

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

Conductas de riesgo y factores psicosociales en madres adolescentes. San Juan Ostuncalco,
Quetzaltenango, Guatemala, julio 2016.

TESIS DE GRADO

MARIA FERNANDA ORTIZ TORRES
CARNET 11166-10

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, ABRIL DE 2017
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

Conductas de riesgo y factores psicosociales en madres adolescentes. San Juan Ostuncalco,
Quetzaltenango, Guatemala, julio 2016.

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

POR
MARIA FERNANDA ORTIZ TORRES

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO DE MÉDICA Y CIRUJANA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, ABRIL DE 2017
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.

VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO

VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO

VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS

SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: DR. EDGAR MIGUEL LÓPEZ ÁLVAREZ

SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN

DIRECTOR DE CARRERA: MGTR. EDGAR ENRIQUE CHÁVEZ BARILLAS

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. EVELYN MARÍA GONZALEZ OCHOA

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

LIC. CLAUDIA MARIA DE LEON LEON

LIC. LESTER ARIEL GIRÓN ROMERO

LIC. ROCAEL ENRÍQUEZ CENTES



VISTO BUENO INFORME FINAL DE TESIS
ASESOR DE INVESTIGACION

Guatemala, 8 de Julio de 2016

Comité de Tesis
Departamento de Medicina
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Rafael Landívar

Estimados miembros del Comité:

Deseándoles éxitos en sus actividades académicas regulares, me place informales que he revisado el informe final de tesis de graduación titulado: Conductas de Riesgo y Factores Psicosociales en Madres Adolescentes del estudiante María Fernanda Ortiz Torres con carné N° 1116610, el cual he acompañado desde la fase de protocolo y, hasta el momento, ha cumplido con las exigencias y procedimientos establecidos en la Guía de Elaboración de Tesis de la Licenciatura en Medicina de esa universidad.

Por lo anterior, doy mi anuencia para que dicho informe pase a consideración del Comité de Tesis para su aprobación, no teniendo de mi parte ningún inconveniente para que dicho alumno pueda continuar con el proceso establecido por la Facultad de Ciencias de la Salud, para solicitar la *defensa de tesis* del trabajo en mención.

Sin otro particular, atentamente,



Dra. Evelyn María González Ochoa
Asesor de Investigación
(Firma y Sello Profesional)

Dr. Evelyn González
GINECOLOGA Y OBSTETRA
Col. 13,877



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante MARIA FERNANDA ORTIZ TORRES, Carnet 11166-10 en la carrera LICENCIATURA EN MEDICINA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 09267-2017 de fecha 19 de abril de 2017, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

Conductas de riesgo y factores psicosociales en madres adolescentes. San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango, Guatemala, julio 2016.

Previo a conferírsele el título de MÉDICA Y CIRUJANA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 25 días del mes de abril del año 2017.



LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN, SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar

Resumen

Antecedentes: Los embarazos en adolescentes constituyen un problema alarmante que afecta el desarrollo de las mujeres y es un riesgo para la salud sexual y reproductiva de las adolescentes, varios estudios revelan que en América Latina entre un 15-25% de los recién nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años ya que 100 de cada 1000 mujeres son adolescentes embarazadas. **Objetivo:** Identificar las conductas de riesgo y los factores psicosociales en madres adolescentes. **Diseño:** Descriptivo Transversal. **Materiales y Métodos:** Todas las adolescentes y madres adolescentes de 10-19 años de edad, que acudieron al puesto de salud y que fueron captadas en las visitas familiares en la comunidad de La Nueva Concepción, Quetzaltenango de Enero – Mayo 2016. Se solicitó consentimiento informado y se procedió a realizar una encuesta directa a las adolescentes, se registraron resultados en una base de datos electrónica y con la ayuda del programa SPSS 20.0 se analizaron los resultados. **Resultados:** Se obtuvo un total de 118 adolescentes de las cuales 77% se encontraban en la adolescencia tardía, 67% son primíparas, el 58% de las adolescentes realizó esfuerzos excesivos durante el embarazo, 56% tuvo un control prenatal inadecuado, 98% de ellas ya no estudia y el 71% no dejaron de estudiar por su embarazo. **Conclusiones:** El esfuerzo excesivo durante el embarazo es la conducta de riesgo mas frecuente, la cultura parece reflejarse en las decisiones de las adolescentes ya que como factor psicosocial mas frecuente esta que el 98% de las adolescentes ya no estudia y el 71% no dejaron de estudiar por su embarazo.

Palabras clave: Adolescencia temprana, Adolescencia media, Adolescencia tardía, Conductas de riesgo, Factores Psicosociales.

Índice

1. Introducción.....	1
2. Marco teórico.....	3
2.1 Adolescencia definición.....	3
2.2 Fases de la adolescencia.....	3
2.2.1.Adolescencia temprana.....	4
2.2.2.Adolescencia media.....	5
2.2.3.Adolescencia tardía.....	6
2.3 Embarazo.....	6
2.3.1.Embarazo en adolescentes.....	7
2.4 Embarazo en Adolescentes Guatemaltecas	7
2.5 Conductas de riesgo durante el embarazo en la adolescencia	11
2.6 Factores psicosociales durante el embarazo	12
3. Objetivos de la investigación.....	13
3.1 Objetivo General:.....	13
4. Metodología de la investigación	14
4.1. Diseño del estudio.....	14
4.2. Población.....	14
4.3. Muestra	14
4.4. Criterios de inclusión y exclusión	14
4.4.1.Criterios de inclusión.....	14
5. Definición y Operacionalización de Variables.....	15
6. Técnicas e instrumentos	19
7. Plan de procesamiento y análisis de datos	20
8. Procedimiento	20
8.1. Primera etapa: Obtención del aval institucional	20
8.2. Segunda etapa: Validación del instrumento de recolección de datos.....	20
8.3. Tercera etapa: Identificación de la población y solicitud de consentimiento informado.....	21
8.4. Cuarta etapa: Recolección de datos	21
8.5. Quinta etapa: Tabulación y análisis de datos.....	21
8.6. Sexta etapa: Informe final y presentación de resultados.....	22
9. Alcances y límites de la investigación	23
9.1. Alcances	23
9.2. Límites	23
10. Aspectos éticos de la investigación.....	24
11. Resultados	25
Tabla No.1 Características generales	25
Tabla No.2 Conductas de Riesgo.....	26
Tabla No.3 Factores Psicosociales.....	27

12. Análisis y discusión de resultados	29
13. Conclusiones.....	33
14. Recomendaciones.....	34
15.Referencias Bibliográficas.	35
Anexos	37
Consentimiento Informado (Anexo 1).....	37
Boleta De Recolección De Datos (Anexo 2)	38

1. Introducción

El embarazo en la adolescencia se define como “aquel que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, que es el tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen”. (1,2)

El embarazo en adolescentes va en aumento a nivel mundial presentándose cada vez a edades más precoces lo cual es considerado un problema médico social, varios estudios revelan que en América Latina entre un 15-25% de los recién nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años ya que 100 de cada 1000 mujeres son adolescentes embarazadas. (2,5,6)

Guatemala se encuentra ubicada entre los 17 países con alto riesgo reproductivo a nivel mundial, siendo el tercer país con las tasas más altas de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años de América Latina, de acuerdo a datos de la Encuesta de Salud Materno Infantil en Guatemala (ENSMI 2008/2009), el 9.5% de las jóvenes de 15 a 24 años relató haber tenido su primer embarazo antes de los 15 años, el 48.5% entre los 15 y 17 años, el 25% entre los 18 y 19 años. (3)

En un estudio realizado en el 2008 por la Universidad de San Carlos de Guatemala por la facultad de Ciencias Médicas revela que los embarazos en adolescentes comprendidos entre las edades de 10 a 17 años, el 40% de ellas son madres solteras el 60% no asisten a la escuela y el 50% se desempeña en la economía informal. (3)

Según el Sistema Gerencial de Información en Salud (SIGSA) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) para el año 2010 se reportaron 47, 559 partos atendidos entre adolescentes de 10 a 19 años de estos 5,300 fueron en menores de 15 años. (3)

Para International Family Planning Perspectives 2006, los hijos/as de las mujeres menores de 20 años tienen un riesgo mayor (34% más alto) de muerte durante el período neonatal. (3)

Durante el año 2010 en Guatemala según un estudio realizado por la Sala situacional de salud reproductiva MSPAS se reportaron 4 muertes maternas en menores de 14 años y 52 muertes de 15 a 19 años, esto podría ser consecuencia de que a esta edad se presentan los periodos de mayor demanda nutricional del ser humano y al mezclarlo con el embarazo se exigen más demanda hacia el cuerpo, es por eso que en este segmento de la vida, se afronta los mayores riesgos médicos, aumentando los riesgos de enfermar y morir, si no se les presta no solo una atención adecuada y oportuna si no también toda la información pertinentes a los cambios y cuidados durante el embarazo. (2, 3, 4)

Esto nos muestra que los servicios de salud y sus proveedores, escasamente indagan sobre las circunstancias que rodean estos embarazos, por lo que la atención que se brinda, es carente de la calidad integral que requiere la madre adolescente tanto en el control prenatal como en la atención del parto, el posparto y la consejería en planificación familiar lo que nos lleva a complicaciones durante el embarazo o embarazos de alto riesgo. (3)

Por lo que es importante evaluar si las adolescentes están consientes de lo que embarazo significa, de las conductas que deben tomar y de los cuidados que deben tener, ya que todas las complicaciones y muertes, se relacionan con la falta de atención prenatal y la falta de acceso a la atención institucional del parto por personal profesional.(3)

En Guatemala no se cuenta con información sobre el aspecto biológico, psicológico y social que afronta la adolescente embarazada; así como las conductas de alto riesgo para el embarazo que puedan adoptar, ya que el acceso a educación materna, cuidados durante el embarazo y signos de alarma es limitado especialmente para las adolescentes sin educación y de áreas rurales, por lo que esta investigación servirá como primer paso para identificar las conductas de riesgo y los factores psicosociales de las madres adolescentes de la comunidad de La Nueva Concepción, San Juan Ostuncalco Quetzaltenango, con el fin de orientar y tratar integralmente a la adolescente en esta etapa de la vida, evitando así conductas de riesgo ya que esto es vital para tener un embarazo sin complicaciones y un recién nacido en óptimas condiciones.

