

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZO
NO DESEADO EN MUJERES ADOLESCENTES**

Estudio descriptivo realizado en mujeres adolescentes de 10 a 19 años con embarazo no deseado que consultaron para control prenatal los hospitales: General San Juan de Dios, Guatemala, Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social - IGSS - y Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala

noviembre - diciembre 2012

TESIS

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

POR

**Alejandro José Aguilar Orellana
Carmen María Barrientos Gómez
Myrna Angelica Waleska Rodriguez Lavagnino**

Médico y Cirujano

Guatemala, abril de 2013



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

Los estudiantes:

1. Alejandro José Aguilar Orellana 200710456
2. Carmen María Barrientos Gómez 200710463
3. Myrna Angelica Waleska Rodriguez Lavagnino 200610071

ha 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 DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZO NO DESEADO EN MUJERES ADOLESCENTES”

Estudio descriptivo realizado en mujeres adolescentes de 10 a 19 años con embarazo no deseado que consultaron para control prenatal los hospitales: General San Juan de Dios, Guatemala, Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- y Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala

noviembre - diciembre 2012

Trabajo asesorado por el Dr. Jorge David Alvarado Andrade y revisado por el Dr. Miguel Ángel García, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, veinte de marzo del dos mil trece

DR. JESÚS ARNULFO OLIVA LEA
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:

1. Alejandro José Aguilar Orellana 200710456
2. Carmen María Barrientos Gómez 200710463
3. Myrna Angelica Waleska Rodriguez Lavagnino 200610071

han presentado el trabajo de graduación titulado:

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZO
NO DESEADO EN MUJERES ADOLESCENTES”**

Estudio descriptivo realizado en mujeres adolescentes de 10 a 19 años con embarazo no deseado que consultaron para control prenatal los hospitales: General San Juan de Dios, Guatemala, Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- y Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala

noviembre - diciembre 2012

El cual ha sido revisado, corregido y autorizado y, al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se le autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, veinte de marzo del dos mil trece.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Dr. Edgar de León Barillas
Coordinador



Guatemala abril 2013

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

Dr. De León:

Le informo que los estudiantes abajo firmantes

Alejandro José Aguilar Orellana

- Carmen María Barrientos Gómez

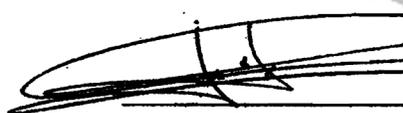
Myrna Angelica Waleska Rodriguez Lavagnino

Presentaron el informe final de trabajo de graduación titulado:

"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZO NO DESEADO EN MUJERES ADOLESCENTES "

ESTUDIO DESCRIPTIVO REALIZADO EN MUJERES ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS CON EMBARAZO NO DESEADO QUE CONSULTARON PARA CONTROL PRENATAL AL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, DE GUATEMALA, DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, IGSS Y NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA
NOVIEMBRE- DICIEMBRE 2012

Del cual como asesor 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.


Dr. Jorge D. Alvarado
PROGRAMA DE INVESTIGACION
IGSS-USAC

Asesor
Firma y Sello


Revisor
Firma y Sello

Dr. Miguel Ángel García García
Ginecología y Obstetricia
Colegiado No. 6,007

Registro personal: 930570

RESUMEN

Objetivo: Describir la prevalencia de factores de riesgo asociados a embarazo no deseado en mujeres adolescentes de 10 a 19 años en el Hospital de Ginecología y Obstetricia Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Ciudad de Guatemala, Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala y Hospital General San Juan de Dios, Ciudad de Guatemala durante el periodo de noviembre-diciembre del 2012. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal en donde se realizaron 462 entrevistas. **Resultados:** 62% refirió no desear el embarazo, en este grupo se encontró que el 72% procedía de algún departamento, 66% profesaba la religión católica, 55% poseía un bajo nivel de escolaridad, 47% pertenecía a un estrato socioeconómico bajo, así como 62% provenía de una familia desintegrada, 68% no poseía una adecuada educación sexual, 62% no utilizó método anticonceptivo, 6% informó haber sufrido violación sexual **Conclusiones:** Como característica entre las adolescentes el 72% era de procedencia departamental y 66% profesaba la religión católica. Se cuantificó que 55% de las encuestadas presentaban baja escolaridad; 68% presentaban falta de educación sexual, 42% pertenecían a un nivel socio económico bajo, 62% pertenecían a un hogar desintegrado. Se cuantificó un 62% de embarazos no deseados por falta de uso de métodos anticonceptivos. 62% de los embarazos fue no deseado y 6% de las adolescentes informó cursar con un embarazo no deseado secundario a violación sexual. El estudio proporciona una visión general sobre la situación de la adolescente embarazada en nuestro país, mostrando la cantidad de mujeres adolescentes con embarazo no deseado, las características que comparten y las deficiencias en diversos ámbitos de su formación que las llevaron a esta situación.

Palabras claves: factores de riesgo, adolescentes, embarazo no deseado.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	5
2.1 Objetivo General	5
2.2 Objetivos Específicos	5
3. MARCO TEÓRICO	7
3.1 Contextualización del área de estudio	7
3.1.1 Hospital General San Juan de Dios Ciudad de Guatemala	7
3.1.2 Hospital Nacional Pedro de Bethancourt Antigua Guatemala	7
3.1.3 Hospital de Gineco- Obstetricia IGSS Ciudad de Guatemala	8
3.2 Adolescencia	10
3.3 Magnitud actual y tendencias en embarazos de adolescentes	10
3.4 Embarazo en la adolescencia	11
3.4.1 Factores predisponentes	13
3.4.2 Factores determinantes	14
3.5 Aspectos psicosociales del embarazo en las adolescentes	14
3.6 Actitudes hacia la maternidad	15
3.7 Consecuencias de la maternidad adolescente	16
3.7.1 consecuencias para la adolescente	17
3.7.2 consecuencias para el hijo de la madre adolescente	17
3.8 Enfoque de riesgo para la atención de la adolescente embarazada	18
3.9 Etnia	20
3.10 Escolaridad	20
3.11 Nivel Socioeconómico	21
3.12 Educación Sexual	22
3.13 Religión	23
3.14 Integración Familiar	24
3.15 Anticoncepción	25
3.16 Violación Sexual	26
4. POBLACIÓN Y MÉTODOS	29
4.1 Tipo y diseño de la investigación	29
4.2 Unidad de análisis	29
4.3 Población y muestra	29
4.3.1 Población	29
4.3.2 Muestra	30
4.4 Selección de los sujetos de estudio	30
4.4.1 Criterios de Inclusión	30
4.4.2 Criterios de exclusión	30
4.5 Definición y medición de las variables	31

4.5.1 Variables a estudiar	31
4.5.2 Definición conceptual	31
4.5.3 Definición operacional	31
4.5.4 Tipo de variable	31
4.5.5 Escala de medición	31
4.5.6 Instrumento (s)	31
4.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos	35
4.7 Procesamiento y análisis de datos	37
4.8 Alcances y límites de la investigación	38
4.9 Aspectos éticos de la investigación	39
5. RESULTADOS	41
6. DISCUSIÓN	45
7. CONCLUSIONES	53
8. RECOMENDACIONES	55
9. APORTES	57
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
11. ANEXOS	59

1. INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente en Guatemala es reconocido como uno de los problemas más relevantes dentro del contexto de salud materna; este problema cobra cada día más importancia por cuanto tiende a agravarse en proporción directa al crecimiento poblacional y además por sus efectos negativos tanto para las madres jóvenes como para sus hijos, su familia y sociedad.(1)

En países en desarrollo como el nuestro, el embarazo no deseado en adolescentes repercute con el desarrollo del mismo, ya que se da con mayor frecuencia entre las jóvenes de familias pobres, tiende a reproducir la pobreza y la falta de oportunidades de una generación a la siguiente y junto con ello, las probabilidades de desnutrición infantil, implica mayores riesgos de mortalidad y morbilidad infantiles, así como de complicaciones obstétricas y en el puerperio para las madres y se vincula a la deserción educativa temprana de las jóvenes. 27% de los embarazos en las menores de 20 años no son deseados. Esto hace que se vea afectado también el producto el cual tiene mayor morbilidad y mortalidad y menos oportunidades en la vida. (2, 3)

Según datos de Guatemala, el 44% de las mujeres son madres antes de los 20 años, la proporción más alta está en las mujeres sin educación 68% y en las mujeres indígenas 54%.(4)

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en el año 2009, reportó 206,947 partos, el 19.3% en adolescentes (39,928). Al respecto, llama la atención que el 0.77% ocurrió en niñas entre los 10 y 14 años. (5)

Las mujeres entre los 10 a 19 años son, en la actualidad, uno de los segmentos poblacionales de mayor riesgo biológico y vulnerabilidad social, esto aunado al inicio de las relaciones sexuales tempranas y a un bajo porcentaje de utilización de

anticonceptivos entre las adolescentes 32.7%, las expone a los embarazos no deseados. (6,7)

En este sentido están más expuestas a experimentar partos prematuros, bajo peso de los neonatos, mortinatos, abortos e incluso la muerte, por lo que es de interés indagar acerca de los factores predisponentes para la ocurrencia de un embarazo no deseado en las adolescentes tomando en cuenta factores sociales y epidemiológicos. (8,9)

A lo largo del tiempo se han realizado varios estudios que han tratado de identificar el o los factores que predisponen a las jóvenes a embarazarse a edades tempranas, dentro de los cuales se puede mencionar: etnia indígena, baja escolaridad, bajo nivel socioeconómico, falta de educación sexual, religión, pobre integración familiar, inicio temprano de vida sexual, violación sexual y falta de uso de métodos anticonceptivos, entre otros. A pesar de que los factores de riesgo mencionados anteriormente han sido denominador común dentro de muchos estudios sobre embarazo no deseado en adolescentes, se realizó este estudio descriptivo transversal con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados a éste fenómeno en este grupo poblacional en específico, el cual abarcó las adolescentes comprendidas entre las edades de 10 a 19 años que asistieron a control prenatal en los hospitales de Ginecología y Obstetricia, General San Juan de Dios y Nacional Pedro de Bethancourt durante el periodo noviembre a diciembre 2012, tomando a éstas mismas como unidad de información.

