. Familiar con antecedente de embarazo en la adolescencia				
Madre	33	36	61	29
Hermana (s)	29	32	51	24
Ninguna	18	20	72	34

Fuente: Base de datos de encuestas de factores que condicionan el embarazo durante la adolescencia en el grupo maya y no maya, durante mayo - junio 2011.

6. DISCUSIÓN

El embarazo durante la adolescencia se ha convertido en una problemática de gran magnitud en el área de salud pública, que se está manifestando con mayor frecuencia en lugares de desigualdad y miseria. En los jóvenes adolescentes se ha visto una tendencia al aumento de la actividad sexual a edades más tempranas, con un menor conocimiento en cuanto a la salud reproductiva; lo que repercute en la esfera social, económica y cultural, no únicamente en nuestro país; sino también los países desarrollados tales como Estados Unidos y el Reino Unido tienen un alto nivel de embarazo en adolescentes.⁽²⁷⁾

Hay más de mil millones de adolescentes en el mundo, los cuales han iniciado su vida sexual, en promedio antes de los 16 años de edad, trayendo consigo aumento de embarazos, infecciones de transmisión sexual, VIH-SIDA, aumento en la muerte materna e infantil, puesto que un embarazo durante la adolescencia aumenta de 2 a 5 veces el riesgo de complicaciones.⁽²⁷⁾

Según Silva J. en el estudio realizado en Colombia en el año 2007 refiere que la menarquía es un factor determinante de la capacidad reproductiva, observando que el promedio de edad ha disminuido considerablemente, conduciendo a las adolescentes a ser fértiles a edades más tempranas.⁽¹⁹⁾ Concordando con lo observado con las adolescentes mayas y no mayas, presentaron su menarquía principalmente en el rango de edad entre los 10 y 13 años de edad, durante la adolescencia temprana.

En la mayoría de jóvenes mayas, especialmente las mujeres hablan únicamente su idioma y encuentran dificultades de desarrollo, lo que las lleva a sentirse mucho mejor con sus creencias tradicionales en lo que se refiere a salud.⁽²²⁾ Se observó que en las cuatro comunidades de Chimaltenango las adolescentes embarazadas mayas en un 59% dominaban el castellano y un 40% de ellas dominan ambos idiomas, lo cual determina que el idioma no es un factor que las condiciona para recibir educación en cuanto a salud reproductiva, más bien el fenómeno que se manifiesta en ellas, son sus creencias tradicionales y su percepción en cuanto al embarazo.

El estudio mostró que en el grupo de adolescentes embarazadas mayas un 67% de ellas alcanzo el nivel primaria, seguida de un nivel de analfabetismo representado en un 22%; mientras que en el grupo no maya se observó que el nivel de escolaridad alcanzado fue

secundaria (48%), seguido del nivel diversificado (27%), por lo que las mujeres mayas han tenido menos oportunidades de acceso a educación, concluyendo que el nivel de escolaridad alcanzado por las adolescentes es un factor determinante y tiene un efecto directo para que las mujeres se embaracen; la precocidad en cuanto al inicio de la vida sexual y el número de hijos que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, actuando la educación de tal forma que mejora la condición social y la autoimagen de la mujer, mejorando sus opciones de vida y su capacidad de tomar decisiones. Coincidiendo con el último informe de índice de avance educativo del Ministerio de educación que menciona que tan solo el 35% de la población adolescente tuvo acceso y terminó la educación básica, solo el 20% tiene acceso a educación diversificada y tan solo el 0.27% se encuentra en la universidad. Mas del 20% de adolescentes que acceden a educación básica se encuentran en los municipios del departamento de Guatemala.⁽²³⁾

Según Guttmacher Institute culturalmente en el país se apoya fuertemente la maternidad temprana, la mayoría de ellas ve en la unión, el matrimonio y la maternidad como su única opción, con pocas perspectivas y opciones de vida.⁽²⁾ En el estudio en cuanto al estado civil previo a su embarazo, en la población de adolescentes mayas predominó el estado de casada (43%), seguida de la unión consensual, mientras que en el grupo no maya se observó un predominio de estado civil soltera (55%), lo que confirma que las adolescentes mayas ven en el matrimonio mucho más arraigado como una opción de vida, ya que las adolescentes no mayas, ven el matrimonio como una legitimización y aceptación social, que se agilizó cuando se manifestó el embarazo.⁽⁴⁾

Se observó que en el grupo de adolescentes mayas embarazadas un 54% iniciaron su vida sexual en promedio a una edad entre los 14 y 16 años de edad, mientras que en el grupo de adolescentes no mayas en un 53% iniciaron su vida sexual entre los 17 y 19 años de edad. El machismo y la cultura tradicional conducen a las mujeres mayas a iniciar una vida sexual a edades más tempranas, mientras que en las adolescentes no mayas se ven influenciadas por la curiosidad de iniciar una vida sexual. En el estudio la edad promedio en la cual quedó embarazada la adolescente, tanto del grupo maya, como el grupo no maya fue entre los 17 y 19 años de edad, coincidiendo con los datos de la organización Save the Children reportando que el promedio de edad en que las adolescentes dan a luz a su primer hijo en promedio a los 18 años.⁽²⁹⁾

Las mujeres adolescentes mayas, no entienden sobre la fisiología de la reproducción y como controlarla, aceptando el embarazo como voluntad divina, siendo criadas de tal forma que su destino es ser madres, la inversión en educación en una mujer en las áreas rurales se ve como un pérdida de dinero, por creencia misma de que las mujeres han nacido para ser ama de casa y cuidar de los hijos y el marido. ⁽²¹⁾

Dentro de los factores que influyeron en el inicio de la vida sexual en las adolescentes embarazadas mayas, el más significativo fue el deseo de tener un hijo (38%), seguido de la curiosidad (21%), mientras que la insistencia de su pareja y el deseo de abandonar su hogar se presentaron en porcentaje similar en ambos grupos. En cuanto a las adolescentes no mayas el factor más sobresaliente fue curiosidad (39%), seguido del deseo de tener un hijo; se puede observar que la mujer maya se ve influenciada por la necesidad de probar su fertilidad, siendo el resultado de generaciones de privación y restricciones, viéndose la maternidad y percibiéndose de una manera no limitante ni negativa, además con el deseo de tener un hijo reafirman la necesidad de reconstruir la ternura materna que no han tenido; mientras que las adolescentes no mayas refirieron la curiosidad siendo el factor que las llevo a su primera relación sexual, pero con poco conocimiento sobre salud reproductiva. Según reflejo el estudio las adolescentes embarazadas mayas un 97% refirieron que el número de parejas sexuales previo a la concepción fue de una, en cuanto a las adolescentes mayas el 86% refirió que el número de parejas fue de una, demostrando que las adolescentes no mayas fueron más propensas a tener más de una pareja lo cual indica que están en mayor riesgo de embarazo no deseado, de enfermedades de transmisión sexual y VIH- SIDA.

En la población de adolescentes embarazadas mayas se observó que un 25% no obtuvo información sobre aspectos de educación sexual y en los otros aspectos obtuvieron vagamente información, todo esto continúa relacionándose a los bajos niveles de escolaridad alcanzados, la deserción escolar, el poco desarrollo económico y el acceso a servicios de salud. Mientras que en el grupo de adolescentes no mayas obtuvieron información acerca de métodos anticonceptivos, seguido de desarrollo sexual, embarazo y enfermedades de transmisión sexual, aún así la aplicación de la información llevada a la práctica tuvo un fallo; considerando que la fuente de esta información pudo haber sido errónea o bien estar mezclada con creencias, mitos o influenciada por la cultura.

