

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

**COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y EFECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN  
ADOLESCENTES.**

HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA, SACATEPÉQUEZ,  
GUATEMALA, FEBRERO 2018.

TESIS DE GRADO

**MARÍA MERCEDES CHOCANO CELIS**  
CARNET 10947-11

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, AGOSTO DE 2018  
CAMPUS CENTRAL

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

**COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y EFECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN  
ADOLESCENTES.**

HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA, SACATEPÉQUEZ,  
GUATEMALA, FEBRERO 2018.

TESIS DE GRADO

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

POR

**MARÍA MERCEDES CHOCANO CELIS**

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE MÉDICA Y CIRUJANA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, AGOSTO DE 2018  
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. LUIS EDUARDO LAINEZ AQUINO

## **TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN**

LIC. BLANCA MAGDANY QUIROA ROBLEDO

LIC. LESTER ARIEL GIRÓN ROMERO

LIC. RUTH MARIA GUERRERO CABALLEROS



Universidad  
Rafael Landívar  
Tradición Jesuita en Guatemala

Facultad de Ciencias de la Salud  
Departamento de Medicina  
**Comité de Tesis**

**VISTO BUENO INFORME FINAL DE TESIS  
ASESOR DE INVESTIGACION**

Guatemala, 16 de febrero de 2018

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: **Complicaciones obstétricas y efectos psicosociales del embarazo en adolescentes. Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala, Sacatepéquez, Guatemala, Febrero 2018.** De la estudiante María Mercedes Chocano Celis con Carné No. 1094711, 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,

Dr. Luis Eduardo Lainez Aquino  
MEDICO CIRUJANO  
Colegiado No. 3608

---

**Dr. Luis Lainez Aquino**  
Asesor de Investigación

### Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante MARÍA MERCEDES CHOCANO CELIS, Carnet 10947-11 en la carrera LICENCIATURA EN MEDICINA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 09701-2018 de fecha 20 de agosto de 2018, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

**COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y EFECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.**

HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA,  
SACATEPÉQUEZ, GUATEMALA, FEBRERO 2018.

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 24 días del mes de agosto del año 2018.



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



## **DEDICATORIAS**

La presente tesis se la dedico a Dios por darme la sabiduría, perseverancia y capacidad de culminar esta etapa en mi vida.

A mis abuelos en especial a mi abuela Leo por brindarme los recursos necesarios para llevar a cabo este gran sueño en mi vida y estar a mi lado apoyándome y aconsejándome siempre, a mis padres por hacer de mí una mejor persona a través de sus consejos y enseñanzas, a mis hermanos que me apoyaron en todo momento a lo largo de la carrera, a mis tías y prima por darme todo su apoyo.

A la familia López Garzona por todo su cariño y apoyo que me brindaron en los buenos y malos momentos de la carrera.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis compañeros que compartimos 6 años y medio llenos de desafíos los cuales al ser superados nos llenaron de satisfacción, gracias a Luisa, Luis Ángel, Claudia y Rogelio por ese gran equipo de trabajo que formamos y por la dedicación colocada en todos los proyectos que desarrollamos.

A todos los Colegas quienes me enseñaron a ser mejor en la vida y a formarme profesionalmente.

Un agradecimiento a mi asesor Dr. Luís Laínez por hacer posible esta tesis, especialmente a Johanna Barrios por el inmenso apoyo en hacer de esta tesis un éxito.

Finalmente agradezco a la Dra. Mirna Montenegro, Directora del Observatorio de Salud Reproductiva (OSAR), por su apoyo incondicional al facilitarme información y material de apoyo para la realización de esta tesis.

## RESUMEN

**Antecedentes:** Compilación y análisis de las condiciones obstétricas y psicosociales de adolescentes embarazadas que asisten al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

**Objetivo:** determinar las complicaciones obstétricas y psicosociales del embarazo en adolescentes que asisten al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt en Antigua Guatemala.

**Diseño y metodología:** estudio mixto

**Lugar:** “Clínica del adolescente” Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala, Sacatepéquez, Guatemala.

**Resultados:** En complicaciones Obstétricas el 86% de las Adolescentes embarazadas presentaron infección del tracto urinario y vaginosis en el segundo trimestre, siendo este el trimestre con mayor complicaciones obstétricas, en cuanto a los efectos psicosociales el 50% de las pacientes dejan el hogar y el 90% interrumpen los estudios a causa de su embarazo, el 24% de las adolescentes presentaron sentimientos de frustración y negación y el 76% presentaron aceptación. A nivel de planificación familiar el 92% no utilizaban métodos anticonceptivos antes del embarazo.

**Conclusiones:** las principales complicaciones presentadas fueron en el segundo trimestre: infecciones del tracto urinario y vaginosis el 86% de las pacientes, debido a la falta de atención médica adecuada y factores asociados a la educación. El 90% de las adolescentes tuvieron que interrumpir sus estudios, y el 50% tuvieron que dejar el hogar, lo cual les genera actualmente problemas personales, sociales y económicos. Las adolescentes refieren sentimientos de negación, frustración, culpa, y finalmente aceptación y vivencia positiva del embarazo. Se evidenció que el 92% de las adolescentes no utilizaban métodos anticonceptivos.

**Palabras clave:** adolescente embarazada, complicación obstétrica, efectos psicosociales.

# ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>II. MARCO TEÓRICO</b> .....	2
<b>2. Embarazo adolescente</b> .....	2
2.1. Definición del embarazo adolescente .....	2
2.2. Población adolescente en Guatemala .....	2
2.3. Etapas del desarrollo.....	2
<b>3. Causas del embarazo en la adolescencia</b> .....	4
3.1. Comportamiento sexual adolescente .....	4
3.2. Ambiente Familiar.....	5
3.3. Consecuencias de abuso sexual .....	5
<b>4. Factores de riesgo en el embarazo</b> .....	6
4.1. Biológicos.....	6
4.2. Deserción Escolar .....	6
4.3. Psicosociales .....	7
4.4. Culturales .....	7
4.5. Económicos .....	7
<b>5. Situación actual del embarazo en menores de 14 años en guatemala.</b> ..	8
5.1. Mortalidad materna en adolescentes .....	9
5.2. Marco Legal Nacional.....	12
<b>6. Atención Primaria en Salud para adolescentes</b> .....	16
6.1. Hospital Nacional Pedro de Bethancourt (Antecedentes).....	16
<b>III. OBJETIVO</b> .....	20
<b>IV. MATERIALES Y MÉTODO</b> .....	21
4.1. Diseño del estudio .....	21
4.2. Población.....	21
4.3. Unidad de análisis.....	21
4.4. Muestra.....	21



4.5.	Técnicas de Recolección.....	21
4.6.	Instrumento .....	21
4.7.	Análisis de datos .....	21
4.8.	Alcances y límites .....	21
4.9.	Aspectos Éticos de la investigación.....	22
<b>V.</b>	<b>INDICADORES DE CARACTERIZACIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS.....</b>	<b>22</b>
<b>VI.</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>23</b>
6.1	Caracterización de las adolescentes embarazadas .....	23
6.2	Complicaciones obstétricas.....	25
6.3	Planificación Familiar .....	25
6.4	Datos cualitativos de la entrevista .....	26
<b>VII.</b>	<b>ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....</b>	<b>29</b>
7.1	Aspectos sociodemográficos.....	29
7.2	Aspectos culturales .....	29
7.3	Características de la población .....	29
7.4	Aspectos Económicos .....	30
7.5	Aspectos Psicosociales .....	30
7.6	Planificación Familiar .....	30
7.7	Complicaciones Obstétricas.....	30
<b>VIII.</b>	<b>ARQUETIPOS.....</b>	<b>32</b>
<b>IX.</b>	<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>34</b>
<b>X.</b>	<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>35</b>
<b>XI.</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>36</b>
<b>XII.</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>40</b>

## ÍNDICE DE CUADROS

	PÁGINAS
<b>Caracterización de las adolescentes embarazadas</b>	
Cuadro 1: caracterización de la muestra. n=50 Adolescentes embarazadas	23
Complicaciones obstétricas	
Cuadro 2: complicaciones obstétricas de la muestra. n=50 Adolescentes embarazadas	25
Planificación Familiar	
Cuadro 3: planificación familiar de la muestra. n=50 Adolescentes embarazadas	
<b>Datos cualitativos de las adolescentes embarazadas</b>	
Cuadro 4: Datos cualitativos de la entrevista	26

## I. INTRODUCCIÓN

La maternidad temprana es reconocida a nivel mundial como un factor que afecta el bienestar integral de las adolescentes; y por ende, el ritmo y la dirección del desarrollo de un país. En el caso de Guatemala, se encuentra entre los primeros cuatro países a nivel América Latina y el Caribe con mayor embarazos en adolescentes el cual indica que sigue siendo un desafío para el país; pues los recursos asignados a salud son 3%, el cual no hay un enfoque centrado en la atención primaria en salud, es decir en la prevención, promoción y educación, además la educación formal indica que la mayoría apenas concluye la educación primaria, volviendo a la población en general y específicamente a este grupo etáreo, una de las poblaciones más vulnerables. <sup>(9)</sup>

Guatemala ocupa el cuarto puesto en Latinoamérica con más fecundidad adolescente; el incremento de los partos en adolescentes (2009-2013), ha representado entre el 20% y 23% del total de partos en Guatemala y en el caso de embarazos en menores de 14 años (que según lo establecido en la legislación guatemalteca, es delito de violación con agravación de la pena), los datos muestran un incremento, por ejemplo, en el 2015 de enero a agosto; se registraron 4,431 embarazos en niñas de 10-14 años. <sup>(9,10)</sup>

En cuanto a la calidad de la atención, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), el 34% de las mujeres embarazadas reciben atención prenatal, y solo el 40% de los partos son atendidos por personal institucional. <sup>(10)</sup>

Es de suma importancia hacer conciencia que las adolescentes, no están preparadas a nivel reproductivo, inmunológico, anatómico y psicosocial; por lo que un embarazo precoz puede provocar consecuencias adversas como anomalías genéticas, parto pretérmino, retardo del crecimiento intrauterino, desprendimiento prematuro de la placenta, malas posiciones fetales, lo que incrementa el uso de fórceps, el número de cesáreas y la incidencia de lesiones cerebrales en el recién nacido secundarias a sufrimiento fetal agudo. <sup>(11)</sup>

Es por ello que esta investigación se enfoca en identificar, las complicaciones obstétricas y psicosociales, de las pacientes, que actualmente son atendidas en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt en Antigua Guatemala.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2. EMBARAZO ADOLESCENTE

#### 2.1. Definición del embarazo adolescente

Embarazo entre los 10 y 19 años, también se le denomina embarazo precoz, pues se presenta antes de que la madre haya alcanzado la madurez física y emocional para asumir la tarea de maternidad. <sup>(12)</sup>

A partir de los 10 años las niñas comienzan a sufrir cambios físicos, especialmente con la llegada de la menarquia, es a partir de ese momento que la adolescente inicia su preparación fisiológica para ser madre, sin que esto signifique que se encuentre en condiciones psicológicas y sociales para aceptar un embarazo, estos embarazos son producto de múltiples factores sociales, el más directo es la violencia sexual, generando repercusiones negativas en su estado emocional, además de las complicaciones asociadas a la edad: capacidad económica limitada, bajo nivel de escolaridad, etc. <sup>(12)</sup>

#### 2.2. Población adolescente en Guatemala

Guatemala es un país eminentemente joven. El 52% por ciento de la población tiene menos de 20 años (ENCOVI, 2011). Ser adolescente en Guatemala representa una etapa biológica, pero también vulnerable a riesgos sociales. Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), América Latina y el Caribe; registra la segunda tasa más alta de embarazos en adolescentes en el mundo, con un promedio de 38% de las mujeres que se embarazan antes de cumplir los 20 años. Por lo tanto, casi el 20% de nacimientos vivos en la región son de madres adolescentes. <sup>(13)</sup>

#### 2.3. Etapas del desarrollo

Al embarazo durante la adolescencia es considerado por la OMS como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de la madre, las complicaciones son más agudas si el embarazo se da en la adolescencia temprana. A continuación se presentan las etapas de la adolescencia: <sup>(14)</sup>

##### 2.3.1. Adolescencia temprana (10-13 años)

En esta etapa aparecen los siguientes cambios:

**Cambios biológicos:** menarquia, cambios físicos en hombres y mujeres: desarrollo de busto, crecimiento corporal, vello púbico, cambios en la voz, vello facial y sueños húmedos.

**Cambios psicológicos:** inseguridad por el cambio de apariencia física, crecimiento rápido e imagen corporal.

**Interacción social:** se busca la interacción con amigos/as, aprende nuevos comportamientos. Inicia el interés por el sexo opuesto, son enamoramientos pasajeros, inician las fantasías sexuales.

En el ámbito familiar, hay deseos de mayor autonomía. Es frecuente la rebeldía frente a figuras de mayor autoridad. Los padres sienten perder el control. <sup>(15)</sup>

### 2.3.2. **Adolescencia media (14-16 años)**

En esta etapa ya existe desarrollo puberal, donde la menstruación ya está presente en todas las adolescentes.

Existe una preocupación por la apariencia física, vestuario, peinados y accesorios extravagantes, como parte del proceso de la construcción de su propia identidad, se acentúa el distanciamiento afectivo e independencia familiar. Búsqueda de las amistades íntimas, puede ser parte del proceso de desarrollo dudas de su orientación sexual, lo que puede causar angustia.

Para este grupo etéreo son importantes los pensamientos y sueños que pueden causar conflicto con los padres, hay mayor necesidad de independencia, siendo el grupo de amigos un referente muy importante. Los grupos de amigos/as puede ser un factor protector o de riesgo según el fin que los una.

Aparecen los primeros noviazgos, de este modo se va formando la identidad sexual, iniciando los primeros contactos físicos, por lo que es muy importante las pláticas de sexualidad, reforzar valores, para prepararlas a enfrentar la presión de grupo, embarazo precoz, enfermedades de transmisión sexual, aborto y explotación sexual. <sup>(15)</sup>

Durante la adolescencia media se considera de relevancia analizar las conductas de las menores que se asocian al embarazo, las características de sus familias, el apoyo social percibido, el nivel intelectual de estas jóvenes, su autoestima y la presencia o ausencia de sintomatología depresiva. <sup>(16)</sup>

### 2.3.3. **Adolescencia tardía (17-19 años)**

En esta etapa se ha alcanzado la maduración biológica, hay mayor aceptación de sus cambios corporales y se consolida la identidad.

Tienen la necesidad de definir la vocación y la elección de pareja, empiezan a tomar decisiones como trabajar y estudiar condicionado por su personalidad, situación familiar y contexto social.

El pensamiento tiende a ser formal, tiene madurez cognoscitiva y una mejor toma de decisiones satisfactorias. Siendo el resultado del apoyo escolar y familiar.

