

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

**“PERCEPCIÓN DEL EMBARAZO PRECOZ DESDE LA PERSPECTIVA  
DEL ESTUDIANTE MASCULINO DEL CICLO BÁSICO”**

**Estudio descriptivo transversal realizado en los institutos nacionales  
de educación básica telesecundaria: Granjas Gerona y Santa Inés  
del municipio de San Miguel Petapa, Guatemala**

**marzo-abril 2016**

**Tesis**

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

**Lila Gabriela Ixtacuy Herrera  
Mariela del Rosario Dubón Vásquez  
Marcia Naara Hernández Chávez  
Karen Ivon Rubio Estrada**

**Médico y Cirujano**

**Guatemala, junio de 2016**

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

Las estudiantes:

Lila Gabriela Ixtacuy Herrera	200710138
Mariela del Rosario Dubón Vásquez	200910417
Marcia Naara Hernández Chávez	200910664
Karen Ivon Rubio Estrada	200917850

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

**"PERCEPCIÓN DEL EMBARAZO PRECOZ DESDE LA PERSPECTIVA DEL ESTUDIANTE MASCULINO DEL CICLO BÁSICO"**

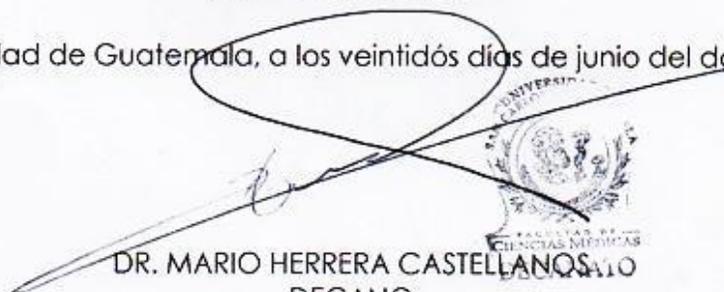
Estudio descriptivo transversal realizado en los institutos nacionales de educación básica telesecundaria: Granjas Gerona y Santa Inés del municipio de San Miguel Petapa, Guatemala

marzo-abril 2016

Trabajo asesorado por el Dr. Paul Antulio Chinchilla Santos y revisado por el Dr. Antonio Petzey Reanda, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

**ORDEN DE IMPRESIÓN**

En la Ciudad de Guatemala, a los veintidós días de junio del dos mil dieciséis

  
  
DR. MARIO HERRERA CASTELLANOS  
DECANO

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

Lila Gabriela Ixtacuy Herrera	200710138
Mariela del Rosario Dubón Vásquez	200910417
Marcia Naara Hernández Chávez	200910664
Karen Ivon Rubio Estrada	200917850

Presentaron el trabajo de graduación titulado:

**"PERCEPCIÓN DEL EMBARAZO PRECOZ DESDE LA PERSPECTIVA DEL ESTUDIANTE MASCULINO DEL CICLO BÁSICO"**

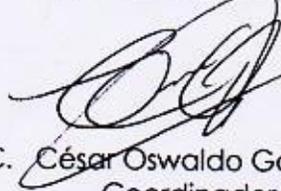
Estudio descriptivo transversal realizado en los institutos nacionales de educación básica telesecundaria: Granjas Gerona y Santa Inés del municipio de San Miguel Petapa, Guatemala

marzo-abril 2016

El cual ha sido revisado por la Dra. Ana Liss Perdomo Mendizabal y, al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Coordinación, se les autoriza continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala el veintidós de junio del dos mil dieciséis.

**César O. García G.**  
Doctor en Salud Pública  
Colegiado 5.950

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Dr. C. César Oswaldo García García  
Coordinador



**USAC**  
TRICENTENARIA  
Universidad de San Carlos de Guatemala

Facultad de Ciencias Médicas  
Coordinación de Trabajos de Graduación  
COORDINADOR

Guatemala, 22 de junio del 2016

Doctor  
César Oswaldo García García  
Coordinación de Trabajos de Graduación  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Presente

Dr. García:

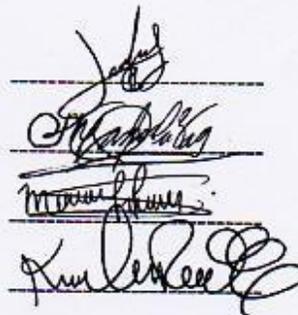
Le informo que nosotras:

Lila Gabriela Ixtacuy Herrera

Mariela del Rosario Dubón Vásquez

Marcia Naara Hernández Chávez

Karen Ivon Rubio Estrada



Presentamos el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

**"PERCEPCIÓN DEL EMBARAZO PRECOZ DESDE LA PERSPECTIVA  
DEL ESTUDIANTE MASCULINO DEL CICLO BÁSICO"**

Estudio descriptivo transversal realizado en los institutos nacionales  
de educación básica telesecundaria: Granjas Gerona y Santa Inés  
del municipio de San Miguel Petapa, Guatemala

marzo-abril 2016

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

**Paul Antulio Chinchilla Santos**  
MEDICO Y CIRUJANO  
Colegiado 3154

Asesor  
Dr. Paul Antulio Chinchilla Santos  
Firma y sello

Dr. Antonio Pezey R.  
MEDICO Y CIRUJANO  
Colegiado No. 6581  
Revisor

Dr. Antonio Pezey Reanda  
Firma, sello y Reg. de personal

20060661

## DEDICATORIA

**A DIOS:** por darme la oportunidad de vivir, la salud para lograr mis objetivos, guiándome por el buen camino y por iluminarme y darme la vida e inteligencia para poder culminar este éxito.

**A MIS PADRES:** Elvia Judith Herrera González por ser el regalo más grande que Dios me dio, por sus consejos, paciencia, amor, ternura y sabia forma de resolver las adversidades, eres mi modelo de mujer a seguir. Dr. Jacobo Alberto Ixtacuy Chamalé, por confiar, creer en mí y en mis expectativas, por su esfuerzo y apoyo incondicional. Sin ustedes esto no sería posible, por lo que este logro no solo es mío, es nuestro.

**A MIS HERMANOS:** Cecilia Judith (titi) y Alberto por su amor sincero, por compartir sus vidas conmigo, apoyo y ayuda incondicional para poder llegar a este sueño, los quiero con todo mi corazón.

**A MIS ABUELOS:** Alberto Ixtacuy Quemé, José Pablo Herrera, Margarita González quienes han partido para convertirse en ángeles y estar a mi lado apoyándome en este sueño. Flores sobre su tumba y que Dios los tenga en la Gloria.

**A MI ABUELA:** Everilda Chamalé (Mama Lila) Gracias por su cariño, comprensión, apoyo y paciencia.

**A MI FAMILIA:** tíos, tías, primos, primas, por brindarme todo su amor, apoyo y por sus consejos. Algunos tíos desde el cielo cuidan de mí, tía-madrina Olga Marina Ixtacuy Chamalé y Otto Walter Gudiel Godoy. Flores sobre su tumba y que Dios los tenga en la Gloria.

**A LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS:** Por ser el centro de enseñanza que inculcó en mí la responsabilidad, el trabajo y la dedicación. Por ser mi segundo hogar y por haberme permitido pasar dentro de sus aulas viviendo buenos y difíciles momentos que la carrera conlleva y por crear en mí el amor a mi carrera.

**A MIS COMPAÑEROS:** Por todo ese tiempo compartido durante toda la carrera. A quienes les deseo todo el éxito del mundo. ¡Lo logramos!

**LILA GABRIELA IXTACUY HERRERA**

A DIOS Y A LA VIRGEN MARÍA: Por iluminarme y brindarme sabiduría en cada etapa de mi vida.

AGRADECIMIENTO INFINITO A MIS PADRES: Mario Estuardo Dubón Gómez y María Estela Vásquez Alfaro, por ser mi ejemplo de vida y apoyo incondicional.

A MI HERMANO: Estuardo David, por su cariño y solidaridad en todo momento.

A MIS FAMILIARES: Por su cariño y comprensión.

A MI NOVIO: Estuardo Aguilar, por brindarme su apoyo, admiración y cariño.

A MIS COMPAÑERAS Y AMIGAS: Lila, Karen y Marcia, deseándoles éxitos en su vida profesional.

A MIS CENTROS DE ESTUDIO: Agradecimiento eterno por la formación integral durante mi vida académica.

**MARIELA DEL ROSARIO DUBÓN VÁSQUEZ.**

## **DEDICATORIA**

### **A Dios**

Por brindarme sabiduría en el transcurso de mis estudios, por darme las fuerzas necesarias para lograr mis objetivos, permitiéndome llegar a realizarme profesionalmente.

### **A mis padres**

Francisca Chávez y Baudilio Hernández por darme la vida, quienes me apoyaron todo el tiempo, pues a ellos debo lograr concluir esta meta, Por su amor.

### **Agradecimiento especial**

A la familia Bay Hernández por su apoyo incondicional, tanto económico como emocional, por formar parte importante de vida y mis logros, que Dios los bendiga.

### **A mis hermanos**

Brenda Hernández, Nitcia Hernández, Wilson Hernández, Avi Hernández, Iris Hernández, Luis Fuentes quienes me apoyaron y alentaron para continuar, cuando parecía que me iba a rendir, por su cariño y amor, porque cada uno fue un ejemplo en mi formación.

### **A mis sobrinos**

Saily Bay, Albin Bay, Matias Fuente, Santiago Hernández, Isabella Hernández por ser la alegría de la familia y la luz del hogar, espero poder ser ejemplo para sus estudios.

### **A mis amigos**

Karen, Claudia, Bianca, Mariela, Lila, con quienes he compartido parte de esta formación académica, momentos especiales, por su apoyo y consejos. Por formar parte de mi vida y brindarme su amistad sincera. A Alejandra, Jessica, Kimberly, Rocio, Raul, Chistian porque a pesar de la distancia nuestra amistad es valiosa. Los quiero mucho.

### **A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

Por ser mi segunda casa, por abrirme las puertas del conocimiento y permitirme formarme como profesional.

**Marcia Naara Hernández Chávez**

## Dedicatoria

Jeremías 29:11

“Porque yo sé los planes que tengo para vosotros” (...) “planes de bienestar y no de calamidad, para daros un futuro y una esperanza.

### **A DIOS**

A quien agradezco infinitamente por darme la oportunidad de llegar a este glorioso momento en donde se cumplen mis sueños, los sueños de mi familia y los propósitos de El en mi vida, gracias por todo lo que me ha dado, por la salud, la paciencia, la perseverancia y el apoyo de mis padres y hermanos.

### **A MIS PAPAS**

Karla Estrada y Alfredo Rubio. Gracias por ser el apoyo incondicional, el amor y las enseñanzas que llevaré siempre en mi memoria. Gracias por ser mi ejemplo. Los quiero mucho.

### **A MI MAMA**

Karla Estrada, porque siempre me has mostrado lo que es trabajar duro y salir adelante, porque nunca has sido una mujer débil ni te has dejado caer aun cuando las circunstancias no han sido favorables muchas veces, gracias porque, aunque aun trabajando todos los días, todo el día, has tenido tiempo para tus 4 hijos, has llegado a preparar muchas veces la cena y nos has acompañado en todos los momentos importantes. Sos una mujer excelente y de admirar. Gracias porque bien sabes que este logro es por y para vos mamita linda. Te quiero mucho.

### **A MIS HERMANOS**

Jacky, Raquel y Pablo, por estar allí para escuchar mis anécdotas, mis problemas, y sobre todo mis indecisiones. Gracias por la paciencia, por las comidas y las pláticas que hemos compartido y principalmente por el amor que sé que me tienen. Espero no defraudarlos porque son mi motivación de ser una mejor persona. Los quiero mucho.

### **A MI ABUELITO**

Alfredo Rubio, gracias por tu cariño y por siempre preocuparte por nosotros. Te quiero mucho.

### **A MI FAMILIA**

Tíos, tías, primos y primas, por su cariño y su apoyo que de una u otra manera han demostrado a mi vida.

### **A MIS AMIGAS Y AMIGOS**

Connie, Marcia, Mariela, Lila, Claudia, Bianca, Juanfer, y demás amigos. Muchas gracias porque han sido mis confidentes, mis aliados en muchas situaciones, porque hemos compartido alegrías, dolor, tristeza y muchas emociones más que estoy segura en este momento a cada uno se nos vienen a la mente, gracias por los consejos y las palabras de cariño y de regaños entre nosotros. A

mis compañeras y amigas de tesis gracias que, con el esfuerzo, paciencia, tolerancia y trabajo de cada una, vemos hoy cumplir una meta. Los quiero mucho a todos y a todas.

#### **A LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

Por ser mi Alma Matter, y permitir mi formación como profesional. Por los conocimientos enseñados y ser un instrumento vital en este proceso.

Al mismo tiempo quiero agradecer a los docentes, residentes y hospitales Roosevelt y Hermano Pedro de Betancourt por las experiencias, conocimientos, regaño, recordatorios, alegrías y llantos que viví en todo este proceso que me han ayudado como persona y por supuesto inspirado a ser la profesional que deseo y espero ser.

Por último, a todos aquellos que se pueden dar por aludidos que también sin ellos este logro no hubiera sido posible, gracias por los consejos, la ayuda económica, el apoyo, amistad y cariño a mi persona. Gracias por la ayuda que vino cuando más la necesite.

Muchas bendiciones y muchas gracias.