En el grupo de adolescentes embarazadas mayas, la fuente donde más obtuvieron la información sobre aspectos de salud reproductiva, fueron los padres (28%), mientras que en la población no maya la principal fuente de información sobre salud reproductiva fue la escuela o el colegio (41%), la información obtenida por los padres puede no ser de fuentes fidedignas, por lo que la probabilidad de transmitir un conocimiento adecuado y correcto disminuye, mientras que la información obtenida en escuelas o colegios puede ser de fuentes confiables y dirigidas según la edad cronológica y psicológica de los adolescentes. Relacionado a esto, el estudio revela que el desconocimiento sobre métodos de planificación familiar en un 60% de las adolescentes mayas fue el factor que más propició el embarazo; mientras que en la población no maya teniendo el conocimiento sobre métodos, el no saber utilizarlos y por ende el fallo fue lo que propició el embarazo.

Se encontró que las adolescentes embarazadas mayas, la mitad de ellas planeó el embarazo, por el deseo de tener un hijo, afirmando un 93% de ellas no utilizar métodos de planificación familiar previo a la gestación, mientras que en el grupo de adolescentes no mayas en un 64% no planificaron el embarazo, de la cuales un 39% presentó fallo del método de planificación, concordando con los datos que revela la Encuesta de Salud Materno Infantil, en la cual solo el 2.8% de adolescentes mayas utilizaron anticonceptivos en su primera relación sexual, el 51% no lo utilizaron por desconocimiento del método y un 33% no lo utilizó porque su objetivo era tener un hijo, a diferencia de lo que sucede con la mujeres no mayas, que utilizan dos veces más los métodos de planificación familiar, ⁽¹⁾

Contrariamente al estudio realizado por Family Health International, el cual reveló que conductas de riesgo como abuso de alcohol y drogas, son factores que condicionan el embarazo durante la adolescencia ⁽¹⁷⁾, no coincidiendo esto con el estudio realizado ya que tanto las adolescentes mayas y no mayas, refirieron no consumir alcohol previo a su embarazo, no siendo este un factor condicionante, a pesar de que el consumo de bebidas puede llevar a la desinhibición y propiciar relaciones sexuales con poca responsabilidad.

En el estudio 46% de las adolescentes mayas y un 45% no mayas, refirieron que el sentimiento que prevalecía era de alegría antes de su embarazo; el conocer esto lleva a la conclusión de que en estas adolescentes no existían sentimientos de tristeza,

desesperanza, inseguridad e indiferencia, que pudieran propiciar una baja autoestima y ser esta la causa de su embarazo.

Tanto las adolescentes embarazadas mayas (75%) y no mayas (91%), su percepción de que el embarazo es una responsabilidad exclusiva de la mujer respondieron casi en su totalidad como negativa, denotando que la responsabilidad es tanto de ellas como de su pareja. Esto demuestra que a pesar de que cultural y socialmente la mujer siempre ha sido vista como la encargada de cuidar a los hijos, hoy la mentalidad de la mujer está encaminada a un cambio positivo, donde ve la responsabilidad de un embarazo compartida; contrariamente a lo que refiere Zelaya E. en el estudio realizado en Nicaragua en el año 2006 que indica que el machismo influencia la conducta sexual y coloca a la mujer en una posición pasiva, silenciosa y dependiente, resultado de generaciones de privación y dependencia, para mantener un dominio masculino.

Según el Guttmacher Institute en un estudio realizado en Guatemala en el año 2008, demuestra que el 62% de las mujeres que dio a luz antes de los 20 años, tenían un bajo nivel socioeconómico, 58% tenían baja escolaridad y 54% mujeres mayas. ⁽²⁾ Se encontró en el estudio que se realizó en las adolescentes mayas y no mayas, la situación económica si fue factor que determinó su embarazo, ya que la adolescente al sentir poco apoyo económico en su hogar, busca un hombre para que las acompañe y las ayude a sobrevivir económicamente; según el ingreso mensual como lo clasifica el Instituto Nacional de Estadística, más de la mitad de las adolescentes embarazadas mayas, previo a su embarazo se encontraban en pobreza extrema (51%); mientras que en el grupo no maya se encontraba entre el grupo de pobreza (45%) y no pobreza (47%). Evidentemente las adolescentes mayas están más propensas a un embarazo durante la adolescencia, desde el punto de vista económico, se ven mucho más vulnerables que las adolescentes no mayas, y sumado a esto, relacionándolo directamente con el nivel de escolaridad, las adolescentes mayas tienen menos expectativas en cuanto a oportunidades de estudio y empleo.

Según el Guttmacher Institute un mal funcionamiento familiar, puede provocar embarazo durante la adolescencia; ya que la familia es un microambiente donde permanece el individuo y su funcionamiento favorece bienestar y desarrollo en los adolescentes. ⁽²¹⁾ La comunicación entre los miembros de la familia es vital para el buen desarrollo del sujeto en la sociedad, el 64% tanto de las adolescentes embarazadas mayas y no mayas dijeron tener una buena comunicación con sus padres previo al embarazo; por lo que no

podemos considerar que esto haya sido un factor que condicionara su embarazo, además que en la mayoría de los hogares estos estaban constituidos por la madre y el padre, lo que indica que no existía la desintegración familiar y que esto haya sido un factor condicionante.

En lo que se refiere a la comunicación sobre aspectos de educación reproductiva, esta no se propicia entre padres e hijos, aunque se evidencia que en la población de adolescentes embarazadas mayas es aún menor el grado de comunicación sobre estos aspectos (73%) que en el grupo no maya (56%). Regularmente los padres siempre tienen cierto grado de reserva para entablar una conversación que ahonde en este tipo de temas, ya sea por tabúes impuestos socialmente o bien falta de conocimiento de los mismos padres sobre la reproducción sexual.

Según el estudio del Guttmacher Institute titulado maternidad temprana en Guatemala, revela que factores como soledad, conflictos, inestabilidad y alcoholismo familiar, pueden propiciar relaciones sexuales prematuras y por ende embarazo.⁽²¹⁾ En cuanto al antecedente de alcoholismo en algún familiar de la adolescente, se evidencia que en las adolescentes embarazadas mayas el 39% dijeron que algún familiar lo consumía, en comparación con un 28% de adolescentes no mayas que refirieron que algún familiar consumía alcohol, observándose que en ambos grupos ninguna refirió que algún familiar consumieran otras sustancias como cocaína o marihuana, no siendo esto un factor que se considere determinante para que se diera el embarazo en la adolescente.

El tener el antecedente de una hermana, de la madre o de algún familiar cercano con antecedente de embarazo durante la adolescencia es un factor que puede propiciar embarazo en las adolescentes ⁽²¹⁾, se observó que las adolescentes mayas un 80% y en el grupo de adolescentes no mayas un 66% refirieron tener familiar con este antecedente, por lo que se concluyó que este sí fue un factor que condicionó el embarazo durante la adolescencia.

Según revelaron las adolescentes tanto del grupo maya como no maya consideran que la edad ideal para ellas iniciar su vida sexual se sitúa entre los 20 y los 24 años de edad, hoy con su embarazo y con toda la responsabilidad que tendrán que afrontar ya sea con la ayuda de los miembros de su familia, su pareja, esposo, o en algunos casos ellas solas, sienten que el retrasar su inicio de vida sexual hubiera sido lo indicado.