En esta etapa el grupo social ya no es relevante, las relaciones de pareja se tornan más estables y la identidad sexual está más estructurada, continúa la separación

de la familia, se sienten seguras de su identidad, reconocen los valores de los padres y madres, hay tolerancia y coincidencias, la relación familiar es más cercana.<sup>(15)</sup>

### **3. CAUSAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

Las causas del embarazo en la adolescencia son políticamente discutibles, se deben examinar muchos factores, incluyendo el análisis y reconocimiento de que los adolescentes mantienen relaciones sexuales sin las medidas de seguridad adecuadas.<sup>(17)</sup> Existen factores sociales, emocionales que influyen en el inicio de la vida sexual, por lo que se requiere identificar según contexto y cultura, las causas particulares.

#### **3.1. Comportamiento sexual adolescente**

Las expresiones sexuales varían según género, clase social, grupo cultural de referencia, educación, religiosidad y tipo de comunidad. Los adolescentes dan sentido a las transformaciones de su cuerpo en dos formas: como vía de procreación y (lo que les resulta más importante) como vía de placer sexual y atracción física para otras personas. Sus manifestaciones pueden clasificarse en fantasías y deseos, caricias, atracción, búsqueda de pareja y coito.<sup>(19)</sup>

En la adolescencia, se tiene capacidad biológica para la procreación, pero el joven por lo general no se encuentra maduro desde la perspectiva psicológica, social y emocional para enfrentar el proceso de la reproducción, lo que provoca que muchos inicien una actividad sexual precoz, basada fundamentalmente en relaciones pasajeras, lo cual convierte la conducta sexual de los adolescentes en conductas riesgosas, que lo pueden llevar tanto al embarazo no deseado, o a padecer una infección de transmisión sexual (ITS).<sup>(19)</sup>

Según la ENSMI 2008-2009, en Guatemala, el 28% del total de adolescentes de 15 a 19 años había tenido relaciones sexuales, en la mayoría de casos siendo menores de edad, y de ellas el 18.2% reportaron haber estado sexualmente activas en los últimos 30 días al día de la entrevista. De la población encuestada el 7% del total de adolescentes tuvo la primera relación sexual antes de los 15 años. Sólo un 62.4% del total de adolescentes de 15 a 17 años habían asistido a charlas o cursos de educación sexual, y aunque el 90% reportó conocer al menos un método anticonceptivo, principalmente píldoras, solo el 12.4% había usado alguna vez algún método anticonceptivo moderno, el 13% identificaron el período cuando la mujer tiene mayor probabilidad de quedar embarazada, y alrededor del 60% sabían que la mujer puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales. Esto claramente indica el riesgo que corren los adolescentes, pues se incrementa la probabilidad de contagio de VIH y un embarazo no planificado.<sup>(15)</sup>

### **3.2. Ambiente Familiar**

La familia desde la perspectiva psicosocial, es vista como uno de los micro ambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, un mal funcionamiento, puede predisponer a una relación sexual prematura; una adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, que no recibe atención y cuidado, puede encontrar consuelo en otra persona ajena a la familia, esto puede generar un embarazo que le permita huir de un lugar patológico amenazado por la violencia.<sup>(15)</sup>

Las adolescentes se enfrentan a una diversidad de problemas dentro de los cuales se encuentran:

- Problemas económicos en el hogar
- Falta de comunicación con los padres
- Soledad
- Conflictos familiares
- Baja autoestima
- Problemas socioculturales como el antecedente de embarazo de la madre o Hermana antes de los 18 años
- Machismo<sup>(15)</sup>

La mayoría de adolescentes en embarazo provienen de familias en las que está ausente el padre, o en las que han existido otras mujeres en su misma situación, esto obliga a las adolescentes a trasladarse a hogares de otros familiares. El período de equilibrio y desarrollo se caracteriza por intentos de abortos para resolver los problemas percibidos. Si no se resuelve la crisis, se da como resultado conductas de mala adaptación, en uno o más miembros de la familia. Se produce una serie de enfrentamientos entre padres e hijos, debido a concepciones distintas de valores y normas que deben regir el comportamiento de la adolescente, que en ocasiones puede evitar problemas de gestaciones no deseadas y maternidad precoz.<sup>(9,17)</sup>

### **3.3. Consecuencias de abuso sexual**

Muchos de los embarazos en niñas y adolescentes se producen por incesto, violaciones, otras por falta de información sobre sexualidad y falta de aceptación de su propio cuerpo, por carecer de un proyecto de vida y sin contar con suficientes recursos emocionales, físicos y materiales para hacerle frente a las circunstancias. Lamentablemente, está situación es un producto de las desventajas sociales en que transcurre la vida de cientos de miles de mujeres jóvenes y adolescentes.<sup>(9)</sup>

Muchas de ellas tratan de protegerse de estos síntomas dolorosos apartándose de las relaciones sexuales. Padecen depresión crónica y a veces se ven impulsadas a buscar alivio en todo tipo de adicciones (pastillas, alcohol, etc.), episodios de automutilación y tentativas de suicidio. También presentan sentimientos negativos acerca de sí mismas, del sexo y de los varones, sentimientos generalizados de

ansiedad y desconfianza, dificultades para establecer relaciones sociales, y cuando lo hacen, presentan una tendencia a mantener relaciones insanas, con malos tratos y problemas sexuales. (Tienden a ser maltratadas y nuevamente abusadas).<sup>(9)</sup>

Según el Observatorio Salud Reproductiva –OSAR-, la violencia sexual y el embarazo en niñas es un problema creciente en Guatemala. De acuerdo con los datos del Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS), sólo en el 2012 se reportaron 3,100 embarazos en niñas de 10 a 14 años, situación que aumentó para el año 2013 cuando se reportaron 4, 220 partos de niñas entre 10 y 14 años, mientras que en el año 2014 la cifra llegó a 5,100 casos y tan solo durante los primeros 6 meses del 2015, se reportaron 2,953 casos. A partir de 2012, se han registrado avances en la identificación y denuncia de los casos de violación sexual en niñas.<sup>(20)</sup>

## **4. FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO**

### **4.1. Biológicos**

El embarazo en la adolescencia implica alto riesgo para la salud de la madre, del feto y del recién nacido, que puede incluso llevarlos hasta la muerte.

Aunque el cuerpo de la mujer comienza el proceso de ovulación entre los 9 y 15 años, en ese momento su desarrollo físico no está consolidado para la reproducción. Por ello, un embarazo a temprana edad (antes de los 20 años) puede representar un riesgo para su salud: presentan con mayor frecuencia eclampsia que es la segunda causa de mortalidad materna, abortos espontáneos, partos prematuros y mayor frecuencia de sangrados durante la gestación. Además, los hijos suelen nacer con peso y talla baja, ya que el cuerpo aún no cuenta con recursos necesarios para suplir los nutrientes que se necesitan para alimentar al nuevo ser, por lo mismo, organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU), consideran el embarazo adolescente como un problema de salud pública asociado a los factores de riesgo para la salud materna e infantil.<sup>(22)</sup>

### **4.2. Deserción Escolar**

Las adolescentes con baja escolaridad tienen cinco o más posibilidades de ser madres que las de mayor educación formal; sin embargo, también es preciso tomar en cuenta que el abandono escolar puede ser consecuencia de la maternidad adolescente. Al respecto, en la evolución de las desigualdades, destaca el incremento de la maternidad adolescente entre los niveles educativos bajos (de 0 a 6 años de escolaridad) y medios (de 7 a 12 años), frente al predominio del descenso entre los niveles altos (13 años de escolaridad o más).



Dada la tendencia de aumento de las desigualdades frente a los niveles educativos bajos y medios, resulta difícil que la maternidad adolescente total disminuya. <sup>(22)</sup>

El embarazo afecta el proyecto educativo, lo que le genera enfrentar a la adolescente con problemas sociales y económicos, que son los que generalmente motivan la deserción escolar en un gran número de ellas, por falta de apoyo emocional y económico por parte de la familia. Las madres muy jóvenes sufren retrasos en sus estudios y luego tienen mayores problemas a la hora de encontrar puestos de trabajo o de integrarse en los que tenían antes del embarazo. La adolescente que ya tiene un hijo está en un gran riesgo de volver a quedar embarazada durante el resto de su adolescencia. <sup>(21)</sup>

### **4.3. Psicosociales**

El embarazo en la adolescencia también se relaciona con el estado emocional y recursos internos de cada mujer como también con valoraciones culturales. A continuación, se mencionan algunos factores:

- Autoestima, habilidades sociales, necesidad de afecto y comunicación con la familia.
- Valoración cultural de la maternidad en adolescentes. En algunas culturas la maternidad es un medio para reafirmarse y ocupar un lugar de mayor valor dentro de la familia o comunidad.
- Se obliga a contraer matrimonio en caso de embarazo o por usos y costumbres de algunas culturas. <sup>(21)</sup>

### **4.4. Culturales**

El embarazo en la adolescencia constituye un problema para la familia y la sociedad, se han señalado a nivel social efectos negativos, que pueden afectar gravemente el futuro de la adolescente. Por ser madre soltera; ceder al hijo en adopción, tener un hijo indeseado y a veces maltratado, abandonar la escuela, aceptar un matrimonio forzado o tener un aborto provocado.

El machismo y la necesidad del varón de probarse, es un factor dinámico en el comportamiento del varón, en el que también se ha demostrado la exigencia de una gran carencia afectiva y necesidades no satisfechas. El machismo influye en el patrón de conducta sexual y el uso de métodos anticonceptivos (especialmente entre los adolescentes). La imagen de una mujer pasiva, silenciosa, dependiente, es el resultado de una generación de privación y restricciones impuestas para mantener el dominio masculino en la vida diaria. <sup>(21)</sup>

### **4.5. Económicos**

La pobreza es uno de los factores que influye en el embarazo adolescente y que también hace más drásticas las consecuencias que se presenten. Como mencionamos anteriormente, la pobreza afecta en la continuación de los estudios

debido a que las jóvenes necesitan apoyar a su familia. También tienen menos acceso a métodos anticonceptivos, ya que sólo podrían obtener los gratuitos y sujetarse a su disponibilidad en los centros de salud. Así mismo son más susceptibles de sufrir desnutrición poniendo en riesgo su salud, sobre todo en caso de embarazo. La edad temprana y la pobreza extrema aumentan de manera preocupante el riesgo de mortalidad materna (muerte por embarazo, parto o aborto).<sup>(21)</sup>

Muchas familias en condiciones de pobreza y pobreza extrema, ven la unión o el matrimonio como una estrategia de sobrevivencia para aligerar la carga económica familiar. No obstante, al analizar profundamente el hecho de considerar a las adolescentes como una “carga económica”, evidencia la posición subordinada que ocupan en la familia.

Según la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), una de las encuestadas de la región de occidente, caracterizada por la pobreza y la predominancia de pueblos indígenas, comentó a la encuestadora: *mi papá me dijo que me casara porque ya se gastaba mucho para mantenerme.*<sup>(23)</sup>

En general, en occidente, las mujeres son objeto de intercambio económico por parte de sus progenitores y son más los casos de embarazos y uniones tempranas.<sup>(23)</sup>

## **5. SITUACIÓN ACTUAL DEL EMBARAZO EN MENORES DE 14 AÑOS EN GUATEMALA.**

Según el Instituto Nacional de Estadística en el año 2012, indica que 3 de cada 1,000 niñas, ente 10 y 14 años tuvieron hijos en ese año, la mayor cantidad total de nacimientos registrados en niñas y adolescentes ocurrieron en el departamento de Guatemala.

Sin embargo, al estimar la tasa de natalidad en niñas menores de 14 años, la mayor tasa de nacimientos en el país para dicho rango de edad la presenta el departamento de Petén, el cual reporto 7.6 nacimientos por cada 1,000 nacidos vivos de ese grupo de edad (10-14 años edad).

Según las ENSMI del 2008-2009, establecen que las niñas que tuvieron su primera relación sexual antes de los 13 años, el 30% ocurrió con un familiar, lo cual muestra la vulnerabilidad a violaciones sexuales en el interior de su hogar, el 8% con un amigo y el 4% con un desconocido. Solo el 41% tuvo la primera relación sexual con su novio o compañero.<sup>(24)</sup>

Según lo anterior, las estadísticas vitales del año 2012 publicadas por el INE; el total de nacimientos registrados en niñas menores de 15 años, la edad del padre del niño fue al menos 5 años mayor a la edad de la madre (niña), lo cual evidencia la vulnerabilidad y la influencia o la manipulación que existe en estas niñas.

Según el Observatorio en Salud Reproductiva (OSAR); “hoy 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 sexual. El embarazo en adolescentes afecta generaciones, abuelas a los 30, madres a los 15 años”. (OSAR, 20013)<sup>(9)</sup>

De acuerdo al documento, “Las Caras que Nadie Quiere Ver” del Programa Juventud de la Unión Europea; “un embarazo en adolescentes tiene consecuencias en el desarrollo de las mujeres en la medida en que la madre adolescente tendrá problema de autoestima y frustración, deserción escolar, abandono o cambio de un proyecto de vida, dificultad para educar con cariño a su hijo/a, mayor riesgo de separación, divorcio y abandono por parte de su compañero, rechazo social si el embarazo es fuera del matrimonio y críticas si es incluso estando casada”. Esto implica que la madre se deba incorporar a la vida laboral a temprana edad en trabajos con poca remuneración e incluso sin remuneración como el trabajo doméstico.<sup>(9)</sup>

## **5.1. Mortalidad materna en adolescentes**

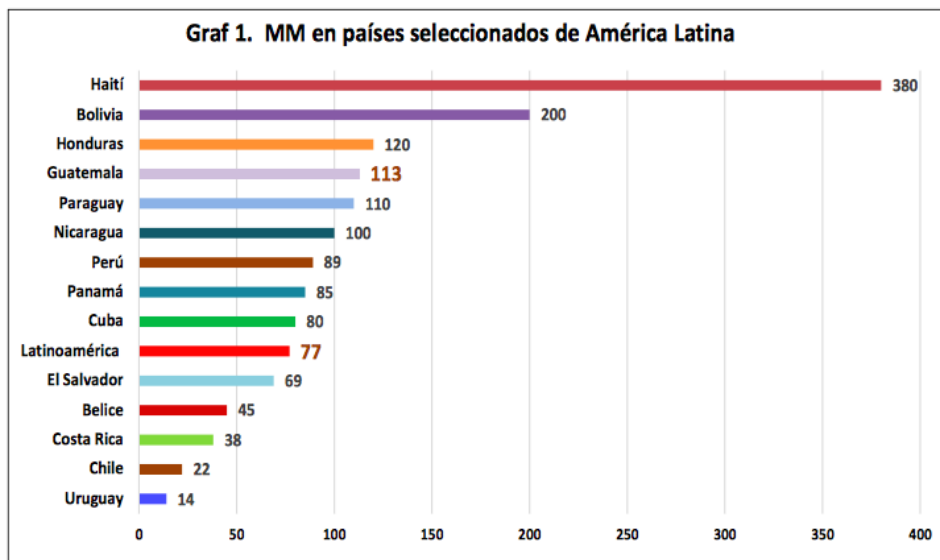
En Guatemala la identificación precisa de las causas de defunción materna, determinando en qué medida son causas directas o indirectas, accidentales o incidentales, no siempre es posible, especialmente en lugares donde la mayor parte de los partos tienen lugar en casa, y/o no existen sistemas de registro civil con correcto registro de causas.