2. Marco teórico

2.1 Adolescencia definición

El diccionario de la real academia española define a la adolescencia como: la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo.

Se delimita cronológicamente a la adolescencia entre los 10 y 19 años, aunque actualmente se diferencian tres períodos, que la extienden hasta los 24 años:

- Pre-adolescencia o temprana de 10 a 14 años, correspondiente a la pubertad.
- Adolescencia media o propiamente dicha, de 14 a 18 años.
- Adolescencia tardía de 19 a 24 años.

“La adolescencia se refiere al tiempo entre el comienzo de la maduración sexual (Pubertad) y la edad adulta. Es un tiempo de maduración psicológica, en el cual la persona se comienza a comportar como un adulto.” (8)

Etimológicamente viene del latín “adolescere” que significa “en crecimiento, madurar, desarrollarse”. La adolescencia también es un proceso psicobiosocial, durante el cual la persona tiene que armonizar el nuevo funcionamiento de su cuerpo con conductas aceptables socialmente y así, poder formar una personalidad integrada en sus tres elementos básicos: biológico, psicológico y social.(9)

La adolescencia es, en otras palabras, es la transformación del infante antes de llegar a la adultez. Se trata de un cambio de cuerpo y mente, pero que no sólo acontece en el propio adolescente, sino que también se conjuga con su entorno.

2.2 Fases de la adolescencia

Para comprender la etapa de la adolescencia, se ha segmentado en tres períodos:

- Temprana
- Media
- Tardía

Cada una de ellas incluye tres aspectos básicos que son el componente biológico, social y psicológico.(9)

Cuando hablamos de la etapa de la adolescencia, estamos hablando de una serie fundamental de cambios tanto psicológicos como físicos. De acuerdo a

la psicología, los adolescentes luchan por la identificación del Yo y por la estructuración de su existencia basada en esa identidad. Se trata de un proceso de autoafirmación, que suele aparecer rodeado de conflictos y resistencias, en los cuales el sujeto busca alcanzar la independencia. (8)

2.2.1. Adolescencia temprana

Se puede situar entre los 10 y 13 años de edad, y es cuando inician cambios físicos notorios. Se genera un rápido crecimiento en estatura, peso, proporciones corporales, grasa corporal, cambios en la voz y se alcanza la madurez sexual.

El desarrollo es diferente en cada persona, pero el proceso de adaptación a su nuevo cuerpo debe ser bien orientado por las personas cercanas. El aumento de la producción de las hormonas sexuales produce la función del crecimiento del vello púbico, axilar y del rostro. En las adolescentes estimula el crecimiento de los órganos genitales, busto y otros rasgos corporales. En los adolescentes estimula el crecimiento de los órganos genitales y masa corporal. Las y los adolescentes tienen tipos de hormonas femeninas y masculinas, pero en niveles diferentes. La particularidad de sexos entre los 10 y 13 años responde a que las adolescentes maduran generalmente uno o dos años antes que los adolescentes, por ello a esa edad se puede ver a las adolescentes ligeramente más altas que los adolescentes. Así mismo inicia la preocupación por la imagen corporal y despierta la atracción sexual.(9)

- **En las mujeres** crece el vello axilar y púbico, aumenta el tamaño de los senos. En este periodo las mujeres crecen más que los varones. Tienen la primera menstruación (menarquía).
- **En el hombre** comienza a crecer el pene, aparece el vello púbico y axilar, cambia el timbre de voz, comienza a aparecer el bigote y la barba.

Tanto en el hombre como en la mujer desarrollan una actitud o búsqueda de su propia identidad o deseo de que se le tome en cuenta. Lo que puede manifestarse en rebeldía hacia los padres, les gusta tener un grupo de amigos de su mismo sexo y andar juntos siempre. Exigen mucho la privacidad sobretodo en su casa. Les preocupa su apariencia física por ello se miran frecuentemente al espejo. Pierden interés en estar y salir con sus padres. Aparecen los primeros enamoramientos, pero siempre acompañados del grupo.(10)

2.2.2. Adolescencia media.

Se ubica entre los 14 y 16 años. Aunque no existe un rango universal. En este se definen claramente patrones físicos, como el vello púbico, que es similar al del adulto. Por lo general termina la etapa de crecimiento acelerado el cambio de la voz es más marcado, cuidan más de su apariencia física.

La comunicación con los padres es más sólida, se comunican abiertamente, buscan receptores de esta comunicación. Tienen más relaciones sociales con personas del sexo opuesto. Sienten curiosidad por temas sobre su sexualidad como inquietud natural, no precisamente por haber iniciado una actividad sexual.

Cuestionan los valores que transmiten los padres, si reciben una actitud responsable y abierta por los padres comunican sus vivencias. Poseen una conducta "omnipotente", que genera conductas de alto riesgo. Es la etapa en que mayormente inician experiencias sexuales. (9)

En esta etapa también se dedican a los deportes, cultura y estudios, muchos sobresalen en esto; es donde tratan de sobresalir en algunas actividades sociales y algunos terminan en conductas de riesgo. Sienten que a ellos nada les va a pasar sin importar lo que hagan, esto se conoce como sentimiento de invulnerabilidad. Los amigos influyen mucho en sus comportamientos, generalmente escuchan más a sus amigos que a sus padres, son variables y se involucran en muchas actividades al mismo tiempo.(9)

Algunas de las cuales pueden ser generadoras de riesgos como (utilización de alcohol, drogas, cigarrillos, involucrarse en pleitos, en pandillas o maras, relaciones sexo-genitales sin protección etc.). También se dedican a los deportes, cultura y estudios muchos sobresalen en estos.

En esta época se consideran superhombres o súper mujeres por lo que se involucran en muchas actividades, esto se conoce como sentimiento de invulnerabilidad. Los grupos de estudios, comunitarios, religiosos, clubes deportivos a los cuales pertenecen frecuentemente sirven como factores protectores.

A esta edad se vuelven muy juiciosos ya que aumenta su capacidad de razonar. También se vuelven más sensibles a las críticas de los adultos. Sienten fascinación por la moda, cantantes, música etc. Además aumentan

su interés sexual, la masturbación y se pueden producir las primeras relaciones sexuales.(10)

2.2.3.Adolescencia tardía

Se ubica entre los 17 y 19 años. Generalmente se espera que haya aceptación de la nueva imagen corporal y la autoestima está mucho más reforzada. Se han tenido experiencias que permiten a la persona tomar mayor independencia. Tienen una red social de relaciones sociales cercanas. Se acercan nuevamente a los padres y tienen una escala personal de valores. (9)

En esta etapa se finaliza el desarrollo físico sexual. Tienen un comportamiento más tranquilo y estable.

El grupo de amigos ya son menos importantes, sienten necesidad de estar solos y con las personas que les agradan o atraen, tienen una mayor capacidad de compromiso, por eso si entran a formar parte de un proyecto, club son más responsables, tienen más capacidad de pensar las consecuencias de sus acciones, es decir mayor juicio crítico. En la adolescencia tardía los valores del grupo dejan de tener tanta importancia, se privilegian los valores propios acordes a la identidad. En relación a las figuras de autoridad se comienza a producir una reconciliación y reparación. La relación con sus padres y su familia vuelve a ser importante y menos crítica. Son menos rebeldes y comprenden más la forma de ser, las reglas y los valores de sus padres. (9)

Tienen una mayor capacidad para la intimidad y el afecto, por esos las relaciones de noviazgo o íntimas son más significativas a las que les dedican mucho tiempo y atención.(9)

2.3 Embarazo

Empieza en el momento de la ovulación, el cual se produce unos 14 días antes del comienzo de la siguiente menstruación”. De los millones de espermatozoide que son eyaculados por el hombre solamente uno llega a fecundar al óvulo, formando el cigoto o producto de la concepción, el cual se implantará en el útero y dará origen a un nuevo ser. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento, pasando por los periodos embrionario y fetal, con una duración de 280 días o 40 semanas. (13)

2.3.1. Embarazo en adolescentes

Se trata de un estado gestacional de una mujer:

- menor de 14 años (pre adolescencia)
- menor de 19 años (adolescencia)

Según las academias americanas de Pediatría y de Medicina, el embarazo de una adolescente “es un embarazo no planeado ni esperado que ocurre en una mujer o en una pareja que está(n) económicamente dependiendo de otros, no tienen una relación estable, usualmente se ven forzados a interrumpir su desarrollo humano (escolarización, empleo, planes de vida), abandonada (os) por su pareja y/o familia y para el cual no han adquirido una madurez ni física ni psicológica”.(8)