El embarazo durante la adolescencia trae consigo consecuencias tanto psicosociales, como biológicas, ya que la adolescente no alcanza la madurez reproductiva y existen tanto riesgos maternos, fetales y perinatales; mientras que socialmente en ocasiones los padres de la adolescente cambian de rol, para asumir la función de padres con los nietos y la madre termina desarrollándose como si fuera una hermana mayor, es imprescindible mencionar que estudios actuales revelan que las mujeres que se embarazaron durante la adolescencia y luego de 20 años después de haber sido madres, continúan recibiendo apoyo de su familia; en mayor medida que las mujeres que se embarazaron luego de los 24 años de edad, así mismo se ven frustrados los planes a futuro de la adolescente, con menor claridad y perciben la maternidad como una situación más difícil de sobrellevar.^(35,36)

7. CONCLUSIONES

Factores individuales

- 7.1 El idioma no es un factor condicionante para que suceda embarazo durante la adolescencia tanto en la población de adolescentes mayas como no mayas.
- 7.2 El estado civil actúa como factor condicionante de embarazo durante la adolescencia en el grupo de adolescentes mayas puesto que perciben el matrimonio y la maternidad como su única opción, apoyando fuertemente la maternidad temprana.
- 7.3 La menarquía es un factor que condiciona el embarazo en las adolescentes mayas y no mayas, ya que se manifiesta en promedio entre los 10 y 13 años de edad, conduciendo a las adolescentes a ser fértiles a edades más tempranas.
- 7.4 El promedio de inicio de vida sexual en las adolescentes embarazadas mayas fue entre los 14 y 16 años de edad, mientras que en el grupo de adolescentes no mayas el promedio de inicio de vida sexual se dio entre los 17 y 19 años de edad, esto es debido a que las adolescentes no mayas tienen mayor acceso a educación sobre salud reproductiva.
- 7.5 El factor que más influyó en las adolescentes mayas para iniciar su vida sexual fue el deseo de tener un hijo, mientras que en las adolescentes no mayas fue la curiosidad, esto es debido a la importancia de probar la fertilidad en las mujeres del grupo maya.
- 7.6 En lo referente a educación reproductiva las adolescentes embarazadas mayas, el 25% no tuvo acceso a información, mientras que la adolescente no maya el 94% tuvo acceso a esta información pero un 39% presentó fallas en la utilización del método anticonceptivo.
- 7.7 Las adolescentes embarazadas mayas obtuvieron información en salud reproductiva con sus padres, posiblemente errónea; mientras que la adolescente no maya obtuvo la información en la escuela o colegio.

- 7.8 La edad promedio en la cual quedó embarazada la adolescente, tanto del grupo maya, como el grupo no maya fue entre los 17 y 19 años de edad, seguida de los 14 y 16 años de edad, lo que muestra que la adolescencia media es la etapa crítica para que suceda un embarazo.
- 7.9 El promedio en cuanto al número de parejas sexuales tanto en la adolescente embarazada maya y no maya fue de una pareja, no encontrándose en este estudio que sea un factor que condiciona el embarazo durante la adolescencia.
- 7.10 La mitad de las adolescentes mayas planeó el embarazo, pero no utilizando métodos anticonceptivos, puesto que el 93% de ellas afirmó no utilizar métodos de planificación familiar previo a la gestación, mientras que en el grupo de adolescentes no mayas no planificaron el embarazo (64%), y se debió sobre todo a fallo del método anticonceptivo (39%).
- 7.11 El consumo de bebidas alcohólicas no fue un factor que condicionara el embarazo en el grupo de adolescentes mayas y no mayas, ya que 85% del grupo maya y 73% de no mayas, no consumían bebidas alcohólicas antes del embarazo.
- 7.12 El sentimiento que más prevaleció en las adolescentes tanto del grupo maya y no maya fue el de alegría, en estos adolescentes no existían sentimientos de tristeza, desesperanza, inseguridad e indiferencia, que pudieran propiciar una baja autoestima y ser esta la causa de su embarazo.

Factores Socioculturales

- 7.13 Tanto en el grupo de adolescentes mayas y no mayas, la elección de la pareja fue libremente (91% y 99%, respectivamente), lo cual no actúa como factor condicionante de embarazo.
- 7.14 La adolescente embarazada maya y no maya considera que la edad propicia para iniciar la vida sexual es entre los 20 y 24 años de edad, a pesar de esto la edad promedio en la que iniciaron las adolescentes mayas fue de 14 a 16 años (54%) y de 17 a 19 años las adolescentes no mayas (53%).

- 7.15 El 82% de las adolescentes mayas y 96% de las adolescentes no mayas, tenía una noción sobre los métodos de planificación familiar; a pesar de esto 66% de las adolescentes no mayas, no utilizaron ningún método de planificación.
- 7.16 En cuanto a la utilización de métodos de planificación tanto en el grupo de adolescentes mayas y no mayas, revelaron que la mayoría no utilizaban métodos previos al embarazo.
- 7.17 El ingreso económico influyó como factor condicionante para quedar embarazadas, en las adolescentes mayas previo a su embarazo vivían en extrema pobreza, mientras que las adolescentes no mayas se encontraba entre el grupo de pobreza (45%) y no pobreza (47%).

Factores familiares

- 7.18 En la mayoría de familias tanto de las adolescentes embarazadas mayas y no mayas, su familia estaba integrada por el padre y la madre.
- 7.19 En cuanto al antecedente de alcoholismo o consumo de otras sustancias, en familiares de la adolescente maya el 39% dijo que algún familiar consumía alcohol en comparación con 28% de adolescentes no mayas que refirieron que algún familiar consumía alcohol, observándose que en ambos grupos ninguna refirió que algún familiar consumieran otras sustancias como cocaína o marihuana.
- 7.20 Las adolescentes embarazadas mayas y no mayas refirieron tener una buena comunicación con sus padres previo al embarazo, por lo cual no se considera un factor condicionante para que se diera el embarazo.
- 7.21 La comunicación sobre aspectos de educación reproductiva, esta no se propicia entre padres e hijos, aunque se evidencia que en la población de adolescentes embarazadas mayas es aún menor el grado de comunicación sobre estos aspectos (73%) que en el grupo no maya (56%).

- 7.22 El antecedente familiar de madre, tía o hermana con embarazo durante la adolescencia, actúa como factor condicionante de embarazo para la adolescente ya que el 80% de las adolescentes mayas tenía algún familiar con antecedente de embarazo en la adolescencia y 66% de las del grupo no maya.

8. RECOMENDACIONES

8.1 Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

- 8.1.1 Enfocarse y dar prioridad a los programas de educación sobre métodos de planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual VIH- SIDA, además de dar las enseñanzas de tal forma que el adolescente logre entender la utilización y la manera correcta de ejecutar los métodos de planificación familiar, dándose de acuerdo al contexto de los adolescentes mayas y no mayas.
- 8.1.2 Efectuar actividades conjuntamente con el Ministerio de Educación, para fortalecer el conocimiento de la población en los temas de salud reproductiva.
- 8.1.3 Promover el uso de métodos de barrera, no únicamente para disminuir los embarazos durante la adolescencia, sino para disminuir el número de personas infectadas con VIH-SIDA.
- 8.1.4 Promover el uso de métodos de planificación familiar, al finalizar el embarazo que está cursando la adolescente, ya que con ello se disminuirá la prevalencia de embarazo durante la adolescencia.