Las complicaciones del embarazo o del parto también pueden desembocar en defunción después de las seis semanas del puerperio. Además, la creciente generalización de tecnologías y procedimientos modernos para el soporte vital, posibilita que más mujeres sobrevivan a los resultados adversos del embarazo y el parto, y se retrase la defunción más allá de los 42 días del puerperio.<sup>(25)</sup>

### **5.1.1. Definición de mortalidad materna**

Defunción de una mujer mientras está embarazada, o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Según el INE informe 2013 Guatemala, en el contexto Latinoamericano ocupaba el cuarto lugar en mortalidad materna. <sup>(24)</sup>



Fuente: WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank, and the United Nations Population Division (2013); MSPAS-MTAMM.

### 5.1.2. Tendencia del comportamiento de la mortalidad materna en el territorio nacional

La mortalidad materna se redujo en promedio un 40% entre 1990 y 2013 en la región Latinoamericana. Para el año 2013, once países de América Latina y el Caribe han logrado avances significativos en la reducción de las muertes relacionadas con complicaciones en el embarazo y el parto desde 1990. Sin embargo, ningún país de la región está en condiciones de alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) de disminuir un 75% la mortalidad materna para 2015.

Para los años 1989, 2000, 2007 y 2013 las estimaciones de la mortalidad materna en Guatemala, utilizaron una metodología comparable, y el comportamiento que se observa muestra que la RMM (Razón de Mortalidad Materna) ha tenido una reducción importante desde el año 1989 al 2013 de un 48%, reducción que fue mayor entre los años 2007 y 2013 con un 19%. A pesar de estos avances, los esfuerzos no han sido suficientes para alcanzar la meta de desarrollo del milenio para este indicador, el cual estableció reducir la RMM en tres cuartas entre 1990 y 2015, lo que implica para Guatemala alcanzar una RMM materna de 55 muertes por cien mil nacidos vivos para el año 2015. Es decir, si la cantidad de nacidos vivos para el 2015 continuará siendo alrededor de 400 mil, la cantidad de muertes maternas no debería ser mayor de 220 para poder alcanzar la meta. (SEGEPLAN, 2010) <sup>(24)</sup>

### 5.1.3. Muerte materna por departamento

Según el Instituto Nacional de Estadística -INE- la mortalidad materna según departamento, en el 2013 fue:

**Cuadro 1. MM, nacidos vivos y RMM, según departamento, 2013**

Departamento de residencia	Cantidad de MM		% por departamento residencia	Total nacidos vivos ajustados	RMM por Depto. residencia **
	Departamento residencia	Departamento ocurrencia			
<b>Total nacional</b>	<b>452</b>	<b>452</b>	<b>100.0</b>	<b>398,605</b>	<b>113.4</b>
Huehuetenango	91	84	20.1	39,117	232.6
Totonicapán	21	13	4.6	12,525	167.7
Quiché	49	45	10.8	30,255	162.0
Petén	24	23	5.3	16,037	149.7
Sacatepéquez	10	12	2.2	7,218	138.5
Izabal	14	10	3.1	10,622	131.8
Chiquimula	15	12	3.3	11,488	130.6
Chimaltenango	21	9	4.6	16,255	129.2
San Marcos	40	32	8.8	31,289	127.8
Alta Verapaz	44	41	9.7	35,502	123.9
Jalapa	11	9	2.4	9,651	114.0
Sololá	10	8	2.2	10,211	97.9
Baja Verapaz	8	6	1.8	8,175	97.9
Quetzaltenango	18	42	4.0	21,184	85.0
Jutiapa	9	3	2.0	12,110	74.3
Santa Rosa	7	15	1.5	9,734	71.9
Escuintla	11	7	2.4	16,854	65.3
Suchitepéquez	9	7	2.0	14,497	62.1
Retalhuleu	5	2	1.1	8,403	59.5
Guatemala	32	70	7.1	66,630	48.0
Zacapa	2	2	.4	6,326	31.6
El Progreso	1	0	.2	4,273	23.4

\*\* Defunciones por cien mil nacidos vivos.

Fuente: INE, nacidos vivos ajustados 2013, datos no publicados; MSPAS-MTAMM, 2013.

A nivel nacional, en el 2013, el comportamiento del indicador muestra diferencias por departamento de residencia. Son los departamentos de occidente y noroccidente los que aportaron la mayor cantidad de muertes maternas; Huehuetenango es el departamento con la mayor cantidad de casos registrados, 91 MM (Mortalidad Materna), concentra el 20% del total de MM del país y registró casi el doble de casos que Quiché, que ocupa el segundo lugar. <sup>(24)</sup>

Huehuetenango, Quiché, Alta Verapaz, San Marcos y Guatemala, concentran el 57% del total de las muertes maternas por residencia en el país; cualquier estrategia para la reducción de este problema tendría que dar prioridad a estos territorios, sin que esto signifique reducir los esfuerzos en los departamentos que registraron menos casos, pero que tienen RMM por arriba del promedio nacional.

Según datos del Fondo de Población de Naciones Unidas, (UNFPA). La situación de la mortalidad materna en Guatemala ha posicionado al país en el renglón de índices más alarmantes de Latinoamérica. Para 2011, Guatemala ocupaba el cuarto lugar de los países con las más elevadas tasas de mortalidad materna de la región.

El departamento de Huehuetenango, en 2010, representó el 26.04% del total de muertes maternas, con 88 casos, seguido por Alta Verapaz y San Marcos, con 47 casos (13.91%) y 44 casos (13.02%) respectivamente. En Quiché ocurrieron 26 casos (7.69%) y en Petén 23 casos (6.80%).<sup>(24)</sup>

Otro de los departamentos que llama la atención es Guatemala con 19 casos (7.80%); en relación con Totonicapán 15 casos (6%); Sololá con 13 (5.20%) y Chimaltenango, con 12, para un 4.8%; debido a que Guatemala es el departamento cuya atención y calidad en salud puede considerarse en mejores condiciones que las otras regiones.

En Guatemala las mujeres siguen muriendo por causas prevenibles, (464 casos en el año 2015, 35 casos en el año 2016). La hemorragia es la principal causa, seguido de trastornos hipertensivos. Las adolescentes y mujeres mayores tienen un mayor riesgo de MM. Se reportan 6 suicidios en adolescentes embarazadas (14-15 años) durante el año 2015. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), debe continuar con la implementación de la Ley para la Maternidad Saludable, la mejora en la vigilancia de las muertes maternas y establecer acciones para su reducción. La planificación familiar es una acción clave para la reducción de la muerte materna.<sup>(24)</sup>

## **5.2. Marco Legal Nacional**

La salud reproductiva es un derecho de la población guatemalteca, amparado por un potente marco legal que garantiza el “acceso efectivo de las personas y la familia a la información, orientación, educación, provisión y promoción de servicios de salud reproductiva, incluyendo servicios de planificación familiar, atención prenatal, atención del parto y puerperio, prevención del cáncer cérvico-uterino y el de mama, atención a la menopausia y climaterio.”<sup>(26)</sup>

El marco legal para la salud reproductiva en Guatemala cuenta con instrumentos internacionales, de los cuales el país es signatario, con leyes y reglamentos, la mayoría de estos, aprobados como resultado del compromiso de actores políticos y de sociedad civil.

A continuación, se da a conocer las leyes y reglamentos que han sido aprobados en los últimos diez años, para garantizar a la población el cumplimiento de sus derechos, así como el acceso y la información a servicios de salud reproductiva.<sup>(26)</sup>

### **5.2.1. Constitución Política de la República de Guatemala:**

#### **Artículo 47**

Establece que el Estado debe garantizar la protección social, económica y jurídica de la persona y de la familia, la igualdad de los derechos de los cónyuges, la paternidad responsable y la libertad de decidir el número y espaciamiento de los hijos. Declara de interés social las acciones contra las causas de desintegración familiar y destaca tomar las medidas de prevención, tratamiento y rehabilitación

adecuadas para ser efectivas, tales acciones por el bienestar del individuo, su salud, la familia y la sociedad. Esto se encuentra regulado en los Artículos: 1, 2, 47, 51, 93, 94 y 95 de este cuerpo legal”.<sup>(15)</sup>

#### **5.2.2. Código Civil, Decreto Ley Número 106:**

“Este cuerpo normativo establece que únicamente podrán contraer matrimonio los mayores de edad, y los varones mayores de 16 años y las mujeres mayores de 16 años, siempre que tuvieran la autorización correspondiente (consiste en la de los padres o los tutores y en su defecto la de un juez).

Se debe resaltar que cualquier matrimonio que se cometa bajo otras circunstancias o edades de los contrayentes se tiene por no validado, constituyendo delito.

El Código Civil, además presente una excepción a lo anterior, indicando que cuando la menor de 14 años haya quedado embarazada y haya concebido y siempre que sus padres o juez presentaren autorización para la unión, estas podrían casarse. Sin embargo, esta norma se encuentra tácticamente derogada totalmente, pues el Código Penal (no solo posterior y más específico al Civil), señala que todo acto sexual con una menos de 14 años es violación, por lo que entonces cualquier matrimonio que se celebrare en esa circunstancia, no sólo se tendría por prohibido, sino por no válido”.<sup>(15)</sup>

#### **5.2.3. Código Penal, Decreto Número 17-73 del Congreso de la República de Guatemala:**

El Código Penal regula los supuestos normativos en que se infringen normas y derechos y sus formas de castigo.

Este Código contempla los delitos de Violación y Agresión Sexual, entre otros con aquellos supuestos en los cuales las penas para los victimarios se ven agravadas. En el año 2009 se reformó el delito de violación, ya no restringiendo éste a un acceso carnal no consensuado, sino ampliando el tipo penal a tres vías de penetración y a la tipificación expresa de toda relación sexual con un menor de 14 años, es considerada como violación.<sup>(15)</sup>

#### **5.2.4. Código Procesal Penal, decreto número 51-92 del Congreso de la República de Guatemala:**

Para garantizar la pronta y efectiva justicia penal, se crea este decreto, con el objetivo de asegurar la efectiva persecución de los delincuentes y la sanción de las conductas que lesionan los bienes jurídicos, sociales e individuales de los guatemaltecos.

En Guatemala, la acción penal corresponde al Ministerio Público, por ende, aquellos actos que constituyen delitos de violencia sexual (violación y agresión sexual), automáticamente son perseguibles de oficio por esta entidad, aun cuando mediere el perdón de la víctima.<sup>(15)</sup>

**5.2.5. Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, decreto número 23-2000 del Congreso de la República de Guatemala:**

Establece que es deber del Estado garantizar y mantener a los habitantes de la Nación en el pleno goce de sus derechos y de sus libertades, siendo su obligación proteger la salud física, mental y moral de la niñez y adolescencia, y así como regular la conducta de adolescentes que violan la ley penal.<sup>(15)</sup>

En el Artículo 11, de este cuerpo legal regula que *“todo niño, niña y adolescente tiene derecho a ser protegido contra toda forma de descuido, abandono o violencia, así también a no ser sometido a torturas, tratos crueles, inhumanos o degradantes.”* Así también, se encuentra regulado en el Artículo 32 de la referida norma, que el médico queda facultado para adoptar las acciones inmediatas a efecto de proteger la vida o la integridad física de todos los menores de edad.

Además de lo indicado en el párrafo anterior, dicho cuerpo normativo según los Artículos 44, 54, 56 y 115 respectivamente, estipula la obligación de denuncia aquellas autoridades de establecimientos de enseñanza pública o privada de comunicar los casos de abuso físico, mental o sexual que involucre a sus alumnos; así como la obligación estatal de adoptar medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger a los niños y niñas del abuso sexual en relaciones de poder o confianza, así como la potestad del Estado de brindar medidas cautelares en casos de maltrato o abuso sexual.<sup>(15)</sup>

**5.2.6. Ley Contra la Violencia Sexual, explotación y trata de personas, decreto número 09-2009 del Congreso de la República de Guatemala:**

Esta ley fue sancionada y promulgada en el año 2009, la misma crea a la Secretaría Contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas y reforma el Código Penal, en cuanto a los delitos de violencia sexual, creando nuevas figuras delictivas como la Agresión Sexual. Aumenta la pena de prisión en estos delitos y se establece que *“siempre se comete el delito de violación cuando la **víctima sea una persona menor de 14 años**, o cuando sea una persona con incapacidad volitiva o cognitiva, aun cuando no medie violencia física o psicológica”*. Artículo 28 del Decreto No. 9-2009 del Congreso de la República de Guatemala, que reforma el Artículo 173 del Código Penal, Decreto Número 17-73 del Congreso de la República de Guatemala.<sup>(15)</sup>

**“Artículo 173. Violación.** Quien, con violencia física o psicológica, tenga acceso carnal vía vaginal, anal o bucal con otra persona, o le introduzca cualquier parte del cuerpo u objetos, por cualquiera de las vías señaladas u obligue a otra persona a introducirselos a sí misma, será sancionado con pena de prisión de ocho a doce años.



*Siempre se comete este delito cuando la víctima sea una persona menor de catorce años, o cuando sea una persona con incapacidad volitiva o cognitiva, aun cuando no medie violencia física o psicológica.*

*La pena se impondrá sin perjuicio de las penas que puedan corresponder por la comisión de otros delitos”.<sup>(15)</sup>*

**“Artículo 173. Bis. Agresión Sexual.** *Quien, con violencia física o psicológica, realice actos con fines sexuales o eróticos a otra persona, al agresor o a sí misma, siempre que no constituya delito de violación, será sancionado con prisión de cinco a ocho años.*

*Siempre se comete este delito cuando la víctima sea una persona menor de catorce años o cuando sea una persona con incapacidad volitiva o cognitiva, aun cuando no medie violencia física o psicológica.*

*La pena se impondrá sin perjuicio de las penas que puedan corresponder por la comisión de otros delitos.”*

Además, establece la obligación del estado de procurar la atención y protección a las víctimas, así como al resarcimiento de daños y perjuicios ocasionados y establece como uno de sus principios rectores la no revictimización de la víctima.<sup>(15)</sup>

#### **5.2.7. Ley de Desarrollo Social, Decreto Número 42-2001 del Congreso de la República de Guatemala:**

Se crea a través del Decreto Número 42-2001 del Congreso de la República de Guatemala. Se establece en el artículo 15 de esta ley, lo referente a maternidad y paternidad saludable, como una política de desarrollo social y población.<sup>(15)</sup>

#### **5.2.8. Ley de Maternidad Saludable, Decreto Número 32-2010 del Congreso de la República de Guatemala:**

Ante la necesidad de crear una ley, que tuviera por objetivo mejorar la salud y calidad de las mujeres, así como también de sus hijos recién nacidos, se promulgó el Decreto Número 32-2010 del Congreso de la República de Guatemala. Esta ley, promueve el desarrollo humano a través de asegurar la maternidad de las mujeres, mediante el acceso universal, oportuno y gratuito a información oportuna, veraz y completa a servicios de calidad antes y después del embarazo, parto o post parto, para la prevención y erradicación progresiva de la mortalidad materna – neonatal.<sup>(15)</sup>

Las niñas son forzadas a asumir un rol de mujeres adultas, con responsabilidades reproductivas y domésticas, que adquieren prioridad por encima de sus derechos a la salud, a la vida, la educación, a vivir libres de violencia y a la autonomía.