**KAREN IVON RUBIO ESTRADA**

***De la responsabilidad del trabajo de graduación:***

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar la aceptación del embarazo precoz desde la perspectiva del estudiante masculino del ciclo básico comprendido entre las edades de 12 a 18 años en los Institutos Nacionales de Educación Básica, Telesecundaria Granjas Gerona y Telesecundaria Santa Inés, en el Municipio de San Miguel Petapa del departamento de Guatemala durante el período de marzo a abril de 2016. **POBLACIÓN Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo cuantitativo en una población de 155 estudiantes masculinos y aplicación de cuestionario. **RESULTADOS:** Dentro del cuestionario en relación a la actitud, se evidenció que el 62% estudiantes no aceptaron el embarazo precoz ni la paternidad. Con respecto a la información de métodos anticonceptivos y riesgos del embarazo precoz, el resultado fue adecuado, pues 79% estudiantes afirmaron conocer los métodos anticonceptivos, y 95% los riesgos; el método más conocido fue: condón masculino 92%. La mayoría de información sobre educación sexual fue obtenida por medio de maestros 74%, el riesgo más frecuente fue muerte materna 62%. Se observó que 79% estudiantes no se consideran capaces de asumir el rol de paternidad ante un embarazo precoz antes de llegar a los 20 años de edad y 21% sí. **CONCLUSIONES:** La actitud que presentan los estudiantes adolescentes ante un embarazo precoz, es la no aceptación y consideran que a la edad mayor de 20 años poseen la capacidad de asumir el rol de paternidad. La información que poseen los estudiantes sobre métodos anticonceptivos y riesgos es brindada mayormente por los maestros.

**PALABRAS CLAVE:** Adolescencia, actitud, embarazo precoz, paternidad responsable.



## ÍNDICE

<b>1. Introducción</b>	1
<b>2. Objetivos</b>	5
2.1 Objetivo general	5
2.2 Objetivos específicos	5
<b>3. Marco Teórico</b>	7
3.1 Contextualización del municipio	7
3.1.1 San Miguel Petapa	7
3.2 Adolescencia	7
3.3 Salud y educación sexual	8
3.3.1 Salud sexual	8
3.3.2 Educación sexual	8
3.4 Embarazo en adolescentes	9
3.4.1 Edades más frecuentes de embarazos en Guatemala y Centroamérica	11
3.4.2 Riesgos del embarazo	15
3.5 Rol de paternidad	18
3.6 Actitudes de los jóvenes hacia el embarazo	19
3.7 Métodos Anticonceptivos	21
3.7.1 Anticoncepción	21
3.7.2 Anticonceptivos hormonales	22
3.7.3 Métodos anticonceptivos mecánicos	24
3.7.4 Dispositivos de barrera	25
3.7.5 Métodos basados en la ovulación	26
3.8 Anticoncepción en la adolescencia	27
<b>4. Población y métodos</b>	31
4.1 Tipo de diseño de investigación	31
4.2 Unidades de análisis	31
4.2.1 Unidad primaria de muestreo	31

4.2.2	Unidad de análisis	31
4.2.3	Unidad de información	31
4.3	Población y muestra	31
4.3.1	Población o universo	31
4.3.2	Marco muestral	31
4.3.3	Muestra	32
4.4	Selección del sujeto de estudio	32
4.4.1	Criterios de inclusión	32
4.4.2	Criterios de exclusión	32
4.5	Definición y medición de variables	33
4.6	Técnicas, procesos e instrumentos a utilizarse en la recolección de datos	34
4.6.1	Técnicas de recolección de datos	34
4.6.2	Procesos	34
4.6.3	Instrumentos de medición	36
4.7	Procesamiento y análisis de datos	37
4.7.1	Procesamiento	37
4.7.2	Análisis	38
4.8	Alcances y límites de investigación	38
4.8.1	Obstáculos (riesgos y dificultades)	38
4.8.2	Alcance	39
4.9	Aspectos éticos de la investigación	39
4.9.1	Categorías de riesgo	39
<b>5.</b>	<b>Resultados</b>	<b>41</b>
<b>6.</b>	<b>Discusión</b>	<b>47</b>
<b>7.</b>	<b>Conclusiones</b>	<b>51</b>
<b>8.</b>	<b>Recomendaciones</b>	<b>53</b>
<b>9.</b>	<b>Aportes</b>	<b>55</b>
<b>10.</b>	<b>Referencias Bibliográficas</b>	<b>57</b>
<b>11.</b>	<b>Anexos</b>	<b>63</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

El embarazo precoz es definido como la gestación en mujeres, cuyo rango de edad es considerado de diez a diecinueve años, independiente de su edad ginecológica. El embarazo constituye un factor muy importante biopsicosocial, y en la adolescencia se relaciona a situaciones que logran representar un problema de salud significativo.<sup>1</sup>

Los adolescentes conforman un grupo poblacional muy importante, simbolizando el 20% en América Latina y el Caribe. En Guatemala dicho grupo figura el 22.5% sobre el total de la población (16,672,000) y el 22% de nacimientos es representado sobre el total de nacimientos registrados en el año 2012. Según los datos estadísticos vitales del Instituto Nacional de Estadística, ocurrieron 3,006 partos en niñas menores de catorce años y 81,288 en adolescentes de quince a diecinueve años, dicha tendencia ascendente se ha mantenido en los últimos años. Según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Sistema de Información General de Salud (SIGSA) de enero a agosto de 2015, el departamento de Guatemala reportó un total de 400 embarazos entre las edades de diez a catorce años y 8,076 entre quince y diecinueve años. Las edades reportadas con mayor prevalencia fueron catorce años con el 78% y diecinueve años con 27%.<sup>2, 3, 4, 5.</sup>

Guatemala se ocupa en la tercera tasa más alta de fecundidad en la adolescencia dentro de Centro América evidenciando 114 nacimientos por cada mil mujeres de quince a diecinueve años de edad por año; por lo que el Ministerio de Educación ha incluido dentro del Curriculum Nacional Base la sexualidad abarcando maternidad y paternidad responsable.<sup>6, 7, 8</sup>

La paternidad se visualiza como un período de transición entre la niñez y el grado de responsabilidad, así mismo la atribución de la categoría social del adulto, la adolescencia es multifactorial y necesita ser comprendida dentro del ámbito familiar y sociocultural como parte del conjunto que determina el estilo de vida. Según la Encuesta Nacional de la Juventud Venezolana (ENJUVE) 1993, los varones presentan experiencias sexuales a más temprana edad que sus parejas femeninas; ya que reporta más del 35% de los

jóvenes varones la obtuvo antes de los 15 años y dentro de los mismos, el 38% han agregado a su condición juvenil la paternidad. El 22% de los varones menores de diecinueve años tuvieron su primer hijo antes de cumplir diecinueve años a pesar de asumir que las relaciones sexo genitales con personas menores de catorce años es considerado un delito por la Ley contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas.<sup>9,10</sup>

El rechazo y la aceptación de los adolescentes hacia el embarazo precoz dependen de la comprensión adquirida acerca de las relaciones sexuales a temprana edad y el empleo de métodos anticonceptivos. En una encuesta Nacional sobre Salud en América Latina, se evidenció que los países con mayor dominio en métodos anticonceptivos fueron; Brasil, Colombia, México y Trinidad y Tobago, el país con menos conocimiento fue Guatemala.<sup>11,12</sup>

No existen estudios en Guatemala que demuestren información sobre la afirmación del compromiso de paternidad y sus actitudes hacia un embarazo precoz en situaciones enfocadas a describir los aspectos propios de la vida del adolescente masculino y los factores sociales que presenta ante dicha obligación. Únicamente la disponibilidad de servicios de salud que atiendan las demandas en la temática de salud reproductiva y anticoncepción de las jóvenes afecta tanto las tasas como las modalidades de embarazo y fecundidad de esta población.<sup>5</sup>

Sólo para el departamento de Guatemala en el año 2015 se reportaron 8476 embarazos en mujeres de 10 a 19 años, siendo el área rural más propensa a embarazos en adolescentes, por lo que los Institutos Nacionales de Telesecundaria Granjas Gerona y Santa Inés se encuentran en riesgo por el área en que se encuentran localizadas. Se realizó un estudio descriptivo cuantitativo en el cual se empleó un cuestionario que abarca las siguientes variables: aceptación, actitud, información de prevención y riesgos de embarazo precoz, rol de paternidad y edad aceptada. Con el objetivo de determinar la aceptación del embarazo precoz desde la perspectiva del estudiante masculino del ciclo básico en las edades de doce a dieciocho años durante los meses de marzo a abril del

2016. Se trabajó con una población de 155 estudiantes los cuales pertenecían a los grados académicos de primero, segundo y tercero básico.<sup>6</sup>



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la aceptación del embarazo precoz desde la perspectiva del estudiante masculino del ciclo básico comprendido entre las edades de 12 a 18 años en los Institutos Nacionales de Educación Básica, Telesecundaria Granjas Gerona y Telesecundaria Santa Inés, en el Municipio de San Miguel Petapa del Departamento de Guatemala durante el mes de marzo a abril de 2016.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 2.2.1 Determinar las actitudes que tienen los adolescentes masculinos ante un embarazo precoz y la paternidad.
- 2.2.2 Conocer la información que tienen los adolescentes masculinos sobre los diferentes métodos anticonceptivos y los riesgos de un embarazo precoz.
- 2.2.3 Identificar el rol de paternidad de los estudiantes ante un embarazo precoz.
- 2.2.4 Evidenciar el rango de edad más aceptado por los adolescentes masculinos en relación al rol de paternidad.



### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1 Contextualización del municipio**

##### **3.1.1. San Miguel Petapa**

El Municipio de San Miguel Petapa es el municipio más pequeño del departamento de Guatemala, ubicado al Sur oriente de la capital. Su área total es de 20.14 km<sup>2</sup>. Demografía: según el censo realizado por el INE en el 2002 la población era de 111,389 habitantes, en donde el 6.9% en área rural, y un 93.1% en el área urbana, con un porcentaje de 6.3% de población indígena, con una población femenina de 56,488 y 59,901 masculino. El mayor porcentaje de la población oscila entre 1 a 39 años.<sup>13,14</sup>

En el municipio de San Miguel Petapa se encuentran dos institutos nacionales de educación básica, uno por cooperativa y tres telesecundarias.<sup>13</sup>

#### **3.2 Adolescencia**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como la etapa que ocurre entre los 10 y 19 años considerándose dos fases: la adolescencia temprana entre los 12 y 14 años y la adolescencia tardía entre los 15 a 19 años. La juventud abarca entre los 15 y 24 años. La población juvenil, entre los 10 y 24 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales, anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo. En esta época de la vida se tiene lugar el empuje de crecimiento puberal y el desarrollo de las características sexuales, así como la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales. Autoestima, autonomía, valores e identidad se van afirmando en este proceso, en este período de la vida se plantea metas, proyectos de vida y la sexualidad es una de las grandes preocupaciones de estas transformaciones.<sup>15</sup>

### **3.3 Salud y Educación Sexual**

#### **3.3.1 Salud Sexual**

“La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen.” (OPS-OMS/WAS, 2002).<sup>15</sup>

#### **3.3.2 Educación sexual**

Según el Decreto No. 42-2001 en la Ley de Desarrollo Social, Sección III Política de desarrollo social y población en materia de educación. Artículo 27. Educación. Dice: “Todas las personas tienen derecho a la educación y de aprovechar los medios que el Estado pone a su disposición para su educación, sobre todo de los niños y adolescentes. La educación es un proceso de formación integral del ser humano para que pueda desarrollar en amor y en su propia cosmovisión las relaciones dinámicas con su ambiente, su vida social, política y económica dentro de una ética que le permita llevar a cabo libre, consciente, responsable y satisfactoriamente su vida personal familiar y comunitaria.”<sup>6</sup>

En el Currículo Nacional Base del Ministerio de Educación, para el ciclo básico, ha incluido entre sus competencias: la identificación del desarrollo del ser humano desde la concepción, identificación de las etapas del desarrollo humano, niño, joven, adulto, anciano. Relación entre fecundación y embarazo. La competencia No. 4 de la unidad didáctica “Productividad y Desarrollo” describe la reproducción y comportamiento ético con relación a la sexualidad como forma de conservar la salud y proteger la vida; en esta los contenidos son: diferenciación de las funciones de los aparatos reproductores masculino y

femenino, descripción de los comportamientos éticos en la sexualidad masculina y femenina: pudor, maternidad y paternidad responsable. Concepción de ética del matrimonio y la procreación. <sup>6</sup>

En cuando a este tema el Gabinete Específico de la Juventud, bajo la Secretaría Técnica del Consejo Nacional de la Juventud (CONJUVE), asume la respuesta gubernamental en el desarrollo de adolescentes y jóvenes, al formular el Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes y Jóvenes de Guatemala (PLANEA) para el período 2013-2017, teniendo como principal objetivo articular la respuesta intersectorial de los portadores de obligaciones en la prevención de embarazos en adolescentes 15–19 años, contribuyendo al desarrollo integral y opciones de vida de adolescentes y jóvenes, desde una visión holística basada en las necesidades, derechos, desarrollo humano, participación y ciudadanía juvenil en Guatemala durante el período 2013-2017. <sup>3,4</sup>

Este plan ha sido desarrollado de manera participativa entre técnicos de CONJUVE y representantes de instituciones que integran el Gabinete Específico de la Juventud con acompañamiento de Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN) y la asistencia técnica del Estado de la Población Mundial, Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) en Guatemala. <sup>3,16</sup>

### **3.4 Embarazo en adolescentes**

La adolescencia suele ser un período difícil de la vida; esta etapa debe ser orientada y preparada para asumir las responsabilidades, especialmente las relacionadas con la sexualidad, porque a partir de las primeras experiencias llegarán vivencias (satisfactorias o no) que servirán de modelo para el resto de la vida. En ocasiones, los adolescentes tienen comportamientos que difieren de sus ideales. A esta edad pueden existir incongruencias entre la manera de pensar y actuar. <sup>1,17</sup>

Los adolescentes conforman un segmento muy importante de la población, siendo este el 20% América Latina y el Caribe.<sup>(17)</sup> En lo que respecta al embarazo en la adolescencia, las cifras son bastante alarmantes. Según datos del informe de País del Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas (FNUAP, 1997), en América Latina y el Caribe, más de 100.000 niños nacen anualmente de madres con edades comprendidas entre quince y diecinueve años, una de cada cinco mujeres adolescentes ha sido madre antes de los 20 años y una de cada tres defunciones infantiles corresponde a hijos de madres adolescentes.<sup>17</sup>

La OMS señala el embarazo adolescente como la gestación en mujeres, cuyo rango de edad es de 10 a 19 años, independiente de su edad ginecológica. El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud.<sup>1, 10.</sup>