2.4 Embarazo en Adolescentes Guatemaltecas

Los embarazos en niñas, adolescentes y jóvenes constituyen un problema alarmante que afecta el desarrollo de las mujeres guatemaltecas y es un riesgo para la salud sexual y reproductiva de adolescentes entre 10 y 19 años. En Guatemala, los datos del Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) revelan que sólo en 2010 se reportaron 45 mil 48 partos en niñas y adolescentes y mujeres jóvenes entre 10 y 19 años de edad.(12)

Hoy en día, alrededor de 1 de cada 5 niños (as) nacen de una madre adolescente entre 15 y 19 años. De hecho, esta maternidad temprana que se presenta como única opción de vida para muchas niñas en Guatemala, esconde una situación de falta de garantía al ejercicio de sus derechos fundamentales y es en definitiva un modelo efectivo de reproducción de los patrones de exclusión y la persistencia de la pobreza .Los estudios demuestran que la mayoría de estas niñas terminarán abandonando la escuela y muy posiblemente estarán expuestas a ser receptoras de abuso y violencia, incluida la violencia sexual, y el círculo se repetirá. El embarazo en adolescentes afecta generaciones, abuelas a los 30, madres a los 15.(12)

Muchos de los embarazos en niñas y adolescentes se producen por “incesto, violaciones, otras por falta de información científica sobre sexualidad y de apropiación de su propio cuerpo, por carecer de un proyecto de vida y sin contar con suficientes recursos emocionales, físicos y materiales para hacer frente a las circunstancias. Lo más lamentable es que está situación es un producto de las desventajas sociales en que transcurre la vida de cientos de miles de mujeres jóvenes adolescentes” según MINEDUC. (11)

Al menos 20 mil 14 embarazos en niñas y adolescentes se registraron en los primeros cuatro meses de 2014, según el Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva (OSAR). (12)

Total de casos de embarazos en niñas y adolescentes 2011 a 2013

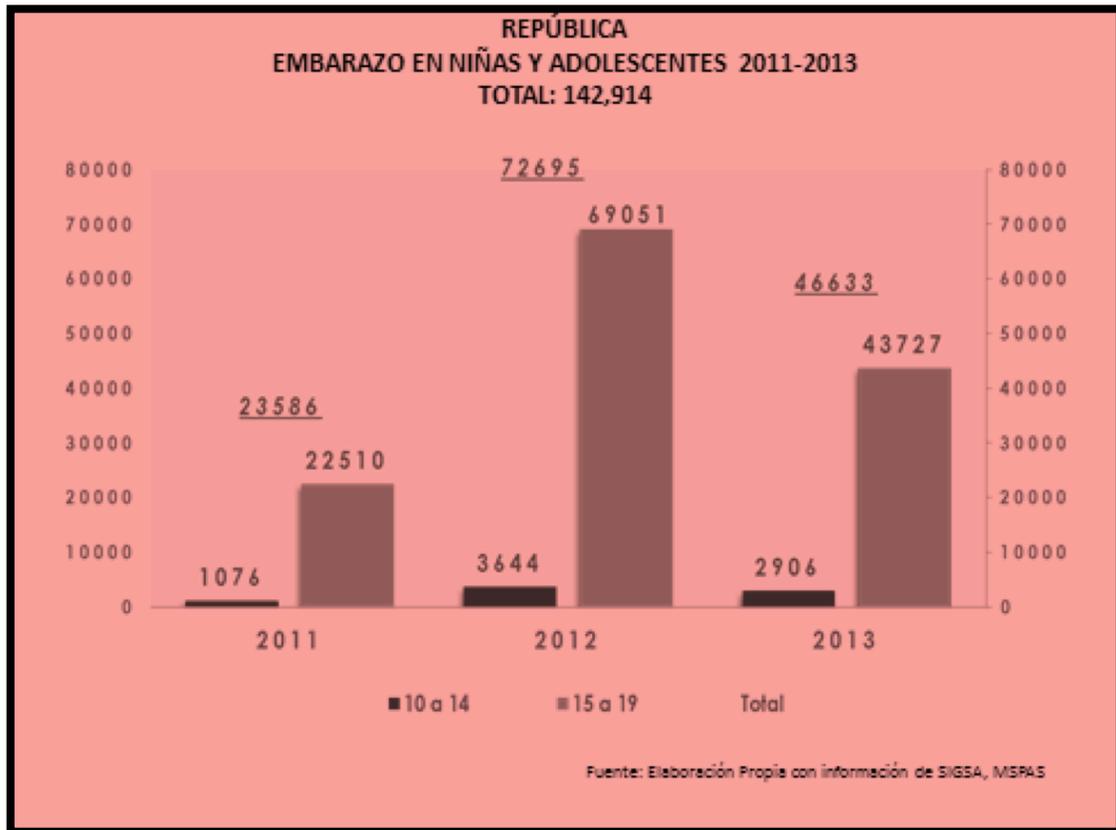


Imagen tomada de informe temático procurador de los derechos humano, análisis de la situación de embarazos en niñas y adolescentes en Guatemala 2011 – 2013 pág. 21. (12)

La gráfica explica el comportamiento de la problemática sobre embarazos en niñas de 10 a 14 años y de adolescentes de 15 a 19 años en el ámbito nacional, entre el año 2011 a junio 2013.

Respecto al embarazo en niñas y adolescentes de 10 a 14 años, sólo en el 2011 se reportaron 1,076 embarazos en niñas y adolescentes en este grupo de edad; mientras que en el 2012 la cifra alcanzó 3,644 para el mismo grupo.

De enero a junio del 2013, los casos suman 2,906, superando más de la mitad de los casos de años anteriores. Sólo en el primer semestre de 2013 se registra más del doble de lo que se reportó en 2011. Los tres años analizados hacen un total de 7,627 embarazos en niñas y adolescentes de 10 a 14 años.(12)

En los tres años, la cifra aumenta considerablemente al agregar el grupo de 15 a 19 años, representando 135,28727 adolescentes embarazadas. Al unificar los datos de ambos grupos, la cifra total representa 142,91428 niñas y adolescentes de 10 a 19 años en período gestacional.

La gráfica visibiliza que la problemática ha ido en aumento de manera considerable en los últimos tres años. Del grupo de 10 a 14 años, el incremento se ha desarrollado de la siguiente manera: En el 2011, 1076; en el año 2012, 3644; y sólo de enero a junio del 2013 han ocurrido 2,704 embarazos de niñas y adolescentes de dichas edades. Mientras en el grupo de niñas y adolescentes de 15 a 19 años, el número de casos es significativo. En el 2011, 22,510 embarazos; en el 2012, 69,051; y en el primer semestre del año 2013 (enero a junio) han ocurrido 43,727.(12)

Embarazo en adolescentes por Departamento durante los años 2011 y 2012

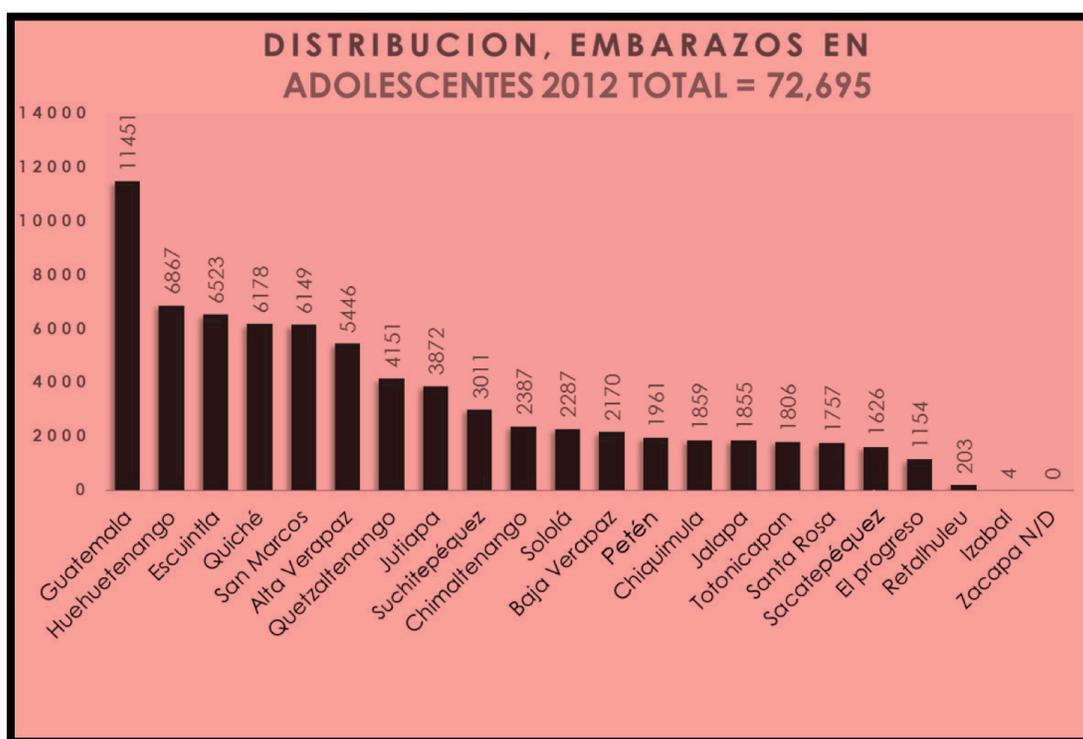


Imagen tomada de informe temático procurador de los derechos humano, análisis de la situación de embarazos en niñas y adolescentes en Guatemala 2011 – 2013 pág. 21.(12)