Las posibilidades para las niñas de tomar alguna decisión en torno a su vida y futuro son totalmente anuladas. Las normas y actitudes de la familia y la comunidad, así como las acciones y omisiones del Estado toleran y legitiman la violencia en su contra.<sup>(15)</sup>

Para lograr el cumplimiento de las leyes enfocadas a la reducción de la mortalidad materno infantil, así como la reducción de embarazos en la adolescencia, es imprescindible el fortalecimiento de la atención primaria en salud, pues una población educada e informada puede tomar mejores decisiones para su desarrollo personal y social.

## **6. Atención Primaria en Salud para adolescentes**

### **6.1. Hospital Nacional Pedro de Bethancourt (Antecedentes).**

En el año 1630, procedentes de México arribaron a la ciudad de Santiago de los Caballeros de Guatemala, hermanos hospitalarios de la Orden San Juan de Dios, bajo la dirección del Padre Fray Carlos Cívico de la Cerda, así como otros religiosos, su objetivo fue el de presentar la solicitud de administrar el hospital de la ciudad. A la solicitud se acompañó no sólo la promesa de asistir a enfermos y la atención del hospital, sino la de cumplir con lo dispuesto por el Rey de España en 1632, de tratar con servicios médicos a los habitantes de América, como a españoles. Por lo tanto, la fundación del Hospital en la Ciudad Colonial Patrimonio de la Humanidad Declarada por la Unesco en el año 1979, con el Nombre de Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, en honor a las obras realizadas por el Hermano Pedro de Bethancourt, quien también prestó servicios de salud en el Hospital de Belén de esta ciudad.

A partir del año 2008 se implementó el primer Banco de Leche Materna, siendo el primer Banco de Leche a nivel Nacional y Centro Americano, modelo para los actuales bancos de leche que impulsa el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, apoyados por los programas del OPS y OMS Ministerio y Programa Nacional. En el año 2009 se implementa la clínica integral de VIH/SIDA, y en el 2013 abastece e inaugura la Clínica del Adolescente.

El Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de la Antigua Guatemala, 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 incrementó a 202 camas a partir de enero del año 2011, se reciben pacientes de toda Guatemala, principalmente pacientes de Chimaltenango Escuintla y ciudad capital por ser adyacentes. 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%, labor y partos un 4% etc. de demanda que se proyecta para cada año. Con prestaciones de servicios públicos.

Entre las potencialidades que se han desarrollado, ya es un hospital escuela con pre-grado y pos-grado universitario de Medicina Interna, Traumatología, Gineco-Obstetricia y Pediatría, egresando 4 especialistas de Medicina Interna en el año 2010, esperando a partir en el año 2011 una producción de 20 especialistas cada año, quedando pendiente de iniciar su programa de pos-grado, Cirugía y Anestesia,

en otras disciplinas, contamos con estudiantes de la Licenciatura en Psicología de 5to y 6to año, contamos con estudiantes de Químico Biólogo, Nutricionistas, Técnicos de Laboratorio, Técnicos de RX, Químico Farmacéutico, Enfermería Profesional y Auxiliares de Enfermería, Secretarias, Peritos Contadores, Bachilleres en Computación y Fisioterapistas.

### **6.1.1 Clínica del Adolescente (Fundación)**

En el año 2004 el departamento de pediatría analiza la orientación que dicta la OMS, refiriendo que la población de 10 a 19 años es la edad en la que inicia el proceso de maduración sexual, además analiza las estadísticas documentando el inicio de consumo de drogas, tabaco, alcohol, añadiendo el mayor riesgo de abuso físico, sexual y por consecuencia embarazos juveniles.

Con base a lo anterior se justificó realizar un programa dirigido a los adolescentes, teniendo la visión de crear La Clínica Del Adolescente, esta clínica inicia ese mismo año, para lo cual se conformó un equipo multidisciplinario, se realizaron contactos administrativos con: Supervisor Educativo, Orientador del INEBE Director del INEBE, Maestros del INEBE. Se oficializó el programa en la dirección ejecutiva del Hospital. El consejo técnico del Hospital autoriza el espacio físico para la operacionalización de la clínica, inaugurando la Clínica Amigable el 4 de junio del año 2004, bajo el concepto de atención en la clínica amigable.

Durante el funcionamiento se daban seguimiento de los casos por la Trabajadora Social, Psicología, Psiquiatría, así mismo se contaba con la consejería por enfermera profesional. Como parte del programa extra hospitalario, se impartió educación en salud a adolescentes, padres, maestros del INEBE. Se realizaron Talleres de Psicología en el INEBE, dirigido a los alumnos, padres y maestros.

Es así como en el año 2013, por iniciativa de Gobierno de Guatemala, la Vicepresidenta de la República Roxana Baldetti promueve, abastece e inaugura la Clínica del Adolescente en el Departamento de Sacatepéquez, en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

Se obtiene el apoyo del Gobierno de Guatemala proporcionando no solamente el inmueble, material y equipo, sino que otorga beca académica al profesional médico que labora en la Clínica del Adolescente. Es así que a través de la PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE, la Dra. Velveth Paola Castillo Coordinadora de la Clínica, Dra. Silvia Mireya Cruz ginecóloga y obstetra y la Licda. Cindy Martínez psicoterapeuta, obtienen una Especialidad en Desarrollo y Salud Integral de Adolescentes.

### **6.1.2 Definición actual de la clínica del adolescente**

El Hospital Nacional Pedro de Bethancourt en La Antigua Guatemala, reconoce que la adolescencia es un período especial y de vital importancia en el desarrollo del ser humano, con necesidades y demandas de atención muy específicas, por lo que abre en octubre de 2013 la Clínica de Atención Integral de Adolescentes, siendo esta un espacio amigable para los jóvenes, en el cual se puedan atender adecuadamente las demandas de atención particulares a esta etapa de la vida comprendida entre los 10 y los 19 años.

Tomando el reto de servir a los y las adolescentes con atención integral, individualizada y especializada, la clínica cuenta con especialistas en las áreas de Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Psicología y Personal Administrativo.

### **6.1.3 Objetivos Clínica del Adolescente**

#### **Generales:**

- Brindar atención de salud integral al adolescente del departamento de Sacatepéquez, mediante la promoción, educación, diagnóstico y tratamiento en su desarrollo bio-psico-social.
- Colaborar conjuntamente con la clínica de atención integral en acciones y programas para detección y prevención de ETS.
- Promover la formación de un grupo de adolescentes monitores a fin de facilitar encuentros, conferencias y congresos juveniles.

#### **Específicos:**

- Promover en los adolescentes conocimientos y actitudes prácticos adecuadas a través de acciones de información, comunicación y educación para favorecer estilos de vida saludable.
- Coordinar con otros sectores educativos y ONG, acciones que fortalezcan los factores de riesgo detectados en los adolescentes.
- Promover consejería en planificación familiar y abstinencia a los adolescentes consultantes.

- Capacitar a maestros, psicólogos y trabajadores sociales de los Centros de Atención de Adolescentes, en actualizaciones y protocolos médicos y psicológicos en adolescentes.
- Educar a los Médicos Residentes de Pediatría en el módulo de adolescencia, de forma longitudinal y anual.

### III. OBJETIVO

Determinar las complicaciones obstétricas y psicosociales del embarazo en adolescentes en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt en Antigua Guatemala.

## IV. MATERIALES Y MÉTODO

### 4.1. **Diseño del estudio:**

Descriptivo, transversal, observacional.

### 4.2. **Población:**

Adolescentes embarazadas entre 14 a 19 años que asisten a la Clínica del Adolescente del Hospital Nacional Pedro de Betancourt en Antigua Guatemala, durante los meses de marzo a mayo del año 2017.

### 4.3. **Unidad de análisis:**

Boleta de recolección de datos y entrevista estructurada.

### 4.4. **Muestra:**

50 adolescentes embarazadas atendidas en los meses de marzo a mayo del año 2017, de la Clínica del Adolescente del Hospital Nacional Pedro de Betancourt en Antigua Guatemala.

### 4.5. **Técnicas de Recolección:**

Se efectuó una revisión sistemática de expedientes clínicos en búsqueda de complicaciones obstétricas divididos en primero, segundo y tercer trimestre; se realizó una entrevista estructurada para evaluar los efectos psicosociales de las adolescentes.

### 4.6. **Instrumento:**

El instrumento consta de una boleta de recolección de datos constituido de la siguiente manera:

Datos sobre complicaciones obstétricas extraídos de los registros clínicos.

Entrevista estructurada para evaluar los efectos psicosociales de las adolescentes.

### 4.7. **Análisis de datos**

Se realizó la traducción y la transcripción de los datos obtenidos por medio de las entrevistas realizadas a las adolescentes, luego se realizó un análisis profundo de cada apartado de la entrevista para obtener las diferentes conclusiones, mediante un texto que incluyó las preguntas, el indicador y el vaciado (respuestas).

### 4.8. **Alcances y límites:**

#### 4.8.1. **Alcances**

Se obtuvieron 50 entrevistas en los meses de marzo a mayo del año 2017.

#### 4.8.2. **Límites**

Registros médicos incompletos, dificultad para la localización de pacientes incluidas en el estudio y dificultad para encontrar los registros. Dificultad de encontrar adolescentes embarazadas en su tercer trimestre del embarazo.

#### 4.9. Aspectos Éticos de la investigación

El presente estudio se limita a la revisión de registros clínicos y una entrevista semiestructurada, por lo que puede considerarse como categoría I (sin riesgo). Se respeta la privacidad y confidencialidad de los datos anotados en los registros clínicos y de los datos brindados por las adolescentes, bajo consentimiento informado.

### V. Indicadores de caracterización de las adolescentes embarazadas

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Religión predominante:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Católica</li> <li>○ Evangélica</li> <li>○ Ninguna</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Residencia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sacatepéquez</li> <li>○ Chimaltenango</li> <li>○ Villa nueva</li> <li>○ Escuintla</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Escolaridad</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Analfabeta</li> <li>○ Primaria incompleta</li> <li>○ Primaria completa</li> <li>○ Básicos incompletos</li> <li>○ Básicos completos</li> <li>○ Diversificado incompleto</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Estado civil</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Casada</li> <li>○ Soltera</li> <li>○ Unida</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Acompañante con quien vive la adolescente actualmente</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Suegros</li> <li>○ Pareja</li> <li>○ Papás</li> <li>○ Mamá</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vivienda donde habitan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Techo <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terraza</li> <li>▪ Cemento</li> <li>▪ Lamina</li> </ul> </li> <li>○ Paredes <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Block</li> </ul> </li> <li>○ Piso <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cerámico</li> <li>▪ Cemento</li> <li>▪ Tierra</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Indicadores de complicaciones obstétricas</b></p>	<p><b>Leve: no necesita tratamiento médico especializado</b></p> <p>i. Hiperemésis</p> <p><b>Moderado: Necesita tratamiento médico especializado, sin hospitalización</b></p> <p>ii. Vaginosis</p> <p>iii. Infección del tracto urinario</p> <p><b>Severo: necesita tratamiento médico especializado, con hospitalización</b></p> <p>iv. Amenaza de parto prematuro</p> <p>v. Amenaza de aborto</p> <p>vi. Ruptura prematura de membranas</p> <p>vii. Preeclampsia</p> <p>viii. Diabetes gestacional</p>
<p><b>Indicadores de planificación familiar</b></p>	<p><b>Métodos anticonceptivos</b></p> <p>i. Inyección de 3 meses</p> <p>ii. Condón</p> <p>iii. Píldoras</p>



## VI. RESULTADOS

El estudio se llevó a cabo con información de un total de 50 adolescentes embarazadas.