Se realizaron las siguientes preguntas de investigación, las cuales fueron la guía principal para orientar el estudio: -¿Es la procedencia un factor asociado en la ocurrencia de embarazos no deseados en adolescentes?, ¿Es la religión un factor de riesgo asociado en la ocurrencia de embarazos no deseados en adolescentes?, ¿Es la baja escolaridad un factor determinante constante en adolescentes con embarazo

no deseado? -¿Cuánto es la prevalencia del embarazo no deseado en adolescentes? -¿Es la falta de educación sexual un factor de riesgo asociado en la ocurrencia de embarazos no deseados en las adolescentes? -¿Es el nivel socioeconómico bajo un factor de riesgo influyente en adolescentes con embarazo no deseado? - ¿Es la integración familiar un factor de riesgo influyente en adolescentes con embarazo no deseado? - ¿Cuál es el método anticonceptivo que más se utiliza dentro de la población de adolescentes con embarazo no deseado? -¿Es la violación sexual un factor de riesgo asociado en la ocurrencia de embarazo no deseado en adolescentes?

El propósito de la investigación fue proveer una base de datos acerca de la población que asiste a estos centros asistenciales, mostrando la cantidad de adolescentes con embarazo no deseado, así como las características que comparten y las deficiencias en diversos ámbitos de su formación que las llevaron a esta situación, y así realizar mejoras en los programas orientados a ellas, con esta investigación también se pretendía mostrar la problemática que viven las adolescentes en la actualidad en cuanto a violencia sexual y las consecuencias negativas que ésta trae a la sociedad, así como crear conciencia en establecimientos educativos o personas particulares que tengan acceso a este documento acerca de los diversos factores que intervienen en la ocurrencia de un embarazo no deseado y así poder tomar acción para realizar cambios positivos en los aspectos que estén al alcance.

La muestra del estudio fue no probabilística, de conveniencia, desplazándose cada estudiante a sus respectivas áreas de estudio y contándose con la autorización de las autoridades hospitalarias en donde se realizaron las encuestas a las adolescentes embarazadas comprendidas dentro del rango de edad establecido. Se pidió la autorización de la adolescente embarazada por medio del consentimiento informado, así como también se contó con la autorización de los padres o

encargados de la adolescente menor de 18 años, para así participar activamente del estudio.

El estudio mostró que de 462 mujeres adolescentes encuestadas 285 no deseaban el embarazo. Según su procedencia 72% pertenecía a algún departamento, y 28% a la capital. La religión predominante fue la católica 66%, seguida por la evangélica 27% y el resto 7% profesaban otra religión.

En cuanto a nivel de escolaridad un 55% de las adolescentes mostraban un nivel de escolaridad menor o igual o segundo básico, clasificándose dentro de un nivel de escolaridad bajo, 62% provenían de un núcleo familiar desintegrado lo que contribuye a la falta de educación sexual en un 68% y a la falta de uso de métodos anticonceptivos en 62% de adolescentes. Estos resultados reflejan la falta de interés de los padres hacia sus hijos adolescentes, y lo inadecuado que son los esfuerzos por proporcionar una buena educación sexual tanto en el hogar como a nivel escolar. Siendo la falta de métodos anticonceptivos el motivo principal por el cual ocurrió el embarazo, y se evidenció un 6% por violación.

Todo esto nos indica que deben incrementarse los esfuerzos para proveer la educación sexual a las adolescentes, ya que es la única forma de retrasar la edad del primer embarazo y brindarles expectativas de superación, que contribuyan a disminuir el número de hijos y aumentar el intervalo entre los nacimientos. Con este estudio se pretende proporcionar el mejoramiento de la atención en las distintas áreas en las que las pacientes adolescentes presentan vulnerabilidad para ser expuestas a embarazos no deseado. Dicho estudio proporciona una guía para instituciones de los distintos niveles de atención de salud, utilizándose para futuros estudios en otros centros hospitalarios de manera que se tengan mejores datos estadísticos.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Describir la prevalencia de factores de riesgo asociados a embarazo no deseado en mujeres adolescentes en el Hospital de Ginecología y Obstetricia Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Ciudad de Guatemala, Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala y Hospital General San Juan de Dios, Ciudad de Guatemala durante el periodo de noviembre a diciembre 2012.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 Cuantificar la prevalencia de la procedencia, religión, baja escolaridad, falta de educación sexual, nivel socioeconómico, integración familiar, uso de métodos anticonceptivos como factor de riesgo asociado al embarazo no deseado en mujeres adolescentes.

2.2.2 Indagar la proporción de embarazo no deseado en mujeres adolescentes secundario a una violación sexual.

2.2.3 Estimar la frecuencia de embarazos no deseados en mujeres adolescentes.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Contextualización del área de estudio

3.1.1 Hospital General San Juan de Dios Ciudad de Guatemala

Ubicado en la 1ª avenida 10-50 zona 1, Ciudad de Guatemala.

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 a la población guatemalteca. Cuenta con varios departamentos Medicina Interna, Cirugía, Traumatología, Pediatría incluyendo el de Ginecología y Obstetricia que este a su vez esta sub-divido con varios departamentos, Ginecología, Emergencia, Labor y Partos, Post parto patológico, Legrados, Consulta externa y Complicaciones prenatales.

La afluencia del hospital comprende la cantidad de adolescentes referidas de los puestos de salud, más todas las adolescentes que estén dentro de su cobertura. El estudio se realizó en la consulta externa de control prenatal juvenil del departamento en la que se atienden adolescentes de 10 a 19 años de edad. (10)

3.1.2 Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala

En el municipio de Antigua Guatemala, se encuentra la aldea San Felipe de Jesús en donde está ubicado el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, el cual tiene 6 departamentos (medicina interna, cirugía, traumatología, pediatría, ginecología y obstetricia y nutrición). El departamento de ginecología y obstetricia se divide en distintos servicios entre ellos: Consulta externa, Emergencia, Labor y Partos, Post parto y Séptico. Se reciben pacientes de toda la república de Guatemala, principalmente pacientes de Chimaltenango, Escuintla por ser adyacentes sumando una población

beneficiada directa de 587 personas y una población beneficiada indirecta de 296,890 individuos. Catalogado como un hospital departamental hasta en el año 2010, con el manejo de 176 a 186 camas pero debido al aumento de la demanda de atención se incremento a 202 camas a partir de enero del año 2011. Por el volumen de cartera que maneja este hospital debería estar siendo considerado como Hospital Regional con su respectivo presupuesto, lo que le daría mayor capacidad de respuesta al incremento de egresos un 5.4%, emergencias 4%, sala de operaciones 3%, y labor y partos un 4% de demanda que se proyecta para cada año. (11)

Se llevaron a cabo las encuestas en la consulta externa del departamento de Ginecología y Obstetricia.

3.1.3 Hospital de Ginecología y Obstetricia Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Se encuentra localizado en la 14 avenida y 14 calle zona 12, colinas de pamplona de la ciudad Capital.

Es un hospital especializado en la atención de la mujer, tanto embarazada como no embarazada, con relación a todo lo ginecológico y obstétrico. Es un hospital de referencia para todo el país. Este hospital cuenta con aproximadamente 264 camas ubicadas en 6 encamamientos, los cuales se dividen en: Complicaciones Prenatales, Post Parto normal, Post Tratamiento Quirúrgico, Infectología, Post Parto Patológico, Labor y Partos. Cuenta con servicio de consulta externa para control de embarazo normal, así como el de bajo, mediano y alto riesgo, contando con clínicas especializadas y servicio de Emergencia.(27)

Para alcanzar tales objetivos, el Instituto provee servicios de medicina preventiva, curativa y de rehabilitación, Por el riesgo de maternidad, el Instituto brinda a sus afiliadas o beneficiarias con derecho, los servicios de Asistencia Médica durante las fases: Prenatal, Natal y Postnatal.

⊗ La Fase Prenatal incluye los exámenes o controles médicos periódicos durante el embarazo, así como el tratamiento de enfermedades y complicaciones del mismo, tratamiento del aborto, educación higiénica y orientación para el bienestar de la familia, así como complemento nutricional a juicio del médico. Esta fase prenatal de presta desde el momento en que se informa sobre el estado del embarazo al Instituto.

⊗ La Fase Natal incluye la asistencia obstétrica del parto, exámenes ordinarios y extraordinarios correspondientes del caso y las complicaciones que se presenten en ese período.

⊗ La Fase Post Natal se extiende hasta un máximo de 45 días después del parto. Esta asistencia está orientada a controles médicos post parto y la asistencia médica necesaria. (12).

Las encuestas serán llevadas a cabo en la consulta externa de maternidad del Hospital Ginecología y Obstetricia Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Ciudad de Guatemala. Las encuestas fueron llevadas a cabo en la consulta externa de maternidad del Hospital de Ginecología y Obstetricia IGSS Ciudad de Guatemala.

3.2 Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define "la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años". (12)

La adolescencia es el principio de un gran cambio en el que empezamos a tomar decisiones propias, y en el que a medida que va pasando el tiempo, sabemos que esas decisiones antes tomadas, tendrán una consecuencia buena o mala. Es el principio de nuestra propia vida.

3.3 Magnitud actual y tendencias en embarazos de adolescentes

La fecundidad total y la del grupo de 15 a 19 años han disminuido en la región de las Américas. Sin embargo, estos descensos no han sido de igual magnitud en todos los grupos etáreos, ni en todos los países. La tasa de fecundidad específica en el grupo de 15 a 19 años en América Latina fluctúa entre 60 y 130 nacimientos por 1.000, tendiendo, en general, las tasas de fecundidad en adolescentes a ser más altas en los países de fecundidad alta.

Aunque la tasa de fecundidad en adolescentes tiende a declinar, el mayor descenso de la tasa de fecundidad específica en edades superiores hace que la proporción de embarazos e hijos en menores de 20 años aumente; el número absoluto de hijos de adolescentes también aumenta por el aumento del número de población adolescente: el grupo de mujeres de 15 a 19 en América Latina subió desde 8 millones en 1950 a algo más de 22 millones a la vuelta del siglo. Los nacimientos en madres menores de 20 son alrededor del 15% con algunos países que superan el 18%. Así, cada año unas 3.300.000 adolescentes

latinoamericanas llevan a término un embarazo, ignorándose el número de abortos.

Chile, en 1998, presenta una tasa de natalidad de 18,3 nacidos vivos por cada 1.000 habitantes, con un promedio de 2,3 hijos por mujer en edad fértil. La tasa de fecundidad específica es de 67,3 nacimientos por 1.000 mujeres de 15 a 19 años, siendo la proporción de nacimientos de madres de este grupo etario de 15%, incremento desde 10,5% en los años 60. Los padres de estos niños son también jóvenes, con 80 a 90% entre 15 y 24 años. Así en los últimos años, nacen aproximadamente 40.000 niños hijos de madres de 10 a 19 años, la gran mayoría de las cuales tiene entre 15 y 19 años. (12)

3.4 Embarazo en la adolescencia

Se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquía y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen".