8.2 Al Ministerio de Educación

- 8.2.1 Promover la educación sobre las consecuencias tanto físicas, psicológicas y sociales, que repercuten en la adolescente al quedar embarazadas.
- 8.2.2 Promover la educación en salud reproductiva enfocada en las edades respectivas tanto de niños, adolescentes y jóvenes.
- 8.2.3 Motivar a los estudiantes a no desertar de la escuela o colegio, haciéndoles ver que con educación tendrán mejores oportunidades, tanto laborales, como personales.

- 8.2.4 Promover la comunicación entre los padres e hijos, sobre aspectos de educación reproductiva generando un ambiente donde exista plena confianza y se rompa totalmente con tabús sociales, para poder dar las herramientas adecuadas a los adolescentes sobre las realidades de la sexualidad.
- 8.2.5 Implementar dentro de las escuelas y colegios, espacios recreacionales y organizar actividades para ayudar a los adolescentes a no caer en drogas o alcohol, disminuyendo así conductas de riesgo.
- 8.2.6 Promover programas educativos en escuelas y colegios sobre educación reproductiva, enfocado y de acuerdo a las respectivas edades de los adolescentes tanto mayas y no mayas.

8.3 Al área de Salud del departamento de Chimaltenango

- 8.3.1 Promover la realización de este estudio en las demás comunidades de Chimaltenango, con la ayuda de los estudiantes que realizan el ejercicio profesional supervisado, en cada una de las comunidades donde lo realicen, para poder contar con datos que se logren comparar con otros departamentos de la República de Guatemala.

9. APORTES

9.1 Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

9.1.1 Con la creación de una base de datos en la que se compararon adolescentes mayas y no mayas, se contribuyó con el enriquecimiento de la multiculturalidad, y aportando bases para el fortalecimiento de los programas de salud reproductiva.

9.2 Al Hospital San Juan de Dios y al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

9.2.1 El estudio proporciona una panorámica de la situación de la adolescente embarazada en nuestro país, y de los principales factores que la condicionan, con estos fundamentos se pueden reevaluar los programas implementados por estas instituciones, y a la vez una reestructuración en la atención de este grupo de riesgo.

9.3 Al área de Salud del departamento de Chimaltenango

9.3.1 Se estructuró de una base de datos de algunas de las comunidades del departamento de Chimaltenango, la cual puede ser utilizada para la expansión del estudio, y así realizarla a nivel departamental, de esta forma creando la conciencia y la reevaluación de los programas de salud reproductiva del Ministerio de Salud y Asistencia Social.

9.4 A la Universidad de San Carlos de Guatemala

9.4.1 Por medio de la difusión de este trabajo de tesis, se logró evaluar e identificar los principales factores que condicionan a las adolescentes para quedar embarazadas.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. V encuesta nacional de salud materno infantil 2008 – 2009. [en línea] Guatemala: INE. 2009. [accesado 13 Mar 2011]. Disponible en: http://www.ine.gob.gt/descargas/ENSMI/2008-2009/Informe_ENSMI2008_2009.pdf.
2. Guttmacher Institute. Datos sobre la salud sexual y reproductiva de la juventud guatemalteca. En Resumen [en línea] 2007; (1)8 [accesado 5 Abr 2011]; Disponible en: http://www.guttmacher.org/pubs/2008/07/02/fb_Guatemala.pdf
3. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa nacional de salud reproductiva [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2011 [accesado 5 Abr 2011]. Disponible en: http://portal.mspas.gob.gt/programa_nacional_de_salud_reproductiva.html
4. Family Health International. Alcanzando a los jóvenes indígenas con información y servicios de salud reproductiva [en línea]. Washington D.C.: FHI; 2006 [actualizado 13 de Mar 2007; accesado 9 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.fhi.org/en/youth/youthnet/publications/focus/infocus/indigenousinfoservp.htm> . revisado 13/3/2007
5. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La adolescencia, datos y cifras de Guatemala [en línea]. Nueva York: UNICEF; 2007 [actualizado 1 Mar 2007; accesado 27 Feb 2011]. Disponible en: http://www.unicef.org.gt/1_recursos_unicefgua/publicaciones.htm
6. Jimenez S. Embarazo en la adolescencia [en línea]. Guatemala: deguate.com; 2007 [actualizado 28 Dic 2008; accesado 10 Mar 2011]. Disponible en: http://www.degate.com/salud/article_11834.shtml
7. Issler J. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra VI Medicina [en línea] 2006 [accesado 10 Mar 2011]; 1(107):11-23. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html.

8. Barker G, Weir B. Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe tendencias: problemas y desafíos. Revista Desafíos [en línea] 2007 [accesado 11 Mar 2011]; 12(4):1-12. Disponible en: http://www.eclac.org/dds/noticias/desafios/1/27871/desafios_4_esp_Final.pdf
9. Aquiguatemala.net. Guatemala, tu suelo sagrado [en línea]. Guatemala: aquiguatemala.net; 2005 [accesado 5 Abr 2011]. Disponible en: <http://www.aquiguatemala.net/>
10. Jiménez S. Geografía de Guatemala: departamentos. [en línea] Guatemala: deguate.com; 2007 [actualizado 28 Dic 2008; accesado 10 Mar 2011]. Disponible en: http://www.deguate.com/artman/publish/geo_deptos/Datos_de_Chimaltenango_404.shtml
11. Guatemala. Coordinadora Nacional para la Reducción de Desastres. Plan de reconstrucción del departamento de Chimaltenango. [en línea] Guatemala: CONRED; 2007 [actualizado 28 Abr 2008; accesado 25 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.segeplan.gob.gt/stan/Reconst/ReconstChimaltenango.pdf>
12. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. InfoIGSS. [en línea] Guatemala: IGSS; 2011 [accesado 5 Abr 2011]. Disponible en: <http://www.igssgt.org>
13. Castillo F. Hospital General San Juan de Dios. [en línea] Guatemala: HGSJDD; 2011 [accesado 5 Abr 2011]. Disponible en: <http://www.hospitalsanjuandediosguatemala.com/guia.shtml>
14. Marín L. Las cuatro etnias dominantes en Guatemala: xinca, garífuna, mestiza y maya. Revista-EA. [en línea] 2010 [accesado 5 Abr 2011]; 13(3):1-4. Disponible en: <http://www.revista-ea.com/2010/07/las-cuatro-etnias-dominantes-en.html>