### 6.1 Caracterización de las adolescentes embarazadas

Cuadro 1: caracterización de la muestra. n=50 adolescentes embarazadas

Caracterización		Número de casos	Media o Porcentaje (IC 95%)
Media de la edad		50	17 años
Grupos de edades	14-16 años	19	38% (31.6, 44.4)
	17-19 años	31	62% (55.6, 68.4)
Religión predominante	Católica	37	74% (68.7, 79.2)
	Evangélica	10	20% (15.6, 24.4)
	Ninguna	3	6% (4.5, 7.5)
Residencia	Sacatepéquez	40	80% (75.5, 84.4)
	Chimaltenango	6	12% (9.1, 14.9)
	Villa Nueva	3	6% (4.5, 7.5)
	Escuintla	1	2% (1.5, 2.5)
Escolaridad	Analfabeta	1	2% (1.5, 2.5)
	Primaria Incompleta	9	18% (14.0, 21.9)
	Primaria Completa	16	32% (26.1, 37.8)
	Básicos Incompleto	8	16% (12.3, 19.7)
	Básicos Completo	7	14% (10.7, 17.3)
	Diversificado Incompleto	9	18% (14.0, 21.9)
Idioma Materno	Español	48	96% (94.9, 97.0)
	Español, Kakchiquel	2	4% (2.9, 5.0)
Estado civil	Casada	1	2% (1.5, 2.5)
	Soltera	19	38% (31.6, 44.4)
	Unida	30	60(53.4, 66.6)

Caracterización		Número de casos	Media o Porcentaje (IC 95%)
Porcentaje de adolescentes que trabajan Actualmente		3	6% (4.5, 7.5)
Acompañante con quien vive la adolescente actualmente	Suegros	16	32% (26.1, 37.8)
	Sólo con la pareja	9	18% (14.0, 21.9)
	Ambos padres	8	16% (12.3, 19.7)
	Mamá	17	34%(27.7, 40.2)
Características de la vivienda donde habitan	Techo: Terraza Paredes: Block Piso: cerámico	21	42% (35.2, 48.7)
	Techo: Cemento Paredes: Block Piso: cemento	23	46% (39.2, 52.8)
	Techo: terraza Paredes: Block Piso: cemento	2	4% (2.9, 5.0)
	Techo: Lamina Paredes: Block Piso: Tierra	4	8%(5.9, 10.0)
<b>Caracterización de la pareja</b>			
Edad media de la pareja		50	20 años
Porcentaje de parejas que trabajan actualmente		43	86% (82.7, 89.3)

## 6.2 Complicaciones obstétricas

Cuadro 2: complicaciones obstétricas de la muestra. n=50 adolescentes embarazadas

Complicaciones obstétricas		Número de casos	Media o Porcentaje (IC 95%)
Primer trimestre	Leve	9	18% (14.0, 21.9)
	Moderado	1	2% (1.5, 2.5)
	Severo	3	6% (4.5, 7.5)
	Ninguno	37	74%(68.7, 79.2)
Segundo trimestre	Leve	0	0%
	Moderado	43	86% (82.7, 89.3)
	Severo	1	2% (1.5, 2.5)
	Ninguno	6	12% (9.1, 14.9)
Tercer Trimestre	Leve	0	0%
	Moderado	11	22% (17.3, 26.7)
	Severo	2	4% (2.9, 5.0)
	Ninguno	37	74% (68.7, 79.2)

## 6.3 Planificación Familiar

Cuadro 3: planificación familiar de la muestra. n=50 adolescentes embarazadas

Planificación familiar	Número de casos	Media o Porcentaje (IC 95%)
Utilización de métodos anticonceptivos	4	8%(5.9, 10.0)
Edad media de la adolescente en la que quedó en embarazo por primera vez	50	17 años
Porcentaje de adolescentes con un embarazo anterior	4	8% (5.9, 10.0)
Porcentaje de adolescentes que recibieron información y educación sobre sexualidad y embarazo	47	94% (29.4, 95.5)
Porcentaje de adolescentes que tuvieron acompañamiento psicológico durante el embarazo	5	10% (7.6, 12.4)

## 6.4 Datos cualitativos de la entrevista

Objetivo	Categoría	Pregunta Realizada	Respuestas obtenidas
Determinar las complicaciones psicosociales del embarazo en adolescentes en Hospital Nacional Pedro de Bethancourt en Antigua Guatemala	Embarazo	¿Cómo te diste cuenta que estabas en embarazo?	Las pacientes entrevistadas relataron que tenían una relación de pareja aparentemente estable, por lo que prácticamente no empleaban ningún método anticonceptivo, el pensamiento o temor a quedar embarazadas no era un tema relevante o del cual se hablara. Dado que no empleaban ningún método, tuvieron sospechas de estar embarazadas cuando presentaron ausencia de su menstruación y posteriormente sintieron otros síntomas como náuseas y vómitos. <i>"No me vino la menstruación me hice una prueba sérica"</i> (A. cod. 01) <i>"No me vino la menstruación"</i> (A. cod. 02) <i>"No me vino la menstruación y presentaba náuseas y vómitos"</i> (A. cod. 010)
Determinar las complicaciones psicosociales del embarazo en adolescentes en Hospital Nacional Pedro de Bethancourt en Antigua Guatemala	Reacción emocional ante el embarazo	¿Cuál fue tu sentimiento y el de tu pareja?	La mayoría de las pacientes relataron que su reacción ante la noticia de que estaban embarazadas era principalmente de asombro, pues no dimensionaban que esto les pudiera ocurrir, pero fueron asimilando la situación y al contar con la aceptación y hasta cierto punto apoyo de la pareja, se sintieron felices; aunque en algunos casos, reconocen que eran varios los sentimientos, los cuales cambian de un instante a otro, pues además de la felicidad, estaban tristes por no poder seguir estudiando, decepcionadas ante la noticia, pues era algo que no estaba entre sus planes y la mayoría sentían preocupación y temor de informarle la noticia a sus padres, pues no sabían la reacción que tendría su familia, pero pensaban que sería negativa. <i>"Felices, y a la vez me sentí triste por haber defraudado a mis papas"</i> (A. cod. 04) <i>"me sentí triste y decepcionada porque estaba estudiando"</i> (A. cod. 011) <i>"Asombrados, no lo esperábamos"</i> (A. cod. 010) <i>"Felices (Es una bendición)"</i> (A. cod. 013)
Determinar las complicaciones psicosociales del embarazo en adolescentes en Hospital Nacional Pedro de Bethancourt en Antigua Guatemala	Reacción de los padres ante el embarazo	¿Cuál fue la reacción de tus padres?	Al decidir dar la noticia, en algunos casos de forma individual y en otros con su pareja, las pacientes relataron que sus padres, se habían enojado, estaban molestos y decepcionados de ellas y del futuro que les esperaba, y ellas sintieron que los habían decepcionado; en otros casos los padres se habían puesto felices, pero al final, en todos los casos refieren que lo han ido asimilando conforme el tiempo y actualmente el interés se centra en el buen desarrollo del bebé. <i>"Molestos"</i> (A. cod. 03) <i>"Decepcionados de mí"</i> (A. cod. 04)
Determinar las complicaciones psicosociales del embarazo en adolescentes en Hospital Nacional Pedro de Bethancourt en Antigua Guatemala	Expectativa de vida previo a la concepción	Antes de tu embarazo ¿Cuáles eran tus sueños?	Las pacientes refieren que previo al embarazo, sus sueños eran los sueños de cualquier adolescente; al igual que sus compañeras, su principal sueño era seguir estudiando y muchas tenían expectativas más grandes, pues al graduarse del colegio aspiraban entrar a la universidad, y estudiar veterinaria o medicina y luego ser madres. <i>"Seguir estudiando y graduarme de la escuela"</i> (A. cod. 02) <i>"Graduarme de la escuela y tener mi propia casa"</i> (A. cod. 03) <i>"Ser Doctora"</i> (A. cod. 05) <i>"Ser mamá y maestra"</i> (A. cod. 030)
Determinar las complicaciones psicosociales del	Cambio de vida durante el embarazo	¿Cómo ha cambiado tu vida ahora en el embarazo?	Sin embargo, al enterarse que estaban embarazadas, sus prioridades han cambiado, pues dentro de los principales cambios a partir del

Objetivo	Categoría	Pregunta Realizada	Respuestas obtenidas
embarazo en adolescentes en Hospital Nacional Pedro de Bethancourt en Antigua Guatemala			embarazo, ya no podían seguir estudiando, tampoco tener una vida de adolescentes, como salir con las amigas a pasear o a fiestas, porque tenían que realizar los deberes del hogar y en algunos casos se mudaron a la casa de su pareja, por lo que también tuvieron que vivir un proceso de adaptación. Muy pocas pacientes relataron que su vida no había cambiado en nada ya que antes del embarazo ya vivían con la pareja y ya tenían deberes del hogar, y ahora con un integrante más en la familia su vida no cambiaba en nada. <i>"mi cuerpo ha cambiado y mi ropa es diferente"</i> (A. cod. 06) <i>"ya no solo pienso en mí, sino que ahora tengo que pensar en mi bebé en su desarrollo"</i> (A. cod. 07) <i>"ya no puedo estudiar y ya no salgo con mis amigas"</i> (A. cod. 09) <i>"Tengo que madurar y tengo que ser responsable en cuidar a mi bebé"</i> (A. cod. 013) <i>"ya no puedo salir, tengo obligaciones en casa"</i> (A. cod. 033)
Determinar las complicaciones psicosociales del embarazo en adolescentes en Hospital Nacional Pedro de Bethancourt en Antigua Guatemala	Estado Anímico	¿Cómo te sientes ahora en el embarazo?	En cuanto a su estado de ánimo ahora que van a ser madres, y que las condiciones familiares se han ido resolviendo, las pacientes refirieron que el principal sentimiento es de felicidad, porque van a tener un bebé y es algo muy lindo en la vida, aunque a la vez tienen un sentimiento de tristeza porque ya no pueden seguir cumpliendo sus sueños, tampoco pueden hacer las actividades que realizan otras personas de su edad, como continuar sus estudios, sin embargo muchas esperan que una vez nazca el bebé puedan retomar algunas de sus metas, principalmente retomar sus estudios. <i>"Feliz"</i> (A. cod. 010) <i>"Triste porque ya no pude cumplir mis sueños"</i> (A. cod. 015) <i>"Triste porque tengo problemas familiares y mi familia no me apoya"</i> (A. cod. 022)
Determinar las complicaciones psicosociales del embarazo en adolescentes en Hospital Nacional Pedro de Bethancourt en Antigua Guatemala	Dificultades Actuales	¿Cuáles son las principales dificultades de ser madre a esta edad?	Al preguntarles a las pacientes si ellas tenían alguna dificultad, refirieron que no había ninguna dificultad, que ellas podían con el embarazo, a la vez refirieron que eran muy pequeñas para esta etapa porque no tenían la madurez suficiente para educar un bebé como una persona adulta. <i>"La edad, ser tan pequeña"</i> (A. cod. 01) <i>"No hay dificultades"</i> (A. cod. 02) <i>"Mi cuerpo no está bien desarrollado"</i> (A. cod. 08) <i>"Como cuidar al bebé"</i> (A. cod. 010) <i>"no estar preparada psicológicamente para cuidar a un bebé"</i> (A. cod. 013) <i>"No estar económicamente estable y no tener un hogar estable"</i> (A. cod. 020)
Determinar las complicaciones psicosociales del embarazo en adolescentes en Hospital Nacional Pedro de Bethancourt en Antigua Guatemala	Expectativas	Ahora que vas a ser mamá ¿Cuáles son tus sueños?	Sus sueños luego del embarazo son sueños de una persona adulta, como su madre o demás familiares, el principal sueño era cuidar al bebé, ya que sería la mayor prioridad ahora en sus vidas, a la vez seguir estudiando o trabajando de acuerdo con sus pensamientos y metas deseadas. <i>"Seguir estudiando y trabajar para mantener a mi bebé"</i> (A. cod. 05) <i>"Cuidar a mis dos bebés"</i> (A. cod. 016) <i>"Cuidar a mi bebé"</i> (A. cod. 033)
Determinar las complicaciones psicosociales del embarazo en adolescentes en Hospital Nacional Pedro de	Manutención	¿Cómo se sostienen económicamente?	Para saber si las pacientes tenían un buen apoyo económico en el hogar, se les preguntó quién las estaba manteniendo a lo largo del embarazo, y refirieron que la pareja se hacía cargo de los gastos de casa; como la luz, agua, alimentos, medicamentos, y a la vez refirieron que los padres

Objetivo	Categoría	Pregunta Realizada	Respuestas obtenidas
Bethancourt en Antigua Guatemala			también contribuían con los gastos, más que todo personales. <i>"Mi pareja me mantiene"</i> (A. cod. 02) <i>"Mi pareja y mis papás me mantienen"</i> (A. cod. 04) <i>"Mis papás me mantienen"</i> (A. cod. 018) <i>"Mi pareja y mis suegros me mantienen"</i> (A. cod. 038)
Determinar las complicaciones psicosociales del embarazo en adolescentes en Hospital Nacional Pedro de Bethancourt en Antigua Guatemala	Ingresos	¿Cuál es el ingreso que tienen como familia?	Para saber si esos gastos eran suficientes se les preguntó, cuánto era el ingreso, que tanto la pareja como los papás le brindaban mensual, quincenal y semanal, y refirieron que el promedio al mes era de Q. 2,000, algunas refirieron que quincenal de Q. 1,000 y semanal de Q. 200, lo cual era suficiente para las necesidades de la casa por el momento que estaban en embarazo, pero que cuando llegara el bebé iban a necesitar más ingreso para todas las necesidades que se presentarían.
Determinar las complicaciones psicosociales del embarazo en adolescentes en Hospital Nacional Pedro de Bethancourt en Antigua Guatemala	Consejo a las adolescentes	¿Qué le dirías a otras adolescentes sobre el embarazo?	Finalmente, al preguntarles qué les dirían a otras adolescentes, las pacientes refirieron que lo mejor era postergar el inicio de la vida sexual, o bien que "se cuidaran" y estudiaran, ya que, si quedaban embarazadas ya no lo iban a poder hacer, y a la vez que lo pensarán porque no era fácil por la edad tan pequeña en la que estaban y el cuerpo no estaba lo suficientemente desarrollado. <i>"Es una bonita etapa"</i> (A. cod. 01) <i>"Que se cuiden"</i> (A. cod. 02) <i>"no es fácil estar embarazada"</i> (A. cod. 03) <i>"Es un riesgo, por ser tan pequeña, pero es una bonita etapa"</i> (A. cod. 06) <i>"tener buena relación con la pareja y tener un acuerdo mutuo"</i> (A. cod. 07) <i>"Que se cuiden y estudien"</i> (A. cod. 10) <i>"Es un regalo y una felicidad"</i> (A. cod. 03)

## VII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A continuación, se presentan diversos factores y características de las adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, los cuales se consideran vinculantes al embarazo a temprana edad.

### 7.1 Aspectos sociodemográficos

Las pacientes entrevistadas provienen de los municipios de Sacatepéquez 80%, 12% Chimaltenango, 2% Escuintla y 6% Villa Nueva, debido a que en su localidad no tienen acceso a servicios especializados a su rango etéreo; lo cual refleja la falta de acceso y cobertura que aún padece la población. En el caso de las adolescentes que geográficamente se encuentran más alejadas del hospital, cabe resaltar, que los costos asociados a la asistencia al hospital se incrementan significativamente (transporte, alimentación, etc.), lo cual puede ser en algún momento un factor condicionante en la asistencia a sus citas.

### 7.2 Aspectos culturales

El 96% de la población, refiere como idioma materno el español, y el 4% el Kakchiquel.

En cuanto a la religión que profesan, el 74% son católicas, el 26% son cristianas evangélicas. El apego a prácticas religiosas no refleja una incidencia en la toma de decisiones para retardar el inicio de su vida sexual, u optar por la abstinencia sexual durante el noviazgo; sin embargo, se refleja como un factor influyente al momento de quedar embarazadas, pues manifiestan culpa y sentimientos de frustración al considerar que incumplieron con los valores de su religión y por ende con las expectativas que sus padres tenían para su vida, por lo que manifiestan arrepentimiento en su toma de decisiones.

### 7.3 Características de la población

Las pacientes entrevistadas, oscilan entre los 14-18 años, siendo la media 17 años (adolescencia media), presentando todas las características bio-psico-sociales que este rango conlleva: la inmadurez ósea, hemorragias, anemia, perforaciones uterinas, parto prolongado y difícil, desproporción cefalopélvica, inmadurez psicológica, baja autoestima, la falta de habilidades sociales, necesidad de afecto y comunicación con la familia, así como la propensión a repetir círculos de pobreza, debido a que el 90% de las entrevistadas interrumpió sus estudios académicos.