En Guatemala, la cantidad nacimientos registrados en adolescentes representa el 22% del total de nacimientos registrados, 388,600 en el año 2012, ha mantenido una tendencia creciente en los últimos años. A pesar que las relaciones sexo genitales con personas menores de 14 años son consideradas un delito por la Ley contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas. Durante el mismo año según las estadísticas vitales del Instituto Nacional de Estadística, ocurrieron 3,006 nacimientos en niñas menores de 14 años y 81,288 adolescentes de 15 a 19 años.<sup>3, 4,5</sup>

Trabajos realizados en Cuba, señalan que el 60% de los embarazos adolescentes ocurren dentro de los 6 primeros meses de inicio de las relaciones sexuales, por lo que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas. Sin embargo, el 60% de las primigestas adolescentes vuelven a embarazarse dentro de los 2 años siguientes. El embarazo adolescente va en aumento mundial presentándose cada vez a edades más precoces. Existen variaciones importantes en la prevalencia a nivel mundial, dependiendo de la región y el nivel de desarrollo. Así, en países como Estados Unidos corresponde a un 12,8% del total de embarazos, mientras que en países con menor desarrollo, como El Salvador, constituye cerca del 25% y en países africanos cerca del 45% del total de embarazos.<sup>17</sup>

### **3.4.1 Edades más frecuentes de embarazos en adolescentes de Guatemala y Centro América**

Guatemala se ocupa en la tercera tasa más alta de fecundidad adolescente dentro de Centro América, con 114 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años de edad por año; por debajo de Honduras con una tasa de 137 y Nicaragua con 119. Así como excede las tasas de fecundidad del El Salvador con 104, Belice 95, Panamá 89 y Costa Rica con la menor tasa 78 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años.<sup>7,18</sup>

Las estadísticas del Observatorio de Salud Reproductiva (OSAR) indican que de enero a noviembre del 2014 se reportó un total de 71 mil embarazos en niñas y jóvenes entre 10 a 19 años, de estos 5 mil 119 corresponde a menores de 14 años.<sup>(19)</sup> Estos reportes de embarazos en niñas menores de 14 años han sido más evidentes ya que OSAR ha tipificado esto como una violación sexual y muchas veces ocurre en su propio hogar. Evidenciando las cifras que para el 2014 se reportó 43 niñas de 10 años embarazadas, así como otras 72 de 11 años, 213 de 12 años, 1 mil 104 de 13 y 3 mil 687 de 14 años.<sup>8</sup>

Como es el caso en muchos otros países, en Guatemala la tasa de fecundidad entre las adolescentes rurales es mucho más alta que la de las del área urbana, con tasas de 133 por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años en el área rural y de 85 en área urbana.<sup>7,8</sup>

Según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) el sistema de información general de salud (SIGSA) de enero a agosto de 2015, el departamento de Guatemala reportó un total de 400 embarazos entre las edades de 10 a 14 años y 8076 entre 15 y 19 años. Las edades con mayor prevalencia fueron 14 años con el 78% y 19 años con 27%.<sup>7,8</sup>

De acuerdo con las estadísticas reportadas por OSAR en 2015, el problema se concentró en departamentos como Guatemala, donde se conocieron 11 mil 88 casos, Petén, con 7 mil 531; Huehuetenango, 5 mil 740. Siendo los

factores de riesgo más visibles para contribuir a este problema el poco acceso a la salud y la educación; teniendo como consecuencia a esta problemática los embarazos a temprana edad. <sup>19</sup>

Un factor que influye en el aumento de las tasa de fecundidad en los adolescentes según OSAR es la oposición de gran parte de la sociedad guatemalteca para hablar sobre la educación sexual <sup>(8)</sup>. Otro factor es la diferencia educativa de los mismos, afectando más a las adolescentes menores de 15 años, siendo esta una edad que trae el mayor riesgo de consecuencias desfavorables, las estadísticas muestran que el 6% de las mujeres de 20 a 24 años sin escolaridad tuvo un hijo antes de cumplir 15 años, comparado con el 1% de aquellas que habían iniciado la escuela secundaria. En general, el 19% de las que actualmente tienen entre 15 y 19 años ha dado a luz o están embarazadas, la proporción asciende a 36% entre aquellas que nunca han asistido a la escuela. <sup>7, 8, 18</sup>

La maternidad en la adolescencia es un problema que afecta y amenaza el avance de siete de los ocho objetivos de desarrollo del milenio, en especial los referentes a la educación primaria, mortalidad infantil, salud materna y equidad de género. <sup>18</sup>

**Tabla 3.1**

Embarazos en mujeres de 10 a 14 años de Guatemala, enero a agosto 2015

datos por departamento y edad

Departamento	Edad de paciente					
	10	11	12	13	14	Total
<b>Alta Verapaz</b>	1	9	28	111	336	<b>485</b>
<b>Petén</b>	0	7	22	124	324	<b>477</b>
<b>Huehuetenango</b>	0	7	15	81	310	<b>413</b>
<b>Guatemala</b>	2	7	13	65	313	<b>400</b>
<b>San Marcos</b>	1	3	20	70	227	<b>321</b>
<b>Escuintla</b>	1	4	14	49	197	<b>265</b>
<b>Quiché</b>	1	2	12	33	195	<b>243</b>
<b>Quetzaltenango</b>	0	0	10	30	183	<b>223</b>
<b>Suchitepéquez</b>	1	1	6	41	153	<b>202</b>
<b>Jalapa</b>	0	3	16	36	121	<b>176</b>
<b>Chiquimula</b>	0	8	1	30	118	<b>157</b>
<b>Jutiapa</b>	0	1	5	21	125	<b>152</b>
<b>Santa Rosa</b>	0	1	4	30	103	<b>138</b>
<b>Chimaltenango</b>	1	2	6	21	94	<b>124</b>
<b>Izabal</b>	1	1	5	36	73	<b>116</b>
<b>Retalhuleu</b>	0	0	2	21	93	<b>116</b>
<b>Totonicapán</b>	0	1	3	18	63	<b>85</b>
<b>Sololá</b>	0	1	2	12	62	<b>77</b>
<b>Baja Verapaz</b>	0	2	1	15	56	<b>74</b>
<b>Zacapa</b>	0	0	3	20	44	<b>67</b>
<b>El Progreso</b>	0	0	3	9	50	<b>62</b>
<b>Sacatepéquez</b>	0	1	1	16	40	<b>58</b>
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>54</b>	<b>199</b>	<b>889</b>	<b>3280</b>	<b>4431</b>

Fuente: Sigsa. MSPAS. Monitoreo OSAR

**Tabla 3.2**

Embarazos en mujeres de 15 a 19 años Guatemala, enero agosto 2015

datos por departamento y edad

Departamento	Edad de paciente					
	15	16	17	18	19	Total
<b>Guatemala</b>	827	1354	1739	1926	2230	<b>8076</b>
<b>Huehuetenango</b>	736	1149	1500	1632	1624	<b>6641</b>
<b>Alta Verapaz</b>	681	1180	1403	1347	1429	<b>6040</b>
<b>San Marcos</b>	518	873	1005	1120	1212	<b>4728</b>
<b>Quiche</b>	485	868	994	1074	1202	<b>4623</b>
<b>Petén</b>	685	871	975	992	1003	<b>4526</b>
<b>Quetzaltenango</b>	412	674	813	802	877	<b>3578</b>
<b>Escuintla</b>	378	548	675	688	729	<b>3018</b>
<b>Suchitepéquez</b>	340	492	650	732	779	<b>2993</b>
<b>Chimaltenango</b>	220	415	596	665	679	<b>2575</b>
<b>Totonicapán</b>	181	371	440	491	589	<b>2072</b>
<b>Jutiapa</b>	271	349	425	436	528	<b>2009</b>
<b>Jalapa</b>	228	389	460	473	450	<b>2000</b>
<b>Chiquimula</b>	234	345	417	458	451	<b>1905</b>
<b>Sololá</b>	175	298	331	428	404	<b>1636</b>
<b>Santa Rosa</b>	195	271	357	387	405	<b>1615</b>
<b>Baja Verapaz</b>	161	215	261	280	283	<b>1200</b>
<b>Izabal</b>	156	226	227	226	225	<b>1090</b>
<b>Sacatepéquez</b>	85	157	237	258	287	<b>1024</b>
<b>El Progreso</b>	96	129	160	172	167	<b>724</b>
<b>Zacapa</b>	96	120	157	142	153	<b>668</b>
<b>Retalhuleu</b>	211	289	327	409	421	<b>165</b>
<b>Total</b>	<b>7371</b>	<b>11583</b>	<b>14149</b>	<b>15138</b>	<b>16157</b>	<b>64398</b>

Fuente: Sigsa. MSPAS. Monitoreo OSAR

### **3.4.2. Riesgos del embarazo en una adolescente**

Las niñas menores de 15 años tienen cinco veces más probabilidades de morir durante el embarazo que las mujeres de 20 años. Si una madre tiene menos de 18 años la probabilidad de que su bebe muera durante el primer año de vida es de un 60%; incluso en caso de que sobreviva existe una mayor probabilidad de que sufra de bajo peso al nacer, de desnutrición o de retraso en el desarrollo físico y cognitivo.<sup>8</sup>

#### **3.4.2.1 Muerte materna**

En Guatemala, según las investigaciones realizadas por SEGEPLAN, se tiene un subregistro de las muertes maternas. En el año 2000 se realizó una investigación de Línea Basal de Mortalidad, con el fin de caracterizar estas pacientes que morían y estaba relacionada a un embarazo, la cual no se pudo completar por la inconsistencia de datos. Fue en 2007 cuando se lograron identificar 7330 muertes, en donde 7145 provenían del INE y 185 se identificaron por medio de la búsqueda activa. La mayoría de estas muertes se relacionaban a hemorragias, trastornos hipertensión, infecciones y abortos. Según el INE en el año 2007 el departamento de Guatemala tenía una razón de mortalidad materna en 65.9 por 100 000 nacidos vivos siendo el total para el país 139.7, encontrándose en el cuarto lugar de departamento de residencia. Ese mismo año según el Ministerio de Salud y Asistencia Social, las muertes maternas ocurridas por edad representaban el 0.9% para las mujeres de 10 a 14 años, y el 10.2% para las de 15 a 19 años, con una razón de 219.1 y 77.9 respectivamente por 100,000 nacidos vivos. Se analizó que los grupos de mayor riesgo eran las mujeres de 10 a 14 años y luego estaban las de 40 a 44 años. Se encontró que un 66.3% de las muertes ocurren en el área rural. Ante esta problemática se recomendó la realización de leyes que protegieran la maternidad y es por eso que para el año 2010.<sup>20</sup>

Se creó El Decreto Ley 32-2010 para la Maternidad Saludable, que consta de 9 capítulos y 32 artículos, con fines de promover la salud sexual y reproductiva, reducir la muerte materna, poniéndola como una urgencia nacional la cual hay que atender.<sup>21</sup>

#### **3.4.2.2 Muerte Fetal**

En las adolescentes que se embarazan con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquía y el parto se considera que presenta riesgo para que tengan resultados perinatales desfavorables. Entre los 10 y 14 años hay mayor porcentaje de bajo peso al nacer, depresión al nacer, hipertensión inducida por el embarazo, elevada Morbimortalidad perinatal materna y mayor porcentaje de cesárea. Al existir poco desarrollo del eje hipotálamo hipófisis gónada durante éste período (antes de los 5 años posteriores a la menarquía), es necesario que el parto se desencadene artificialmente. Existe mayor incidencia de muerte fetal en adolescentes menores de 15 años, respecto a las de mayor edad.<sup>22</sup>

#### **3.4.2.3 Hemorragia**

La hemorragia postparto es una de las complicaciones más temidas en embarazadas precoces que pueden surgir en el puerperio, situándose entre las primeras tres causas de mortalidad materna principalmente en países en vía de desarrollo, como en el caso de Guatemala (44% para el año 2007). La prevalencia de hemorragia postparto en adolescentes en un estudio en el hospital de Moscoso, Cuenca Ecuador en el 2012 demostró que el 6.9% de las adolescentes presentan dicha complicación, con mayor frecuencia en el grupo de edad entre 17 a 19 años con el 64.3%, encontrándose factores de riesgo asociados como la anemia materna y el parto por cesárea.<sup>23</sup>

El riesgo de hemorragia también se evidenció en un estudio retrospectivo sobre morbilidades en la madre adolescente del Hospital

de ginecología Clodomira Acosta Ferrales en Cuba en el año 2005 encontrando que la hemorragia en el tercer periodo del parto presenta una prevalencia de 7.5% en mujeres menores de 20 años. También hay una alta incidencia de anemia microcítica hipocrómica, la cual puede ser multifactorial, sobresalen los hábitos nutricionales deficientes, el acudir tardíamente a su control prenatal y la propia adolescencia. Es una enfermedad frecuente en los países subdesarrollados. En el puerperio la morbilidad está ligada a la vía del nacimiento. El estado nutricional materno es un factor determinante en el crecimiento fetal y en el peso del recién nacido.<sup>24</sup>

#### **3.4.2.4 Anemia y desnutrición**

Es una problemática primordial dentro del ámbito nutricional y de salud durante el período de la adolescencia que conlleva a efectos adversos sobre su crecimiento, desarrollo y rendimiento cognitivo. En relación a una adolescente embarazada, la anemia no solo incrementa la morbilidad y mortalidad materna, sino la incidencia de prematuridad y de bajo peso al nacer en el recién nacido.<sup>25</sup>

Los efectos negativos de anemia durante la adolescencia justifican el desarrollo de acciones en los niveles de salud pública, los sistemas de prevención se orientan con hacia los lactantes, infantes, embarazadas y mujeres lactantes e presentan poco interés hacia los adolescentes; las necesidades de este grupo poblacional continúan sin ser satisfechas y las consecuencias de la anemia en las adolescentes persisten. Las necesidades de nutrientes son mayores en una joven embarazada, el hierro es un nutriente fundamental en procesos fisiológicos básicos, como la producción de hemoglobina y la función enzimática. La deficiencia de hierro generalmente se produce cuando su ingesta, a partir de la dieta, no logra cubrir las necesidades y las reservas corporales de hierro resultan insuficientes para responder a las demandas fisiológicas del organismo.<sup>26</sup>