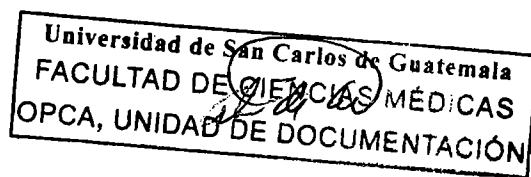
15. Grupo Internacional de Trabajo sobre asuntos Indígenas. Los pueblos indígenas de Guatemala. [en línea] Dinamarca: IWGIA; 2006 [accesado 5 Abr 2011]. Disponible en: <http://www.iwgia.org/sw30458.asp>
16. Wordpress.com. Etnias de Latinoamérica: los cakchiquel [en línea]. México: wordpress.com; 2008. [accesado 5 Abr 2011]. Disponible en: <http://elhuaracheviajero.wordpress.com/2008/11/30/los-cakchiquel/>
17. Family Health International. Alcanzando a los jóvenes indígenas con información y servicios de salud reproductiva [en línea]. Carolina del Norte: FHI; 2007. [revisado 13 Mar 2007; accesado 9 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.fhi.org/en/youth/youthnet/publications/focus/infocus/indigenousinfoservs.p.htm> . revisado 13/3/2007
18. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Tendencias: problemas y desafíos. Revista Desafíos [en línea] 2007 [accesado 11 Mar 2011]; 12(4)1-12. Disponible en: http://www.eclac.org/dds/noticias/desafios/1/27871/desafios_4_esp_Final.pdf
19. Silva J. Determinantes claves para embarazos no deseados en Ciudad Bolívar. Bogotá Colombia: PAHO; 2007.
20. Zelaya E. Teenage sexuality and reproduction in Nicaragua. Suecia: Umeå Sweden; 2006.
21. Guttmacher Institute. Maternidad temprana en Guatemala: un desafío constante. En Resumen [en línea] 2006 [accesado 10 Mar 2011]; (5)12 Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/2006/11/09/rib-Guatemala.pdf>
22. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes en América Latina y el Caribe. Washington D.C.: OPS; 2008.
23. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Niños, niñas y adolescentes indígenas exigen en Madrid el cumplimiento de sus derechos. [en línea]. España:

UNICEF; 2005 [actualizado 13 Mar 2007; accesado 9 Mar 2011]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/media/media_27607.html. revisado 13/3/2007

24. Ojanguren S. Embarazo juvenil, asunto en aumento. Diario El Siglo del Torreón [en línea]. México: sección de salud; 7 Nov 2008 [accesado 10 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/391315.embarazo-juvenil-asunto-en-aumento.html>
25. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. Revista Pediatría Electrónica [en línea] 2008 [accesado 10 Mar 2011]; 5(1):42-48 Disponible en: http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf
26. Rangel J, Valcristo L, Patiño J. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Revista de la Facultad de Medicina UNAM. 2008; 47:24-27.
27. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. A league table of teenage births in rich nations [en línea]. Nueva York: UNICEF; 2008 [accesado 10 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.unicef-irc.org/publications/328>
28. Pregnancy-Info.net. Estadísticas sobre embarazo adolescente [en línea]. España: pregnancy-Info.net; 2009 [accesado 18 Mar 2011]. Disponible en: http://espanol.pregnancy-info.net/estadisticas_de_embarazos_adolescentes.html
29. Women's International Network. Early marriage and motherhood in Saharan Africa [en línea]. Inglaterra: WIN; 2005 [accesado 18 Mar 2011]. http://findarticles.com/p/articles/mi_m2872/is_1_26/ai_62793785/
30. Collins B. World bank atlas of the millennium development goals: reproductive health. [en línea]. Washington: Banco mundial; 2007 [actualizado 13 Mar 2010; accesado 18 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.app.collinsindicate.com/mdg/en/>

31. Luna M. Prevalencia de embarazos en adolescentes escolares en la ciudad de Cartagena. *Revista de Ciencias Biomédicas (Colombia)*. 2010; 1(2):12-14.
32. Colomer J. Prevención de embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual en adolescentes. [en línea]. Colombia: AEPAP; 2003. [accesado 18 Mar 2011]. Disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_endits.pdf
33. Fernández L, Carro Puig E, Osés Ferrera D, Pérez Piñero J. Caracterización de la gestante adolescente. *RCOG* [en línea] 2004 [actualizado 25 Nov 2005; accesado 13 Mar 2011]; 30(2):30-34. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_2_04/gin02204.htm. revisado 13/3/11
34. Salazar B, Álvarez E, Maestre L, León D, Pérez O. Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del embarazo precoz y su influencia en la vida de la adolescente. *MEDISAN* [en línea] 2006 [accesado 12 Mar 2011] 10(3):13-14. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_03_06/san07306.htm
35. Ulanowicz M, Parra K, Wendler G, Monzón T. Riesgos en el embarazo adolescente. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina* 2006; (153): 13-17.
36. Jiménez S. Embarazo en la adolescencia [en línea]. Guatemala: 2007 [actualizado 13 Mar 2010; accesado 10 Mar 2011]. Disponible en: http://www.dequate.com/salud/article_11834.shtml> Guatemala año 2007, revisado el 10 de Marzo, 2011
37. Mora J, Barajas E, Tapia R, León M, González E, Lomelin G, et al. Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes [en línea]. 2 ed. México: Secretaría de Salud; 2005. [accesado 18 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7201.pdf>
38. Congreso de la Republica de Guatemala. Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar e integración en el programa nacional de salud reproductiva. Decreto número 87-2005. 8 Nov 2005.

39. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Prevenir con educación [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2011 [accesado 5 Abr 2011]. Disponible en: http://portal.mspas.gob.gt/index.php?ID=6128&action=display&ID_BOLETIN=267
40. ----- . Programa paternidad y maternidad responsable [en línea]. Guatemala: MSPAS 2011 [accesado 5 Abr 2011]. Disponible: http://portal.mspas.gob.gt/paternidad_y_maternidad_responsable.html
41. Organización de las Naciones Unidas. Declaración universal de los Derechos Humanos. Artículo 21. Dic 1948.



11. ANEXOS

Cuadro 11.1

Distribución según idioma predominante en la población de adolescentes embarazadas mayas, en las comunidades de San Jacinto, San José Calderas, Parramos, Chimachoy del departamento de Chimaltenango y adolescentes embarazadas no mayas en la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en Guatemala, junio de 2011

	Mayas		No Mayas	
Idioma	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Idioma Maya	1	1	0	0
Castellano	54	59	210	99.5
Ambos	37	40	1	0.5
Total	92	100	211	100

Fuente: Base de datos de encuestas de factores que condicionan el embarazo durante la adolescencia en el grupo maya y no maya, durante mayo - junio 2011.

Cuadro 11.2

Distribución según estado civil previo al embarazo, en la población de adolescentes embarazadas mayas, en las comunidades de San Jacinto, San José Calderas, Parramos, Chimachoy del departamento de Chimaltenango y adolescentes embarazadas no mayas, en la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en Guatemala, junio de 2011

	Mayas		No Maya	
Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	23	25	116	55
Casada	40	43	38	18
Unida	29	32	57	27
Divorciada	0	0	0	0
Viuda	0	0	0	0
Total	92	100	211	100

Fuente: Base de datos de encuestas de factores que condicionan el embarazo durante la adolescencia en el grupo maya y no maya, durante mayo - junio 2011.

Cuadro 11.3

Distribución según nivel de escolaridad alcanzado en la población de adolescentes embarazadas mayas, en las comunidades de San Jacinto, San José Calderas, Parramos, Chimachoy del departamento de Chimaltenango y adolescentes embarazadas no mayas, en la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en Guatemala, junio 2011

Escolaridad	Maya		No Maya	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	20	22	5	2
Primaria	62	67	48	23
Secundaria	10	11	101	48
Diversificado	0	0	56	27
Universitario	0	0	1	0
Total	92	100	211	100

Fuente: Base de datos de encuestas de factores que condicionan el embarazo durante la adolescencia en el grupo maya y no maya, durante mayo - junio 2011.