Al analizar la situación por departamentos, se puede determinar que la problemática fue generalizada, pues en 19 de los 22 departamentos, el número de casos supera los mil, en contraposición se encuentran: Izabal con 4 casos y Retalhuleu con 203 (datos de Zacapa no se reportan). De tal manera que de los 19 departamentos, 6 de ellos superan 5,000 casos, siendo éstos: Guatemala,

11,451 casos; Huehuetenango 6,867; Escuintla, 6,523; Quiché, 6,178; San Marcos, 6,149; y, Alta Verapaz con 5,464 casos. (12)

Si se compara el año 2011 con el 2012, se puede observar que existe una diferencia considerable, ya que en el 2012 hubo un aumento de 49,109 casos más que el año anterior. En ese año, el departamento de Guatemala sigue reportando la mayoría de casos, con un aumento de 5,000 en el 2011 a 11,451 casos en el 2012, más del doble en un año. El incremento también se presenta en el resto de departamentos.(12)

Embarazo en adolescentes por Departamento 2013

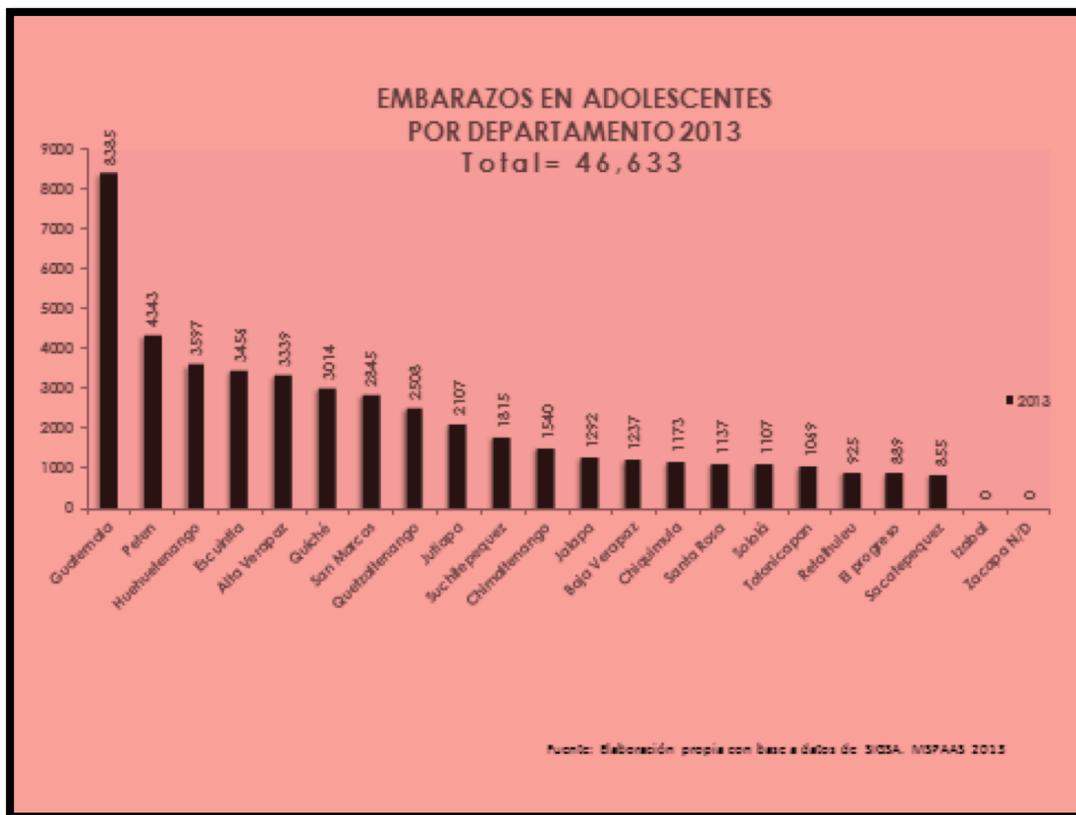


Imagen tomada de informe temático procurador de los derechos humano, análisis de la situación de embarazos en niñas y adolescentes en Guatemala 2011 – 2013 pág. 25 (12)

De enero a junio de 2013, los embarazos en adolescentes de 10 a 19 años volvieron a reflejar la misma dinámica, aunque cada año el incremento es sustancial. Lo que demuestran las tres gráficas anteriores, es un aumento considerable, y a diferencia del año 2011 la situación fue generalizada en todos los departamentos con excepción de Izabal y Zacapa (Izabal que reporta 0 y en Zacapa se desconocen datos). De los 22 departamentos (Zacapa no reporta datos), sólo 4 de ellos reportan menos de mil casos, siendo éstos Izabal con 0,

Sacatepéquez con 855, El Progreso con 889 y Quiché con 925. En relación con departamentos con mayor número de casos aparece como en años anteriores, Guatemala en primer lugar y Petén en segundo lugar (este último departamento, en los años anteriores no se encontraba en los 5/22 departamentos con mayor incidencia). Los 5 departamentos que reportan mayor cantidad de casos son : (12)

- Guatemala con 8,385
- Peten 4,343
- Huehuetenango 3,597
- Escuintla 3,597
- Alta Verapaz 3,339

2.5 Conductas de riesgo durante el embarazo en la adolescencia

Se consideran así a todas las acciones que la adolescente realizó u omitió durante el embarazo y son consideradas un factor de riesgo para el resultado del mismo.

Se establecen de esta manera en cada momento, en el individuo, la familia, grupo o comunidad una situación que resulta de la interacción de la multiplicidad de factores protectores, de riesgo, conductas de riesgo (de origen biológico, psicológico, social y del entorno que determinan un nivel de vulnerabilidad específico para un daño o varios daños simultáneamente). Una conducta de riesgo presentara la potencialidad de que se produzca un daño a la salud.(8)

Las intervenciones para prevenir los problemas de salud pretenden contraatacar los factores de riesgo y reforzar los factores de protección a lo largo de la vida de los y las adolescentes con el fin de interrumpir esos procesos que contribuyen a la disfunción física o mental. Mientras mayor sea la influencia de los factores individuales sobre el desarrollo de las enfermedades físicas o mentales, mayor será el efecto preventivo que se puede esperar cuando se implementen exitosamente. (8)

Conductas de riesgo

- El consumo de alcohol u otras drogas, incluyendo el tabaco.
- La deserción escolar.
- Falta de grupos de apoyo o no tener amigos.
- Falta de participación en las actividades comunitarias, escolares o familiares.
- Crecer en condiciones de pobreza.
- Haber sido víctima de abuso sexual.
- No acudir a control prenatal
- Trastornos de alimentación (anorexia, bulimia).
- Sedentarismo (obesidad).
- Intento de aborto

- Hábitos higiénicos incorrectos.
- Hábitos de nutrición incorrectos.

Factores de riesgo Psicológico

- Inmadurez emocional.
- Falta de autoestima.
- Promiscuidad.
- Ansiedad
- Intento de suicidio

2.6 Factores psicosociales durante el embarazo

- Condición económica desfavorable, baja escolaridad.
- Marginación social.
- Vivir en el área rural, lo que dificulta el acceso a información adecuada.
- Mitos y tabúes acerca de la sexualidad.
- Mensajes contradictorios con respecto a la sexualidad en la familia y los medios de comunicación.
- Cambio de valores sociales sobre sexualidad.
- Violencia domestica abuso físico, sexual o psicológico.

Complicaciones en el embarazo precoz.

- Complicaciones obstétricas.
- Deficiente atención médica durante el embarazo, toxemias del embarazo y del parto prematuro.
- Anemia.
- Desproporción céfalo pélvica.
- Distocias mecánicas y dinámicas.
- Parto prolongado y difícil.
- Muerte.
- Abortos provocados y sus complicaciones.
- Perforaciones uterinas.
- Hemorragias.
- Infecciones.
- Aumento de la morbi mortalidad infantil
- Prematurez.
- Bajo peso al nacer.
- Enfermedades congénitas.

3. Objetivos de la investigación.

3.1 Objetivo General:

Identificar las conductas de riesgo y los factores psicosociales en madres adolescentes.

4. Metodología de la investigación

4.1. Diseño del estudio

- Descriptivo, transversal

4.2. Población

- Todas las adolescentes embarazadas y madres adolescentes de 10 a 19 años de edad , que residen en la comunidad de La Nueva Concepción, San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango, Guatemala.

4.3. Muestra

- 118 adolescentes de 10 a 19 años captadas de Enero a Mayo de 2016 en el puesto de salud y en vistas familiares de la comunidad de La Nueva Concepción, San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango, Guatemala.

4.4. Criterios de inclusión y exclusión

4.4.1. Criterios de inclusión

- Adolescentes de 10 -19 años embarazadas, o madres adolescentes.