La prevención de la deficiencia de hierro es esencial ya que provoca más del 50% de los casos de anemia en mujeres. Los niveles de hierro al inicio de la adolescencia son importantes para asegurar un crecimiento adecuado durante este período, ya que su deficiencia puede disminuir el apetito y así, afectar la ingesta de calorías. El embarazo y la lactancia pueden provocar la detención del crecimiento lineal y la depleción del tejido graso y de la masa corporal magra.<sup>27</sup>

La prevención del embarazo en la adolescencia asegura que las jóvenes logran su potencial máximo de crecimiento y desarrollo además de evitar complicaciones en la salud reproductiva. Actualmente, el parto obstruido, como causa de desnutrición proteico calórica, es el responsable del 13% de muertes maternas en América Latina y El Caribe, cifra más elevada que en Asia (9%) o en África (4%). Los datos sobre anemia o deficiencia de hierro entre las adolescentes son escasos, tanto de América Latina y El Caribe (ALC) como de otras partes del mundo. En los países de ALC, que cuentan con datos recientes y representativos del nivel nacional, la prevalencia de anemia entre mujeres embarazadas de 15 a 24 años de edad representa 7% en El Salvador, 47% en Haití. Cuando se separan a las mujeres en grupos etáreos de 15 a 19 años y de 20 a 24 años, a nivel nacional existe una pequeña diferencia en relación a la prevalencia de la anemia, mostrando que esta problemática ocurre durante las edades de 15 a 24 años, manteniendo resultados similares.<sup>27</sup>

### **3.5 Rol de Paternidad**

En 1995 se indicó que la paternidad en la adolescencia es multicausal y necesita ser comprendida dentro de su ámbito familiar y sociocultural como parte del conjunto que determinan el estilo de vida adolescente. Sin embargo el desarrollo cognoscitivo no les permite comprender en su totalidad sobre los riesgos, causas y consecuencias de la iniciación de vida sexual temprana, embarazo y la responsabilidad de paternidad.<sup>28</sup>

En el proceso de la experiencia del adolescente ante el embarazo de su pareja, intervienen factores psicológicos y socioculturales como la percepción ejercida por la

familia, la sociedad y los grupos de pertenencia. En el año 2000, Leñero señala que la paternidad adolescente desde una perspectiva psicosocial y socio demográfico, preocupa por las consecuencias adversas significativas que se presentan sobre él y su familia como problemas académicos y conductuales.<sup>28</sup>

Sileo y col. en 1990, reportan que el inicio de las relaciones sexuales y poca utilización de métodos anticonceptivos en varones a los 14 años y en las mujeres a los 15 años, constituye un factor de riesgo para la salud sexual y reproductiva. Desde el punto de vista de salud pública, política y social, la paternidad se visualiza como un período de transición entre la niñez y el grado de responsabilidad así mismo la atribución de la posición social del adulto.<sup>9</sup>

Según la Encuesta Nacional de la Juventud Venezolana (ENJUVE) 1993, los varones tienen sus experiencias sexuales a más temprana edad que sus parejas femeninas. Más del 35% de los jóvenes varones la tuvo antes de los 15 años. De los jóvenes con experiencia sexual, el 38,3% han agregado a su condición juvenil la paternidad. El 22,4% de los varones menores de 19 años tuvieron su primer hijo antes de cumplir 19 años.<sup>24</sup>

El objetivo básico de la investigación fue evidenciar la perspectiva social de la paternidad en el varón adolescente. De allí que la contextualización de la situación de estudio estuvo enfocada a describir los aspectos propios de la vida del adolescente y los factores sociales que presenta el padre adolescente ante la paternidad.<sup>29</sup>

### **3.6 Actitudes de los jóvenes hacia el embarazo**

Las actitudes constituyen elementos valiosos para la predicción de conductas. Se considera que desde la infancia hasta la adolescencia se tiene una educación en casa que marcará el carácter y las conductas que se tendrán más adelante. Estas son esenciales para condicionar a una persona para un comportamiento aceptado socialmente y de igual forma los conocimientos permiten un discernimiento racional del comportamiento influyendo por lo tanto en las actitudes, fortaleciéndolas y haciéndolas más perdurables.<sup>11</sup>

Thurstone (1946) afirma que “la actitud es el grado de afecto a favor o en contra de un objeto psicológico”.<sup>30</sup>

Allport (1935) “la actitud es un estado mental y neurológico de atención, organizado a través de la experiencia y capaz de ejercer una influencia directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situación con las que está relacionado”.<sup>31</sup>

Summers (1976) estima a la actitud “como la respuesta implícita forzada que es considerada significativamente en el ambiente del individuo.”<sup>32</sup>

En relación a las definiciones mencionadas se puede resumir que las actitudes se componen de tres grados distintos: un componente afectivo, uno de comportamiento y un cognoscitivo.<sup>11</sup>

El rechazo y la aceptación hacia el embarazo precoz dependen del conocimiento que se tenga sobre el mismo junto con sus consecuencias, también de las relaciones sexuales y métodos anticonceptivos. En una encuesta Nacional sobre Salud en América Latina, se encontró que los países con mayor conocimiento en métodos anticonceptivos fueron; Brasil, Colombia, México y Trinidad y Tobago, el país con menos conocimiento fue Guatemala. Con los datos anteriores se puede hacer mención de un fenómeno que se presenta cuando no hay conocimiento sobre el embarazo precoz y sus consecuencias junto con los métodos anticonceptivos, no hay una actitud positiva hacia su uso, dando como resultado un producto y una falta de responsabilidad para asumir la paternidad.<sup>11, 12</sup>

La actitud hacia la anticoncepción del adolescente no siempre guarda una relación directa con el uso de anticonceptivos. Un estudio con adolescentes de Singapur observo que a pesar de que dijeron conocer y estar de acuerdo con el uso de pastillas (80%), el condón (60%) y la ligadura (52%) muy pocos los han usado. Esta investigación demostró que los jóvenes practican actividades sexuales sin pensar en las consecuencias. Morris L. (1987) informo que el comportamiento anticonceptivo de los jóvenes está relacionado con aspectos de personalidad, desarrollo, cognición y toma de decisiones.<sup>12</sup>

## 3.7 Métodos anticonceptivos

### 3.7.1 Anticoncepción

Entre las mujeres en edad fértil con vida sexual activa que no utilizan ningún método anticonceptivo el índice de embarazo en un año es 90%. La ovulación precede a la menstruación es por eso que la mujeres jóvenes principalmente deben recibir información sobre los métodos anticonceptivos al iniciar su vida sexual.<sup>33</sup>

Los métodos anticonceptivos de eficacia variable que se utilizan actualmente son:

- Anticonceptivos orales
- Anticonceptivos inyectables
- Dispositivos intrauterinos
- Anticonceptivos transdérmicos y transvaginales
- Métodos físicos, químicos o de barrera
- Abstinencia sexual cercana a la ovulación
- Lactancia
- Métodos permanentes (esterilización).<sup>33</sup>

Con base en resultados de la National Survey of Family Growth de 1995, cerca del 33% de embarazos fueron no planeados. De hecho el 50% de los embarazos se produjo en mujeres que utilizaban algún método anticonceptivo en el momento de la concepción. Es indispensable el asesoramiento y la educación sistemática y oportuna sobre el empleo del método más adecuado para que cualquier método anticonceptivo sea eficaz. El gran número de embarazos no planeados en las mujeres que utilizan algún método anticonceptivo refleja la deficiencia de la distribución, prescripción y educación sobre métodos anticonceptivos. De acuerdo con Dailard (2005), si la educación sexual fuera completa, se lograría reducir los embarazos no planeados en un 40%.<sup>33</sup>

### **3.7.2 Anticonceptivos hormonales**

Estos métodos anticonceptivos están disponibles en las siguientes presentaciones: píldoras, inyecciones, parches transdérmicos, implantes y anillos transvaginales.<sup>33</sup>

Las píldoras constan de una combinación de estrógenos y progesterona, o solamente progesterona como la mini píldora. No existe ningún anticonceptivo hormonal para hombres que sea reversible.<sup>33</sup>

#### **3.7.2.1 Píldoras**

Son preparaciones diseñadas para reducir la cantidad progestágeno total por ciclo sin sacrificar la eficacia anticonceptiva ni la regulación del ciclo. La reducción se logra comenzando con una dosis reducida de un progestágeno que se aumenta más tarde en el ciclo anticonceptivo. Esta dosis menor debe provocar menos cambios metabólicos atribuibles a los progestágenos y menos efectos adversos. La dosis de estrógenos se puede mantener constante o también aumentarse durante el ciclo.<sup>33</sup>

#### **3.7.2.2 Mini Píldora**

Las píldoras con progestágenos, conocidas como mini píldoras se toman diariamente. A diferencia de los anticonceptivos orales combinados (COC), no inhiben en forma confiable la ovulación. Su eficacia depende de las alteraciones del moco cervicouterino y su efecto sobre el endometrio. Los cambios en el moco cervicouterino no duran más de 24 horas, por eso se debe tomar la pastilla cada día a la misma hora.<sup>33</sup>

Tiene efectos mínimos en el metabolismo de carbohidratos y la coagulación y no generan ni exacerban la hipertensión. Es una

buena opción para mujeres que amamantan. Su principal desventaja es su falla anticonceptiva y aumento de embarazos ectópicos igual que hemorragia uterina irregular. Si se retrasa su uso 4 horas es necesario utilizar algún otro método anticonceptivo durante 48 horas. Este método no mejora el acné más bien lo llega a empeorar. Está contraindicado en mujeres con hemorragia uterina inexplicable y con cáncer mamario.<sup>33</sup>

### **3.7.2.3 Parche (Jadelle)**

El parche con anticonceptivos combinados se aplica en la región de las nalgas, cara externa de brazo, porción inferior del abdomen o porción superior del torso pero evitando las mamas. Libera 150 ug de progestágeno, norelgestromin y 20 ug de etinilestradiol diariamente.<sup>33</sup>

### **3.7.2.4 Inyecciones**

Solo existe una preparación combinada para su administración intramuscular. Se administra una inyección mensual. Este fármaco inhibe la ovulación y suprime la proliferación endometrial. La concentración sérica de estradiol alcanza su punto máximo entre 3 y 4 días después de la inyección y posteriormente desciende, con lo que se produce una hemorragia por supresión entre los 20 y 25 días después de la inyección.<sup>33</sup>

### **3.7.2.5 Anticonceptivos de urgencia**

En la actualidad existen dos métodos hormonales. En el Yuzpe se utilizan los anticonceptivos habituales y el otro es un producto con progestágenos. Existe un tercer producto que consta de una combinación de un estrógeno y un progestágeno (PLAN B), que fue aprobado por la FDA en 1998. Estas tabletas se deben tomar en las 72 horas seguidas después del coito, con una segunda dosis 12

horas después. El plan B consta de dos tabletas con 0.75 mg de levonorgestrel cada una. Su mecanismo de acción es el atraso o la inhibición de la ovulación aunque también hay alteraciones del endometrio que evitan la implantación, la penetración espermática y la motilidad tubárica.<sup>33</sup>

### **3.7.3 Métodos anticonceptivos mecánicos**

#### **3.7.3.1 Dispositivos intrauterinos (DIU)**

Actualmente se usan dos tipos de DIU, uno con cobre y el otro con levonorgestrel, ambos ofrecen las siguientes ventajas:

- Son métodos anticonceptivos reversibles y eficaces que se deben cambiar cada 5 o 10 años, si es de cobre o levonorgestrel respectivamente.
- Su acción principal es anticonceptiva y no abortiva.
- El riesgo de padecer infecciones pélvicas disminuye de modo considerable con el monofilamento que se utiliza actualmente y las técnicas que aseguran una inserción eficaz.
- Hay un riesgo de 50% de parecer un embarazo ectópico en caso que fracase el método.<sup>33</sup>

##### **3.7.3.1.1 Dispositivos intrauterinos de levonorgestrel**

Este libera el fármaco en el útero a una tasa relativamente constante de 20 ug al día, lo que reduce los efectos prolongados de los progestágenos. Es una estructura de polietileno con forma de T y su tallo se encuentra envuelto en un cilindro elaborado con polidimetilsiloxano y levonorgestrel. Una membrana permeable rodea la mezcla para regular la velocidad con que se libera la hormona. Además tiene un

monofilamento café de polietileno adherido a un asa en el extremo distal del cuerpo distal del dispositivo.<sup>33, 34</sup>

### **3.7.3.1.2 Dispositivos intrauterinos de cobre**

Este contiene polietileno y sulfato de bario. El tallo se teje con un alambre delgado de cobre de 314 mm<sup>2</sup> y cada rama contiene 33 mm<sup>2</sup> de cobre, lo que suma 380 mm<sup>2</sup> de cobre desde la base del tallo se extienden dos hilos de color blanco.<sup>34</sup>

## **3.7.4 Dispositivos de barrera**

### **3.7.4.1 Condón masculino**

La mayor parte de estos se realiza con látex. El condón es un método anticonceptivo eficaz. Si se utiliza en forma correcta ofrece protección considerable más no absoluta contra un gran espectro de infecciones de transmisión sexual como la Clamydia, virus del herpes, VIH, gonorrea, etc. También previene los cambios cervicouterinos premalignos, quizá al bloquear la transmisión del virus del papiloma humano. Su eficacia aumenta cuando tiene una punta con forma de reservorio. Las sustancias lubricantes deben ser hidrosolubles, puesto que los productos oleosos destruyen los condones y los diafragmas de látex. Para su utilización se recomienda:

- Se debe usar en cada coito
- Se coloca antes que el pene tenga contacto con la vagina
- Se retira mientras el pene se encuentra erecto
- Al retirarlo se sostiene la base del condón
- Se debe utilizar ya sea un espermicida intravaginal o un condón lubricado con espermicida.<sup>33, 34</sup>

### **3.7.4.2 Condón femenino**

Este dispositivo evita el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual. Posee una cubierta de poliuretano con un anillo flexible también de poliuretano en cada extremo. El anillo abierto permanece por fuera de la vagina y el anillo interno cerrado se coloca bajo la sínfisis como diafragma.<sup>33</sup>