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hacen ya unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares.

Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones:

– *Estratos medio y alto*: la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.

– *Estratos más bajos*: donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse. Existen muchas razones por las que una mujer no quiera embarazarse, sobre todo si es joven, no cuenta con ingresos, y más aún, si ha sido violada entre otros. También las mujeres adultas que tienen hijos saben que implica tiempo, energía, amor y dinero. (13)

Es bien sabido que en Guatemala una de las causas más recurrentes de mortalidad femenina es la maternidad, miles mueren por falta de condiciones adecuadas, no sólo al momento de dar a luz, sino antes, desde la infancia y juventud, que generalmente se dan en medio de un panorama donde abundan el hambre, las enfermedades y la violencia. Ser madres es un mandato patriarcal, no una misión inherente a las mujeres. Al sistema económico le conviene que estas sigan pariendo, como una manera de controlarlas y como garantía de tener fuerza de trabajo para la producción. La posibilidad de evitar embarazos, planificarlos o decidir si se quiere ser madres o no, han sido pasos importantes en la historia de las mujeres. El descubrimiento de la píldora anticonceptiva y otros métodos más modernos abrieron la posibilidad de liberarse a millones de personas, porque ofrecen la posibilidad de ejercer una sexualidad que no tiene como fin la reproducción. (14)

3.4.1 Factores predisponentes

- **Menarquía temprana:** otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
- **Inicio precoz de relaciones sexuales:** cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
- **Familia disfuncional:** uni parentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
- **Mayor tolerancia a la maternidad adolescente y / o sola**
- **Bajo nivel educativo:** con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.
- **Migraciones recientes:** con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.
- **Pensamientos mágicos:** propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
- **Fantasías de esterilidad:** comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

- **Falta o distorsión de la información:** es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, entre otros.
- **Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres:** cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.
- **Aumento en número de adolescentes:** alcanzando el 50% de la población femenina.
- **Factores socioculturales:** la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos. (15)

3.4.2 Factores determinantes

- Relaciones sin anticoncepción
- Abuso sexual
- Violación

3.5 Aspectos psicosociales del embarazo en las adolescentes

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares. Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, remplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo,

comportándose como "hija-madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias. (15)

3.6 Actitudes hacia la maternidad

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Generalmente es no deseado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más.

Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo.

En la adolescencia tardía, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes.

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida. (16)

3.7 Consecuencias de la maternidad adolescente

A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad en la segunda década de la vida.

3.7.1. Consecuencias para la adolescente

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales. Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación. En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia. Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos. (17)

3.7.2. Consecuencias para el hijo de la madre adolescente

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de *"muerte súbita"*. Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional. Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de *"extramatrimoniales"* o porque sus padres no tienen trabajo.

3.8 Enfoque de riesgo para la atención de la adolescente embarazada

La *primera pregunta* a responder es si se considera a las adolescentes gestantes como de alto riesgo obstétrico y perinatal. La *segunda pregunta* es cómo separar a las adolescentes que son de alto riesgo de las que no lo son. Una *tercera pregunta* es saber cuáles son esos factores predictores y si son biológicos o psicosociales. La *cuarta pregunta* es saber si es posible aplicar modelos de atención simples que permitan aplicar los factores predictores de riesgo y concentrar los recursos de mayor complejidad y de mayores costos en las adolescentes más necesitadas. Para aplicar un modelo de atención basado en factores de riesgo obstétrico y perinatal, conviene dividir a las adolescentes embarazadas en 3 grupos: de alto riesgo, de mediano riesgo y de riesgo corriente o no detectable. (17)

Prevención Primaria: Constituye un gran desafío para los adolescentes, las familias con hijos adolescentes, los profesionales que atienden adolescentes, los educadores y la sociedad en general, evitar que las adolescentes se embaracen en forma no planificada. Los esfuerzos deben estar orientados a la prevención primaria y, en este sentido, existe razonable consenso en que la promoción de la abstinencia sexual es un punto central de la atención del adolescente. Junto con prevenir el primer embarazo no deseado o no planificado, también es necesario buscar estrategias para la prevención de un nuevo embarazo de las mismas características. La Academia Americana de Pediatría señala que los pediatras debieran estimular a los adolescentes a que pospongan la actividad sexual, y que los médicos tienen un rol importante en aconsejar la abstinencia. Lo anterior es válido para todos los profesionales que trabajan con adolescentes.

Los factores asociados al inicio de la actividad sexual, según la Academia Americana de Pediatría, y que constituyen importante orientación para los programas, son los siguientes:

- Inicio temprano
- Pubertad temprana
- Abuso sexual
- Ausencia de padres apoyadores
- Mal rendimiento escolar
- Participación en otras actividades de riesgo
- Pobreza
- Enfermedad mental

Inicio tardío

- Énfasis en abstinencia
- Orientación a cumplimiento de metas
- Consistencia y firmeza de los padres en disciplina
- Buen rendimiento escolar
- Participación regular en lugares de culto religioso

En todo control de supervisión de salud del adolescente se debe realizar consejería en sexualidad, con contenidos acordes a la etapa de desarrollo del joven. Esta educación debe ser integral, fomentando valores, con énfasis en el desarrollo de actitudes y habilidades que promuevan la postergación de la vida sexual activa y el logro de la abstinencia. (18)

3.9 Etnia

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. Si 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.

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.

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. (19)

3.10 Escolaridad

La salud reproductiva y general de las jóvenes tiende a mejorar conforme aumentan los niveles de escolaridad. Lamentablemente, el objetivo de lograr la educación primaria universal entre las mujeres guatemaltecas sigue siendo

difícil de alcanzar. Aunque la proporción de todas las mujeres entre 20 y 24 años que había completado al menos siete años de escolaridad (es decir, había comenzado la secundaria) aumentó dramáticamente de 1995 a 2002—del 27% al 39% dicho nivel de estudios sigue siendo poco común entre las mujeres indígenas 11% y entre las mujeres de áreas rurales 24%.

El nivel educativo varía ampliamente según grupo étnico y área de residencia. Por ejemplo, la proporción con al menos siete años de escolaridad es casi cinco veces mayor entre las jóvenes no indígenas que entre las indígenas 51% versus 11% y 2,5 veces mayor entre las adolescentes urbanas que las rurales 62% versus 24%. (20)

Aunque la pobreza es la principal razón de estas diferencias, la situación se agrava por el hecho de que se ofrezca la instrucción sólo en español a pesar de que una tercera parte de la población indígena habla sólo un idioma indígena y por la dificultad de llenar puestos de enseñanza en áreas rurales poco accesibles. Todos estos factores reducen la motivación de los padres indígenas y rurales a enviar a sus hijos a la escuela, especialmente a sus hijas que a menudo son necesarias en el hogar.

3.11 Nivel socioeconómico

La pobreza, que va de la mano con muy poca escolaridad, es otro determinante importante de la maternidad no deseada en adolescentes. La proporción de mujeres de 20 a 24 años que es madre adolescente se reduce sostenidamente con el aumento del nivel socioeconómico.

El 62% de las mujeres del más bajo nivel socioeconómico dio a luz siendo adolescente, comparado con el 52% de aquellas en el rango medio y el 27% de las del nivel más alto. Ya que las mujeres indígenas y rurales tienen una

especial probabilidad de ser pobres, éstas corren el mayor riesgo de dar a luz a una edad muy temprana.

Se ha demostrado que las adolescentes en los estratos socioeconómicos más bajos comienzan teniendo relaciones sexuales, forman parejas y llegan a ser madres a edades más tempranas en la vida, con mucha mayor frecuencia que las mujeres adolescentes en los estratos medio y alto. (21)

Los hallazgos de diversos estudios previos apoyan el hecho de que si se lograra elevar el nivel de vida de la población, se incrementara la escolaridad de las adolescentes, se intensificara y mejorara la educación sobre la sexualidad y en consecuencia los conocimientos sobre métodos de planificación familia se podrían evitar de manera más efectiva los embarazos no deseados en adolescentes.

3.12 Educación Sexual

Según una encuesta realizada en el año 2007 por el fondo de las naciones unidas para la infancia entre adolescentes, la información sobre educación sexual que refieren haber recibido es sobre el tema de enfermedades de transmisión sexual y síndrome de inmuno deficiencia adquirida 97.7%, posteriormente mencionan el tema de métodos anticonceptivos 96.8%, seguido por fecundación y desarrollo del embarazo 93.2%; de los temas que menos han recibido información, se encuentran las relaciones interpersonales con ambos sexos 31.5% sobre menstruación 14.0% y finalmente valores, autoestima y expectativas a futuro 11.4%.

El 84.4% mencionaron haberla recibido en la escuela, un 9.1%, respondieron adquirirla en el hogar, el 4.5% han recibido esta educación a través de libros y revistas científicas y finalmente el 4.8% mencionaron haberla adquirido en la iglesia y en agrupaciones sociales.

Con referencia a las personas a quien acuden los adolescentes encuestados cuando tienen dudas acerca de la sexualidad, se encontró que solo el 42.2 % acuden a sus padres y el resto acuden a sus amigos 20.8, sus maestros 13%, hermanos y otros familiares 7.8% y 1.6%, o bien refieren no acudir a alguien. 14.6%. (22)

El haber recibido educación sexual a nivel de la familia resultó ser un factor protector crítico contra el embarazo no deseado en la adolescencia. La falta de conocimiento hace que la percepción del riesgo de quedar embarazada disminuya y se tenga una falsa sensación de seguridad de que no es posible embarazarse en la primera relación y por tanto no sea necesario utilizar métodos de protección.

En una reciente revisión de la literatura que incluyó resultados de 35 estudios de investigación y 15 artículos académicos se encontró que la comunicación materna ha mostrado eficacia en retrasar las relaciones sexuales e incrementar el uso de anticonceptivos, por lo que se convierte en una valiosa intervención para impactar en la toma de decisiones sobre sexualidad en la población adolescente. Asimismo otros autores han apuntado que la comunicación entre padres y adolescentes sobre sexualidad y prácticas de riesgo sexual se asoció con una mayor práctica de relaciones sexuales protegidas.