Cuadro 11.4

Distribución según la edad de presentación de la menarquía en la población de adolescentes embarazadas mayas, en las comunidades de San Jacinto, San José Calderas, Parramos, Chimachoy del departamento de Chimaltenango y adolescentes embarazadas no mayas, en la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en Guatemala, junio 2011

Rango Edad	Maya		No Maya	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
< 10 a	0	0	9	4
10 – 13 a	66	72	164	78
14 – 16 a	26	28	38	18
>16 a	0	0	0	0
Total	92	100	211	100

Fuente: Base de datos de encuestas de factores que condicionan el embarazo durante la adolescencia en el grupo maya y no maya, durante mayo - junio 2011.

Cuadro 11.5

Distribución según la edad de inicio de vida sexual en la población de adolescentes embarazadas mayas, en las comunidades de San Jacinto, San José Calderas, Parramos, Chimachoy del departamento de Chimaltenango y adolescentes embarazadas no mayas, en la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en Guatemala, junio 2011

Rango de Edad	Mayas		No Mayas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
10 – 13 a	0	0	3	1
14 -16 a	50	54	97	46
17 – 19 a	42	46	111	53
Total	92	100	211	100

Fuente: Base de datos de encuestas de factores que condicionan el embarazo durante la adolescencia en el grupo maya y no maya, durante mayo - junio 2011.

Cuadro 11.6

Distribución según factores que influyeron en el inicio de vida sexual en la población de adolescentes embarazadas mayas, en las comunidades de San Jacinto, San José Calderas, Parramos, Chimachoy del departamento de Chimaltenango y adolescentes embarazadas no mayas, en la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en Guatemala, junio 2011

Factores	Mayas		No mayas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Curiosidad	19	21	83	39
Insistencia de pareja	15	16	42	20
Deseo de abandonar el hogar	15	16	25	12
Deseo de tener hijos	34	38	44	21
Desintegración Familiar	3	3	13	6
Problemas económicos	6	6	4	2
Total	92	100	211	100

Fuente: Base de datos de encuestas de factores que condicionan el embarazo durante la adolescencia en el grupo maya y no maya, durante mayo - junio 2011.

Cuadro 11.7

Distribución según información obtenida sobre educación sexual previo al embarazo en la población de adolescentes embarazadas mayas en las comunidades de San Jacinto, San José Calderas, Parramos, Chimachoy del departamento de Chimaltenango y adolescentes embarazadas no mayas, en la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en Guatemala, junio 2011

Temas	Mayas		No mayas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Desarrollo Sexual	16	17	49	23
Métodos Anticonceptivos	18	20	65	31
Embarazo	23	25	46	22
ETS	12	13	38	18
Ninguno	23	25	13	6
Total	92	100	211	100

Fuente: Base de datos de encuestas de factores que condicionan el embarazo durante la adolescencia en el grupo maya y no maya, durante mayo - junio 2011.

Cuadro 11.8

Distribución según la fuente donde obtuvo información sobre reproducción sexual, en la población de adolescentes embarazadas mayas en las comunidades de San Jacinto, San José Calderas, Parramos, Chimachoy del departamento de Chimaltenango, y adolescentes embarazadas no mayas, en la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en Guatemala, junio 2011

Fuentes de información	Mayas		No mayas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Televisión	6	6	16	8
Internet	0	0	16	8
Amigos	8	9	23	11
Padres	26	28	53	25
Hermanos	7	8	12	6
Escuela	20	22	87	41
MSPAS / PS	25	27	4	2
Total	92	100	211	100

Fuente: Base de datos de encuestas de factores que condicionan el embarazo durante la adolescencia en el grupo maya y no maya, durante mayo - junio 2011.

Cuadro 11.9

Distribución según edad promedio al quedar embarazada en la población de adolescentes mayas en las comunidades de San Jacinto, San José Calderas, Parramos, Chimachoy del Departamento de Chimaltenango, y adolescentes no mayas, en la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en Guatemala, junio 2011

Rango de edad	Mayas		No Mayas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
10 – 13 a	1	1	0	0
14 – 16 a	29	32	68	32
17 – 19 a	62	67	143	68
Total	92	100	211	100

Fuente: Base de datos de encuestas de factores que condicionan el embarazo durante la adolescencia en el grupo maya y no maya, durante mayo - junio 2011.

Cuadro 11.10

Distribución según número de parejas sexuales previo a la concepción, en la población de adolescentes embarazadas mayas en las comunidades de San Jacinto, San José Calderas, Parramos, Chimachoy del departamento de Chimaltenango y adolescentes embarazadas no mayas, en la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en Guatemala, junio 2011

No. Parejas	Mayas		No Mayas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Uno	89	97	182	86
Dos	3	3	28	13
Tres	0	0	1	1
Cuatro o mas	0	0	0	0
Total	92	100	211	100

Fuente: Base de datos de encuestas de factores que condicionan el embarazo durante la adolescencia en el grupo maya y no maya, durante mayo - junio 2011.

Cuadro 11.11

Distribución según embarazo planeado o no planeado, en la población de adolescentes embarazadas mayas en las comunidades de San Jacinto, San José Calderas, Parramos, Chimachoy del departamento de Chimaltenango, y adolescentes embarazadas no mayas, en la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en Guatemala, junio 2011

Respuesta	Mayas		No Mayas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	46	50	75	36
No	46	50	136	64
Total	92	100	211	100

Fuente: Base de datos de encuestas de factores que condicionan el embarazo durante la adolescencia en el grupo maya y no maya, durante mayo - junio 2011.

Cuadro 11.12

Distribución según factores que influyeron para embarazarse en la población de adolescentes embarazadas mayas, en las comunidades de San Jacinto, San José Calderas, Parramos, Chimachoy del departamento de Chimaltenango y adolescentes embarazadas no mayas, en la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en Guatemala, junio 2011

Factores	Mayas		No mayas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Insistencia de Pareja	16	18	36	17
Desintegración familiar	0	0	20	9
Problemas Económicos	6	6	4	2
Desconocimiento de métodos	55	60	69	33
Fallo de método	15	16	82	39
Total	92	100	211	100

Fuente: Base de datos de encuestas de factores que condicionan el embarazo durante la adolescencia en el grupo maya y no maya, durante mayo - junio 2011.

Cuadro 11.13

Distribución según consumo de bebidas alcohólicas de la adolescente o su pareja, previo a su embarazo en la población maya en las comunidades de San Jacinto, San José Calderas, Parramos, Chimachoy del departamento de Chimaltenango y grupo no maya, en la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en Guatemala, junio 2011

Personas con consumo de alcohol	Mayas		No Mayas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	78	85	153	73
Usted	0	0	0	0
Su pareja	13	14	44	21
Ambos	1	1	14	7
Total	92	100	211	100

Fuente: Base de datos de encuestas de factores que condicionan el embarazo durante la adolescencia en el grupo maya y no maya, durante mayo - junio 2011.

Cuadro 11.14

Distribución según sentimientos que prevalecían en la adolescente previo a la concepción, en la población de adolescentes embarazadas mayas en las comunidades de San Jacinto, San José Calderas, Parramos, Chimachoy del departamento de Chimaltenango y adolescentes embarazadas no mayas, en la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en Guatemala, junio 2011

Sentimiento	Mayas		No mayas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Tristeza	15	16	25	12
Alegría	42	46	98	46
Inseguridad	14	15	42	20
Indiferencia ante el futuro	11	12	29	14
Segura de sí misma	10	11	17	8
Total	92	100	211	100

Fuente: Base de datos de encuestas de factores que condicionan el embarazo durante la adolescencia en el grupo maya y no maya, durante mayo - junio 2011.