### **3.7.4.3 Diafragmas**

El diafragma consiste en una cápsula de hule de diámetro variable cuya base está formada por un resorte metálico con forma de circunferencia, es recomendable utilizarlo con un espermicida el cual se aplica en la superficie del cuello uterino, en el centro del diafragma y a lo largo del borde. A continuación el dispositivo se coloca en la vagina separando el cuello uterino, fondo de sacos vaginales y pared anterior vaginal del resto de la vagina y el pene. Al mismo tiempo el espermicida permanece unido al cuello uterino gracias al diafragma. Se puede introducir a la vagina varias horas antes del coito pero si transcurren dos horas antes es necesario aplicar más espermicida.<sup>34, 35</sup>

## **3.7.5 Métodos basados en la ovulación**

### **3.7.5.1 Método de calendario**

Por lo general la ovulación ocurre el día 14 del ciclo y los espermatozoides viven de 5 a 6 días, por lo que debe existir abstinencia periódica.<sup>33</sup>

### **3.7.5.2 Método de temperatura**

Este método se basa en cambios ligeros de la temperatura corporal basal matutina que sucede antes de la ovulación. Se

debe evitar el coito antes de que haya aumento de temperatura se debe abstener de tener relaciones sexuales desde el primer día de la menstruación hasta el tercer día después de que se eleva la temperatura. <sup>33</sup>

### **3.7.5.3 Método del moco cervicouterino**

Llamado Billings se basa en la sequedad y humedad vaginal. Estas son las consecuencias de los cambios en la cantidad y calidad del moco cervicouterino en diferentes momentos del ciclo menstrual. Es necesario abstenerse de tener relaciones sexuales desde el primer día del ciclo hasta el tercer día de moco líquido. <sup>33</sup>

## **3.8 Anticoncepción en la adolescencia**

La adolescencia produce continuas contradicciones en sus conductas: piden libertades y las ejercen, pero al mismo tiempo necesitan ser cuidados; suelen delegar en otras figuras la protección ya que no aceptan la de sus padres porque en su búsqueda de identidad y de ser reconocidos como adultos producen un distanciamiento con sus progenitores. <sup>35</sup>

Ante esto, sustituyen la dependencia con nuevas figuras, como amigos y pareja. Así, el ejercicio de la sexualidad los pone en riesgo; desde lo consciente, parece que reconocen el temor al embarazo, pero en el momento en que debiera articularse con la protección mediante el uso de métodos anticonceptivos, el temor queda excluido en la práctica. <sup>35</sup>

Ya que se ha evidenciado el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, es necesario informar a los y las adolescentes sobre la conveniencia de retrasar los embarazos, para lograrlo se debe orientar sobre las diversas opciones anticonceptivas. <sup>35</sup>

La disponibilidad de servicios de salud que atiendan las demandas en materia de sexualidad y anticoncepción de las adolescentes afecta las tasas y las modalidades de embarazo y fecundidad de esa población.<sup>35</sup>

#### Factores de Riesgo

- Pobreza
- Desnutrición
- Edad.<sup>35</sup>

La edad, como una variable de índole social influye en la vulnerabilidad frente a situación de riesgo reproductivo. Por ejemplo el uso de anticonceptivos en el inicio de la vida sexual, aumenta con la edad, de modo que, cuanto más temprana es mayor es el riesgo de embarazo, no sólo porque aumenta el tiempo total en que la mujer estará expuesta a embarazarse, sino porque es menor el porcentaje de las que adoptan conductas preventivas.<sup>35</sup>

En cuanto a los métodos anticonceptivos, según el estudio realizado a una población de 152 estudiantes de la comunidad de Los Frailes, Santo Domingo, República Dominicana en el año 2001, se encontró que el método anticonceptivo más conocido era el preservativo (55.3%), seguido por las pastillas (24%), y el método más utilizado seguía siendo el preservativo (89.3%). Se observó que los jóvenes de educación media poseen poca información sobre los métodos anticonceptivos, su variedad y su efectividad.<sup>36,37</sup>

En el estudio de Conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos y su relación con la prevención de enfermedades de transmisión sexual en jóvenes, se pretendía determinar la frecuencia y la distribución del comportamiento, actitudes y conocimientos sobre los métodos anticonceptivos en 483 Jóvenes entre 14 y 20 años, en el Centro de Salud “Los Rosales”, distrito de salud Huelva, España; en donde se encontró que existe inconsistencia en áreas relacionadas a la utilización de métodos anticonceptivos ya que algunos son más conocidos que otros como el preservativo y otros menos conocidos como el diafragma. Se consideraron valiosos los métodos anticonceptivos (41.8%) sin embargo se tomó como una actitud poco positiva y generalizada hacia los métodos anticonceptivos, ya que no solo no es

frecuente su uso si no que se tiene poca información acerca de ellos, (43.5%) opinó que necesita más información al respecto y un (52.2%) consideró que necesita información y formación en materia de sexualidad y que esta información debía ser transmitida por educadores sexuales (39.1%) y jóvenes que sepan sobre el tema (29.2%).<sup>38,39</sup>

Entre los riesgos sociales se citan el abandono o la interrupción de los estudios, el comienzo de la actividad laboral sin la debida preparación cultural (en ocasiones se dificulta continuar un trabajo o conseguirlo) y el matrimonio o concubinato sin la suficiente conciencia acerca de los problemas de la vida familiar y la crianza y educación de los hijos.<sup>35</sup>

A nivel subjetivo, se ha postulado que las conductas, incluidas las sexuales, son una consecuencia de los conocimientos, percepciones y actitudes de los sujetos.<sup>35</sup>



## 4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

### 4.1 Tipo y diseño de investigación

Descriptivo transversal

### 4.2 Unidad de análisis

**4.2.1 Unidad Primaria de Muestreo:** Adolescentes masculinos de 12 a 18 años que asistieron a los Institutos de Educación Básica Telesecundaria Gerona y Telesecundaria Santa Inés en San Miguel Petapa, Guatemala, marzo a abril 2016.

**4.2.2 Unidad de Análisis:** Datos obtenidos del cuestionario acerca de aceptación, actitud, información, rol de paternidad y edad aceptada en un embarazo precoz diseñado para el estudio.

**4.2.3 Unidad de Información:** Adolescentes masculinos de 12 a 18 años que asistieron al Instituto de Educación Básica Telesecundaria Granjas Gerona, y Telesecundaria Santa Inés en San Miguel Petapa, Guatemala en marzo a abril 2016.

### 4.3 Población y muestra

#### 4.3.1 Población o universo:

Los estudiantes de género masculino de los grados de primero, segundo y tercero básico comprendidos en las edades de 12 a 18 años de los institutos de educación básica telesecundaria Granjas Gerona y Santa Inés conformado por 155 jóvenes en el año 2016.

#### **4.3.2 Marco muestral:**

Los alumnos masculinos inscritos en los Institutos de Educación Telesecundaria Granjas Gerona y Telesecundaria Santa Inés Básica en el año 2016.

#### **4.3.3 Muestra:**

Se realizó un muestreo probabilístico por conveniencia.

### **4.4 Selección de los sujetos de estudio**

#### **4.4.1 Criterios de inclusión**

Adolescentes de género masculino comprendidos entre los 12 y 18 años de edad, que estén inscritos en el ciclo básico, que presentaron consentimiento informado autorizado por padres y/o encargados así como asentimiento.

#### **4.4.2 Criterios de exclusión**

Estudiantes que al momento de realizar el cuestionario se encuentren con algún grado etílico o bajo efecto de alguna droga alucinógena, que no completen el cuestionario o que no deseen participar en el estudio.

#### 4.5 Definición y medición de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medida
<b>Aceptación</b>	Consideración generalizada que algo es bueno o malo.	Conformidad que un adolescente practique relaciones sexuales y ejerza su rol de paternidad.	Cualitativa	Nominal	Aceptable No aceptable
<b>Actitud</b>	Es una predisposición aprendida que responde una forma favorable o desfavorable respecto a un objeto determinado.	Forma de actuar de una persona ante la sociedad.	Cualitativa	Nominal	Aceptable No aceptable
<b>Información</b>	Comunicación o adquisición de conocimientos que permite ampliar o precisar lo que se posee sobre una materia determinada.	Grupo de datos que posee el estudiante con respecto a salud sexual y reproductiva.	Cualitativa	Nominal	Adecuada No adecuada
<b>Rol de paternidad</b>	Relación única entre el padre y su hijo que genera una serie de deberes y derechos recíprocos.	Capacidad que tiene el género masculino a responsabilizarse de sus hijos.	Cualitativa	Nominal	Si es capaz No es capaz
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta un momento determinado.	Edad en la que se tiene la capacidad para ejercer el rol de paternidad.	Cuantitativa discreta	Razón	Años

## **4.6 Técnicas, proceso e instrumentos utilizados en la recolección de datos**

### **4.6.1 Técnicas de recolección de datos**

Para la participación del estudio se entregó a los padres de familia y estudiantes la solicitud del consentimiento como el asentimiento informado, respectivamente. En la recolección de información se utilizó un cuestionario, el cual fue entregado por los integrantes del grupo de investigación hacia los estudiantes masculinos de los dos centros educativos seleccionados, de primero, segundo y tercero básico. Previo a ser respondido el cuestionario, se les brindó instrucciones a los participantes como debería de ser completado el cuestionario.

### **4.6.2 Procesos**

Paso 1: Elaboración de protocolo.

Se obtuvo información acerca del número de escuelas e institutos así como la cantidad de estudiantes masculinos registrados en los institutos nacionales de educación básica Santa Inés y Granjas Gerona del municipio de San Miguel Petapa en el año 2016, según datos proporcionados por el Ministerio de Educación. Con estos datos se determinó el universo a estudiar y el número de Institutos que se tomaron en cuenta para realizar la investigación.

Paso 2: Aprobación de protocolo por parte de la Unidad de Trabajos de Graduación.

Paso 3: Elaboración de trabajo de campo.

El cual se llevó a cabo de la siguiente manera:

- a. Se llegó a los establecimientos para explicar nuestra investigación y entregar los consentimientos informados a los alumnos para que fueran entregados a sus padres o encargados.
- b. Se llegó al establecimiento en donde previamente se dieron los consentimientos informados para recibir los mismos.

c. A los alumnos que entregaron los consentimientos, se les dio el asentimiento y posteriormente el cuestionario, explicando en que consistía nuestro estudio.

Paso 4: Se recolectaron todos los cuestionarios, verificando que se contara con la cantidad de estudiantes que se encuentran inscritos en los establecimientos y se revisó que dichos cuestionarios estuviesen respondidos en su totalidad.

Paso 5: Se identificaron los cuestionarios, consentimientos y asentimientos en la esquina superior derecha de cada hoja utilizada, llevando un número correlativo desde 1 a 158.

Paso 6: Tabulación de datos.

Se revisaron los datos obtenidos en el cuestionario separando por series los resultados, en donde se identificó a tres de los cuestionarios que no se encontraban llenados de la forma correcta, por lo cual se marcaron como anulados. Se utilizó un cuestionario en blanco el cual fue codificado con la inicial de cada palabra contenida en la pregunta, utilizando letras mayúsculas, las respuestas fueron codificadas de la siguiente manera:

- primera serie: Números del 1 al 5.
- segunda serie: Respuestas dicotómicas utilizando el número 1 para la opción sí y el número 0 para la opción no e iniciales de las respuestas en letras mayúsculas.
- Tercera serie: Se utilizaron las mismas respuestas.
- Cuarta serie: Se utilizaron literales mayúsculas de la A a la E, según el orden de apareamiento.

Se creó una base de datos en Microsoft Office Excel versión 2013, la cual fue analizada en el programa de análisis estadístico y epidemiológico de datos Epidat versión 4.1 para lo cual se utilizó el comando de análisis descriptivo para tablas de frecuencia, utilizando la medida de tendencia central, media, empleando la siguiente fórmula:

$$\bar{X} = \frac{X_1 + X_2 + X_3 + \dots + X_n}{N}$$

### 4.6.3 Instrumentos de medición

Para la recolección de datos se realizó un cuestionario el cual constó de 4 series:

- I serie:  
Pregunta 1 a 5. Actitud y aceptación.
- II serie:  
Pregunta 6 a la 9. Información de prevención de embarazo y riesgos de un embarazo precoz.
- III serie: preguntas 10 y 11. Edad en que se acepta la paternidad.
- IV serie: pregunta 12 a 14. Rol de paternidad.

Se obtuvo la apreciación de los estudiantes con respecto a la aceptación y la no aceptación, la capacidad del rol de paternidad y la información que ellos poseían acerca de los métodos anticonceptivos y riesgos de un embarazo precoz.

**Tabla 4.1**  
**Valoración para cada serie presentada en el cuestionario**  
**“Aceptación del embarazo precoz desde la perspectiva del**  
**estudiante masculino del ciclo básico”**

<b>Serie</b>	<b>Preguntas</b>	<b>Valor mínimo</b>	<b>Valor máximo</b>	<b>Método utilizado</b>
<b>I</b>	<b>1-5</b>	<b>5</b>	<b>25</b>	<b>Escala de Likert</b>
<b>II</b>	<b>6-9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>Media</b>
<b>III</b>	<b>10-11</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>Media</b>
<b>IV</b>	<b>12-14</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>Media</b>

**Tabla 4.2**  
**Escala de Likert**

Escala de Likert	Valor por ítem
Grado de aceptación muy bajo	1-5 puntos
Grado de aceptación bajo	6-10 puntos
Grado de aceptación normal	11-15 puntos
Grado de aceptación alto	16-20 puntos
Grado de aceptación muy alto	21-25 puntos

#### **4.7 Procesamiento y análisis de datos**

##### **4.7.1 Procesamiento**

El sistema de tabulación se realizó por medio de una base de datos y cuadros de Microsoft Office Excel versión 2013, se codificó de acuerdo a las preguntas del cuestionario, seleccionando en cada columna una variable, con sus respectivas preguntas, realizando la sumatoria de las primeras cinco respuestas, dando a cada una un punteo desde 5 a 1.