3.13 Religión

Según un estudio realizado en la unión americana se demostró que existen dos grandes estigmas dentro de la comunidad hispana son los que favorecen el alto porcentaje de embarazo no deseado en adolescentes: la religión y el machismo. Estas familias son sumamente religiosas y tienen muy arraigada la construcción cultural patriarcal machista y dominante del cuerpo como algo oculto, como un tabú. De igual manera la mayoría de iglesias, en especial la

cristiana, sostiene la postura de que los métodos anticonceptivos no son una opción para sus feligreses y creando en las jóvenes culpas al querer utilizarlos. (23)

3.13 Integración Familiar

Kirby et al, plantea que si un adolescente vive con ambos padres, en comparación con solamente uno o ninguno de los padres, son menos probables a practicar sexo desprotegido y llegar a tener un embarazo no deseado. Por una parte el sexo es un tabú con la familia, donde muy pocos padres explican a sus hijos ni les hablan sobre el tema. Pero por otro lado estas jóvenes cada vez empiezan a edad más temprana sus relaciones sexuales, la mayoría de veces sin o con muy poco conocimiento de lo que les puede pasar, a veces empujadas por la curiosidad, otras veces por huir de su círculo familiar que a menudo es desestructurado, dejando escapar por unos segundos de placer (la mayoría de veces para complacer al hombre sin ellas sentir apenas nada) su libertad de niñas, su posible futuro, perdiendo la oportunidad de soñar, de tener aspiraciones, dejando de estudiar, las que lo estaban haciendo, perdiendo oportunidades en el mercado laboral, convirtiéndose en esclavas de una inmadurez que les pesa y de un futuro incierto. (24)

En 2002, el 11% de las mujeres de 15 a 19 años estaba en una unión consensual, mientras que el 7% estaba en una unión formal. Como es el caso en la mayor parte del mundo, la educación es uno de los factores que más influyen en la edad al momento de la primera unión: sólo una cuarta parte de las mujeres con al menos siete años de escolaridad ha establecido una unión antes de los 20, comparado con tres cuartas partes de las que no han asistido a la escuela. (24)

3.14 Anticoncepción

A pesar de la enorme difusión de los métodos contraceptivos a través de los medios de comunicación y considerarse que son de fácil acceso a la población, en las adolescentes con embarazo no deseado confluyen una serie de factores desde la falta de información hasta un conjunto de creencias e ideas arraigadas en la baja autoestima que les impide tomar decisión sobre el derecho que tienen a solicitar el uso de un método contraceptivo en cada relación sexual, dejando supeditada esta decisión a la pareja masculina.

En un estudio en Jamaica, cerca del 60% de las adolescentes embarazadas no habían utilizado ningún tipo de contraceptivo en la primera relación sexual y en otra investigación en México se encontró que del total de adolescentes que tuvieron relaciones sexuales, 37% dijo haber utilizado algún método anticonceptivo durante su primera relación. Según datos de Guatemala, una proporción muy alta y prácticamente invariable de mujeres de 15 a 19 años en unión declara no desear un hijo en los siguientes dos años—84% en 1995 y 83% en 2002. Sin embargo, una proporción mucho más pequeña de esas mujeres—18%—utiliza un método moderno de anticoncepción para lograr esta meta. Este nivel de uso, aunque bajo, representa un aumento del 75% desde 1995. (25)

El aumento entre 1995 y 2002 en la prevalencia de uso de un método moderno fue definitivamente sorprendente entre las adolescentes rurales del 4% al 13%, las adolescentes sin escolaridad del 1% al 8% y las adolescentes indígenas del 1% al 8%. Sin embargo, estos aumentos reflejan tanto la cambiante situación del país como el punto de partida extraordinariamente bajo. Y una clara ilustración de la generalizada expectativa cultural de que las mujeres jóvenes inicien sus familias poco tiempo después de empezar una unión, se refleja en

que muy pocas adolescentes en unión practican la anticoncepción antes de ser madres: el 3% de las adolescentes que no tienen hijos usa un método moderno, comparado con el 25% de las que ya han tenido un hijo. (26)

A pesar de la proporción uniformemente alta de adolescentes en unión que no desea un hijo pronto, las jóvenes en condiciones relativamente mejores tienen muchas más probabilidades de actuar conforme a esa preferencia que sus contrapartes en condiciones inferiores. Por ejemplo, la proporción que usa un método moderno es más del doble entre las mujeres urbanas que las rurales 31% versus 13%, tres veces mayor entre las adolescentes no indígenas que las indígenas 26% versus 8% y cinco veces mayor entre las mujeres con un nivel superior de escolaridad que las menos instruidas (40% versus 8%). Estas desigualdades reflejan el deficiente acceso a la atención, la escasez de servicios del sector público en áreas rurales y la resistencia a los anticonceptivos modernos, la cual es alimentada por creencias de que éstos son peligrosos para la salud. (26)

3.15 Violación Sexual

Los abusos sexuales han dado lugar a que el número de embarazos y partos en niñas y adolescentes se incremente en las salas maternas de Guatemala, donde se reportan 40.000 gestaciones de ese tipo en los últimos tres años, de acuerdo con un monitoreo efectuado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Si bien 67 por ciento de las menores que dan a luz en los hospitales nacionales se debe a la ausencia de una educación sexual y reproductiva, es preocupante que 30 por ciento sea por abuso sexual en su casa, en su vecindario o en la escuela. Peor aún es que la violencia sexual sea cometida por un padre, un hermano, un tío o un conocido, como suele suceder en la mayoría de los casos descritos por la literatura especializada en este tema. (27)

Las cifras crudas reflejan que, tanto el abuso sexual como la maternidad en niñas han contribuido a que, en los últimos tres años, hayan nacido 135.808 niños, cuyas madres recién han cumplido los 10 años de edad o no superan los 17. De ese grupo, 40.742 niñas tuvieron un hijo como consecuencia de una violación sexual. (28)

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1 Tipo y diseño de la investigación

Prospectivo transversal descriptivo

4.2 Unidad de análisis

- Unidad primaria de muestreo: Pacientes adolescentes embarazadas que asistieron a control prenatal en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala, Hospital General San Juan de Dios, Ciudad de Guatemala y Hospital de Ginecología y Obstetricia, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Ciudad de Guatemala, durante el periodo noviembre- diciembre 2012
- Unidad de análisis: Respuestas obtenidas en la boleta de recolección de datos efectuadas a las pacientes adolescentes embarazadas.
- Unidad de información : Pacientes adolescentes embarazadas que asistieron a control prenatal en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala, Hospital General San Juan de Dios, Ciudad de Guatemala y Hospital de Ginecología y Obstetricia, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Ciudad de Guatemala, durante el periodo noviembre- diciembre 2012

4.3 Población y muestra de estudio

4.3.1 Población

Para el estudio se tomó en cuenta a la totalidad de pacientes adolescentes embarazadas de 10 a 19 años, las cuales fueron 462 que asistieron a control prenatal en la consulta externa del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala, Hospital General San Juan de Dios

Ciudad de Guatemala y Hospital de Ginecología y Obstetricia, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Ciudad de Guatemala durante el Periodo noviembre- diciembre 2012.

4.3.2 Marco Muestral

Todas las entrevistas de las adolescentes embarazadas que asistieron a control prenatal a la consulta externa de Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, y Hospital de Ginecología y Obstetricia durante el periodo de noviembre – diciembre 2012.

4.3.3 Muestra

De las 462 mujeres adolescentes entrevistadas se tomó una muestra de 285 mujeres adolescentes embarazadas que no deseaban el embarazo. A conveniencia no probabilística, Ya que no dependió de la probabilidad de ser elegido, sino de las características de la investigación.

4.4 Selección de sujeto a estudio

4.4.1 Criterios de inclusión:

Se incluyeron la totalidad de las pacientes adolescentes embarazadas que asistieron a control prenatal.

4.4.2 Criterios de exclusión:

Adolescentes embarazadas que no desearon participar en el estudio

4.5 Definición y medición de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN		TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO
	CONCEPTUAL	OPERACIONAL			
Procedencia	Designa el origen, el comienzo que ostenta una persona y del cual entonces procede.	<u>Procedencia</u> : dato obtenido de las encuestas de las adolescentes que señala el lugar de origen de nacimiento mediante la pregunta: ¿Cuál es su procedencia?, con las posibles respuestas -capital -departamental	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos
Religión	Actividad humana que suele abarcar creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural	<u>Religión</u> : dato obtenido de las encuestas de las adolescentes mediante la pregunta: ¿que religión practica? Con las posibles respuestas: -Católica -Evangélica -Otro	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos
Baja escolaridad	Persona con nivel de educación menor o igual a segundo básico	Se le preguntará a la paciente ¿Qué escolaridad tiene? Con las posibles respuestas: - analfabeta -primaria completa, incompleta -secundaria completa, incompleta .universidad	Cualitativa	Ordinal	Boleta de recolección de datos

<p>Falta de educación sexual</p>	<p>Es la ausencia de información progresiva y adecuada de lo que es la sexualidad humana para su formación, tanto en lo biológico como en lo afectivo-social</p>	<p>Se les proporcionara a las pacientes un test sobre educación sexual el cual contiene 10 preguntas y se considerara falta de educación sexual un puntaje menor a 6 puntos. (ver anexo)</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Boleta de recolección de datos</p>
<p>Violación sexual</p>	<p>es una violencia de tipo sexual que se produce cuando una persona tiene acceso sexual hacia otra, mediante el empleo de violencias físicas o psicológicas o mediante el uso de mecanismos que anulen el consentimiento de los ofendidos</p>	<p>Se le preguntara a la paciente si el motivo de su embarazo es producto de una violación sexual, por medio de la pregunta: ¿Cuál es el motivo por el cual usted quedo embarazada? Fallo de método anticonceptivo, Embarazo planificado, Falta de uso de métodos anticonceptivos, Violación. No deseo contestar</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Boleta de recolección de datos</p>
<p>Embarazo no deseado</p>	<p>Embarazo que ocurre sin el deseo y/o planificación previa y ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos prebitales adecuados y la ineffectividad o no administración de métodos anticonceptivos de emergencia posteriores al coito que revengan un posible embarazo.</p>	<p>¿ se le preguntara a la paciente si su actual embarazo fue y/o es deseado mediante las siguientes preguntas : ¿Deseaba quedar embarazada antes de los 19 años? -Si -No -No deseo contestar ¿Desea usted este embarazo? -Si -No -No deseo contestar ¿Cuál fue su reacción cuando le dijeron que estaba embarazada? -Alegria -Frustración -Tristeza -Angustia - Otro</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Boleta de recolección de datos</p>