Cuadro 11.15

Distribución según elección de pareja libremente o no, en la población de adolescentes embarazadas mayas, en las comunidades de San Jacinto, San José Calderas, Parramos, Chimachoy del departamento de Chimaltenango y adolescentes embarazadas no mayas, en la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en Guatemala, junio 2011

Respuesta	Mayas		No Mayas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	84	91	209	99
No	8	9	2	1
Total	92	100	211	100

Fuente: Base de datos de encuestas de factores que condicionan el embarazo durante la adolescencia en el grupo maya y no maya, durante mayo - junio 2011.

Cuadro 11.16

Distribución según consideraban la edad ideal para iniciar la vida sexual, las adolescentes embarazadas mayas, en las comunidades de San Jacinto, San José Calderas, Parramos, Chimachoy del departamento de Chimaltenango y adolescentes embarazadas no mayas, en la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en Guatemala, junio 2011

Rango de edad	Maya		No Maya	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
10 – 14 ^a	0	0	0	0
15 – 19 ^a	35	38	69	33
20– 24 a	49	53	118	56
>24 a	8	9	24	11
Total	92	100	211	100

Fuente: Base de datos de encuestas de factores que condicionan el embarazo durante la adolescencia en el grupo maya y no maya, durante mayo - junio 2011.

Cuadro 11.17

Distribución según noción de métodos de planificación familiar previo a su embarazo en la población de adolescentes embarazadas mayas, en las comunidades de San Jacinto, San José Calderas, Parramos, Chimachoy del departamento de Chimaltenango y adolescentes embarazadas no mayas, en la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en Guatemala, junio 2011

Métodos Anticonceptivos	Mayas		No mayas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Condón Masculino	17	19	54	26
Condón Femenino	5	5	25	12
Píldora	16	17	42	20
Inyección Mensual	12	13	32	15
Inyección Trimestral	16	17	34	16
Collar	7	8	8	4
Coito Interrumpido	3	3	8	4
No	16	18	8	4
Total	92	100	211	100

Fuente: Base de datos de encuestas de factores que condicionan el embarazo durante la adolescencia en el grupo maya y no maya, durante mayo - junio 2011.

Cuadro 11.18

Distribución según utilización de método anticonceptivo previo a la gestación, en la población de adolescentes embarazadas mayas, en las comunidades de San Jacinto, San José Calderas, Parramos, Chimachoy del departamento de Chimaltenango y adolescentes embarazadas no mayas, en la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en Guatemala, junio 2011

Respuesta	Mayas		No Mayas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	7	72	34
No	86	93	139	66
Total	92	100	211	100

Fuente: Base de datos de encuestas de factores que condicionan el embarazo durante la adolescencia en el grupo maya y no maya, durante mayo - junio 2011.

Cuadro 11.19

Distribución según la percepción de que el embarazo es responsabilidad exclusiva de la mujer, en la población de adolescentes embarazadas mayas, en las comunidades de San Jacinto, San José Calderas, Parramos, Chimachoy del departamento de Chimaltenango y adolescentes embarazadas no mayas en la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en Guatemala, junio 2011

	Mayas		No Mayas	
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	23	25	19	9
No	69	75	192	91
Total	92	100	211	100

Fuente: Base de datos de encuestas de factores que condicionan el embarazo durante la adolescencia en el grupo maya y no maya, durante mayo - junio 2011.

Cuadro 11.20

Distribución según el ingreso económico mensual tal y como lo clasifica el INE, catalogando a la adolescente en pobreza extrema, pobreza y no pobre, previo al embarazo, en las comunidades de San Jacinto, San José Calderas, Parramos, Chimachoy del departamento de Chimaltenango y en la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en Guatemala, junio 2011

	Mayas		No Mayas	
Niveles	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Pobreza Extrema	47	51	17	8
Pobreza	36	39	94	45
No Pobreza	9	10	100	47
Total	92	100	211	100

Fuente: Base de datos de encuestas de factores que condicionan el embarazo durante la adolescencia en el grupo maya y no maya, durante mayo - junio 2011.

Cuadro 11.21

Distribución según si tenía o no, una buena comunicación sus padres previo al embarazo, en la población de adolescentes embarazadas mayas en las comunidades de San Jacinto, San José Calderas, Parramos, Chimachoy del departamento de Chimaltenango, y adolescentes embarazadas no mayas, en la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en Guatemala, junio 2011

Respuesta	Mayas		No Mayas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	59	64	136	64
No	33	36	75	36
Total	92	100	211	100

Fuente: Base de datos de encuestas de factores que condicionan el embarazo durante la adolescencia en el grupo maya y no maya, durante mayo - junio 2011.

Cuadro 11.22

Distribución según integración de la familia, en la población de adolescentes embarazadas mayas en las comunidades de San Jacinto, San José Calderas, Parramos, Chimachoy del departamento de Chimaltenango y adolescentes embarazadas no mayas, en la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en Guatemala, junio 2011

Integrada	Mayas		No Mayas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Madre y Padre	64	70	144	68
Madre	22	24	60	28
Padre	6	7	7	3
Ninguno	0	0	0	0
Total	92	100	211	100

Fuente: Base de datos de encuestas de factores que condicionan el embarazo durante la adolescencia en el grupo maya y no maya, durante mayo - junio 2011.

Cuadro 11.23

Distribución según la calidad de comunicación y relación con los padres, en la población de adolescentes embarazadas mayas en las comunidades de San Jacinto, San José Calderas, Parramos, Chimachoy del departamento de Chimaltenango y adolescentes embarazadas no mayas, en la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en Guatemala, junio 2011

Comunicación	Mayas		No Mayas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Buena	54	59	95	45
Regular	24	26	93	44
Mala	14	15	23	11
Total	92	100	211	100

Fuente: Base de datos de encuestas de factores que condicionan el embarazo durante la adolescencia en el grupo maya y no maya, durante mayo - junio 2011.

Cuadro 5.24

Distribución según el consumo de alcohol y otras sustancias en los miembros de familia, de las adolescentes embarazadas mayas, en las comunidades de San Jacinto, San José Calderas, Parramos, Chimachoy del departamento de Chimaltenango y las adolescentes embarazadas no mayas, en la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en Guatemala, junio 2011

Sustancias	Mayas		No Mayas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Alcohol	36	39	60	28
Marihuana	0	0	0	0
Cocaína	0	0	6	3
Ninguna	56	61	145	69
Total	92	100	211	100

Fuente: Base de datos de encuestas de factores que condicionan el embarazo durante la adolescencia en el grupo maya y no maya, durante mayo - junio 2011.

Cuadro 11.25

Distribución sobre si los padres conversaban acerca de aspectos de educación reproductiva con las adolescentes embarazadas mayas en las comunidades de San Jacinto, San José Calderas, Parramos, Chimachoy del departamento de Chimaltenango y con las adolescentes embarazadas no mayas, en la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en Guatemala, junio 2011

	Mayas		No Mayas	
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	25	27	93	44
No	67	73	118	56
Total	92	100	211	100

Fuente: Base de datos de encuestas de factores que condicionan el embarazo durante la adolescencia en el grupo maya y no maya, durante mayo - junio 2011.