De la pregunta 1 a 5 se ponderó según la siguiente valoración:

Muy de acuerdo	5
De acuerdo	4
Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	3
En desacuerdo	2
Muy en desacuerdo	1

Para las preguntas de la 6 a la 14 las respuestas fueron ingresadas en la tabulación por medio tablas creadas en Microsoft Office Excel versión 2013, utilizando las frecuencias obtenidas en los cuestionarios sin darle un punteo a las mismas, e independientemente del grado de conocimiento que los estudiantes poseían.

#### **4.7.2 Análisis**

Para analizar el objetivo 1: Determinar las actitudes que tienen los adolescentes masculinos ante un embarazo precoz y la paternidad. Se analizaron las respuestas de la primera serie, clasificando el grado de aceptación según la escala de Likert. Siendo el punteo menor 5 puntos, indicando la no aceptación y 25 puntos indicando un grado de aceptación muy alto.

Objetivo 2: conocer la información que tienen los adolescentes masculinos sobre los diferentes métodos anticonceptivos y los riesgos de un embarazo precoz. Las respuestas fueron analizadas de acuerdo a la media de la población.

Objetivo 3: Identificar el rol de paternidad de los estudiantes ante un embarazo precoz. Las respuestas fueron analizadas de acuerdo a la media de la población.

Objetivo 4: Evidenciar el rango de edad más aceptado por los adolescentes masculinos en relación al rol de paternidad. Las respuestas fueron analizadas de acuerdo a la media de la población.

Para el objetivo 2, 3 y 4 la media fue analizada por medio del programa de análisis estadístico y epidemiológico de datos Epidat versión 4.1 para lo cual se utilizó el comando de análisis descriptivo para tablas de frecuencia, utilizando la medida de tendencia central, media.

#### **4.8 Alcances y límites**

##### **4.8.1 Obstáculos (riesgos y dificultades)**

No se encontraron obstáculos al momento de realizar el trabajo de campo.

#### **4.8.2 Alcances**

Al realizar esta investigación se pretende conocer la opinión de los estudiantes masculinos del ciclo básico ante el impacto de un embarazo precoz en donde ellos deben asumir el rol de la paternidad ya que los embarazos de las adolescentes han aumentado en los últimos años.

#### **4.9 Aspectos éticos de la investigación**

Se respetó la autonomía de cada estudiante participante en la investigación, por medio del consentimiento informado y asentimiento, no se difundió la información brindada por los participantes en la realización del cuestionario.

En forma general, se concordó en que los principios de respeto por las personas, beneficencia y justicia guiaron la realización responsable del presente informe final de investigación. Se trabajó en dos diferentes Institutos Nacionales de Educación Básica, utilizando el mismo consentimiento informado como el asentimiento para todos los participantes, que fueron los estudiantes masculinos de rango de edad de 12 a 18 años.

##### **4.9.1 Categorías de Riesgo**

Categoría I.



## 5. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos en el cuestionario “Percepción del embarazo precoz desde la perspectiva del estudiante masculino del ciclo básico” realizado en los institutos nacionales de educación básica Telesecundaria Granjas Gerona y Santa Inés del municipio de San Miguel Petapa del departamento de Guatemala durante el periodo de febrero y marzo del año 2016.

**Tabla 5.1**

**Aceptación del embarazo precoz desde la perspectiva del estudiante masculino del ciclo básico**

**n=155**

	<b>(f)</b>	<b>(%)</b>
<b>Actitud</b>		
No aceptable	143	92
Aceptable	12	8
<b>Información</b>		
Adecuada	143	92
No adecuada	12	8
<b>Rol de paternidad</b>		
Es capaz	34	21
No es capaz	121	79
<b>Edad aceptada para la paternidad</b>		
Menor de 19 años	9	6
Mayor de 20 años	98	63
Mayor de 30 años	48	31

**Tabla 5.2**

**Grado de aceptación de la población sometida a la percepción del embarazo precoz desde la perspectiva del estudiante masculino del ciclo básico, durante los meses de marzo y abril del año 2016**

**n=155**

<b>Variable</b>	<b>Clasificación</b>	<b>Punteo</b>	<b>(f)</b>	<b>(%)</b>
Grado de aceptación	Muy en desacuerdo	(5)	21	13
	Desacuerdo	(6-10)	76	49
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	(11 - 15)	45	29
	De acuerdo	(16 - 20)	8	5
	De acuerdo	(21 - 25)	5	3

**Tabla 5.3**

**Información de la población sometida a la percepción del embarazo precoz desde la perspectiva del estudiante masculino del ciclo básico, durante los meses de marzo y abril del año 2016**

**n=155**

<b>Variable</b>	<b>Indicador</b>	<b>Clasificación</b>	<b>(f)</b>	<b>(%)</b>
Información	Métodos	Si	121	79
		No	34	21
	Métodos anticonceptivos	Condón masculino	143	92
		Pastillas	108	70
		Condón femenino	80	51
	Fuente	Maestros	115	74
		Internet	72	46
		Televisión	64	41
	Riesgos	Muerte materna	98	62
		Muerte fetal	78	49
		Desnutrición	55	35

**Tabla 5. 4**

**Edad aceptada para la paternidad responsable en la adolescencia de la población sometida a la percepción del embarazo precoz desde la perspectiva del estudiante masculino del ciclo básico, durante los meses de marzo y abril del año 2016**

**n=155**

<b>Variable</b>	<b>Indicador</b>	<b>Edad</b>	<b>(f)</b>	<b>(%)</b>
Edad aceptada	Tener hijos	10 a 14 años	3	2
		15 a 19 años	5	3
		Mayor de 20 años	112	72
		Mayor de 30 años	35	23
	Capacidad económica	10 a 14 años	4	3
		15 a 19 años	7	4
		Mayor de 20 años	84	55
		Mayor de 30 años	60	38

**Tabla 5.5**

**Rol de la paternidad de la población sometida a la percepción del embarazo precoz desde la perspectiva del estudiante masculino del ciclo básico, durante los meses de marzo y abril del año 2016**

**n=155**

<b>Variable</b>		<b>Clasificación</b>	<b>(f)</b>	<b>(%)</b>
Rol de paternidad	Si usted se entera que su pareja actual estuviese embarazada. ¿Qué haría?	Buscaría apoyo y consejo de mis padres	128	81
		Tomaría mi propia decisión sin consultar a mis padres y amigos	15	9
		No me haría responsable	3	2
	Si usted asume la responsabilidad de paternidad ¿qué haría?	Dejar de estudiar y buscar trabajo	27	14
		Pedir ayuda a mis padres para poder seguir estudiando	20	13
		Seguir estudiando y buscar trabajo	96	62
	¿Cree usted que tiene la capacidad para ser padre antes de llegar a los 20 años de edad?	Si	34	21
		No	121	79



## 6. DISCUSIÓN

Esta investigación realizada durante el periodo de marzo a abril del presente año, en el municipio de San Miguel Petapa, se analizaron las variables de este estudio. La población fue de 155 estudiantes de género masculino que cursan los grados académicos de primero, segundo y tercero básico comprendidos entre las edades de 12 a 18 años que asisten a los Institutos Nacionales de Educación Básica de Telesecundaria Granjas Gerona y Santa Inés del ciclo básico del año en curso. Así mismo se anularon 3 cuestionarios, dentro de los cuales se detectaron múltiples respuestas en diversos ítems para lo cual se solicitaba una única opción como respuesta.

En relación con la actitud de los adolescentes masculinos, los estudiantes que participaron en el cuestionario respondieron que no se acepta tanto el embarazo precoz como la paternidad. La puntuación de cada estudiante se obtuvo de la suma de las categorías de los distintos ítems clasificándolos dentro de la escala de Likert en donde se evidenció que el 62% (97 de 155 estudiantes) no aceptaron el embarazo ni la paternidad precoz. Estos resultados se asemejan a los obtenidos en la Encuesta Nacional Latinoamericana del año 1993 en donde se observa la negación de embarazo y paternidad precoz, sin embargo la actitud de rechazo hacia el embarazo precoz que mostraron los adolescentes masculinos en este cuestionario no se relaciona con los datos estadísticos evidenciados por OSAR para finalizar el año 2015, en donde se reportaron 179 embarazos en mujeres de 10 a 14 años y 71,000 embarazos en mujeres de 15 a 19 años en Guatemala. Consideramos que existe una opinión negativa de los adolescentes masculinos ante el impacto del embarazo en la adolescencia ya que existen aspiraciones, objetivos futuros y conocen la responsabilidad que conlleva en el ámbito familiar y económico.<sup>6</sup>

Vinculando los conocimientos que poseen los jóvenes encuestados acerca de las temáticas anteriormente descritas, se emplearon dos preguntas siendo la primera sobre la definición de métodos anticonceptivos y la segunda; la descripción de cuáles conoce. Los resultados fueron un 79% (121) afirmaron conocer los métodos anticonceptivos y se demostró que el 21% (34) ignoran la definición de los mismos.

Se percibe que la información adquirida por los alumnos no es integral, ellos conocen los métodos anticonceptivos por separado, sin embargo desconocen el concepto de los mismos. Los métodos anticonceptivos más conocidos fueron; el condón masculino 92%(143), pastillas 70% (108), el condón femenino 51%(80), inyecciones 48% (68) y las pastillas del día después 32% (50). Se observa que tanto en Guatemala como a nivel internacional, los resultados reportados son similares, ya que un estudio de Singapur evidenció que los métodos más conocidos son las pastillas, el condón y la ligadura. Estimamos que a nivel nacional hay limitación en la información que los jóvenes poseen acerca de salud reproductiva, ya que se percibe la importancia de que ellos conozcan la diversidad de métodos anticonceptivos existentes.<sup>24</sup>

Las fuentes de información sobre educación sexual y reproductiva fueron maestros 74% (115), internet 42% (72), televisión 41% (64), amigos 37% (58) y libros 31% (48). Existió concordancia con los resultados obtenidos ya que según el Currículo Nacional Base (CNB) la educación sexual se imparte a través del Ministerio de Educación, omitiendo el ámbito familiar como fuente de referencia primordial y en donde el estudio de OSAR recomienda brindar apoyo en dicha área para un adecuado manejo del embarazo precoz. Sin embargo, en el estudio titulado “Conocimiento y utilización de los métodos anticonceptivos y su relación con la prevención de enfermedades de transmisión sexual en jóvenes” realizado en la Universidad de Huelva, España, los resultados obtenidos se vinculan con los adolescentes que toman como preferencia adquirir información de amistades y maestros; ya que afirman cierto grado de alejamiento entre padres e hijos, demostrando temor ante una respuesta coercitiva acerca de educación reproductiva. En relación a la comunicación entre los jóvenes y los padres de familia sobre temas de sexualidad debemos resaltar que tradicionalmente los adolescentes constituyen un grupo sexualmente activo, sin embargo mal informado, fenómeno altamente contradictorio, ya que la educación sexual se incluye en el contexto de la formación integral del adolescente.<sup>2,6,37</sup>

Con base a los datos estadísticos de SEGEPLAN 2011, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se menciona que la hemorragia es el principal riesgo de muerte materna en adolescentes, lo que se asemeja con los resultados evidenciados en el cuestionario sobre la información que los jóvenes poseen, siendo éstos la muerte materna 62% (98), muerte fetal 49% (78), desnutrición 35% (55), hemorragia 31% (49) y anemia 21% (34).

Los riesgos médicos asociados a embarazo precoz determinan una elevación de la morbimortalidad materna, cuando se compara con los grupos de edades entre 20 y 29 años. Las patologías maternas son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años.<sup>16</sup>

Así mismo se observó que los adolescentes consideran que la edad más aceptada para ser padres de familia y poseer dicha capacidad es mayor de 20 años 72% (112), mayor de 30 años 23% (35), 15 a 19 años 3% (5), 10 a 14 años 2% (3); mientras que la edad con capacidad para sostener económicamente a una familia fue mayor de 20 años 55% (84) y mayor de 30 años 38% (60), 15 a 19 años 4% (7) y de 10 a 14 años, 3% (4). El mayor porcentaje para ambas preguntas se encuentra dentro del grupo etéreo mayor de 20 y 30 años, por lo tanto se asume que los estudiantes se proponen culminar sus estudios académicos a nivel medio y adquirir una labor para poseer capacidad y estabilidad financiera.

En cuanto al comportamiento del adolescente, en caso de que su pareja actual quede embarazada, se observó un porcentaje de 81% (126) quienes buscarían apoyo y consejo de sus padres, 62% (96) seguirían estudiando y buscarían trabajo, en comparación con 14% (22) quienes dejarían de estudiar y buscarían trabajo. Se afirma que a pesar de que la pareja quede embarazada, los jóvenes se ven necesitados del apoyo dentro del hogar; sin embargo existe un 9% de los estudiantes quienes tomarían su propia decisión sin consultarlo, a diferencia de un 2% quienes buscarían apoyo de los amigos.

Los resultados obtenidos en el rol de paternidad se relaciona con un estudio realizado en Venezuela, "La paternidad en el adolescente: Un problema social", donde se observa que de los 96 encuestados, el 67 % estaban activos en el sistema educativo y de éste, el 31% trabajan. El 54% del total comparten vivienda con la familia de origen. Los datos anteriores se asemejan con los resultados obtenidos en nuestro cuestionario, en donde el 62% (96) siguen estudiando y buscan trabajo, el 14% (22) dejan de estudiar para buscar trabajo, 13% (20) piden ayuda a sus padres para seguir estudiando y 3% (4) optaron por la opción de vivir junto con la pareja en casa de familiares. Se evidencia que ante la obligación de paternidad el mayor porcentaje de adolescentes no ignora el derecho de educación académica y deseo de superación y así representar el núcleo familiar. Los padres adolescentes modifican su proyecto de vida, renuncian a sus metas o simplemente no disfrutan de su juventud. Es de importancia que la pareja asuma juntos la

responsabilidad del embarazo, no solo porque los involucra a ambos; sino que el apoyo mutuo influirá positivamente en el proceso de paternidad.<sup>12</sup>

El proceso de investigación se vio fortalecido en la fase del trabajo de campo cuando los jóvenes estudiantes presentaron dudas sobre el cuestionario a responder, las cuales fueron resueltas por el equipo investigador motivando así a los sujetos de investigación a participar.