<p>Integración familiar</p>	<p>Es un sistema constituido por miembros unidos por relaciones de alianza y consanguinidad.</p> <p>La integración familiar asegura a sus integrantes estabilidad emocional y social para un mejor desarrollo de la personalidad de cada individuo que la compone.</p>	<p>Se realizara una serie de preguntas para determinar la integración de la familia, entre ellas se encuentran:</p> <p>¿Vive con sus padres? Si, No, No deseo contestar</p> <p>¿Sus padres se encuentran unidos o separados? Unidos, Separados, No deseo contestar</p> <p>¿Lleva buena relación con sus padres? Si, No, No deseo contestar</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Boleta de recolección de datos</p>
<p>Métodos anticonceptivos</p>	<p>Es la utilización de una Sustancia, fármaco o método que se opone o impide la concepción. Los anticonceptivos pueden ser naturales o artificiales.</p>	<p>Se le preguntara a la paciente si se encontraba utilizando algún método anticonceptivo previo al embarazo, por medio de las preguntas:</p> <p>¿Se encontraba usted utilizando algún método anticonceptivo al quedar embarazada? Si, No</p> <p>¿Si su respuesta fue sí a la pregunta anterior, que método anticonceptivo utilizaba? Natural (ritmo, MELA, collar), Inyección, Pastillas, Condón, Otro</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Boleta de recolección de datos</p>

<p>Bajo nivel socioeconómico</p>	<p>Indicador que correlaciona el ingreso económico con el nivel educacional y cultural de una persona clasificándolo en un nivel de la sociedad.</p> <p>Los miembros de este nivel son trabajadores que poseen un estándar de vida que apenas está por encima de la pobreza. Tienen cubiertas sus necesidades más elementales como techo, vestimenta y alimentación, pero de forma limitada. Se transportan en vehículos públicos, motos y un porcentaje bajo de casos, en autos de modelos antiguos.</p> <p>Ingreso familiar mensual promedio: Q2,500</p>	<p>Se realiza una serie de preguntas para determinar el estado socioeconómico de las pacientes entrevistadas entre ellas:</p> <p>¿Cuál es el ingreso mensual aproximado con el que usted cuenta para sostenerse?</p> <p>Mayor a Q5,000, De Q2,500 a Q4,900 Menor a Q2,500</p> <p>¿Cómo se sostiene económicamente?, cuyas posibles respuestas son:</p> <p>Los padres le ayudan, Trabajo de la adolescente, Trabajo de la pareja conyugal, Otro</p> <p>También se preguntará acerca de diversas características de vivienda y estilo de vida con las preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Su Casa es de Ladrillo__ lamina_ Madera - Su piso es de: cerámica_ tierra_ cement - Estudia en institución: privada__ pública__ ninguna - Su medio de movilización: carro _ motocicleta_ tuc tuc_ bus extraurbano 	<p>Cualitativa</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Boleta de recolección de datos</p>
---	---	---	--------------------	----------------	---------------------------------------

4.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos

4.6.1 Técnicas

La recolección de la información se realizó en la consulta externa del Hospital General San Juan de Dios, Hospital de Ginecología y Obstetricia y Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala donde se procedió a explicar a las pacientes adolescentes embarazadas entregándoles una hoja de información, en la que se explica detalladamente la investigación y su labor al participar en la misma. (Anexo 1) Se realizó la entrevista a las adolescentes que cumplían con los criterios de inclusión. Se pidió la autorización de la paciente o familiar que asistía con ella por medio del consentimiento informado para la participación activa en el estudio. El estudiante realizó la encuesta y fue el encargado de llenarla. Se agradeció la colaboración y se solicitó firma o huella digital en el consentimiento informado realizar las encuestas a las adolescentes embarazadas, La información de las pacientes fue ingresada a una hoja electrónica de Microsoft Excel y fueron tabulados, graficados, interpretados y analizados

4.6.2 Procedimientos

4.6.2.1 Fase de planificación. La planificación de la investigación se realizó en el mes de Marzo del año 2012 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, y 3 estudiantes pendientes de examen general público de la facultad de Ciencias Médicas.
- Coordinación con las diferentes instituciones cuya participación promoverá la realización del estudio. Entre ellas Hospital General San Juan de Dios, Hospital de Ginecología y Obstetricia, y Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

4.6.2.2 Fase de Estructuración

- Propuestas para el tema de protocolo
- Conceptos y definiciones básicas sobre embarazo no deseado en la adolescencia.
- Realización del protocolo
- Revisión del protocolo por médico asesor, revisor.
- Entrega de protocolo
- Aprobación de protocolo

4.6.2.3 Fase de validación y calibración de instrumentos

Se eligió una escuela en San Felipe, antigua Guatemala en la que se realizó la boleta de recolección de datos como prueba piloto.

4.6.2.4 Fase de trabajo de campo. Para el trabajo de campo que se llevo a cabo durante el periodo de noviembre a diciembre 2012 se realizaron las siguientes actividades:

- Se desplazó a cada uno de los estudiantes a su respectiva área de estudio
- Se contó con la autorización de las instituciones hospitalarias en donde el estudiante se encargo de realizar las encuestas.
- Se habló con las pacientes adolescentes embarazadas entregándoles una hoja de información, en la que se explica detalladamente la investigación y su labor al participar en la misma. (Ver anexo 1)
- Se realizó la entrevista a las adolescentes que cumplían con los criterios de inclusión.

- Se pidió la autorización de la paciente o familiar que asistía con ella por medio del consentimiento informado para la participación activa en el estudio.
- El estudiante realizó la encuesta y fue el encargado de llenarla.
- Se agradeció la colaboración y se solicitó firma o huella digital en el consentimiento informado. (Ver anexo 5)

4.6.3 Instrumentos

Se realizó un instrumento de recolección de datos, donde el entrevistador iba seleccionando con un círculo la respuesta obtenida por parte de la paciente. Se inicia preguntando características socio demográficas se incluyó edad, escolaridad, procedencia, religión, nivel socio económico. Se realizaron una serie de preguntas para evaluar la integración familiar, el uso de métodos anticonceptivos, la causa por la cual esta embarazada, (violación, falta de uso de métodos anticonceptivos, entre otros) (Ver anexo 3). Se realizó un test de 10 preguntas para evaluar el nivel de educación sexual (Ver anexo 7)

4.7 Procesamiento y análisis de datos

4.7.1 Procesamiento

- ✓ Se procedió a tabular manualmente las boletas de recolección de datos de las pacientes embarazadas que acudieron a control prenatal en la consulta externa de los distintos hospitales en los meses de noviembre a diciembre 2012.
- ✓ No se tomaron en cuenta las boletas de recolección de datos en las que las pacientes adolescentes si deseaban el embarazo.

- ✓ Los datos obtenidos se ingresaron para su procesamiento en una base de datos elaborada en Microsoft Excel 2003, en la cual se ingresaron todas las cantidades obtenidas de acuerdo a las variables a estudio, posteriormente se analizó la información.

4.7.2 Análisis de datos

Posterior a la recolección de los datos en las adolescentes embarazadas, se procedió a realizar cuadros, de tal forma que se presentaron cada una de las variables mediante porcentajes. 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 presente estudio tuvo como finalidad estudiar los factores de riesgo asociados en adolescentes de 10 a 19 años con embarazo no deseado que asistieron a control prenatal en el Hospital de Ginecología y Obstetricia, Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, y Hospital General San Juan de Dios. El periodo de tiempo estipulado para la investigación comprende los meses de noviembre a diciembre 2012. Los resultados e interpretación de los mismos fueron presentados a cada una de las instituciones en donde se realizó la investigación efectuando propuestas para promover la mejora de esta situación que afecta a las adolescentes en nuestro país.

4.8.2 Límites

- ✓ El desarrollo del presente estudio quedo condicionado por el rango de edad de las pacientes que asistían a control prenatal en el Hospital de Ginecología y Obstetricia, Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, y Hospital General San Juan de Dios y q específicamente no desearan el embarazo.

4.9 Aspectos éticos de la investigación

Esta investigación se basó en los siguientes principios éticos: respeto por las personas, que incluye respeto por la autonomía y el respeto por su capacidad de autodeterminación, ya que se realizó por medio del consentimiento informado, por lo que se considera categoría I. Ya que no se realizó ninguna intervención, modificación o manipulación en las adolescentes embarazadas.

5. RESULTADOS

El estudio se realizó en 3 hospitales diferentes de la República de Guatemala. Se realizaron un total de 462 encuestas a las adolescentes embarazadas, de las cuales 285 refirieron no desear el embarazo, se utilizó el instrumento de recolección de datos (anexo 3) elaborado específicamente para las adolescentes embarazadas que asistieron a control prenatal a la consulta externa de Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, y Hospital de Ginecología y Obstetricia durante el periodo de noviembre – diciembre 2012. A continuación se detallan los resultados que se obtuvieron.

Cuadro 1

Distribución según procedencia, religión, nivel escolaridad, educación sexual, nivel socio económico, integración familiar y uso de métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes de 10 a 19 años con embarazo no deseado que asistieron a control prenatal en la consulta externa de Gineco- Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, Hospital Nacional Pedro de Bethancourt y Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Factores de riesgo		Total	
		%	Frecuencia
Procedencia	Departamental	72%	204
Religión	Católica	66%	189
Nivel de escolaridad	Bajo	55%	156
Educación Sexual	Falta de educación sexual	68%	193
Nivel socioeconómico	Bajo	47%	135
Integración familiar	Desintegración Familiar	62%	179
Uso de métodos anticonceptivos	No uso de métodos anticonceptivos	62%	177
Violación		6%	17

Fuente: base de datos de encuestas factores de riesgo asociados a embarazo no deseado en mujeres adolescentes durante noviembre- diciembre 2012.

Cuadro 2

Distribución de las mujeres adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que asistieron a control prenatal en la consulta externa de Gineco- Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, Hospital Nacional Pedro de Bethancourt y Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

	% Frecuencia	
Embarazo deseado	38%	177
Embarazo no deseado	62%	285
TOTAL	100%	462

Fuente: base de datos de encuestas factores de riesgo asociados a embarazo no deseado en mujeres adolescentes durante noviembre- diciembre 2012

6. DISCUSIÓN

De acuerdo a la información y literatura consultadas, el embarazo durante la adolescencia se ha convertido en una problemática de gran magnitud en el área de salud pública. 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. Hay más de mil millones de adolescentes en el mundo que han iniciado su vida sexual antes de los 16 años, trayendo consigo un aumento en el número de embarazos, aumento en la muerte materna, puesto que un embarazo en la adolescencia aumenta de 2 a 5 veces el riesgo de complicaciones, entre ellas la muerte (2,3,4).