Cuadro 11.26

Distribución según el antecedente de embarazo en la adolescencia en algún miembro de la familia, en la población de adolescentes embarazadas mayas en las comunidades de San Jacinto, San José Calderas, Parramos, Chimachoy del departamento de Chimaltenango y adolescentes embarazadas no mayas, en la consulta externa de obstetricia del Hospital General San Juan de Dios e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en Guatemala, junio 2011

	Mayas		No mayas	
Miembro de la familia	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Madre	34	36	61	29
Hermanas	29	32	51	24
Tías	11	12	27	13
Ninguno	18	20	72	34
Total	92	100	211	100

Fuente: Base de datos de encuestas de factores que condicionan el embarazo durante la adolescencia en el grupo maya y no maya, durante mayo – junio 2011.

11.27 BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“FACTORES QUE CONDICIONAN EL EMBARAZO DURANTE LA ADOLESCENCIA EN EL GRUPO MAYA Y NO MAYA”

Fecha de encuesta: _____

Hospital: _____ Departamento (Comunidad): _____

Factores Individuales

Etnia: Maya () No maya ()

1. ¿Qué idioma habla?

Idioma maya () Castellano () Ambos ()

2. Estado civil previo al embarazo:

Soltera () Casada () Unida () Divorciada () Viuda ()

3. Escolaridad

Analfabeta () Primaria () Secundaria () Diversificado () Universitario ()

4. ¿A qué edad tuvo su primera menstruación?

Menor de 10 años () 10- 13 () 14- 16 () mayor de 16 años ()

5. ¿A qué edad inició sus relaciones sexuales?

10 – 13 años () 14 – 16 años () 17 – 19 años ()

6. ¿Qué factor influyó en el inicio de su vida sexual?

Curiosidad () Insistencia de su pareja () Deseo de dejar su hogar ()

Deseo de tener un hijo () Desintegración familiar () Problemas económicos ()

7. Previo al embarazo obtuvo información sobre:

Desarrollo sexual () Métodos anticonceptivos () Embarazo ()

Enfermedades de transmisión sexual () No tuvo acceso a información ()

8. ¿En donde obtuvo información sobre reproducción sexual?
Televisión () Internet () Amigos () Padres () Hermanos/as ()
Escuela o colegio () Programas del MSPAS en Puesto de Salud ()
9. ¿Qué edad tenía usted cuando quedó embarazada?
10-13 años () 14 -16 años () 17-19 años ()
10. ¿Número de parejas sexuales previo a la concepción?
1 () 2() 3 () 4 o más ()
11. ¿El embarazo durante la adolescencia fue planeado?
Si () No ()
12. Si usted contesto NO a la pregunta anterior indique cual fue el factor que influyo a que sucediera el embarazo:
Insistencia de su pareja ()
Desintegración familiar ()
Problemas económicos ()
Desconocimiento de métodos anticonceptivos ()
Fallo del método anticonceptivo ()
13. ¿Consumió usted o su pareja, con frecuencia bebidas alcohólicas previo a su embarazo?
Ninguno () Solamente usted () Solamente su pareja () Ambos ()
14. ¿Qué sentimiento prevalecía en usted antes de quedar embarazada?
Tristeza () Alegría () Inseguridad () Indiferencia ante su futuro ()
Seguridad en sí misma ()

Factores Socioculturales

15. ¿Usted eligió libremente a su pareja sexual?
Si () No ()

16. ¿Cuál considera usted que es la edad ideal para iniciar la vida sexual?
10 – 15 años () 16-20 años () 21- 25 () mayores de 25 años ()
17. ¿Había escuchado sobre alguno de los siguientes métodos de planificación familiar previó a su embarazo?
Condón masculino () Condón femenino () Píldoras () Inyección mensual ()
Inyección trimestral () Método del collar () Coito interrumpido () No ()
18. ¿Utilizo algún método de planificación familiar antes de quedar embarazada?
Si () No ()
19. ¿Cree que el embarazo es una responsabilidad exclusiva de la mujer?
Si () No ()
20. ¿Cuánto es su ingreso económico mensual?
Mas de Q.5000 () Q. 3000 a 5000 () Menos de 3000 ()

Factores Familiares

21. ¿Tenía buena comunicación con sus padres antes del embarazo?
Si () No ()
22. Su familia está integrada por:
Madre y padre () Solo madre () Solo padre () No tiene padres ()
23. ¿Cómo consideraba usted la relación y comunicación con sus padres?
Buena () Regular () Mala()
24. ¿Alguno de los miembros de su familia consume alguna de las siguientes sustancias?
Alcohol () Marihuana () Cocaína () Ninguna ()
25. ¿Conversaba con sus padres sobre aspectos sobre educación reproductiva?
Si () No ()
26. Algún miembro de su familia tiene antecedente de embarazo en la adolescencia?
Madre () hermana(s) () Tías () ninguno ()

11.28 CONSENTIMIENTO INFORMADO

FACTORES QUE CONDICIONAN EL EMBARAZO DURANTE LA ADOLESCENCIA EN EL GRUPO MAYA Y NO MAYA

MAYO - JUNIO 2011

La Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, a través de los estudiantes previo a obtener el título de médico y cirujano, están estudiando los factores que condicionan el embarazo en la adolescencia en el grupo maya y no maya, por lo que a continuación informo el motivo de nuestra visita.

El embarazo en la adolescencia es aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente (10 a 19 años). Este se encuentra determinado por diversos factores personales, familiares y comunitarios.

El estudio se basa en una encuesta, con preguntas directas, personales, que tienen carácter confidencial y en ningún momento se darán a conocer las respuestas ni los nombres de los encuestados, y en ningún momento su hogar, ni usted serán sometidos a ningún procedimiento medico que involucre la obtención de muestras para análisis de laboratorio.

Por la participación en el estudio, no podemos compensarlo económicamente, sin embargo el beneficio de su participación es que ayudara a describir la situación de los adolescentes y sus condiciones en Guatemala, y así las entidades e instituciones civiles y gubernamentales correspondientes, podrán tomar las medidas pertinentes para mejorarla.

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizaran preguntas, la duración de la entrevista es de aproximadamente 20 minutos. Antes de decidir su participación en este estudio debe de comprender que tiene la libertad de preguntar cualquier duda que tenga, si decide participar, puede retirarse en el momento que lo desee sin necesidad de dar explicación alguna.

El estudio es coordinado por la Unidad de Trabajos de Graduación del Centro de Investigación de las Ciencias de la Salud, de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si usted desea obtener mayor información respecto al estudio puede comunicarse con: Dr. García, Facultad de Ciencias medicas, Centro Universitario Metropolitano, 9ª. Avenida 9-45 zona 11, Guatemala, Ciudad, Teléfono 24187459, 24851927.

**FACTORES QUE CONDICIONAN EL EMBARAZO DURANTE LA ADOLESCENCIA
EN EL GRUPO MAYA Y NO MAYA**

MAYO – JUNIO 2011

Yo _____ estoy enterada del estudio en el que voy a participar el cual consiste en una encuesta sobre embarazo en la adolescencia, que está siendo realizada por estudiantes de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a obtener el Título de Medico y Cirujano, dicho estudio está dirigido por Dr. García a quien se puede localizar en la Facultad de Ciencias Medicas, Centro Universitario Metropolitano, 9ª. Avenida 9-45 zona 11, Guatemala, Ciudad y al teléfono 24187459, telefax 24851927. Entiendo que mi nombre no será divulgado, que podre retirarme del estudio sin ninguna consecuencia en la atención que podría recibir de los servicios de salud, también que los resultados del estudio serán confidenciales y de beneficio para mi comunidad y el país.

Firma de la participante _____

Huella digital (si ignora escribir la participante)_____

Firma del investigador _____ Fecha _____