La actitud de respeto por parte de los estudiantes hacia los catedráticos de las instituciones educativas y al grupo investigador, fortaleció la elaboración del trabajo de campo; demostrando orden, disciplina y seguimiento a las instrucciones establecidas en cada serie del cuestionario utilizado.

## 7. CONCLUSIONES

- 7.1 Los estudiantes que asisten a los institutos de educación básica Telesecundaria Granjas Gerona y Santa Inés no aceptan el embarazo precoz ni la paternidad adolescente.
- 7.2 Nueve de cada diez adolescentes demuestran que la información que poseen con respecto a métodos anticonceptivos y riesgos de un embarazo precoz, es adecuada.
- 7.3 Ocho de cada diez estudiantes no se consideran capaces de ejercer el rol de paternidad precoz.
- 7.4 El rango mas aceptado por los estudiantes para asumir la paternidad es mayor de veinte años.



## 8. RECOMENDACIONES

### 8.1 A los institutos nacionales de educación básica Telesecundaria Santa Inés y Granjas Gerona

- Reforzar los conocimientos de los estudiantes de nivel básico por medio de competencias acerca de Reproducción y Desarrollo basados en el Currículo Nacional Base (CNB) del Gobierno de la Republica de Guatemala del Ministerio de Educación.

### 8.2 A las autoridades del Municipio de San Miguel Petapa

- Fomentar la salud reproductiva y sexual en el hogar a través de actividades culturales tanto informáticas como preventivas dentro de la población de mayor riesgo, siendo ésta la etapa de la adolescencia.

### 8.3 Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

- Trabajar en conjunto con el Ministerio de educación para promover el Programa de Salud Reproductiva ya establecido y éste ser enfocado a los varones de las instituciones de educación media.
- Promover la planificación familiar utilizando medios de comunicación de tipo audiovisual como internet y anuncios de radio y televisión.
- Suscitar la enseñanza de planificación familiar y salud reproductiva a través de personal de salud con empatía hacia los adolescentes que solicitan consejo.
- Implementar que las campañas de prevención de embarazos en adolescentes sean llevadas a los establecimientos educativos tanto rurales como urbanos dentro de los municipios de Guatemala.



## 9. APORTES

### 9.1 Al Ministerio de Educación

- Con los resultados obtenidos del estudio “Percepción del embarazo precoz desde la perspectiva del estudiante masculino de ciclo básico”, se desea contribuir con el Ministerio de educación, a través del Currículo Nacional Base (CNB) para enriquecer el contenido de maternidad y paternidad responsable contenidos en sexualidad, los cuales refuerzan el conocimiento y actitudes del embarazo precoz.

Dicho estudio es pionero donde se evidencia la perspectiva masculina sobre la aceptación del embarazo precoz en la adolescencia.



## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. RevPediatr [en línea]. 2008 Abr 1 [citado 8 Mar 2016]; 5 (1): [aprox. 1 pant.]. Disponible en: <http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/5.html>
2. Populationpyramid.net, Pirámides de población del mundo desde 1950 a 2100. [en línea]. Nueva York: Naciones Unidas; 2016 [citado 23 Abr 2016]. Disponible en: <https://populationpyramid.net/es/guatemala/2016/>
3. Arrollo H, Balarini S, Borile M, Braschi M, Caballero M, Calandria N, et al. Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral [en línea]. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2010 [citado 13 Sep 2015]. Disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/libroVirtualAdolescentes/ejesTematicos/AbordajeIntegralConsulta/cap13B.html>
4. Plan Nacional de Prevención en Embarazos en Adolescentes y Jóvenes [en línea]. Guatemala: CONJUVE; 2013 [citado 10 Sep 2016]. Disponible en: [conjuve.gob.gt/descargas/PLANEA.pdf](http://conjuve.gob.gt/descargas/PLANEA.pdf)
5. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas vitales [en línea]. Guatemala: INE; 2013 [citado 10 Sep 2015]. Disponible en: <http://www.ine.gob.gt/>
6. Guatemala. Ministerio de educación. Dirección General de Currículo. Currículo nacional base [en línea]. Guatemala: MINEDUC; 2013 [citado 22 Mar 2016]; Disponible en: [http://www.mineduc.gob.gt/DIGECUR/?p=CNB.asp&t=Curriculo\\_Nacional\\_Base\\_CNB](http://www.mineduc.gob.gt/DIGECUR/?p=CNB.asp&t=Curriculo_Nacional_Base_CNB)
7. Moreno S, Canelón ML, Becerra L. Conducta sexual, conocimiento sobre embarazo y necesidades percibidas con relación a educación sexual, en adolescentes escolarizados. Espacio Abierto [en línea]. 2006 Dic [citado 2 Mar 2016]; 15(4):787-803. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/26486173\\_Conducta\\_sexual\\_conocimiento\\_sobre\\_embarazo\\_y\\_necesidades\\_percibidas\\_con\\_relacion\\_a\\_educacion\\_sexual\\_en\\_adolescentes\\_escolarizados](https://www.researchgate.net/publication/26486173_Conducta_sexual_conocimiento_sobre_embarazo_y_necesidades_percibidas_con_relacion_a_educacion_sexual_en_adolescentes_escolarizados)
8. Sabonge K, Wulf D, Remez L, Prada E. Early childbearing in Honduras: a continuing challenge [en línea]. N.Y. Guttmacher Institute; 2006. [citado 25 Feb

- 2016]; Disponible en: <https://www.guttmacher.org/report/early-childbearing-guatemala-continuing-challenge-0>
9. Silber TJ, Munist MM, Maddaleno M, Suárez EN. Manual de medicina de la adolescencia. Washington, D.C.: OPS; 1995. (Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud; 20).
  10. Meléndez D. Contexto cultural de la maternidad y paternidad en adolescentes en Costa Rica [en línea]. Costa Rica: OPS, OMS, Programa de Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente; 1996.
  11. Rodríguez E. La paternidad en el adolescente: un problema social. Arch Venez Puer Ped [en línea]. 2009 [citado 25 Feb 2016]; 72 (3):1-10. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06492009000300003](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492009000300003)
  12. Chaj Coyoy GE. Adaptación emocional en el embarazo precoz: estudio realizado con adolescentes embarazadas que asisten al centro de salud del departamento de Quetzaltenango [tesis Licenciatura en Psicología Clínica en línea]. Quetzaltenango: Universidad Rafael Landívar, Facultad de Humanidades; 2015. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/05/42/Chaj-Gabriela.pdf>
  13. Municipalidad de San Miguel Petapa [en línea]. Guatemala, San Miguel Petapa: la municipalidad; 2012 [citado 8 Oct 2015]. Disponible en: <http://munisanmiguelpetapa.gob.gt>
  14. ----- . Consejo Municipal de Desarrollo. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Dirección de Planificación Territorial. Plan de desarrollo San Miguel Petapa. Guatemala: SEGEPLAN/DPT; 2010.
  15. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Informe de la conferencia internacional de población y desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. [en línea]. Nueva York 1995; [citado 8 Oct 2015] p. 88. Disponible en: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd\\_spa.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf)
  16. V Encuesta nacional de salud materno-infantil [en línea]. Guatemala: MSPAS, INE, UVG; 2011 [citado 8 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/01/22/LYk4A1kGJAO7lvfS0Aq6tezcUa9tQh35.pdf>
  17. Torriente N, Caballero DD, Rizo A C, Menéndez L R. Conocimientos elementales sobre educación sexual en alumnos de una escuela secundaria básica urbana.

- Rev Haban Cienc Méd [en línea]. 2010 [citado 8 Sep 2016]; 9(4):576-587. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v9n4/rhcm18410.pdf>.
18. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Embarazos en adolescentes menores de 14 años, años 2009 a 2015. [en línea]. Guatemala: MSPAS, SIGSA; 2015. [citado 22 Nov 2015]. Disponible en: <http://sigsa.mspas.gob.gt/files/descargas/DatosSalud/4EnfermedadesY riesgos.xls>
  19. Guatemala. Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva. Los lugares del embarazo en el país. [en línea]. Guatemala: OSAR, SEGEPLAN; 2011. [citado 4 Sep 2015]. Disponible en: [http://www.segeplan.gob.gt.2.0/index.php?option=com\\_content&view=article&id=766%3Apresentan-estudionacionaldemortalidadmaterna](http://www.segeplan.gob.gt.2.0/index.php?option=com_content&view=article&id=766%3Apresentan-estudionacionaldemortalidadmaterna)
  20. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Estudio de mortalidad materna 2011. [en línea]. Guatemala: MSPAS, SEGEPLAN; 2011. [citado 4 Sep 2015]. Disponible en: <http://www.segeplan.gob.gt>
  21. Guatemala. Congreso de la República. Decreto número 32-2010 [en línea]. Guatemala: Congreso de la República; 2010. [citado 10 Ene 2016]. Disponible en: [http://www.cepal.org/oig/doc/LeyesCuidado/GTM/2010\\_D32-2010\\_GTM.pdf](http://www.cepal.org/oig/doc/LeyesCuidado/GTM/2010_D32-2010_GTM.pdf).
  22. Ulanowicz MG, Parra KE, Wendler GE, Monzón LT. Riesgos en el embarazo adolescente. Rev Posgrado de la VI Cátedra de Medicina. [en línea]. 2006. [citado 10 Ene 2016]. 153(2): 13-17. Disponible en: [http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista153/4\\_153.htm](http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista153/4_153.htm)
  23. Sáenz V. Morbilidad de la madre adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol [en línea]. 2005 [citado 4 Abr 2016]; 31(2):4-5 Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31\\_2\\_05/gin03205.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_2_05/gin03205.pdf)
  24. Matute JV. Prevalencia de la hemorragia post parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso, puérperas adolescentes. [tesis Master en Ginecología y obstetricia en línea]. Ecuador: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2012. [citado 4 Abr 2016]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3990/1/MEDGO10.pdf>
  25. Horton S, Alderman H, Rivera JA. Copenhagen consensus 2008 challenge paper hunger and malnutrition. [en línea]. Dinamarca: Copenhagen Consensus Center; 2008 [citado 15 Feb 2015] Disponible en: [http://www.copenhagenconsensus.com/sites/default/files/CP\\_Malnutrition\\_and\\_Hunger\\_-\\_Horton.pdf](http://www.copenhagenconsensus.com/sites/default/files/CP_Malnutrition_and_Hunger_-_Horton.pdf)

26. Kanani SJ, Poojara RH. Supplementation with iron and folic acid enhance growth in adolescent Indian girls. *J Nutr* [en línea]. 2000 [citado 15 Feb 2016];130(2):1. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10721926>
27. Chaparro CM. La anemia entre adolescentes y mujeres adultas jóvenes en América Latina y El Caribe: Un motivo de preocupación [en línea]. Perú: Organización Panamericana de la Salud;2009 [citado 21 Mar 2016]. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/AdolescentAnemiaSpan%20\(2\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/AdolescentAnemiaSpan%20(2).pdf)
28. Orozco A. Van 4 mil niñas embarazadas. *Prensa Libre* [en línea]. 25 Sep 2015. [citado 14 Ene 2016]; [aprox. 1 pant.]. Disponible en: <http://www.prensalibre.com/guatemala/van-4-mil-nias-embarazadas>
29. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales. Encuesta nacional de la juventud venezolana: la juventud venezolana protagonista de la democracia (ENJUVE) informe general. Caracas: Ministerio de la Familia; 2014 [en línea]. Caracas p.18 – 22. [citado 14 Feb 2016]; Disponible en: <http://goo.gl/zeq5jO>
30. Alpizar G. Estudio comparativo de conocimientos y actitudes hacia la sexualidad y necesidades de educación sexual en adolescentes de secundaria. [tesis Licenciado en Psicología Educativa en línea]. México D.F.: 1996. [citado 10 Nov 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/4CBVtB>
31. Thurstone LL. “Attitudes can be measured”. *American Journal of Sociology*. 1928; 33: 529-554 [en línea]. Citado por: Universidad de Chicago. Editor. Mead Project. 2007 [citado 10 Nov 2015]; Disponible en: [https://brocku.ca/MeadProject/Thurstone/Thurstone\\_1928a.html](https://brocku.ca/MeadProject/Thurstone/Thurstone_1928a.html)
32. Murchinson C. Editor. *Handbook of social psychology*, [en línea]. Worcester, M.A.: Clark University Press; 1935. [citado 10 Nov 2015]; Disponible en: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1935-05283-000>

33. Rodríguez E. La paternidad en el adolescente: Un problema social. ArchVenezPuerPed [en línea]. 2009 [citado 03 Feb 2016]; 72(3): 1 – 6. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06492009000300003&lng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492009000300003&lng=es)
34. Schorge J, Schaffere J, Halvorson L, Hoffman B, Bradschaw K, Cunningham G. Williams Ginecologia. Mexico: McGrawHill Interamericana; 2009. Capitulo 5. Metodos anticonceptivos; p.105-135.
35. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Gilstrap L, Wenstrom K. Obstetricia de Williams. 22ed. Mexico: McGrawHill Interamericana; 2006. Capitulo 8. Anticoncepción; p.725-750.
36. Peña A, Vásquez A, Méndez R, Santana F, Batista D, Arzeno E. Rev Med Dom [en línea]. 2013 [citado 23 Feb 2016]; 74 (2): 37-38. Disponible en: <file:///C:/Users/Applus/Downloads/RMD-MAYO-AGOSTO-2013-VOL.74.pdf>
37. Cleto M, Mota C, Peguero I, Peguero M, Placencio M. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos en una población de estudiantes. Rev Med Dom [en línea]. 2002 [citado 17 sep 2015]; 63(1): 01-18. Disponible en: <http://www.bvs.org.do/revistas/rmd/2002/63/01/rmd-2002-63-01-017-018.pdf>.
38. Alba R, Cabrera D. Conocimiento sobre uso de métodos anticonceptivos en relación con riesgos reproductivos en adolescentes de los quintos y sextos cursos del colegio técnico Federico Paez del canton Otavalo, Provincia de Imbabura periodo 2009-2010. [tesis Licenciatura en Enfermería en línea]. Ecuador: Universidad Técnica del Norte, Facultad Ciencias de la Salud; 2010. [citado 22 Feb 2016]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/142674370/TESIS-METODOS-ANTICONCEPTIVOS>
39. Vilariño C, Torrico E, López M, Revilla C. Conocimientos y utilización de los métodos anticonceptivos y su relación con la prevención de enfermedades de transmisión sexual en jóvenes. Anales de psicología. [en línea]. 2003 [citado 10 Feb 2016]; 19 (1): 81-89. Disponible en: [http://www.um.es/analesps/v19/v19\\_1/08-19\\_1.pdf](http://www.um.es/analesps/v19/v19_1/08-19_1.pdf).
40. Contreras V. OSAR: 179 menores de 14 años embarazadas. Diario La Hora [en línea]. 26 Feb 2015 [citado 15 Oct 2015]; Nacionales: [aprox. 1 pant.]. Disponible en: <http://lahora.gt/osar-179-menores-de-14-anos-embarazadas/>.