5. Definición y Operacionalización de Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala	Indicador
Conductas de riesgo	Toda conducta que vaya en contra de la integridad física, mental, emocional o espiritual de la persona y que puede incluso atentar contra su vida.	Datos obtenidos del cuestionario. -Consumo de drogas. -Control prenatal no adecuado. -No tomar multivitamínicos -Uso de faja durante el embarazo. -Esfuerzos excesivos durante el embarazo. -Tabaquismo. -Alcoholismo. -Automedicación. Presentes: si existen uno o mas conductas. Ausentes: si no hay ninguna conducta de riesgo.	Cualitativa nominal	Presentes Ausentes.
Factores psicosociales	Son todas aquellas condiciones físicas, psicológicas y sociales que incrementan significativamente las posibilidades de que un individuo incurra en una conducta de	Datos obtenidos del cuestionario -Problemas familiares . -Estado de animo durante el embarazo. -Abandono escolar. -Estrés. -Reacción personal de pareja y padres al embarazo.	Cualitativas nominales	Presentes Ausentes

	riesgo.	-Apoyo de pareja y padres. Presentes: si existen uno o mas conductas. Ausentes: si no hay ninguna conducta de riesgo.		
Etapas de la adolescencia	Tiempo de vida transcurrido desde que se inicia la adolescencia hasta que termina.	Se calcula la edad a partir de la fecha de nacimiento y se clasifica según etapa Adolescencia temprana: de 10 años a menos de 14 años Adolescencia media: de 14 años a menos de 17 años Adolescencia tardía: de 17 años a menos de 19 años	Cualitativa Ordinal	Adolescencia temprana. Adolescencia media. Adolescencia tardía.
Paridad	Número de embarazos con un alumbramiento más allá de la semana 20	Datos obtenidos del cuestionario. Nulípara: que no ha tenido ningún parto Primípara: que ha tenido solo 1 parto. Pequeña múltipara: que ha tenido 4 partos o menos.	Cualitativa Nominal	Nulípara Primípara Pequeña múltipara.

<p>Escolaridad</p>	<p>Tiempo durante el cual se asistió a la escuela o a un centro de enseñanza, aprobando los años establecidos.</p>	<p>Se obtendrá el dato de las respuestas que indique la mujer al momento de la entrevista. Analfabeta: no sabe leer, ni escribir. Primaria: menos de 6to año aprobado o hasta 6to año aprobado. Basico: menos de 3ero básico o hasta 3ero básico aprobado. Diversificado: de 4to a 5to o 6to año aprobado de una carrera antes de la universidad. Universidad: cursos de la universidad aprobados.</p>	<p>Cualitativa Ordinal</p>	<p>Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Diversificado Universidad</p>
<p>Ocupación.</p>	<p>En términos generales, se refiere a la acción y resultado de ocupar o de ocuparse. Se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o que hacer.</p>	<p>Dato tomado de la boleta de recolección de datos Remunerado: todo aquel trabajo en el que se tenga goce de salario. No remunerado: Trabajo en el cual no se tiene un</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>	<p>Remunerado No remunerado</p>

		salario.		
Estado Civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Se definirá en base a la información obtenida por la participante	Cualitativa Nominal	Soltera Casada Unida Viuda Divorciada

6. Técnicas e instrumentos

Consentimiento informado: Primero se realizó una explicación verbal clara y concisa por parte de la investigadora con respecto al estudio para que no quedara duda de lo que se realizaría y como se utilizaría la información.

El consentimiento informado incluye una breve explicación del estudio, la finalidad y los beneficios del mismo, por lo que este contiene firma de la adolescente y firma del encargado.

La técnica utilizada fue la entrevista a cada adolescente embarazada y madre adolescente y el instrumento utilizado fue un cuestionario de acuerdo a los objetivos planteados, por lo que se captaron a las participantes en el centro de salud y visitas domiciliarias, solicitando su consentimiento informado y disponibilidad de tiempo para la resolución del cuestionario.

El instrumento de recolección de datos es una encuesta con preguntas cerradas y abiertas que consta de 3 series:

- **Primera serie:** en esta serie se incluyeron todos los datos generales de las adolescentes. Esta serie cuenta con preguntas abiertas en donde se le solicitó a la adolescente que llene los espacios en blanco con sus datos correspondientes.
- **Segunda serie:** en esta serie se evaluaron todas las conductas de riesgo mediante preguntas cerradas y abiertas, en donde se le solicitó a la adolescente que respondiera con sus palabras en los espacios en blanco a las preguntas abiertas y con un cheque o marca las preguntas cerradas.
- **Tercera serie:** en esta serie se utilizó un cuestionario para detectar todos los factores psicosociales, en la cual la adolescente tuvo que responder a una serie de preguntas cerradas llenando los espacios en blanco con un cheque o marca.

7. Plan de procesamiento y análisis de datos

- Para realizar el análisis de los resultados obtenidos, primero se procedió a la revisión de los instrumentos de recolección de datos, con la finalidad de excluir todos aquellos que no contengan la información necesaria para ser incluidos en el estudio.
- Se elaboró una plantilla para el ingreso de los datos de las encuestas, hacia una base de datos en Excel que tuvo como objetivo ser utilizada como gestor de base de datos para recopilar información y administrarla, se ingresaron los datos a la base de datos después del ingreso se revisó la plantilla para determinar si existían datos inconsistentes, y de ser así se repararon o se eliminaron de la plantilla después se exportó la base de datos al programa SPSS versión 20 para generar los datos estadísticos y analizarlos.
- Los resultados del estudio se analizaron de acuerdo con los objetivos y variables.
- En base a los datos estadísticos obtenidos se ordenaron y se presentaron los datos en tablas, cuadros y gráficas según el tipo de variables, para observar la distribución general de cada una.

8. Procedimiento

8.1. Primera etapa: Obtención del aval institucional

- Autorización por parte del comité de tesis de la Facultad de Ciencia de la Salud de la Universidad Rafael Landívar.
- Autorización por parte de las autoridades de la Comunidad de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango.

8.2. Segunda etapa: Validación del instrumento de recolección de datos

- Previo a iniciar la recolección de datos se validó el instrumento en 10 adolescentes embarazadas o que estuvieron embarazadas escogidas al azar y que sean voluntarias y con características similares a la población de estudio, para que respondieran las preguntas del instrumento de recolección de datos, dichas adolescentes no fueron incluidas en el estudio.
- Se observaron las dificultades al momento de presentar el instrumento, además se midió el tiempo promedio de llenado y se corrigieron los errores encontrados.

8.3. Tercera etapa: Identificación de la población y solicitud de consentimiento informado.

- Se seleccionó al grupo de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión anteriormente descritos.
- Se habló personalmente con el número de participantes que se encontró cada día y se les planteó individualmente con lenguaje claro y conciso el propósito, los objetivos, importancia y utilidad del estudio .
- Después de asegurar que la información fue comprendida se solicitó su consentimiento de forma escrita y en el mismo momento se realizó el llenado de la encuesta.

8.4. Cuarta etapa: Recolección de datos

- Para la recolección de la información se solicitó la colaboración del personal de Psicología, Técnico en salud rural , PPS y Enfermería o personal que labora en el puesto de salud.
- Se le proporcionó a las adolescentes embarazadas y madres adolescentes un consentimiento informado el cual debieron leer o en caso de no poder leer se les explicó de manera clara y concisa el propósito del estudio, consecuencias y beneficios. Si estaba de acuerdo firmó el consentimiento para participar en el estudio.
- Posteriormente se realizó la encuesta a las adolescentes que hayan aceptado participar en el estudio y hayan firmado ella y su encargado el consentimiento informado.

8.5. Quinta etapa: Tabulación y análisis de datos

- Recolectada toda la información y completada la muestra se procedió a introducir todos los datos en la base de datos de excel la cual fue exportada al programa SPSS versión 20 con el fin de minimizar y corregir oportunamente eventuales errores de codificación o digitación.
- Durante el proceso de análisis de resultados se procedió a realizar cuadros para agrupar las conductas de riesgo y los factores psicosociales obtenidos de las respuestas de las adolescentes entrevistadas, para así facilitar el proceso de análisis de cada uno de los factores.
- Con el apoyo del programa Excel y SPSS se generaron los datos

estadísticos, una vez obtenidos se procedió a generar tablas y cuadros detallados y exactos de la información mas relevante.

- Los datos fueron analizados y presentados en tablas y cuadros según las características de las variables utilizadas, reflejando datos relevantes para ser presentados.

8.6. Sexta etapa: Informe final y presentación de resultados

- Se elaboro el informe final.
- Se presentó el informe final al Comité de Tesis de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rafael Landívar.
- Se presentaron los resultados a las autoridades y el Equipo de Apoyo de la comunidad de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango.

9. Alcances y límites de la investigación

9.1. Alcances

- El estudio se realizó en adolescentes embarazadas y madres adolescentes de 11 a 19 años que residen en el municipio de San Juan Ostuncalco de la comunidad “ La nueva concepción” Quetzaltenango durante el período de enero a mayo de 2016 con el objetivo de describir las conductas de riesgo y factores psicosociales durante el embarazo, dicho estudio es importante ya que la población adolescente es vulnerable para embarazos no deseados lo cual tiene múltiples consecuencias entre ellas biológicas, sociales, económicas y psicosociales que no han sido estudiadas en esta comunidad.
- Por lo que este estudio servirá como primer eslabón para brindar información sobre el tema.
- Se retroalimenta a la mujer en estudio, haciéndole comprender todos los factores de riesgo que puede tener si no se cuida y realiza ciertas actividades de manera adecuada y mejorando no solo así la atención materna si no también la infantil.
- Esta información es válida únicamente para la población de San Juan Ostuncalco y no es extrapolable para otras poblaciones.

9.2. Límites

- Este estudio está basado en la información proporcionada al momento de la entrevista, por lo cual no puede verificarse si la información es verídica.
- Es un estudio que se limita a una población y en un período de tiempo específico.
- La variedad de idiomas de la población en estudio puede dificultar las respuestas obtenidas.

10. Aspectos éticos de la investigación

Previo a la realización de la encuesta se les explico a las adolescentes en un lenguaje claro y sencillo sobre el estudio a realizar, los objetivos que este pretendía alcanzar y el procedimiento de cómo se realizaría, para así solicitar la autorización y consentimiento informado voluntario por parte de las adolescentes y sus encargados para participar en el estudio sin sentirse presionados.