En cuanto a la educación sexual, sólo 4 (25%) entrevistadas empleaban algún método anticonceptivo (1: preservativo, 1: inyección, 2: píldora), sin embargo, sus conocimientos respecto al uso correcto y eficacia eran limitados.

Las pacientes refieren la falta de participación familiar en la educación, así como la desinformación de los riesgos de una vida sexual activa y las responsabilidades que esta conlleva; de hecho, el 50% presentaban preocupación y temor de informarles a los padres la noticia.

#### **7.4 Aspectos Económicos**

La responsabilidad económica y manutención de las adolescentes, recae sobre los padres de la pareja, ya que el 50% viven con los padres y el otro 50% vivía con los suegros, por lo que el 100% depende económicamente de terceros.

El 100% refirieron que la pareja asume el rol de proveedor, generando la mayoría de recursos para los gastos familiares, sin embargo la independencia del hogar paterno no es posible con los recursos generados.

Las expectativas son limitadas, ya que el nivel de escolaridad imposibilita la mejora salarial, y las opciones laborales a la que ellas y sus parejas pueden optar.

Algunas se consideran una “carga económica”, lo cual genera efectos psicológicos y evidencia la posición subordinada que ocupan en la familia.

#### **7.5 Aspectos Psicosociales**

Las pacientes refieren cambios anímicos significativos en esta etapa, los cuales van desde un momento de negación, frustración, culpa y finalmente la aceptación y vivencia positiva del embarazo.

*“Me sentí triste y decepcionada porque estaba estudiando”* (Adolescente cod. 09)

*“Feliz”* (A. cod. 010)

*“Triste porque ya no pude cumplir mis sueños”* (A. cod. 015)

*“Triste porque tengo problemas familiares y mi familia no me apoya”* (Adolescente cod. 022)

#### **7.6 Planificación Familiar**

El 50% de las adolescentes entrevistadas refirieron que tenían una comunicación con los padres sobre educación sexual y el resto de las adolescentes no habían tenido orientación sexual en casa, lo cual es común ya que la mayoría de adolescentes en embarazo provienen de familias en las que está ausente el padre, o en las que han existido otras mujeres en su misma situación, esto obliga a las adolescentes a trasladarse a hogares de otros familiares. El período de equilibrio y desarrollo se caracteriza por intentos de abortos para resolver los problemas percibidos. Si no se resuelve la crisis, se da como resultado conductas de mala adaptación, en uno o más miembros de la familia. Se produce una serie de enfrentamientos entre padres e hijos, debido a concepciones distintas de valores y normas que deben regir el comportamiento de la adolescente, que en ocasiones puede evitar problemas de gestaciones no deseadas y maternidad precoz.

#### **7.7 Complicaciones Obstétricas**

De las 50 pacientes entrevistadas a lo largo de su embarazo presentaron complicaciones obstétricas, analizando cada uno de sus expedientes se pudo analizar que en el primer trimestre el 74% no presentó ninguna complicación, pero el resto de adolescentes presentaban complicaciones entre leves, moderadas y severas. En el segundo trimestre la evolución iba cambiando, ya que el 86% de las pacientes, ya presentaban mayores complicaciones moderadas y el resto se



encontraban entre leves, severas y sin ninguna complicación, y en el tercer trimestre de nuevo el 74% no presentaron ninguna complicación, pero el resto de las adolescentes presentaban complicaciones entre leves y severas.

Según Ramírez G, Juárez C, Pérez J. en su tesis titulada “Embarazo en adolescentes complicaciones obstétricas, prenatales y perinatales realizada en Antigua Guatemala, Chimaltenango y Cuilapa, Santa Rosa”, revela que la madre adolescente enfrenta mayores riesgos de salud que una madre adulta, los cuales están estrechamente vinculados a la falta de atención médica adecuada y factores asociados a la educación, estos riesgos se agravan en las adolescentes pobres, quienes tienen pocas probabilidades de tener una adecuada nutrición y acceso a la atención médica.

Los problemas que se pueden presentar en los controles prenatales, se les puede agrupar en trimestres:

#### **7.7.1 Complicaciones del primer trimestre**

- Emésis e hiperemésis.
- Metrorragias.
- Abortos espontáneos.
- Embarazos extrauterinos.

#### **7.7.2 Complicaciones del segundo y tercer trimestre**

- Anemia.
- Infecciones urinarias.
- Amenaza de parto pretérmino.
- Hipertensión arterial gravídica.
- Parto prematuro.
- Desprendimiento placentario.
- Placenta previa.

El riesgo de morbilidad y mortalidad materna es alto en la población adolescente per se; la entrevista e historia clínica de cada paciente, evidenció que no hay conocimiento sobre los factores de riesgo de relaciones sexuales sin protección, riesgos durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido lo cual predispone a una mayor tasa de mortalidad materna y neonatal en la población, así como el riesgo de tener un embarazo en el corto plazo, tal y como se evidencia en los casos de algunas entrevistadas.

## VIII. ARQUETIPOS

El estudio de identidad y arquetipos es fundamental en los estudios cualitativos, porque al describir su cotidianidad, sus creencias, prácticas y estilo de vida, las pacientes inconscientemente reflejan una visión de sí mismas y su entorno. Ésta visión, tiene, por un lado, un componente individual; pero a la vez ésta construcción de identidad se va haciendo mutua entre ella y la familia nuclear, los demás parientes, las personas del mismo sexo, el mismo grupo etario, el mismo grupo étnico, la comunidad, el grupo religioso al que pertenecen, etc.; todas éstas esferas de intercambios, relaciones sociales, constituyen y van definiendo, transformando su auto-percepción y la percepción social.

Este proceso de construcción identitaria no es un acto pasivo, ni es únicamente uno o dos elementos que le conforman, sino que es un proceso dinámico, en algunos momentos consciente, revelador de sí (esto se refleja en los momentos de su vida que los consideran traumáticos o de crisis). Algunos de estos cambios en su visión de sí mismas y la visión de la sociedad hacia ellas, (mencionan como las tratan diferente en sus casas, por las responsabilidades que les asignan, pero sobre todo los otros, en el sentido que “las ven diferentes”), van reflejando un cambio paulatino y constante en sus vidas.

Esta mirada social y auto-calificación de sí, responde a los arquetipos sociales. Los arquetipos tienen como función social “organizar” a través de imágenes y referentes (usualmente aprendidos inconscientemente), la conducta humana, es decir, sirve como ejemplo de lo perfecto o ideal, por ejemplo; el arquetipo de maternidad, en donde se le adjudican cualidades como: amorosa, protectora, abnegada, incondicional, madura, etc. Sin embargo, la realidad de las entrevistadas es distinta.

Las características de estas jóvenes permiten tener una idea concreta y real de las adolescentes embarazadas, lo cual permitirá considerar las complicaciones obstétricas, el abordaje psicológico y emocional, así como el lenguaje asertivo. Esta experiencia a la vez permitirá generar material educativo de prevención acorde a las características presentadas por esta población.

De una forma gráfica podemos evidenciar que las características principales de las adolescentes entrevistadas son:

**CAMBIO DE VIDA**

Ya no puedo salir con mis amigas

Ahora tengo que trabajar para mantener a mi bebé

Ya no puedo estudiar ni trabajar

Mi cuerpo ha cambiado y mi ropa es diferente



**SUEÑOS FRUSTRADOS**

Graduarme de la escuela

Ser Doctora

Ser mamá y maestra

Llegar a la universidad

Trabajar



Católica

17 años

Unida

No trabajo

Sexto primaria

Vivo con mi pareja



20 años

Unido

Sexto primaria

Actualmente trabajo

Estas características le permiten al trabajador de salud tener más claridad del tipo de población con la cual trabaja, cómo y cuándo abordar el tema de los derechos sexuales y reproductivos, con el fin de evitar el contagio de ITS y embarazos no deseados, así como los efectos bio-psico-sociales que afrontan las adolescentes embarazadas, brindándoles así una asesoría integral y con un lenguaje asertivo.

## IX. CONCLUSIONES

1. A nivel obstétrico, las principales complicaciones presentadas fueron en el segundo trimestre: infecciones del tracto urinario y vaginosis el 86% de las pacientes, debido a la falta de atención médica adecuada y factores asociados a la educación.
2. El 90% de las adolescentes tuvieron que interrumpir sus estudios, y el 50% tuvieron que dejar el hogar, lo cual les genera actualmente problemas personales, sociales y económicos.
3. Se evidenció que el 92% de las adolescentes no utilizaban métodos anticonceptivos, pues no reconocían los riesgos y efectos que conllevan el no utilizarlos.
4. El 24% de las adolescentes refieren sentimientos de negación, frustración, culpa, y finalmente aceptación y vivencia positiva del embarazo.
5. Se pudo analizar que el 4% de las adolescentes que ya habían tenido un hijo, presentan actualmente su segundo embarazo, por lo que tuvieron que abandonar totalmente sus estudios e iniciaron una vida laboral activa para poder cubrir los gastos familiares.

## X. RECOMENDACIONES

1. Desarrollar programas de educación en salud para pacientes embarazadas para que reconozcan y detecten los signos y síntomas de un embarazo de alto riesgo y así busquen ayuda tempranamente.
2. La estructura familiar opera como factor protector en los adolescentes para evitar embarazos, por ello es importante fortalecer la comunicación y confianza, así como comprometerse en el abordaje del tema de sexualidad en la familia, transmitiendo sus valores con información fidedigna.
3. Fomentar la educación sexual en las escuelas para evitar el inicio de la vida sexual a temprana edad, tener conocimientos de los métodos anticonceptivos, los riesgos como ITS y VIH, así como las complicaciones de los embarazos en las adolescentes.
4. Si existen adolescentes embarazadas en la instancia educativa, brindar apoyo psicológico a las adolescentes junto con su control prenatal, para evitar los abortos y para que la paciente se sienta apoyada en el avance de su embarazo.
5. Retardar el inicio de la vida sexual activa, conociendo los riesgos biológicos y psicológicos que conlleva al tener una pareja sexual, así como la responsabilidad y el compromiso que esto genera.

## XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS), El embarazo en la Adolescencia (actualizado septiembre de 2014, Accesado el 6 de febrero de 2016) Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
2. Alarcón. R, Coello. J, Cabrera. J, Monier. G, Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia, (Revista en línea) 2009 febrero-marzo. 25(1-2). (Accesado el 25 de octubre del 2016), Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25\\_1-2\\_09/enf071\\_209.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25_1-2_09/enf071_209.htm)
3. Levy, J. Luchsinger, G. Merrick, T, El poder de 1,800 millones. Los adolescentes, los jóvenes y la transformación del futuro, UNFPA estado de la población mundial 2014, Editorial prographics, Inc.
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud (12 de agosto). (en línea), INEGI, México, 2014. (Accesado 6 de febrero de 2016). Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/juventud0.pdf>
5. Ministerio de Salud de Colombia: Embarazo Adolescentes en Colombia. (en Línea), MINSALUD, 2012. (Accesado 6 de febrero de 2016). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/embarazo-adolescente/anexo-cifras-embarazo-adolescente-en-colombia-documentoICFB-jul-2013.pdf>
6. Informe de Indicadores Básicos. VI Encuesta Nacional de salud Materno Infantil (ENSMI 2014-2015). (En Línea). Guatemala, noviembre 2015. (Accesado el 6 de febrero del 2016). Disponible en: <http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/PR57/PR57.pdf>
7. Ramírez G, Juárez C, Pérez J. Embarazo en adolescentes complicaciones obstétricas, prenatales y perinatales: Estudio descriptivo retrospectivo realizado en el departamento de Gineco-Obstetricia de los Hospitales Nacionales: Pedro de Betancourt, La Antigua Guatemala, Chimaltenango y Cuilapa, Santa Rosa, durante el período de enero de 2,002 a enero 2,007. [tesis de Pregrado]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, agosto 2008. [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_8591.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8591.pdf)

8. Cristales E, Carballo G, Hernández K. Atención del parto y aborto en adolescentes embarazadas menores de 14 años, atendidas por comadrona: Estudio descriptivo- cuantitativo en 5 municipios del departamento de Huehuetenango de casos atendidos del 1 de enero de 2013 al 1 de enero de 2014. [tesis de Pregrado]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 2014.
9. Observatorio en Salud sexual y Reproductiva (OSAR). Embarazo en Niñas. (En Línea), OSAR, Guatemala, (Accesado el 6 de febrero del 2016). Disponible en: <http://www.osarguatemala.org/embarazo.php?id=19>
10. Observatorio en salud Reproductiva (OSAR), Marco Conceptual de la ruta de abordaje para la atención integral de embarazos en niñas menores de 14 años, Editorial Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Primera Edición, 2014, Guatemala
11. Salazar B, Álvarez E, Maestre LC, León D, Pérez O. Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del embarazo precoz y su influencia en la vida de la adolescente [artículo en línea]. MEDISAN 2006; 10(3). (Accesado el 29 de febrero del 2016). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10\\_03\\_06/san07306.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_03_06/san07306.htm)
12. Beltrán L, embarazo en adolescentes, fundación escuela de gerencia social, ministerio del poder popular para la planificación y desarrollo, Caracas Venezuela, Agosto 2014, (accesado el 9 de septiembre del 2016), Disponible en: <http://prosalud.org.ve/public/documents/20100804101280942170.pdf>
13. PLANEA, plan nacional de prevención de embarazos en adolescentes y jóvenes Guatemala 2013-2017, Editorial Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Primera edición, Guatemala, agosto 2015.
14. Barbón O, Algunas consideraciones sobre comunicación, género y prevención del embarazo adolescente, (Revista en línea) 2011 junio-enero. 17 (1): 19-25, (Accesado el 25 de octubre del 2016), Disponible en: [http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n1/art\\_03.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n1/art_03.pdf)
15. Observatorio en salud Reproductiva (OSAR), MARCO CONCEPTUAL de la ruta de abordaje para la atención integral de embarazos en niñas menores de 14 años, editorial Fondo de Naciones Unidad para la infancia (UNICEF), primera edición 2014, Guatemala, Guatemala.