En América latina el embarazo no deseado en adolescentes repercute en las posibilidades de desarrollo de estos países ya que se da con mayor frecuencia entre las jóvenes de familias pobres y carentes de educación por lo que tiende a reproducir la situación de pobreza y la falta de oportunidades de una generación a la siguiente (5).

La edad y la procedencia. De acuerdo a los resultados de la entrevista realizada (ver cuadro 1), se observó que un sexto 15.6% de las adolescentes tenían edades comprendidas entre los 10 y 13 años de edad y la mayor parte de ellas 68% no deseaba el embarazo. Más de la mitad de las adolescentes de este grupo 59.2%, que no desean el embarazo, residen en algún departamento.

El siguiente rango de 14 a 16 años de edad, comprende más de un tercio 34.2% de las entrevistadas y de ellas, un poco más de la mitad 56.3% no deseaban el embarazo; la mayor parte de las adolescentes de este grupo 74.2% que no deseaban estar embarazadas, tiene residencia habitual en un departamento.

El grupo de 17 a 19 años es el más numeroso y comprende la mitad 50.2% de las adolescentes entrevistadas. De ellas el 63.4% no deseaban el embarazo. La mayor parte de las entrevistadas con embarazo no deseado 74% también procede o residen en un departamento.

Según la Encuesta Nacional de Salud Materno infantil realizada en el 2002, 3 de cada 10 embarazos son no deseados. En los 3 primeros meses de este año se ha reportado en Guatemala 7,115 partos de madres menores de 17 años (6). La encuesta realizada para este estudio, demostró que un 62% de las adolescentes no deseaban el embarazo.

La edad mediana de las adolescentes entrevistadas es de alrededor de 16 años, confirmando la precocidad de los embarazos, especialmente los no deseados, implicando una iniciación muy temprana a la actividad sexual, con los riesgos consiguientes de morbilidad y mortalidad materna e infantil asociados. Los resultados comentados permiten inferir que el rechazo al embarazo tiene una relación inversa con la edad de la entrevistada: mientras más joven, menor deseo o inaceptación del embarazo y a mayor edad aumenta levemente la aceptación del embarazo, sin que ello no signifique necesariamente conformidad, además de que las adolescentes residentes en los departamentos, son las más vulnerables, debido a que las carencias de educación formal y sexual, se acentúan para las residentes en los departamentos. A pesar que el estudio fue realizado en dos hospitales situados en la capital del país se pudo observar que la mayoría de adolescentes entrevistadas 71.6% provenían de algún departamento de la republica (ver cuadro 1) lo que es consecuencia del fenómeno de la migración hacia la capital evidenciado en los resultados censales, así como la teoría de la mayor vulnerabilidad de las adolescentes provenientes del interior del país. Probablemente las adolescentes residentes en la Capital, del mismo rango de edad,

tengan una mayor propensión al inicio precoz de una vida sexual, que las de algún departamento, pero la mejor educación y la comunicación social disponibles para las nacidas allí, posibiliten poder evitar el riesgo de embarazo.

Nivel socioeconómico. Como se puede observar en el cuadro 1 cerca de la mitad 48% de las adolescentes entrevistadas pertenece, al estrato socioeconómico bajo y por lo tanto con un riesgo mayor a un embarazo temprano o precoz.

El estrato socioeconómico es una variable importante en estudios de fecundidad. En este estudio, se realizó una aproximación al nivel socioeconómico del entorno social de la entrevistada a través de preguntas de ingresos propios y familiares. Los estudios realizados en Guatemala sobre la fecundidad concluyen que a menor nivel socioeconómico mayor fecundidad por la correlación inversa que tiene la educación y la actividad económica (calidad de ocupación) con esta variable: a mayor educación y capacidad de mejor ocupación de las mujeres, menor nivel de fecundidad (9).

Según estudios realizados (consultados) el 62% de las mujeres del más bajo nivel socioeconómico dio a luz siendo adolescente, comparado con el 52% de aquellas en el nivel medio y el 27% de las del nivel socioeconómico alto. Debido a que las mujeres rurales, especialmente las indígenas, presentan una mayor vulnerabilidad a la pobreza, tienen un mayor riesgo de dar a luz a una edad muy temprana. Se ha demostrado que las adolescentes en estrato socioeconómico bajo comienzan teniendo relaciones sexuales, forman parejas y llegan a ser madres a edades más tempranas en la vida, con mucha mayor frecuencia que las mujeres adolescentes en los estratos medio y alto, en que si bien tienen relaciones sexuales precoces, no forman parejas ni llegan a la maternidad, debido a la mayor y mejor educación recibida y las oportunidades laborales a que tienen acceso.

Baja escolaridad. Con respecto a esta variable, en la investigación se establecieron las categorías: analfabeta, con estudios de primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa y universitaria. Sabiendo que la meta de la cobertura universal de la escuela primaria no se ha cumplido por las deficiencias del sistema, se estableció arbitrariamente con educación incompleta todas las adolescentes entrevistadas que alcanzaran como máximo la secundaria incompleta (educación básica no terminada).

El estudio demostró que (ver cuadro 1) un 55% tenían un nivel de escolaridad bajo, seguido de un 26% con nivel de escolaridad medio y solamente un 19 % con nivel de escolaridad alto, concluyendo que el nivel de escolaridad alcanzado por las adolescentes es un factor de riesgo y tiene un efecto directo para que las adolescentes 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 termino la educación básica, solo el 20% a educación diversificada y tan solo el 0.27% se encontraba en la universidad. El entorno de pobreza que obliga al trabajo infantil y la deficiente oferta educativa, compiten para que la inversión de la educación en una mujer en las áreas rurales se vea como una pérdida de dinero (del que no disponen), y la limitaciones educativas de los padres (analfabetismo) y actividad económica de supervivencia, conducen a un horizonte sin expectativas con la creencia errada de que las mujeres han nacido para ser amas de casa y cuidar de los hijos y el conyugue.

Adicionalmente, la tasa de analfabetismo 12.3% de las entrevistadas es congruente con la obtenida en el Censo de Población del 2002 para el municipio de Guatemala y refleja su escaso acceso a la educación.

Falta de educación sexual. En encuestas realizadas por organizaciones internacionales sitúan a las adolescentes guatemaltecas como las más desfavorecidas desde todo punto de vista ya que poseen una menor escolaridad, conocimientos limitados sobre métodos anticonceptivos, tasa de nupcialidad y fecundidad elevada principalmente en el área rural (18).

En Guatemala las adolescentes tienen además de los factores de riesgo propios de la edad, la falta total o parcial de información sobre salud reproductiva y sexualidad. Según los resultados de la encuesta reflejados en el cuadro 1 se observa una falta de educación sexual en el 68% de las adolescentes entrevistadas con embarazo no deseado. En conclusión más de dos tercios de las adolescentes entrevistadas carece de educación sexual y por lo tanto su salud reproductiva deficiente la expone a un embarazo precoz no deseado por la incapacidad del sistema de proveer estos servicios, como parte o no de una educación formal. En esto hay que tomar en cuenta que prejuicios religiosos y de sectores conservadores ven la educación sexual en Guatemala, como una “invasión” de la esfera de decisiones de los padres y la familia, por parte del sistema educativo y por ello no se ha universalizado.

Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. Según los datos que se observan en el cuadro 1, menos de la cuarta parte 24% de las adolescentes entrevistadas usa un método anticonceptivo y el método anticonceptivo más frecuentemente utilizado es el condón 33%; el método natural (probablemente el ritmo) y otro método (probablemente nada) fue declarado por más de la cuarta parte 29% de las entrevistadas. Las pastillas solamente son usadas por el 16% de ellas.

El conocimiento y uso de métodos anticonceptivos está asociado con la educación sexual, sin implicar que la carencia de educación sexual signifique el no uso de algún método, simplemente no se hace un uso eficiente o adecuado del mismo.

Estos resultados llevaron a evaluar, la causa a la que ellas atribuyen su embarazo.(ver cuadro 1) La mayoría de las entrevistadas 75% lo atribuye a la falta de uso de un método anticonceptivo 61% o al fracaso del método utilizado 14%, ambos consecuencia de la combinación de la falta de una educación sexual y una educación formal deficiente, lo que significa que poner a disposición de las adolescentes métodos anticonceptivos, sin el respaldo de una educación sexual o de salud reproductiva, conduce al fracaso.

La integración familiar. De acuerdo al estudio realizado por el Guttmacher Institute, un mal funcionamiento familiar puede fomentar conductas de riesgo para que ocurra un embarazo durante la adolescencia, ya que la familia es un microambiente donde permanece el individuo y su funcionamiento favorece bienestar. La comunicación con los padres es vital para el buen desarrollo de la adolescente en la sociedad. La variable Integración familiar, se evaluó en la encuesta con base en que la adolescente viviera o no con los padres y si los padres permanecen o no unidos en el hogar. Como era de esperarse la mayor parte 62% de las adolescentes entrevistadas vive en una familia desintegrada, (ver cuadro 1) a pesar de que la mayoría de ellas 64.2% declaró que vive con los padres, pero la mayoría de los casos 60.3%, los padres están separados, lo que indica que la mayoría de las adolescentes entrevistadas tiene como entorno una familia uniparental, con la presencia generalmente de la madre.

Esta situación se agrega para definir que la mayor parte de las adolescentes entrevistadas tiene una probabilidad mayor a un embarazo temprano no deseado,

por la desintegración familiar de su entorno inmediato, por una combinación perversa y negativa de los factores de riesgo.

Religión. En los diferentes estudios socio económicos, realizado en Guatemala, la religión practicada por las mujeres o madres, no tiene un impacto significativo en la fecundidad, debido a que las religiones no se practican con el nivel de conciencia y espiritualidad deseada y es una de las normas de vida que los hogares han omitido inculcar en los hijos especialmente los adolescentes, resistentes a las prácticas religiosas. Pareciera que la religión en Guatemala es una costumbre social y no una norma de vida. Como se puede ver reflejado en el cuadro 1, la mayor parte de las adolescente entrevistadas 66.3% dice practicar la religión católica, sin implicar con ello que la no católicas tenga un riesgo menor de la ocurrencia de un embarazo precoz no deseado, pues precisamente en este sector religioso es donde hay mayor oposición a la universalización de la educación reproductiva, asociándola equivocadamente a una política de control natal.