Además se les explico claramente a las adolescentes que tenían la libertad absoluta de participar en el estudio y de retirarse en cualquier momento, que no se realizaría ningún procedimiento invasivo que pudiera alterar no solo su salud, física si no también su integridad moral y psicologica o su manera de vivir, del mismo modo se les dio a conocer que la información brindada seria estrictamente confidencial y anónima ya que solo fue utilizada con propósito estadístico para poder hacer un análisis de todo el estudio.

11. Resultados

Se realizó una entrevista directa a un total de 118 embarazadas y madres adolescentes que asistieron al puesto de salud o que fueron captadas durante visitas familiares en la comunidad de La Nueva Concepción, San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango.

Tabla No.1

Características generales de las madres adolescentes en la comunidad de La Nueva Concepción de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango.

Características Generales	n = 118	Frecuencia (%)	IC (95%)
Edad	Adolescencia Temprana (10 – 13 años)	0 (0)	0
	Adolescencia Media (14 – 16 años)	27 (23)	(15 – 30)
	Adolescencia Tardía (17 – 19 años)	91 (77)	(69 – 84)
Estado Civil	Soltera	39 (33)	(24 – 41)
	Casada	19 (16)	(10 – 23)
	Unida	60 (51)	(41 – 59)
Escolaridad	Ninguno	12 (10)	(5 – 16)
	Primaria	83 (70)	(62 – 78)
	Básico	21 (18)	(10 – 24)
	Diversificado	2 (2)	(0 – 4)
	Universidad	0 (0)	0
Trabajo	Remunerado	6 (5)	(1 – 9)
	No remunerado	112 (95)	(91 – 98)
Embarazos	Nulípara	19 (16)	(9 – 22)
	Primípara	79 (67)	(58 – 75)
	Pequeña Multípara	20 (17)	(10 – 23)
Edad de primer Hijo	Adolescencia Temprana	2 (2)	(0 – 4)
	Adolescencia Media	51 (43)	(34 – 52)
	Adolescencia Tardía	65 (55)	(46 – 64)

Fuente: Boleta de recolección de datos (Anexo 2)

*Según los resultados obtenidos a través del instrumento de recolección de datos las principales características epidemiológicas fueron adolescentes entre 14 a 19 años de edad distribuidas entre la adolescencia media en un 23 % y la adolescencia tardía en un 77 % con unión libre y un trabajo no remunerado generalmente amas de casa con un nivel de escolaridad limitado a primaria en un 70 %, siendo la mayoría primíparas en un 67 % y con edad mas frecuente de primer hijo en la adolescencia tardía.

Tabla No.2

Conductas de Riesgo de las madres adolescentes en la comunidad de La Nueva Concepción de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango durante Enero a mayo de 2016

Conductas de Riesgo	n =118	Frecuencia (%)	IC (95%)
Control prenatal	Adecuado	52 (44)	(35 – 53)
	Inadecuado	66 (56)	(47 – 64)
Quien atendió el parto	Comadrona	55 (47)	(37 – 55)
	Médico	42 (36)	(27 – 44)
	Enfermera	1 (1)	(0 – 3)
	No a tenido su parto	20 (16)	(10 – 23)
Prenatales durante el embarazo	Si	87 (74)	(65 – 81)
	No	31 (26)	(18 – 34)
Uso de fajas durante el embarazo	Si	42 (36)	(27 – 44)
	No	76 (64)	(55 – 73)
Esfuerzos excesivos durante el embarazo	Si	68 (58)	(48 – 66)
	No	50 (42)	(33 – 51)
Trastornos alimenticios	Comía Normal	47 (40)	(31 – 48)
	Comía en exceso	38 (32)	(23 – 40)
	Se limitaba al comer	33 (28)	(19 – 36)
Violencia durante el embarazo	Si	3 (3)	(0 – 5)
	No	115(97)	(95 – 99)

Fuente: Boleta de recolección de datos (Anexo 2)

*En la tabla numero 2 se puede observar que el 56% de las adolescentes no llevo un control prenatal adecuado y que a pesar de eso el 74% tomo sus prenatales durante el embarazo, lo cual demuestra que a pesar de no llevar control prenatal se tiene conocimiento de lo importante que son las prenatales durante el embarazo pero también demuestra que el 58% realizo esfuerzos excesivos durante el embarazo lo cual pone en riesgo el transcurso del mismo.

Tabla No.3

Factores Psicosociales de las madres adolescentes en la comunidad de La Nueva Concepción de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango durante Enero a mayo de 2016

Factores Psicosociales	n= 118	Frecuencia (%)	IC (95%)
Aún estudia	Si	2 (2)	(0 – 4)
	No	116 (98)	(96 – 100)
Dejó de estudiar por su embarazo	Si	34 (29)	(20 – 37)
	No	84(71)	(63 – 79)
Con quien vive Actualmente	Padres	42 (36)	(27 – 44)
	Pareja	62 (52)	(43 – 61)
	Suegros	14 (12)	(6 – 17)
Cuál fue su reacción al embarazo	Alegría	83 (70)	(62 – 78)
	Ansiedad	27(23)	(15 – 30)
	Tristeza	4 (3)	(0 – 7)
	Enojo	2 (2)	(0 – 4)
	Frustración	2 (2)	(0 – 4)
Cuál fue la reacción de su pareja al embarazo	Alegría	87(74)	(65 – 81)
	Enojo	22 (19)	(11 – 25)
	Frustración	5 (4)	(1 – 8)
	Ansiedad	4 (3)	(0 – 7)
Apoyo de pareja	Si	86 (73)	(64 – 80)
	No	32 (27)	(19 – 35)
Cuál fue la reacción de sus padres al embarazo	Alegría	79 (67)	(58 – 75)
	Enojo	28 (23)	(16 – 31)
	Tristeza	7 (6)	(2 – 10)
	Ansiedad	3 (3)	(0 – 5)
	Frustración	1 (1)	(0 – 3)
Apoyo de padres	Si	111 (94)	(89 – 98)
	No	7 (6)	(2 – 10)
Planeó Embarazo	Si	26 (22)	(14 – 29)
	No	92 (78)	(70 – 85)

Cambiaría momento del embarazo	Antes	6 (5)	(1 – 9)
	Después	62 (52)	(43 – 61)
	No quedar embarazada	2 (2)	(0 – 4)
	No cambiaría nada	48 (41)	(31 – 49)
Problema que le impidan acudir a control prenatal	Ninguno	79 (67)	(58 – 75)
	No quiere	26 (22)	(14 – 29)
	No transporte	5 (4)	(1 – 8)
	No tiene tiempo	5 (4)	(1 – 8)
	Se lo impiden	2 (2)	(0 – 4)
	No lo necesita	1 (1)	(0 – 3)
Estado de ánimo durante el embarazo	Alegre	103 (87)	(81 – 93)
	Ansiedad	8 (7)	(2 – 11)
	Tristeza	4 (3)	(0 – 7)
	Frustración	2 (2)	(0 – 4)
	Enojo	1 (1)	(0 – 3)

Fuente: Boleta de recolección de datos (Anexo 2)

*En la tabla numero 3 se puede observar que el 78% de las adolescentes no planificó el embarazo y a pesar de eso el embarazo no afectó su plan de vida ya que un 87% de las adolescente, se mantuvieron alegres durante el embarazo y el 71% no dejó de estudiar por este.

12. Análisis y discusión de resultados

El embarazo en adolescentes es un problema a nivel nacional y mundial, ya que cada día 20 mil adolescentes dan a luz a su primer hijo y cerca de 200 mueren a consecuencia de un embarazo o complicaciones durante el parto, sobre todo en países en vías de desarrollo, según señala el informe publicado en el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).(16)

Varios estudios demuestran que en América Latina entre un 15 y 25 % de los recién nacidos son hijos de madres menores de 20 años (5,6). De acuerdo a datos de la Encuesta de Salud Materno Infantil (ENSMI 2008/2009) Guatemala se encuentra ubicada entre los 17 países con alto riesgo reproductivo a nivel mundial, siendo el tercer país con las tasas más altas de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años de América Latina.(2,3,17)

Para Guatemala según los datos del Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) revelan que sólo para el 2010 se reportaron 45 mil 48 partos en niñas y adolescentes entre 10 y 19 años de edad(12), y en Quetzaltenango el embarazo en adolescentes ha ido incrementando en los últimos años ya que según el análisis de la situación de embarazos en niñas y adolescentes en Guatemala para el año 2013 de 9000 embarazos, 2,508 fueron en adolescentes y en la comunidad de la nueva concepción del municipio de San Juan Ostuncalco para el año 2016 según estadísticas de la sala situacional del personal de salud de 101 embarazos esperados, 27 corresponden a los embarazos en las adolescentes lo cual no hace evidente que los embarazos en adolescentes van en incremento presentándose cada vez a edades más precoces y como Guatemala es un país en vías de desarrollo, en donde el embarazo en las adolescentes es un problema de gran magnitud tanto por sus implicaciones físicas, sociales, económicas, psicológicas y biológicas es por eso que se llevo a cabo el presente estudio en el que se realizaron entrevistas directas a un total de 118 adolescentes embarazadas y madres adolescentes de 11 a 19 años que asistieron al puesto de salud “La Nueva Concepción”, lo que permitió identificar las conductas de riesgo y factores psicosociales durante el embarazo en adolescentes y madres adolescentes.