16. Valdivia. M, Molina. M, Factores psicológicos asociados a la maternidad adolescente en menores de 15 años, (Revista en línea) 2003 enero-junio. Vol. 12, Numero 2: pág. 85-109, (Accesado el 25 de octubre del 2016), Disponible en:  
<http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/17457/18228>
17. Observatorio en salud Reproductiva (OSAR), Maternidad Saludable, un asunto de derechos, se cumple en Guatemala, Boletín de prensa libre, 15 de febrero del 2016, Guatemala, (Accesado el 9 de Septiembre del 2016) Disponible:  
[http://www.osarguatemala.org/osartemporal/Archivos/PDF/201602/305\\_1.pdf](http://www.osarguatemala.org/osartemporal/Archivos/PDF/201602/305_1.pdf)
18. Azevedo. J, Favara. M, Embarazo Adolescente y oportunidades, En América Latina y El Caribe, sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos, Banco Mundial, 2012, Washington DC, (Accesado el 16 de septiembre del 2016), Disponible en: <http://pami-guatemala.org/guirosgt/wp-content/uploads/2014/01/Embarazo-Adolescente-Informe-Banco-Mundial.pdf>
19. Parra. J, Pérez. R, Comportamiento sexual en adolescentes y su relación con variables biosociales, Perinatología y Reproducción humana, (Artículo en línea), Volumen 24, Número 1, Página 8, enero-marzo 2010, Chile, (Accesado el 14 de agosto del 2016), Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip101b.pdf>
20. Observatorio salud reproductiva, Vidas robadas, niñas teniendo niños, primer informe de monitoreo, OSAR, Guatemala, marzo 2015, (Accesado el 13 de junio del 2016), Disponible en:  
[http://www.osarguatemala.org/Archivos/PDF/201510/279\\_5.pdf](http://www.osarguatemala.org/Archivos/PDF/201510/279_5.pdf)
21. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Salud Reproductiva, Guía de atención integral y diferenciada para embarazadas menores de 14 años, primera edición, MSPAS, Guatemala 2013.
22. UNICEF, Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes, una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio en seis países de la región, revisión y Edición Final, agosto 2014, Panamá, (Accesado el 13 de junio del 2016), disponible en:  
[https://www.unicef.org/ecuador/embarazo\\_adolescente\\_5\\_0\\_\(2\).pdf](https://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_(2).pdf)



23. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)-Sede Académica Guatemala, "Me cambió la vida" Uniones, embarazos y vulneración de derechos en adolescentes, Primera edición, Ministerio de salud pública de asistencia social, Guatemala 2015 (Accesado el 13 de septiembre del 2016), Disponible en: <http://www.flacso.edu.gt/publicaciones/wp-content/uploads/2016/04/Me-Cambio-Vida.pdf>
  
24. Ministerio de Salud Pública de Asistencia Social, Situación de la mortalidad materna informe de país 2013, primera edición, MSPAS, Guatemala junio 2015.
  
25. Observatorio salud Reproductiva (OSAR), Mortalidad materna en Guatemala, Boletín Número 1, Guatemala, 2015, (Accesado el 15 de agosto del 2016), Disponible en: [http://www.isdmguatemala.org/userfiles/Boletin%20No\\_%201%20Final\(1\).pdf](http://www.isdmguatemala.org/userfiles/Boletin%20No_%201%20Final(1).pdf)
  
26. Observatorio salud reproductiva (OSAR), compendio de leyes para la acción en salud reproductiva en Guatemala, primera Edición, Guatemala Agosto 2014, (Accesado el 15 de Agosto del 2016), Disponible en: [http://www.osarguatemala.org/Archivos/PDF/201510/78\\_1.pdf](http://www.osarguatemala.org/Archivos/PDF/201510/78_1.pdf)

## XII. ANEXOS

### ANEXO I

#### Ruta interna del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) para la atención de niñas embarazadas menores de 14 años



# 2



1

La niña menor de 14 años embarazada o con un hijo/a.



2

La niña es identificada por alguna institución gubernamental como MSPAS, MINEDUC, MIDES y DEMI, autoridades municipales, comunitarias e indígenas y organizaciones de sociedad civil. Cualquiera que haya identificado a la niña notificará inmediatamente a la PGN y el MP.



3

La PGN y el MP facilitarán el procedimiento legal para garantizar el bienestar y la protección de la niña.



4

La niña identificada será referida por la PGN al establecimiento de salud más cercano para su atención médica.



5

El MSPAS implementará su ruta interna, atendiendo su estado físico, psicológico y nutricional. El MSPAS remitirá informe mensual de los casos a la SVET, al MINEDUC y al MIDES.



6

El MINEDUC al recibir el informe del MSPAS implementará su ruta interna, a fin de garantizar que la niña se incorpore al sistema educativo. De lo actuado remitirá un informe mensual a la SVET.



7

El MIDES al recibir el informe del MSPAS implementará su ruta interna, a fin de incorporar a la niña a uno de sus programas sociales. De lo actuado remitirá informe mensual a la SVET.



8

La PGN para cumplir su mandato de protección a la niñez, implementará su ruta interna, dará seguimiento a los casos y enviará informe mensual de las denuncias interpuestas y estado del proceso de cada uno de los casos a la SVET.



9

El seguimiento penal de estos casos quedará a cargo del MP y el OJ.



## **Ruta interna del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) para la atención de niñas embarazadas menores de 14 años**

Según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, existe un proceso de atención para niñas y adolescentes embarazadas que abarca: la gestación y el parto; la denuncia del delito; el seguimiento de casos desde la Secretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas –SVET- y la inclusión de niñas y adolescentes en programas sociales de los Ministerios de Desarrollo Social y Educación.

Lo anterior indica que existe una ruta de prevención y atención que todavía es muy reciente para ser evaluada. Sin embargo, se visualizan limitaciones generales en políticas de planificación familiar, de salud sexual y reproductiva, así como de educación sexual. Lo que indica que, hasta la fecha, sin menospreciar la importancia, existen programas específicos en instituciones, que todavía hace falta unificar en políticas y estrategias nacionales. <sup>(10)</sup>

### **ABORDAJE PSICOLÓGICO DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA MENOR DE 14 AÑOS**

Las intervenciones en salud mental en casos de niñas menores de 14 años embarazadas, atendidos en la red de servicios de salud, deben ser desarrolladas por personal especializado (psicólogo).

Los primeros auxilios psicológicos, se entienden como todas aquellas acciones o intervenciones en un período de crisis, que permiten restablecer la estabilidad emocional de la persona y facilitar las condiciones para su readaptación.

Crisis: se refiere al estado temporal de trastorno y desorganización a nivel mental, emocional y conductual, que atraviesa la persona como respuesta a una situación que rebasa la capacidad de respuesta. Las personas en crisis generalmente experimentan emociones fuertes y síntomas físicos. Algunas expresan manifestaciones emocionales y otras las ocultan.

Las recomendaciones clínicas y de políticas de la OMS para las respuestas a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra la mujer reconocen que “la agresión sexual es una experiencia traumática que puede tener una variedad de consecuencias negativas en la salud mental, física, sexual y reproductiva de las mujeres. Las mujeres pueden requerir atención de salud aguda y a veces a largo plazo, en particular atención de salud mental”. <sup>(17)</sup>

#### **¿Qué hacer?**

- Asegurar privacidad y confidencialidad.
- Escuchar con atención, respeto, aceptación e interés los hechos y sentimientos, sin presionar para que se responda o revele información.

- Tomar en cuenta la edad, comprensión, expresión verbal, madurez emocional, entorno familiar y social, características que permiten el abordaje diferenciado.
- Creer la historia de abuso sin emitir juicios y prejuicios.
- Utilizar tono de voz suave.
- Estimular la comunicación, respetando el silencio entendido como una respuesta ante el evento.
- Utilizar lenguaje corporal de acuerdo con la situación (postura, movimiento de las manos, expresiones faciales, contacto visual).
- Valorar prácticas tradicionales de enfrentar los problemas, respetando creencias y costumbres.
- Informar sobre la necesidad de la exploración física y explicación de los procedimientos médicos y psicológicos a realizar.
- Prestar atención a signos de peligro: ideación o intento suicida u homicida.
- Orientar sobre aspectos legales, de salud, apoyos sociales y otros servicios.
- Buscar ayuda o establecer redes de apoyo.

Es importante que el personal de salud especializado en salud mental continúe con la atención psicológica, ya que se debe crear el plan terapéutico individual y familiar, que contribuirá al proceso de recuperación y reinserción a la vida cotidiana. En el caso que no exista personal especializado en un servicio de salud cercano, utilice el directorio para referencia a otras instituciones que presten servicios de apoyo integral. <sup>(17)</sup>

#### **En las citas de seguimiento a las menores de 14 años embarazadas**

- Cambios de carácter
- Tristeza profunda
- Rechazo por asistir al centro educativo
- Problemas en el rendimiento escolar
- Aislamiento
- Enuresis y encopresis (pérdida del control de esfínteres)
- Autoagresión (jalones de pelo, mordeduras), conducta suicida (ideas o intentos).
- Alteraciones del sueño (duerme mucho, poco, no duerme, sobresaltos)
- Trastornos alimenticios (come mucho, poco, no come)
- Consumo de alcohol, tabaco u otras drogas
- Quejas frecuentes de dolor o malestar físico

**Nota:** Si se presenta una o más de estas manifestaciones, insista en la referencia al servicio especializado de salud mental. <sup>(17)</sup>

#### **En las citas de seguimiento a las víctimas/sobrevivientes de violencia sexual, indague:**

- Pensamientos repetitivos del acontecimiento o negación
- Dolores de cabeza crónicos

- Cambios bruscos en el carácter
- Tristeza profunda
- Aislamiento social
- Consumo de alcohol, tabaco u otras drogas
- Autoagresión (jalones de pelo, mordeduras), conducta suicida (ideas o intentos) u homicida
- Alteraciones del sueño (duerme mucho, poco, no duerme, sobresaltos)
- Trastornos alimenticios (come mucho, poco, no come)
- Quejas frecuentes de dolor o malestar físico

**Nota:** Si se presenta una o más de estas manifestaciones, insista en la referencia al servicio especializado de salud mental. <sup>(17)</sup>

### **Abordaje a la madre, padre o persona encargada**

- Propiciar que hablen de lo ocurrido y de su estado de ánimo
- Reconocer prácticas que contribuyen a la aceptación y superación del evento (espirituales, creencias, costumbres, tradiciones)
- Orientar para evitar culpabilizar, reprender, castigar, golpear
- Identificar autoagresión (jalones de pelo, mordeduras), conducta suicida (ideas o intentos) u homicida.

#### **¿Qué no hacer?**

- Comentarios o preguntas que puedan generar culpa o inseguridad, por ejemplo: ¿Por qué vestirse de esa manera? ¿Por qué caminar a esas horas en la calle?
- Dar consejos
- Hacer promesas
- Comparaciones
- Ponerse de ejemplo o contar historias propias
- Emitir juicios o críticas
- Preguntas morbosas
- Exagerar o minimizar el hecho o sentimientos
- Bromas o sarcasmos <sup>(17)</sup>

## **ABORDAJE SOCIAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A NIÑAS Y ADOLESCENTES MENORES DE 14 AÑOS, EMBARAZADAS O QUE YA SON MADRES**

Para el abordaje social es importante que el o la profesional en Trabajo Social como integrante del equipo de salud, entre algunas de sus funciones debe cumplir un rol de mediador entre la población y otros profesionales que representan a diferentes sectores, identificando y creando canales de dialogo horizontal para implementar procesos como: coordinación, negociación, gestión, organización y movilización social, entre otros, para dar respuesta a las necesidades reales y sentidas en el contexto social guatemalteco, al analizar la vida cotidiana y su relación con el

proceso de salud-enfermedad; entre ellos la problemática de niñas y adolescentes embarazadas y/o madres. La vinculación con otros sectores ajenos al sistema de atención a la salud permite optimizar la disponibilidad de recursos, pudiendo generar el trabajo en Red a través de espacios en colaboración e intercambio, los cuales producen efectos sinérgicos de los esfuerzos en pro de la salud de la población, muy especialmente para la atención integral de niñas y adolescentes embarazadas y/o madres. <sup>(17)</sup>

Cuando se ha logrado el compromiso de actores “clave” en la localidad (institucionales o comunitarios), es necesario socializarles los datos sobre la situación en que se encuentra la población (de salud, nutrición, educación, condiciones socioeconómicas y de infraestructura, entre otros), para propiciar el análisis conjunto y propuestas de abordaje a los problemas que se identifiquen como prioritarios para la población, en el corto, mediano y largo plazo. También es importante contar con datos poblacionales, clasificando grupos por sexo, edad, edad fértil, número de embarazadas, sus fechas probables de parto, lugar y quién atenderá el parto y el post parto, entre otros. <sup>(17)</sup>

**Es importante tomar en cuenta que algunas de las acciones de intervención pueden ser:**

Detección y notificación de las niñas adolescentes menores de 14 años embarazadas:

- Sobre la base de la ficha clínica, abrir expediente social elaborando: ficha social, estudio socio económico. Aquí determinar si procede o no el seguimiento social (involucramiento de la familia y entorno social, identificando sus factores protectores y de riesgo). Consensuar si ese corresponderá a salud o a la instancia legal.
- A requerimiento de Juez, elaborar informe social, sobre la base del estudio socio económico
- Completar hoja de referencia social para otras instituciones y referir (Ministerio Público, Policía Nacional Civil.)
- Ofertar otros servicios de salud a nivel de consejería, orientación y otros de salud
- Promover la utilización de otros servicios de apoyo comunitario (educación, recreación, deporte, moral y otros que contribuyan a su protección y superación)
- Se debe habilitar un libro de registro de estos casos, en el cual se ubique el espacio para anotar el No. de expediente que asigne el Ministerio Público. Este libro debe habilitarse en los servicios con atención de embarazos y parto porque no se sabe el momento de su detección. <sup>(17)</sup>

Es importante tomar en cuenta que para aplicar la ruta. (Algunas instancias lo reportan periódicamente, otras estando la niña o adolescente en el servicio, la atienden como se hace regularmente, dando tiempo a que llegue personal del MP.

Se han encontrado en que el MP si ha dado el No. de expediente, PGN lo ha ofrecido, pero no lo ha proporcionado. Y también lo reportan en un formato que el vice ministerio de hospitales solicita semanalmente

Atención integral y diferenciada en salud, a niñas y adolescentes menores de 14 años, embarazadas.

- Ofertar servicios de promoción y prevención oportunos, en ambientes adecuados de acuerdo con su edad y contexto social, económico y cultural entre otros. <sup>(17)</sup>

### **Protección Integral a través de los servicios amigables**

- Espacios amigables para adolescentes
- Clínicas para adolescentes
- Escuelas para la paternidad y maternidad responsable
- Y participación en otros eventos dirigidos a la promoción y prevención, a favor de la salud reproductiva

### **Prevención y promoción de la salud con énfasis en niñas y adolescentes menores de 14 años embarazadas:**

Desarrollar temas y ofertar servicios de promoción y prevención de la salud; atención a su salud sexual y reproductiva, cuidado y auto cuidado durante el embarazo, parto y post parto (4 demoras que inciden en la mortalidad materna y neonatal); planes de emergencia familiar y comunitario; planificación familiar; paternidad y maternidad responsable; importancia de la promoción y práctica de nuevas masculinidades, prevención/atención de embarazos, principalmente los de alto riesgo – casos de niñas y adolescentes; prevención del cáncer cérvico uterino y de mama; prevención de la violencia intra familiar y contra la mujer; salud mental - auto estima y valores; factores protectores y de riesgo; cuidado y crianza; nutrición de la madre y del niño, esquema de vacunación e importancia de las inmunizaciones, atención odontológica; y otros que se consideren, según diagnóstico médico - social.<sup>(17)</sup>

## **ASISTENCIA TÉCNICA EN EL ABORDAJE SOCIAL A NIÑAS Y ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

### **Nivel Central**

Integrar equipos y comisiones: con participación de instituciones responsables de la implementación de la Ruta de Abordaje para la Atención Integral de Niñas y adolescentes menores de 14 años, embarazadas y/o madres: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Ministerio de Educación; Ministerio de Desarrollo Social,



Procuraduría General de la Nación, Ministerio Público, Ministerio de Gobernación y otras que se identifiquen; coordinadas por la Secretaria Contra la Violencia – Explotación y Trata de Personas. <sup>(17)</sup>

Lo importante en esta instancia es unificar criterios para aplicar la ruta. (Algunas instancias lo reportan periódicamente, otras estando la niña o adolescente en el servicio, la atienden como se hace regularmente, dando tiempo a que llegue personal del MP. Se han encontrado en que el MP si ha dado el No. de expediente, PGN lo ha ofrecido, pero no lo ha proporcionado.