Violación sexual. La información publicada frecuentemente por los medios de comunicación, atribuye la violación sexual de menores de edad, la mayor responsabilidad en el embarazo temprano de adolescentes. Precisamente por esta importancia, esta categoría fue investigada dentro de la causas del embarazo precoz, pero analizada por separado. Probablemente por el entorno de confianza que se dio en la entrevista, sin presiones de ninguna clase, la violación como causa del embarazo no deseado, tiene poca significación, pues solamente el 6% de las entrevistadas (ver cuadro 1) atribuye el embarazo no deseado a la ocurrencia de este hecho punible pero no prevenible socialmente, sin que ello no signifique la aceptación de su ocurrencia, pues en una sociedad socialmente integrada democrática y con universalización de derechos humanos, la frecuencia de ocurrencia de este fenómeno execrable debe ser nula. La falta de respeto a la mujer en Guatemala, consecuencia de las carencias económicas sociales y educativas,

agravadas por la pobreza y el desempleo, sitúa a las adolescentes, especialmente del estrato socioeconómico bajo a ser altamente vulnerables a ser objeto de violación.

Variables complementarias investigadas.

Fuente de sostenimiento económico. El hecho de contar con una fuente de recursos económicos propios o a disposición de la mujer, o la adolescente, le proporciona cierta independencia en la toma de decisiones. Casi la totalidad de las adolescentes entrevistadas 91% declararon en la entrevista que para su sostenimiento económico cuenta con el trabajo propio 51% y/ o el trabajo de la pareja conyugal 40%. Esto explica el escaso peso relativo del apoyo económico familiar, además de indicar que si bien las adolescentes viven en hogares parenterales desintegrados, un buen porcentaje cuenta en el apoyo de la pareja conyugal, sin implicar con ello la estabilidad futura de la pareja una vez nacido el bebé concebido. Esto es consecuencia de la pobreza, que obliga al trabajo prematuro de los adolescentes, que explica la baja escolaridad, en vez de garantizarles un futuro próspero.

Anuencia o deseo de embarazarse. Se preguntó si las adolescentes deseaban embarazarse antes de los 19 años y solamente menos de la tercera parte lo deseaba, lo que implica que 6 de cada 10 bebés que nacen de estas madres prematuras, son no deseados y por lo tanto presentan una complicación social y económica (probablemente laboral o educativa) para sus madres precoces. Esto completa el entorno en que vendrán al mundo los niños nacidos en madres adolescentes, la mitad de ellas de 16 años o menos, que las colocan el alto riesgo médico por el embarazo anticipado y en riesgo social por la perpetuación intergeneracional de la pobreza.

7. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de los factores de riesgo asociados a embarazo no deseado en las mujeres adolescentes de 10 a 19 años fueron las siguientes: se cuantificó que 55% de las encuestadas presentaban baja escolaridad; 68% presentaban falta de educación sexual, 42% pertenecían a un nivel socio económico bajo, 62% pertenecían a un hogar desintegrado. Se cuantificó un 62% de embarazos no deseados por falta de uso de métodos anticonceptivos. Como característica se presentó que un 72% era de procedencia departamental y 66% profesaba la religión católica.
2. El 6% del total de las adolescentes entrevistadas informó que cursaban con un embarazo no deseado secundario a una violación sexual.
3. El 62% de los embarazos en mujeres adolescentes fue no deseado.

8. RECOMENDACIONES

8.1 Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

8.1.1 Capacitar al personal de salud que laboran en los distintos hospitales de toda la República de Guatemala en cuestión de educación sexual para enfocarse en las adolescentes de alto riesgo de tener un embarazo no deseado.

8.1.2 Realizar talleres de educación sexual, donde se promueva el uso de métodos anticonceptivos, para disminuir los embarazos no deseados en la adolescencia.

8.1.3 Promover el uso de métodos de planificación familiar durante el embarazo que está cursando la adolescente ya que con ellos se disminuirá la prevalencia de embarazo no deseado durante la adolescencia.

8.1.4 Efectuar actividades conjuntamente con el Ministerio de Educación, para el fortalecer el conocimiento de la población estudiantil en los temas de salud reproductiva.

8.1.5 Promover la capacitación de maestros de instituciones públicas y privadas, para poder realizar una detección temprana de signos que indiquen abuso sexual en niñas y adolescentes.

8.2 A la facultad de Ciencias Médicas

8.2.1 Incluir en el pensum de la carrera de médico y cirujano un espacio en el cual se impartan conferencias con temas de educación sexual, en las escuelas de educación primaria.

8.3 Al Ministerio de Educación.

8.3.1 Promover la educación en salud reproductiva enfocada en las edades respectivas tanto en niños, adolescentes y jóvenes.

8.3.2 Incentivar a las jóvenes embarazadas a no desertar sus estudios, dándoles a conocer la importancia que tiene la educación en sus vidas.

- 8.3.3** Dar a conocer las consecuencias tanto físicas, psicológicas y sociales que repercuten en la adolescente al quedar embarazada.

- 8.3.4** Promover la comunicación entre los padres y sus hijos, en lo que respecta a temas de educación reproductiva donde se genere un ambiente donde exista plena confianza, para poder dar a conocer la información adecuada a las adolescentes sobre las realidades de la sexualidad.

9. APORTES

9.1 Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

9.1.1 El trabajo aporta información sobre la deficiencia en la educación sexual impartida a los adolescentes en las escuelas y los hogares del país y da una base para el fortalecimiento o creación de programas de educación reproductiva.

9.1.2 La base de datos proporciona información valiosa sobre la cantidad de embarazos no deseados, que son resultado violaciones, dando una panorámica sobre el grado de violencia que viven los jóvenes en nuestra sociedad.

9.1.3 Con este trabajo es factible identificar a las adolescentes con un alto riesgo de tener un embarazo precoz, y así lograr enfocarse a estos grupos específicos para que sea posible su prevención.

9.1.4 Se logra obtener información de la cantidad de adolescentes que actualmente no desean su embarazo, por lo que se puede asociar con la incidencia de abortos, lo cual representa un problema importante para la sociedad.

9.2 Al hospital General San Juan de Dios, Hospital de Ginecología y Obstetricia al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

9.2.1 El estudio proporciona una visión general sobre la situación de la adolescente embarazada en nuestro país, así como los principales factores que la condicionan, y con esta información se pueden reevaluar los programas implementados por estas instituciones, y a la vez una reestructurarlos, para mejorar la atención en estos grupos de riesgo.

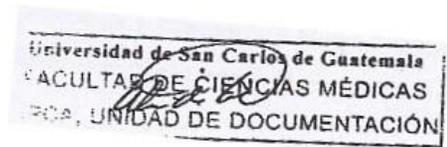
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Embarazo en la adolescencia, en: Grupo de Trabajo Sobre Salud Reproductiva en la Adolescencia, Sociedad Española de Contracepción, Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia: Aspectos Básicos y Clínicos, San Sebastián, España: Wyeth-Lederle, 2001, págs. 817–835.
2. Instituto Nacional de Estadística (INE), Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y Macro International, Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1995 (ENSMI–1995), Calverton, MD, EEUU: Macro Internacional; y Ciudad de Guatemala, Guatemala: INE, 1996.
3. Figueroa AR. Embarazo en adolescente. REVCOG (Guatemala) 1998; ene-abr;8 (3) : 1-12
4. MSPAS, Informe Final: Línea Basal de Mortalidad Materna para el Año 2000, Ciudad de Guatemala, Guatemala: MSPAS, 2003.
5. Silva J. Determinantes Claves para embarazos no deseados en Ciudad Bolívar. Bogotá Colombia: PAHO; 2007
6. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002 (ENSMI–2002), Volumen I: Mujeres, Ciudad de Guatemala, Guatemala: Universidad del Valle, 2003.
7. Corrales G et al., Honduras: Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF–2001), Informe Final, Tegucigalpa, Honduras: ASHONPLAFA; y Atlanta, GA, EEUU: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2002.
8. Blandón LF et al., Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2001 (ENDESA–2001), Informe Final, Managua, Nicaragua: Instituto de Estadísticas y Censos, 2002.
9. MSPAS (2010). Sala situacional de salud reproductiva año 2009. Guatemala.

10. Castillo F. Hospital General San Juan de Dios. [en línea]Guatemala: HGSJDD, 2012 [accesado) (10 noviembre 2012] Disponible en <http://www.hospitalsanjuandediosguatemala.com/guial.shtml>
11. Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de la Antigua Guatemala [en línea] Guatemala HNPB 2012 [accesado 10 noviembre 2012] Disponible en : <http://www.actiweb.es/hospital-nacional-psjb/>
12. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. InfoIGSS. [en línea] Guatemala: IGSS 2012 [accesado 10 noviembre 2012]. Disponible en: <http://www.igssgt.org>
13. Organización Panamericana de la Salud. [Sede web] Washington: OPS. Embarazo adolescente 2006 [accesado el 12 de diciembre de 2012]. Disponible en: www.clap.ops-oms.org
14. Federación Internacional de Planificación Familiar. Salud sexual y reproductiva un nuevo enfoque Visión año 2000. Londres 1996 1 PPF. 26 P.
15. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Nacional de atención integral de los y las adolescentes. Guatemala C.A. Septiembre, 1998, publicado por la colaboración de OPS. Pp. 27-35.
16. Nuñez, H. Embarazo en la adolescencia en Costa Rica. Con énfasis en comunidades urbanas pobres. Revista costarricense de Salud Pública. Julio 1999 14 (8) Pp 3847.
17. Silver, Thomas, y Cols. Manual de medicina del adolescente. EUA. 1992. OPS serie PALTEX para ejecutores de programas de salud No.20 pp. 47
18. Jimenez S. Embarazo en la adolescencia [en línea]. Guatemala: deguate.com; 2007 [actualizado 28 Dic 2008; accesado 12 diciembre 2012]. Disponible en : http://www.deguate.com/salud/article_11834.shtml

19. Rivadeneira L, Guatemala: población y desarrollo. Un diagnóstico sociodemográfico, Santiago, Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), 2001.
20. MSPAS, Programa de Salud Integral de la Mujer, la Niñez y la Adolescencia y OPS, Estudio analítico sobre el marco legal y político que afecta y protege a la población adolescente y joven en Guatemala: un análisis sobre sus derechos, Ciudad de Guatemala, Guatemala: MSPAS, 2000.
21. Monteith RS, Stupp PW y McCracken SD, Reproductive, Maternal, and Child Health in Central America: Trends and Challenges Facing Women and Children, Atlanta, GA, EEUU: CDC, 2005.
22. Lete Lasa I et al., Embarazo en la adolescencia, en: Grupo de Trabajo Sobre Salud Reproductiva en la Adolescencia, Sociedad Española de Contracepción, Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia: Aspectos Básicos y Clínicos, San Sebastián, España: Wyeth-Lederle, 2001, págs. 817–835.
23. 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 15 de Dic 2012]. Disponible en: <http://www.unicef.org.gt/1recursosunicefgua/publicaciones.html>
24. Padilla de Gil M. Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia REVCOG (Guatemala) 1999; ene-abr; 9 (1): 1-22
25. Issler JR. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina N° 107-Agosto/2001 P. 11-23.
26. Krauskopf D. Participacion social y desarrollo en la adolescencia. Costa Rica: Fondo de Población de Naciones Unida; Costa Rica; 2003.
27. Vaillant Orozco S. Embarazo en la adolescencia. [Monografía]. España: 2007 [accesado el 17 de noviembre del 2009]. Disponible en: med.unne.edu.ar

28. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes en América Latina y el Caribe. Washington D.C.: OPS; 2008



12. ANEXOS



Anexo 1

HOJA DE INFORMACIÓN A PACIENTES

Nosotros somos estudiantes de sexto año de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Estamos investigando sobre los factores de riesgo asociados en embarazo no deseado en adolescentes. Le vamos a dar información sobre el estudio, antes de decidirse puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo sobre la investigación. Si tiene preguntas más tarde puede hacérnosla cuando crea más conveniente. El embarazo en adolescentes se ha convertido en un serio problema en nuestro país. Dar a luz a una edad temprana puede reducir la autonomía social y económica de una mujer a largo plazo, desviar sus perspectivas educativas y poner en peligro su salud y la de su recién nacido. Estamos invitando para este estudio a adolescentes que están embarazadas y que asistan al control prenatal en los diferentes hospitales de la capital, Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Hospital de Ginecología y Obstetricia, y Hospital General San Juan de Dios para poder determinar cuáles son los factores que se asocian al embarazo no deseado en adolescentes. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aún cuando haya aceptado antes. El procedimiento que se llevará a cabo es el siguiente:

1. Se entregara un cuestionario la cual deberá responder en un tiempo de 35 minutos, no se colocara ninguna marca por parte del administrado al cuestionario antes, durante o después el mismo.
2. Se tabularan los datos de las encuestas y para luego analizarlas.

Anexo 3



Universidad de San Carlos de Guatemala

Facultad de Ciencias Médicas

Centro de investigaciones de Ciencias de la Salud



FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZO NO DESEADO EN MUJERES ADOLESCENTES

Buenos días/buenas tardes, somos estudiantes de la Universidad de San Carlos de Guatemala, de la Facultad de Ciencias Medicas. Estamos realizando un estudio acerca de “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZO NO DESEADO EN MUJERES ADOLESCENTES” Este estudio servirá para conocer más acerca de los factores que repercuten en las adolescentes para el aumento de embarazos en nuestro país y así brindar recomendaciones para programas de salud. Tus respuestas serán completamente confidenciales y serán utilizadas únicamente para este fin, por lo que es importante tu sinceridad. Esta encuesta consta de 15 preguntas y el tiempo para llenarla es de aproximadamente 15 minutos. Agradecemos tu tiempo y respuestas.

INSTRUCCIONES:

- Por favor lee cada pregunta cuidadosamente antes de responderla
- Selecciona la respuesta que mejor describe lo que tú crees o sientes que es correcto
- Para seleccionar cada respuesta debes hacer un círculo en el número del lado derecho
- Si tienes que cambiar tu respuesta puedes hacerlo, solamente bórrala y asegúrate de no dejar marcas

Ejemplo:

P1	¿Cuál es su estado civil?	soltero 1 casado 2
----	---------------------------	-----------------------

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Centro de investigaciones de Ciencias de la Salud

RECUERDA QUE TUS RESPUESTAS SE MANTENDRÁN CONFIDENCIALES

P1	¿Cuál es su fecha de nacimiento ?	___ ___ ___ Fecha Mes Año
P2	¿Cuál es su procedencia ?	capital 1 departamental 2
P3	¿Qué religión practica?	Católica 1 Evangélica 2 Otro 3
P4	¿Qué escolaridad tiene?	Analfabeta 1 Primaria completa 2 Primaria incompleta 3 Secundaria completa 4 Secundaria incompleta 5 Universidad 6
P5	¿deseaba usted quedar embarazada antes de los 19 años ?	Si 1 No
P6	¿Desea usted este embarazo ?	si 1 no 2 No deseo contestar 99
P7	¿Cuál es el ingreso mensual aproximado con el que usted cuenta para sostenerse?	Mayor a Q5,000 1 De Q2,500 a Q4,900 2 Menor a Q2,500 99

P8	¿Como se sostiene economicamente?	<p>Los padres ayudan 1</p> <p>Trabajo de la adolescente 2</p> <p>Trabajo de la pareja conyugal 3</p> <p>Otro 4</p>
P9	Escoja una opcion de cada inciso	<p>a. Su Casa es de Ladrillo__ làmina_ madera</p> <p>b. Su piso es de: cerámica_ tierra_ cemento</p> <p>c. Estudia en instituci3n: privada__ pùblica__ ninguna</p> <p>d. Su medio de movilizaci3n: carro _ motocicleta_ tuc tuc_ bus extraurbano</p>
P10	¿vive con sus padres ?	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No deseo contestar 99</p>
P11	¿sus padres se encuentran unidos o separados ?	<p>Unidos 1</p> <p>Separados 2</p> <p>No deseo contestar 99</p>
P12	¿lleva buena relacion con sus padres?	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No deseo contestar 99</p>
P13	¿Se encontraba usted utilizando algùn método anticonceptivo al quedar embarazada?	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No deseo contestar 99</p>
P14	¿Si su respuesta fue sí a la pregunta anterior, que método anticonceptivo utilizaba?	<p>Natural 1</p> <p>Inyecci3n 2</p> <p>Pastillas 3</p> <p>Cond3n 4</p> <p>Otro 99</p>
P15	¿Cuál es el motivo por el cual usted quedo embarazada ?	<p>Fallo de metodo anticonceptivo 1</p> <p>Embarazo planificado 2</p> <p>Falta de uso de metodos anticonceptivos 3</p> <p>Violacion 4</p>

Anexo 4



ASENTIMIENTO INFORMADO

He sido invitado (a) a participar en la investigación “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZO NO DESEADO EN MUJERES ADOLESCENTES” He sido informada (a) sobre los beneficios de participar. Se me explico que el estudio consiste en determinar cuales son los factores asociados en las adolescentes con embarazo no deseado y que mi participación es valiosa para poder llevar a cabo este estudio, y que al responder este cuestionario contribuyo con mi información. Se me explico que me puedo abstener de responder preguntas y que me puedo retirar en cualquier momento de la investigación.

He leído y comprendido la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre la investigación y se me ha contestado satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo derecho a retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha _____

Anexo 5



CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO _____ de _____ años de edad, con No. De Cedula _____ como encargado(a) o tutor(a) de la adolescente _____

autorizo que participe en la investigación "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZO NO DESEADO EN MUJERES ADOLESCENTES"

He sido informada (a) sobre los beneficios de participar.

He leído y comprendido la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre la investigación y se me ha contestado satisfactoriamente. Consiento voluntariamente que mi hija participe en esta investigación.

Nombre del Encargado

Firma del Encargado

Fecha _____

Huella Dactilar del participante

Anexo 6



CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que la persona ha dado consentimiento libremente. Para participar en la investigación "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZO NO DESEADO EN MUJERES ADOLESCENTES"

Nombre del testigo

Huella dactilar del participante

Firma del testigo_____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que la persona ha dado consentimiento libremente.

Nombre del investigador

Firma del Investigador_____

Fecha_____

Anexo 7

Test sobre Educación Sexual

1.-La sexualidad es:

- a. es mantener relaciones sexuales
- b. son las diferencias entre el hombre y la mujer
- c. es un aspecto integrante de la personalidad que abarca aspectos biológicos, psicológicos y sociales

2.- Los métodos más seguros para reducir el riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual son:

- a. higiene íntima luego de mantener relaciones sexuales
- b. usar preservativo durante toda la relación
- c. abstinencia sexual (no mantener relaciones sexuales)

3.- La masturbación

- a. es practicada por hombres y mujeres a toda edad
- b. es exclusiva de los jóvenes
- c. si se realiza muy frecuente puede llevar a dificultades en el desarrollo de la sexualidad.

4.- ¿Cuál sería la mejor fuente de información acerca de educación sexual?

- a. Familia
- b. Escuela
- c. Amigos

5.-En la primera relación sexual de la mujer, con penetración

- a. siempre ocurre el desgarramiento del himen lo que origina un pequeño sangrado
- b. no tiene por qué causar ningún dolor
- c. no se puede quedar embarazada.

6- ¿Cuál o cuáles de los siguientes métodos previene el embarazo y además las enfermedades de transmisión sexual?:

- a. DIU (dispositivo intrauterino)
- b. Preservativo
- c. Píldoras o pastillas anticonceptivas

7. Las infecciones de transmisión sexual:

- a. Se transmiten también por compartir piscinas
- b. No se transmiten por sexo oral
- c. Algunos síntomas pueden ser: secreciones anormales del pene o vagina, picazón, erupciones en la piel, etc.

8.- sobre el coito interrumpido:

- a. consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación del hombre
- b. es uno de los métodos más antiguos
- c. es muy eficaz para evitar el embarazo.

9.- sobre el ciclo sexual femenino:

- a. la ovulación es la expulsión del ovulo desde el ovario
- b. el periodo fértil siempre ocurre exactamente el día 14 del ciclo, contando desde el primer día de la menstruación
- c. dura 28 días, aunque puede variar entre 21 y 35 días.

10.- Los métodos más seguros para reducir el riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual son:

- a. Higiene íntima luego de mantener relaciones sexuales
- b. Usar preservativo durante toda la relación
- c. Abstinencia sexual (no mantener relaciones sexuales)

Anexo 8

Distribución según uso de métodos anticonceptivos, y motivo del embarazo en las adolescentes con embarazo no deseado que asistieron a control prenatal en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, Hospital Nacional Pedro de Bethancourt y Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Motivo Embarazo	Frecuencia	Porcentaje	Método anticonceptivo utilizado	Frecuencia	Porcentaje
Fallo de método anticonceptivo	39	14%	Natural	57	20%
Embarazo planificado	0	0%	Inyección	65	23%
Falta de uso de métodos anticonceptivos	173	61%	Pastillas	46	16%
Violación	17	6%	Condón	92	32%
No deseo contestar	56	19%	Otro	25	9%
Total	285	100%	Total	285	100%

Fuente: base de datos de encuestas factores de riesgo asociados a embarazo no deseado en mujeres adolescentes durante noviembre- diciembre 2012