Según los resultados obtenidos a través del instrumento de recolección de datos en las adolescentes embarazadas y madres adolescentes para este estudio, las principales características epidemiológicas fueron: adolescentes entre 14 a 19 años de edad distribuidas entre la adolescencia media en un 23 % y la adolescencia tardía en un 77% . Respecto al estado civil de las mismas se puede observar que un 51% de las adolescentes están en unión libre, 33% solteras y 16% casadas comparado con un estudio realizado por el Instituto Guttmacher en Guatemala en el año 2008, que demuestra que el 59% esta unida, 36% soltera.(18) Siendo estos datos similares a este estudio se podría sugerir que la mayoría de adolescentes que presenta un embarazo, finaliza en una relación legal

o consensual, ya sea voluntaria o involuntaria, o bien ya contaban con una vida marital influenciada por características socioculturales y familiares propios de cada comunidad y como es de esperarse que cuando las mujeres establecen uniones a temprana edad, también tienden a comenzar la maternidad a una corta edad lo cual concuerda con este estudio que demuestra que el 51% de las adolescentes ya estaban unidas antes de su embarazo.(18)

En relación al nivel educativo y trabajo de la de las adolescentes se demuestra que el 70% llegaron a cursar únicamente el nivel primario, y solamente el 2% diversificado, con lo cual podemos observar que la mayoría de las adolescentes no llegaron a culminar sus estudios, **probablemente esto se deba a un factor cultural ya que en nuestro país, principalmente en las áreas rurales es común que los padres de las adolescentes retiren a sus hijas de la escuela con el propósito de prepararlas para el matrimonio o para los oficios domésticos**, lo que limita no solo la capacidad de desarrollo intelectual de la joven si no también su desempeño laboral, lo que las hace depender económicamente de los padres o de la pareja como se muestra en este estudio que el 62% de las adolescentes depende de su pareja y el 32% de sus padres . Ya que no cuentan con un trabajo remunerado como para poderse sostener ellas mismas, datos que concuerdan con una tesis realizada por la universidad de San Carlos de Guatemala.(19)

La evidencia y varios estudios indican que las mujeres jóvenes que dan a luz antes de los 16 años tienen un mayor riesgo de tener consecuencias adversas en salud que las mujeres que tienen su primer hijo a una edad más tardía.(22) Según este estudio la edad mas frecuente del primer hijo fue en la adolescencia tardía es decir adolescentes dentro del rango de edad de 17 – 19 años de edad, representada por el 55%, seguido de 43% en la adolescencia media (14- 16 años) y 2% en la adolescencia temprana siendo además pequeñas múltiparas(2 hijos o mas) en un 17 % y nulíparas (ningún hijo) en un 16 % y en su gran mayoría primíparas(1 hijo) en un 67% datos similares a en un estudio realizado en Zambia África que demuestra que 22% de las mujeres adolescentes de 15–19 años ya han dado a luz al menos una vez.(22) Además en el informe realizado por la ONU, América Latina aparece como la segunda región del mundo con un mayor porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que afirma haber dado a luz antes de los 18 años, es decir alrededor de un 20 %, datos que es sólo superada por África subsahariana.(16)

Al hablar de las conductas de riesgo durante el embarazo en adolescentes y madres adolescentes, en este estudio se tomo el control prenatal como adecuado e inadecuado según la normas de atención en salud integral para primer y segundo nivel el cual indica que para que un control prenatal sea adecuado debe de contar con un numero optimo de 4 controles o mas en caso contrario el control es inadecuado.(20) En este estudio se observa que el 56% de las adolescentes tuvo un control prenatal inadecuado pero llama la atención que a pesar de no llevar un buen control prenatal el 74% si tomo sus prenatales durante el embarazo

este hecho puede estar asociado a que a pesar de no llevar un adecuado control prenatal el 87% de las adolescentes acudió por lo menos de 1 a 3 controles prenatales y 13% nunca lo hizo, de estos controles 48% fueron realizado por un medico y 11% por una enfermera lo cual quiere decir que el primer control que se realizo tuvo impacto sobre la adolescente y se logro compromiso y responsabilidad de las adolescentes hacia su embarazo. Pero también demuestra la falta plan educacional para otros temas ya que el 58% realizo esfuerzos excesivos durante el embarazo, 3% fueron golpeadas y 28% se limitaba al comer lo cual pone en riesgo el transcurso del embarazo .(20)

Estos datos muestran también que las mujeres adolescentes necesitan atención de servicios básicos de salud reproductiva, como la atención prenatal que es vital, ademas se debe incluir los servicios obstétricos de emergencia. Cuando las mujeres jóvenes no reciben el apoyo que necesitan, la maternidad a una edad temprana puede poner en peligro no solo su salud y bienestar si no tambien la de su familia y su recien nacido asi como sus posibilidades económicas futuras.(21)

Además el 47% de las adolescentes tuvo su parto con comadrona y 36% lo hizo con un medico datos parecidos al estudio realizado en zambia mencionado anteriormente que muestra que los nacimientos en mujeres adolescentes del area rural son más comunes que en el resto del país y que solo el 44% de los partos más recientes en mujeres menores de 20 años tuvieron lugar en instituciones de salud.(21)

Los datos muestran la existencia de vacíos en la prestación de servicios obstétricos para las adolescentes embarazadas del area rural, estos servicios son esenciales e incluso necesarios para salvar vidas, dado el riesgo de complicaciones que pueden ocurrir de manera inesperada no solo durante el embarazo si no tambien en el parto. La proporción de nacimientos que tienen lugar en un entorno institucional según la oms es un indicador importante de la salud materna, que ayuda a identificar qué tan grande es el grupo con necesidad insatisfecha de una adecuada atención durante el parto.(21)

Tener un parto en una institución de salud con apoyo de personal de salud capacitado, contribuye a la supervivencia tanto de la madre como del recien nacido.

En Cuanto a los factores psicosociales a pesar de que el 78% de las adolescentes no planeo su embarazo, se puede observar que el plan de vida de las adolescentes no se vio afectado por el embarazo ya que el 98% de las adolescentes ya no estudiaba al momento del embarazo y el 71 % no dejo de estudiar por este, como se menciono anteriormente esto podría estar asociado a un factor cultural en donde el propósito a futuro de las adolescentes es formar una familia, ya que al observar la reacción de los padres se puede comprobar que 67%

sintieron alegría y solo el 23.% enojo y 6% tristeza además el 94% de las adolescentes recibió apoyo de sus padres y 73 % de su pareja, lo cual esta relacionado a datos proporcionados por la Encuesta de Salud Materno Infantil (ENSMI 2010) que demuestra que el 46.1% de las adolescentes del área rural como las de este estudio dejo de estudiar en la primaria porque no le gustaba la escuela, 43.3% lo hizo por razones económicas y 3% por casarse y solamente el 0.1% lo hizo por el embarazo. (17)

A pesar de que el 87 % de las adolescentes se mantuvo feliz durante su embarazo y solo el 3 % triste, el 52% cambiaría la fecha de su embarazo para después, esto se puede asociar a que la mayoría de los embarazos 78% no fue planeado por las adolescentes como se muestra en el estudio Guttmacher a nivel nacional para el año 2008, que indica que aproximadamente el 29% de los embarazos en adolescentes es no planificado.(18)

La evidencia de que muchos nacimientos se reportan ya sea como inesperados o no deseados en este momento (deseados pero llegaron demasiado pronto), muestra la necesidad que tienen las mujeres jóvenes de información de metodos anticonceptivos para demorar la llegada de su primer hijo o posponer uno subsiguiente. (18)

Se podría sugerir según las frecuencias de este estudio que los factores socioculturales, familiares, los matrimonios a temprana edad y la falta de acceso a la educación son las principales causas subyacentes del embarazo precoz ya que según la ONU "El embarazo adolescente no responde, por lo general, a decisiones de la mujer, sino a la ausencia de oportunidades y a las presiones sociales, culturales y económicas de los contextos en que viven las adolescentes" lo que concuerda con este estudio.(16).

Una de las limitaciones que se tuvo durante este estudio fue que el instrumento de recolección de datos midió únicamente las conductas de riesgo y factores psicosociales del primer embarazo y no de los posteriores lo cual puede darle a la adolescente cierta experiencia.

13. Conclusiones

1. Las conductas de riesgo mas frecuentes fueron: realizar esfuerzos excesivos, control prenatal inadecuado, partos no institucionales.
2. Mas de la mitad de las adolescentes tuvo un control prenatal inadecuado.
3. El 98% de las adolescentes ya no estudia.
4. El 78% de las adolescentes no planeó su embarazo.
5. Hasta una cuarta parte de las adolescentes son pequeñas multíparas.

14. Recomendaciones

1. Crear espacios para las adolescentes **fomentando** en ellas **proyectos o planes de vida a futuro**, relaciones interpersonales.
2. Crear programas educativos sobre métodos anticonceptivos, salud reproductiva y enfermedades de transmisión sexual **dirigidos exclusivamente a los adolescentes**.
3. Es necesario incrementar las estrategias de educación orientadas a las adolescentes, sobre métodos anticonceptivos.
4. Realizar talleres sobre educación sexual en los centros educativo fomentando la responsabilidad sexual.
5. Diseñar planes de trabajo orientados al embarazo y salud reproductiva en adolescentes que incluyan la participación de los padres de familia
6. **Apoyar los programas existentes** que desarrollan actividades con temas de salud sexual y reproductiva y planificación familiar , en adolescentes especialmente en el área rural en donde las adolescentes no tiene acceso a información.