Asistencia técnica en el caso del MSPAS a los Hospitales, Direcciones de Áreas de Salud, idealmente también a otros servicios del segundo nivel de atención, involucrados (socializando: ruta de abordaje integral y lineamientos técnicos).

Monitoreo y Evaluación.

Tomar en cuenta el contexto socioeconómico, cultural y político del país, se revisa y analiza la sala situacional de salud, nutrición, mortalidad materna y neonatal, y otros. <sup>(17)</sup>

### **Nivel Hospitalario y de Direcciones de Áreas de Salud**

- Convocar a Comités de Promoción y Educación en Salud de Hospitales y Direcciones de Áreas de Salud, para Análisis de Situación de Salud (ASIS) local
- Integrar equipos y comisiones: (Equipos de Salud Reproductiva y Comités de Promoción, de las Áreas de Salud), en coordinación con otras instituciones que integran la Red de Paternidad y Maternidad Responsable y otras identificadas.
- Asistencia técnica para implementar ruta de abordaje integral y lineamientos.
- Llevar su proceso de monitoreo y evaluación en la implementación de los procesos en sus niveles de intervención.
- Tomar en cuenta el contexto socioeconómico, cultural y político de su área de influencia, revisando y analizando la sala situacional de salud. <sup>(17)</sup>

### **Nivel Municipal o de Distrito**

- A partir de los Comités de Promoción de Salud, involucrar a la red de Paternidad y Maternidad Responsable, para la participación multisectorial.
- Presentación de Análisis de Situación de Salud local.
- Asistencia técnica para implementar ruta de abordaje integral y lineamientos.
- Monitoreo y evaluación.
- Implementación de Escuelas para la Paternidad y Maternidad Responsable.
- Implementar los espacios amigables.
- Es importante tomar en cuenta el contexto socio económico y cultural de su área de influencia, revisando y analizando la sala situacional de salud, nutrición, mortalidad materna y neonatal, entre otros. <sup>(17)</sup>

## **Nivel Comunitario**

- Activar y/o fortalecer la organización comunitaria
- Elaborar y analizar la situación de salud en la comunidad
- Análisis y búsqueda de soluciones
- Elaborar y poner en práctica los planes de emergencia familiar y comunitarios
- Monitoreo y evaluación de resultados
- Implementación de Escuelas para la Paternidad y Maternidad Responsable.
- Implementar los espacios amigables <sup>(17)</sup>

## **Nivel familiar**

- Elaborar y analizar la situación familiar y de salud
- Participación en las Escuelas para la Paternidad y Maternidad Responsable
- Apoyar la participación de niñas y adolescentes en espacios amigables
- Análisis y búsqueda de soluciones
- Identificación de signos y señales de peligro en niñas y adolescentes embarazadas y/o madres
- Identificar factores protectores y de riesgo en la niñez y adolescencia
- Orientación y capacitación para el empoderamiento de los planes de emergencia familiares y comunitarios.
- Toma de decisiones adecuadas y oportunas. <sup>(17)</sup>

**ANEXO II**

**Instrumento de recolección de datos  
Complicaciones obstétricas y efectos psicosociales y económicos del  
embarazo en adolescentes.**

**Primera Sección:**

No. \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ No. de Registro clínico: \_\_\_\_\_

1. Edad: \_\_\_\_\_ años

**2. Procedencia**

Comunidad: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

**3. Escolaridad**

Analfabeta  Grado de escolaridad: \_\_\_\_\_

**Segunda Sección:**

**Complicaciones Obstétricas**

Edad gestacional: \_\_\_\_\_ Sexo del neonato: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

**Primer Trimestre (1-14 semanas de edad gestacional)**

Emésis e Hiperemésis  Amenaza de aborto

Aborto espontáneo  Embarazo Ectópico

Muerte materna  Aborto provocado

**Segundo Trimestre (15-28 semanas de edad gestacional)**

Anemia  Infección del tracto urinario

Amenaza de aborto  Hipertensión gravídica

Hematoma retro placentario  Desprendimiento placentario

Placenta previa  Muerte materna

Otras  Cual \_\_\_\_\_

**Tercer Trimestre (29-42 semanas de edad gestacional)**

Preeclampsia-eclampsia  Ruptura prematura de membranas

Retardo del crecimiento intrauterino  Diabetes Gestacional

Parto prematuro  Desprendimiento placentario

Acretismo placentario  Muerte materna

Mortalidad del neonato

Otras  Cuál \_\_\_\_\_

**Instrumento de recolección de datos**  
**Complicaciones obstétricas y efectos psicosociales y económicos del**  
**embarazo en adolescentes.**

**Primera Sección:**

No. \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ No. de Registro clínico: \_\_\_\_\_

**1. Procedencia**

Comunidad: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

**2. Edad:** \_\_\_\_\_ años *Edad en la que quedó embarazada la 1ra. Vez* \_\_\_\_\_ años

**3. No. De hijos:** \_\_\_\_\_ *Edades:* \_\_\_\_\_

**3.1. Estudia:** si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

**4.- Religión:** evangélica \_\_\_\_\_ católica \_\_\_\_\_ ninguna \_\_\_\_\_ otra \_\_\_\_\_

**5.- Idioma materno** \_\_\_\_\_

**6. Escolaridad**

analfabeta \_\_\_\_\_ último grado aprobado \_\_\_\_\_

**7. Trabaja Actualmente:** si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ *Trabajo u ocupación:* \_\_\_\_\_

**8. Estado civil:** soltera \_\_\_\_\_ separada: \_\_\_\_\_ unida: \_\_\_\_\_ casada: \_\_\_\_\_  
divorciada: \_\_\_\_\_ viuda \_\_\_\_\_

**8.1 Edad de la pareja:** \_\_\_\_\_

**9. Escolaridad de la Pareja**

analfabeta \_\_\_\_\_ último grado aprobado \_\_\_\_\_

**10. Trabaja Actualmente:** si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ *Trabajo u ocupación:* \_\_\_\_\_

**11. Tipo de vivienda**

*Alquilan:* si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ *propia:* si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

*viven con familiares* si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

*Si la respuesta es positiva indicar con quienes:* \_\_\_\_\_

*Techo* \_\_\_\_\_ *paredes* \_\_\_\_\_ *piso* \_\_\_\_\_

**Preguntas abiertas:**

1. Antes de tu (primer) embarazo, cuales eran tus sueños, cómo imaginabas que sería tu vida.
2. Cómo te diste cuenta de que estabas embarazada
3. ¿Cuál fue tu sentimiento y el de tu pareja?
4. ¿Cuál fue la reacción de tus padres?
5. ¿Cuál fue la reacción de los padres de tu pareja?
6. Previo al embarazo, ¿utilizabas algún método anticonceptivo?  
no \_\_\_\_ si \_\_\_\_ Cuál \_\_\_\_\_
7. ¿Actualmente usas alguno?  
no \_\_\_\_ si \_\_\_\_ Cuál \_\_\_\_\_
8. ¿Hablabas con tus padres u otros adultos sobre este tema? \_\_\_\_ Te hubiera gustado recibir más información, por parte de quiénes
9. ¿Tuviste algún acompañamiento psicológico en ese momento? Si la respuesta es sí, ¿Cómo fue esa experiencia?, si la respuesta es no ¿Te hubiera gustado tenerla, por qué?
10. ¿Cómo ha cambiado tu vida?
11. ¿Cómo te sientes ahora?
12. ¿Cuáles son las principales dificultades de ser madre a esta edad?
13. ¿Cómo se sostienen económicamente? / Aproximadamente ¿Cuánto es el ingreso que tienen como familia?
14. ¿Qué tipos de gastos deben realizar en el hogar?
15. ¿Crees que los ingresos son suficientes, por qué?

16. Ahora que eres mamá ¿Cuáles son tus sueños?

17. ¿Qué les dirías a otras adolescentes sobre este tema?

## ANEXO III

### Consentimiento informado

#### “COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y EFECTOS PSICOSOCIALES Y ECONÓMICOS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES”

Mi nombre es María Mercedes Chocano Celis soy estudiante de sexto año de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias de la salud de la Universidad Rafael Landívar. Estoy investigando sobre las complicaciones obstétricas y efectos psicosociales y económicos luego del parto en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt. Le daré información y la invitaré a participar en mi estudio.

El propósito de la siguiente investigación es identificar las complicaciones obstétricas más frecuentes y los efectos psicosociales y económicos a los cuales se enfrentan luego del parto, las mujeres adolescentes, para conocer cuáles son las causas y consecuencias, esperando que esta información pueda servir para educar a otras adolescentes y si es posible aclarar algunas dudas sobre el tema, que ustedes puedan tener.

Dado que usted fue atendida en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt usted ha sido seleccionada para este estudio, por lo cual esperamos contar con su valiosa información.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar como si no, continuarán todos los servicios que reciba en esta institución y nada variará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

El procedimiento que se llevará a cabo con su persona es el siguiente:

1. Se le harán una variedad de preguntas sobre su experiencia durante el embarazo y el entorno en el que actualmente se encuentra. Para fines prácticos, se espera grabar (voz), su entrevista, aclarando que su nombre será totalmente confidencial y este no aparecerá en la investigación final.
2. Al final de la entrevista se le proporcionará un recuerdo en agradecimiento por su colaboración.

#### Riesgos y Molestias

No se considera que esta investigación presente algún tipo de riesgo, pero si en algún momento considera que la entrevista puede incomodarle o que la entrevistadora no ha realizado un trabajo ético, puede informarle a: la Universidad Rafael Landívar (facultad ciencias de la salud).

#### Beneficios

No existen beneficios directos sobre este estudio, sin embargo, si habrá beneficios para su comunidad, principalmente para la población adolescente, pues se espera

que esta información pueda ser de utilidad para futuros programas y proyectos del Hospital.

### Preguntas

Antes de dar su consentimiento a participar, por favor haga todas las preguntas que tenga acerca de lo que se le ha informado, sin ninguna pena y piense bien antes de decidir participar.

He sido invitada a participar en la investigación “COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y EFECTOS PSICOSOCIALES Y ECONÓMICOS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES”. Entiendo que se me entrevistará y se tomarán datos de mi persona y del entorno que me rodea. Se me ha proporcionado el nombre y dirección de un investigador que puede ser fácilmente contactado. He comprendido la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y contestado las preguntas que me han realizado. Consciente voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

\_\_\_\_\_  
Nombre del participante

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

Fecha \_\_\_\_\_

Si es analfabeta debe firmar un testigo que sepa leer y escribir (si es posible, esta persona debiera ser seleccionada por el participante y no debiera tener relación con el equipo de investigación). Las participantes analfabetas debieran incluir también su huella dactilar.

**He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que la persona ha dado consentimiento libremente.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo

\_\_\_\_\_  
huella dactilar del participante

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el 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 \_\_\_\_\_

**Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de consentimiento informado.**

**Consideraciones finales:**

Este estudio se limitará a la revisión de registros clínicos y de una entrevista semiestructurada, se respetará la privacidad y confidencialidad de los datos anotados en los registros clínicos y de los datos brindados por las adolescentes. Por lo que puede considerarse como categoría I (sin riesgo).

## ANEXO IV

### APORTE DE LA TESIS AL “HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT”

#### Trifoliar Maternidad Adolescente

### ALIMENTACIÓN ADECUADA DURANTE TU EMBARAZO

Tu alimentación es fundamental para ti y tu bebé, si por alguna razón no cuentas con muchos recursos, puedes consultar cuáles son los alimentos básicos que debes ingerir además del ácido fólico, recuerda que estos nueve meses son muy importantes para el desarrollo pleno y seguro de tu bebé.

Algunos consejos para tu alimentación son:

- Debes comer al menos cinco veces al día.
- Comer muchas frutas y verduras. Tomar por lo menos 8 vasos de agua potable al día, puedes hervirla si fuera necesario.
- Evita la comida que no te aporta nutrientes: la comida chatarra no te beneficia a ti y por lo tanto tampoco a tu bebé.
- Tu peso, debe ser acorde a tu edad, tu estatura y el desarrollo de tu embarazo.

El embarazo en la adolescencia requiere de algunos cuidados especiales, a tu edad, puede que presentes muchas dudas sobre cómo tener un embarazo saludable.

Estos cuidados son útiles para ti como mujer y para tu bebé. Aunque te sientas muy bien, es indispensable que acudas a todos tus chequeos.

Estas recomendaciones NO sustituyen tus visitas al centro de salud, pero SI te ayudarán a conocer mejor tu cuerpo; manteniéndote sana también garantizas la salud de tu bebé.

### MATERNIDAD ADOLESCENTES

¿Cómo cuidar tu embarazo?



#### Trifoliar Vida sexual saludable para una adolescente como tú

### CONSECUENCIAS DE UN EMBARAZO A TEMPRANA EDAD

Un embarazo puede poner en riesgo tu vida.

Dejar en pausa tus estudios y sueños que tienes en mente.

El ser muy pequeña, tu cuerpo no está bien desarrollado por lo que puede ocasionar una muerte en ti.

Al quedar en embarazo puedes presentar diferentes complicaciones las cuales te pueden ocasionar:

**ANEMIA** **MUERTE FETAL** **PARTO PREMATURO**

Tú decides cuando y con quién iniciar tu vida sexual. Antes de iniciarla es importante conocer:

- ¿Cómo funciona tu cuerpo?
- ¿Cuáles son las razones por las cuales quieres iniciar una vida sexual?
- Conoce tus derechos sexuales y reproductivos.
- Los riesgos de contraer una infección de transmisión sexual o VIH.
- ¿Cómo puedes protegerte a ti y a tu pareja para prevenir una ITS, VIH o un embarazo no deseado.

### VIDA SEXUAL SALUDABLE PARA UNA ADOLESCENTE COMO TÚ