15. Referencias Bibliográficas.

1. Rivadavia. Revista de posgrado de la VIa. Cátedra de medicina [Sede Web]. Argentina: Secretaria de Posgrado de la cátedra VI Medicina. Rivadavia; 2001 [actualizada en agosto de 2001; acceso 12 marzo 2014]. Embarazo en la adolescencia. [11,23]. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html?iframe=true&width=95%25&height=95%25.
2. Rivero MI, Schinini J, Feu MC, González e. Adolescencia y embarazo: ¿es un factor de riesgo?. Rev. Mes del Nordeste. 2002; 12(3): 1-4.
3. Observatorio en salud sexual y reproductiva. Embarazo en niñas y adolescentes en Guatemala. Guatemala: OSAR; 2011. (Boletín No.1).
4. Larios López A. Prevalencia de factores y conductas de riesgo durante el embarazo en las adolescentes. [Tesis de Maestría en Ciencias de Enfermería con Énfasis en Salud Comunitaria]. Nuevo León México: Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. 2002.
5. León P. Minas Sian M. Borgoño. Bustamante F. Embarazo Adolescente. Rev. Ped Ele (Chile) 2008; 5(1): 42-53.
6. Ministerio de salud pública y asistencia social: Guía de prevención del embarazo en la adolescencia en Guatemala Previniendo con Educación. Guatemala: MSPAS; 2010 ?. (serie de informes técnicos).
7. Cunningham, liven Bloom. Embarrass. En: Williams Obstetricia 23 ed. Mc Grail.
8. Méndez Benavente, Isabel. **Adolescencia, la crisis necesaria.** <http://www.psicologoinfantil.com/articuloadolescencia.htm> 2006.
9. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Modelo de Atención Integral y Diferenciada para las y los adolescentes.
10. Republica de Guatemala Ministerio de Salud y Asistencia Social. Atención a Adolescentes, SIAS, Guatemala septiembre 1999.
11. Gobierno de la República de Guatemala, Ministerio de Educación. Texto Docente para la Educación Integral en Sexualidad. Aprender para Vivir. Módulo de Apoyo a la Formación Docente. Guatemala, 2010.
12. Procurador de los derechos humano, Análisis de la situación de embarazos en niñas y adolescentes en Guatemala 2011 – 2013.

13. Grupo editorial océano. ENCICLOPEDIA DE LA ENFERMERÍA. Tomo 4 Océano editorial. España. 1,999. Pago 192.
14. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL .Normas de atención en salud. Módulo Adolescentes. No. Guatemala. 2006. Pág. 27-32.
15. López Moreno, Diva Janeth. Atención Integral de la Adolescente Menor de 15 años Embarazada. En http://www.alape.org/docs/Present_Cart/15.Diva-Moreno_Protocolo_atencion.pdf.
16. K
17. Ruiz, A. Informe Final V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009. ENSMI. 5ta edición. Guatemala, Diciembre 2010.
18. Prada E, Remes L, Kestler E, Sáenz S, Singh S, Bankole A. Datos sobre la salud sexual y reproductiva de la juventud guatemalteca. Nueva York: Guttmacher Institute; [Revista en línea] 2008. [accesado el 6 de junio 2016]; Disponible en: http://www.guttmacher.org/pubs/2008/07/02/fb_Guatemala.pdf
19. Barrascoult S, Barrientos JC, Pivaral DE, García GA, Arredondo MJ, Vicente KE, et al. Caracterización del embarazo en adolescentes. [Tesis]. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala. Facultad de ciencias medicas; 2010.
20. Ministerio de Salud Publica y Asistencia social. Departamento de Regularización de los programas de Atención a las personas. Normas de Atención en Salud integral para primero y segundo nivel. Guatemala: Ministerio de salud publica y asistencia social republica de Guatemala; 2010.
21. Ragnar A, Panchaud C, Singh S, Watson K. Desmintificando datos: guía de uso de evidencia para mejorar la salud y los derechos sexuales de la gente joven. Nueva York: Guttmacher Institute; [Revista en línea] 2010. [accesado el 8 de junio 2016]; Disponible en: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/demystifying-data-SP.pdf>

Anexos



CONSENTIMIENTO INFORMADO (ANEXO 1)

He sido invitado para participar en la investigación sobre: **Conductas de riesgo y factores psicosociales asociados durante el embarazo**

Entiendo que mi participación en esta investigación consiste en responder en esta única vez, preguntas de datos propios. He sido informada que no existen riesgos para mi salud, al participar en la presente investigación. Soy consciente de que puede que no haya beneficio personal para mí, pero con los datos proporcionados se beneficiarán todas las pacientes embarazadas y puérperas que se atienden en la comunidad. He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me han respondido satisfactoriamente.

Consiento voluntariamente participar en la presente investigación.

Fecha: _____ Firma o huella dactilar : _____

Autorización del Encargado

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento y he tenido la oportunidad de resolver mis dudas por lo que doy mi autorización a que se realice dicha encuesta a la adolescente que esta bajo mi tutela.

Fecha: _____ Firma o huella dactilar : _____

Si es analfabeta:

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento a la paciente, y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que ha dado su consentimiento libremente.

Nombre del investigador: _____ Firma: _____
Fecha: _____



BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (ANEXO 2)

Cuestionario conductas de riesgo y factores Psicosociales Durante el embarazo en adolescentes

Instrucciones: A continuación se realizarán una serie de preguntas sobre conductas de riesgo y factores psicosociales durante el embarazo, si tiene alguna duda o algo no se comprende por favor dígalos con toda confianza.

I. Primera sección: Datos generales.

1. ¿Cuántos años tiene? _____

2. ¿Cuál es su estado civil?

Soltera	<input type="checkbox"/>
Casada	<input type="checkbox"/>
Unida	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>

3. ¿Hasta qué grado del colegio o escuela llegó?

Ninguno	<input type="checkbox"/>
Primaria	<input type="checkbox"/>
Secundaria	<input type="checkbox"/>
Diversificado	<input type="checkbox"/>
Universidad	<input type="checkbox"/>

4. ¿A qué se dedica, o en que trabaja? _____

5. ¿Que número de embarazo es este? _____

6. ¿A que edad tuvo su primer hijo? _____

II. Segunda sección: Conductas de riesgo

1. ¿Llevo control prenatal al momento del embarazo? Si No

2. ¿Cuántas veces fue a chequeo prenatal? _____

3. ¿Quién realizó el control prenatal?

Médico
Enfermera
Comadrona
Otro ¿Quién? _____

4. ¿Quién atendió el parto?

Médico
Enfermera
Comadrona
Otro ¿Quién? _____

5. ¿Tenía alguna enfermedad antes de embarazarse? Si No

6. ¿Cuál? Anemia
Desnutrición
Depresión
Presión arterial alterada
Otra ¿cual? _____

7. ¿Tomó prenatales o vitaminas durante el embarazo? Si No

8. ¿Utilizó fajas durante su embarazo?

Si
No
¿Por qué? _____

9. ¿Realizó caminatas largas durante su embarazo? Si No

10. ¿Cuántas veces al día caminaba y por cuánto tiempo? _____

11. ¿Cargaba bultos de ropa, leña, baldes con agua, niños, otros? Si No

12. ¿Realizó esfuerzos excesivos durante su embarazo: cortar leña, cargar bultos pesados, otros?

Si No

13. ¿Tomó algún medicamento u otra sustancia que no se lo haya recomendado su médico o personal de salud?

Si

No

¿Cuál? _____

14. ¿Consumió alcohol (cerveza, cusha u otros) durante el embarazo? Si No

15. ¿Fumó durante el embarazo? Si No

16. ¿Consumió algún tipo de drogas durante el embarazo?

Si

No

¿Cuál? _____

¿Con qué frecuencia? _____

17. ¿Se limitaba usted en lo que comía durante el embarazo?

Si

No

¿Por qué? _____

18. ¿Comía en exceso durante el embarazo?

Si
No
¿Por qué? _____

19. ¿De quién depende económicamente?

Padres
Pareja,
Usted misma
Otro

20. ¿Durante el embarazo alguien: la lastimó, golpeó, empujó u otros?

Si
No
¿Quién? _____
¿Con qué frecuencia? _____

III. Tercera sección: Factores psicosociales

1. ¿Actualmente usted estudia? Si No

2. ¿Dejó de estudiar por su embarazo? Si No

3. ¿Con quién vive actualmente?

Padres
Pareja
Sola
Otro

1. ¿Cuál fue su reacción al saber que estaba embarazada?

Alegría
Enojo
Frustración

Ansiedad
Tristeza

5. ¿Cuál fue la reacción de su pareja al saber que estaba embarazada?

Alegría
Enojo
Frustración
Ansiedad
Tristeza

6. ¿Ha recibido apoyo de su pareja al momento del embarazo? Si No

7. ¿Cuál fue la reacción de sus padres al saber que estaba embarazada?

Alegría
Enojo
Frustración
Ansiedad
Tristeza

8. ¿Ha recibido apoyo de sus padres al momento del embarazo? Si No

9. ¿Planeó usted quedar embarazada? Si No

10. Si usted pudiera cambiar la fecha en que quedó embarazada; le hubiera gustado que ocurriera:

Antes
Después
Que no hubiera quedado embarazada
No cambiaría nada

11. ¿Ha tenido algún problema que le impidan acudir a sus chequeos médicos para el embarazo?

- No transporte
- Se lo impiden
- No tiene tiempo
- No lo necesita
- No quiere

12. ¿Cómo considera su estado de ánimo durante su embarazo?

- Alegre
- Enojada
- Frustrada
- Ansiosa
- Triste

“Gracias por su colaboración”