## 11. ANEXOS

### ANEXO 11.1



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_ con número de DPI \_\_\_\_\_

(Nombre de padre, madre o encargado)

AUTORIZO al alumno (a) \_\_\_\_\_ para que

participe en el cuestionario de recolección de datos para el trabajo de investigación titulado **“Aceptación del embarazo precoz desde la perspectiva del estudiante masculino del ciclo básico”**. Llevada a cabo por las estudiantes Karen Rubio, Marcia Hernández, Lila Ixtacuy y Mariela Dubón, de 7mo. año de la carrera de Medicina en la Universidad de San Carlos de Guatemala, Ciudad de Guatemala.

Sin otro particular al que hacer referencia y esperando contar con su apoyo se despiden de usted.

Atentamente

\_\_\_\_\_  
Lila Ixtacuy

\_\_\_\_\_  
Marcia Hernández

\_\_\_\_\_  
Mariela Dubón

\_\_\_\_\_  
Karen Rubio

## ANEXO 11.2



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



Guatemala, marzo 2016

Padres de familia o encargados:

Le saludamos cordialmente informándole que en el periodo de marzo del presente año, se realizará un estudio en el Instituto Nacional de Educación Básica Santa Inés, titulado "ACEPTACION DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DEL CICLO BASICO" elaborado por las señoritas estudiantes de séptimo año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, el cual consta de un cuestionario de cuatro series de 14 preguntas y se brindará a jóvenes estudiantes de género masculino comprendidos entre las edades de 14 a 18 años.

Por lo anteriormente descrito, solicitamos su autorización para la colaboración de su hijo

Agradeciendo su comprensión, atentamente

Lila Ixtacuy

Marcia Hernández

Karen Rubio

Mariela Dubón

## ANEXO 11.3



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



### ASENTIMIENTO INFORMADO

#### PERCEPCIÓN DEL EMBARAZO PRECOZ DESDE LA PERSPECTIVA DEL ADOLESCENTE MASCULINO

Se tiene como objetivo general, el determinar la aceptación del embarazo precoz desde la perspectiva del estudiante masculino del ciclo básico comprendido entre las edades de 12 a 18 años en los Institutos Nacionales de Educación Básica, Telesecundaria Granjas Gerona y Telesecundaria Santa Inés, en el Municipio de San Miguel Petapa en el Departamento de Guatemala durante los meses de febrero a marzo del año 2016.

El estudio consiste en una investigación en donde se trabajará con estudiantes de sexo masculino que se encuentren entre 12 y 18 años, en donde se les pasará un cuestionario, donde se busca conocer la actitud que tienen los adolescentes ante un embarazo precoz y al mismo tiempo se busca saber que tanto saben sobre los métodos anticonceptivos.

Nuestros nombres son: Lila Gabriela Ixtacuy Herrera, Karen Ivon Rubio Estrada, Mariela del Rosario Dubón Vásquez y Marcia Naara Hernández Chávez. Trabajamos en la Unidad Didáctica de Tesis de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Actualmente realizamos el trabajo de Graduación (tesis).

Tu participación en el estudio consistiría en realizar un cuestionario que contendrá una sección demográfica donde se preguntara el establecimiento y la edad, posteriormente se encuentran 20 preguntas.

Tu participación en el estudio es voluntaria. Esta información será confidencial.

Sí quiero participar

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

## ANEXO 11.4



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



**Responda las siguientes preguntas. De acuerdo a su opinión personal.**

### **SERIE I. Actitud y aceptación.**

- 1. ¿Qué piensa usted de que una adolescente (11-19 años) quede embarazada?**

Muy de acuerdo

De acuerdo

Ni en de acuerdo, ni en desacuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo


- 2. ¿Qué opinión le merece que un adolescente de 15 a 19 años sea padre de familia?**

Muy de acuerdo

De acuerdo

Ni en de acuerdo, ni en desacuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo




**3. ¿Está de acuerdo que los adolescentes entre 11 a 14 años tengan relaciones sexuales?**

Muy de acuerdo

De acuerdo

Ni en de acuerdo, ni en desacuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo


**4. ¿Está de acuerdo que los adolescentes entre 15 a 19 años tengan relaciones sexuales?**

Muy de acuerdo

De acuerdo

Ni en de acuerdo, ni en desacuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo


**5. ¿Considera usted que un embarazo en una adolescente es responsabilidad únicamente de ella?**

Muy de acuerdo

De acuerdo

Ni en de acuerdo, ni en desacuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo




**SERIE II. Información de prevención y riesgos de embarazo precoz.**  
**Responda las siguientes preguntas marcando la opción que más conozca o sepa.**

**6. Sabe que son los métodos anticonceptivos?**

Si	
no	

**Si su respuesta fue si responda la siguiente pregunta. Puede marcar más de una opción. Si su respuesta es no continúe con la pregunta 9.**

**7. Seleccione el o los métodos anticonceptivos de los que ha escuchado o conoce**

Condón masculino		Ritmo o calendario	
Condón Femenino		Pastillas	
Moco cercouterino		Inyecciones	
De Temperatura		Diagrama	
Coitos interrumpidos		Pastilla del día después	
Jadelle		Abstinencia	
T de cobre		Otro	

**8. De donde ha escuchado de educación sexual y reproductiva?**

Internet		En el hogar	
Con maestros		Libros	
Revistas		Amigos	
Televisión		Radio	



**9. Cuáles son los riesgos que conoce en un embarazo en una adolescente?**

Hemorragia	<input type="text"/>	Muerte fetal	<input type="text"/>
muerte materna	<input type="text"/>	Desnutrición	<input type="text"/>
Anemia	<input type="text"/>		

**SERIE III. Edad aceptada**

**10. A qué edad considera usted que sería adecuado para tener hijos**

10 – 14 años	<input type="text"/>
15- 19 años	<input type="text"/>
Mayor de 20 años	<input type="text"/>
Mayor de 30 años	<input type="text"/>

**11. A qué edad considera usted que se cuenta con la capacidad económica de mantener una familia**

10 – 14 años	<input type="text"/>
15- 19 años	<input type="text"/>
Mayor de 20 años	<input type="text"/>
Mayor de 30 años	<input type="text"/>



**SERIE IV. Rol de Paternidad**

**12. Si usted tiene una pareja con la cual mantiene relaciones sexuales sin protección, quedando ella embarazada. ¿Qué haría usted?**

Buscaría apoyo y consejo de mis padres

Buscaría apoyo y consejo de mis amigos

Tomaría mi propia decisión sin consultar a mis padres y amigos

Dejaría que ella sola tome la decisión sobre qué hacer sobre su embarazo y el futuro

No me haría responsable


**13. si usted asume la responsabilidad de paternidad que haría?**

Dejar de estudiar y buscar trabajo

Pedir ayuda a mis padres para poder seguir estudiando

Seguir estudiando y buscar trabajo

Vivir junto con mi pareja en casa de familiares


**14. Cree usted que tiene la capacidad para ser padre antes de llegar a los 20 años de edad?**

Si	
No	

## ANEXO 11.5

### ACEPTACION DEL EMBARAZO PRECOZ DESDE LA PERSPECTIVA DEL ESTUDIANTE MASCULINO DE CICLO BÁSICO

Responda las siguientes preguntas. De acuerdo a su opinión personal.

#### SERIE I. Actitud y aceptación.

15. ¿Qué piensa usted de que una adolescente (11 a 19 años) quede embarazada?  
(QPUDQUNA11-19AQEMB)

Muy de acuerdo	5
De acuerdo	4
Ni en de acuerdo, ni en desacuerdo	3
En desacuerdo	2
Muy en desacuerdo	1

16. ¿Qué opinión le merece que un adolescente de 15 a 19 años sea padre de familia? (QOLMQUA15-19ASPDF)

Muy de acuerdo	5
De acuerdo	4
Ni en de acuerdo, ni en desacuerdo	3
En desacuerdo	2
Muy en desacuerdo	1

17. ¿Está de acuerdo que los adolescentes entre 11 a 14 años tengan relaciones sexuales? (EDAQLAE11-14ATRS)

Muy de acuerdo	5
De acuerdo	4
Ni en de acuerdo, ni en desacuerdo	3
En desacuerdo	2
Muy en desacuerdo	1

18. ¿Está de acuerdo que los adolescentes entre 15 a 19 años tengan relaciones sexuales? **(EDAQLAE15-19ATRS)**

Muy de acuerdo	70	5
De acuerdo		4
Ni en de acuerdo, ni en desacuerdo		3
En desacuerdo		2
Muy en desacuerdo		1

19. ¿Considera usted que un embarazo en una adolescente es responsabilidad únicamente de la mujer o de ambos? **(CUQUEEUAERUDLMODA)**

Muy de acuerdo		5
De acuerdo		4
Ni en de acuerdo, ni en desacuerdo		3
En desacuerdo		2
Muy en desacuerdo		1

**SERIE II. Información de prevención y riesgos de embarazo precoz.  
Responda las siguientes preguntas marcando la opción que más conozca o sepa.**

20. ¿Sabe que son los métodos anticonceptivos? **(SCSLMAC)**

Si	1
No	0

21. ¿Cuáles de los siguientes métodos conoce? (CDLSMC) 1= OPCION MARCADA  
0= OPCION NO MARCADA

Condón masculino	CM	Ritmo o calendario	RC
Condón Femenino	CF	Pastillas	P
Moco cercouterino	MC	Inyecciones	I
De Temperatura	T	Diafragma	DF
Coitos interruptos	CI	Pastilla del día después	PDD
Jadelle	J	Abstinencia	ABS
T de cobre	TC	Otro	O

22. ¿De donde ha escuchado de educación sexual y reproductiva? (DDHEDESYP)

Internet	IN	En el hogar	H
Con maestros	MA	Libros	LI
Revistas	REV	Amigos	AM
Televisión	TV	Radio	RD

23. ¿Cuáles son los riesgos que conoce en un embarazo en una adolescente? (CSLRQCDUEEUA)

Hemorragia	HRR	Muerte fetal	MF
Muerte materna	MM	Desnutrición	DN
Anemia	AN		

**SERIE III. Edad aceptada**

24. ¿Qué edad es la adecuado para tener hijos? (AQEELAPTH)

10 – 14 años	10-14 a
15- 19 años	15-19 a
Mayor de 20 años	>20
Mayor de 30 años	>30

25. ¿A qué edad considera usted que se cuenta con la capacidad económica de mantener una familia? **(AQECUQSCLEDMUF)**

10 – 14 años	10-14 a
15- 19 años	15-19 a
Mayor de 20 años	>20
Mayor de 30 años	>30

**SERIE IV. Rol de Paternidad**

26. Si usted tiene una pareja con la cual mantiene relaciones sexuales sin protección, quedando ella embarazada. ¿Qué haría usted?  
**(SUTUPCLCMRSSP,QEE ¿QHU?)**

Buscaría apoyo y consejo de mis padres	A
Buscaría apoyo y consejo de mis amigos	B
Tomaría mi propia decisión sin consultar a mis padres y amigos	C
Dejaría que ella sola tome la decisión sobre qué hacer sobre su embarazo y el futuro	D
No me haría responsable	E

27. Si usted asume la responsabilidad de paternidad ¿Qué haría? **(SUALRDPQH)**

Dejar de estudiar y buscar trabajo	A
Pedir ayuda a mis padres para poder seguir estudiando	B
Seguir estudiando y buscar trabajo	C
Vivir junto con mi pareja en casa de familiares	D

28. ¿Cree usted que tiene la capacidad para ser padre antes de llegar a los 20 años de edad?

**(CUQTLCPSPADLAL20ADE)**

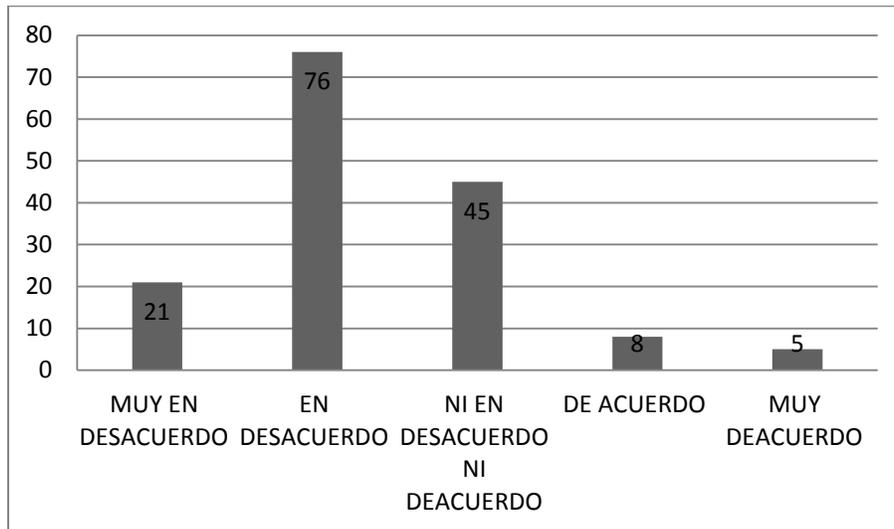
Si	1
No	0

## ANEXO 11.6

### Gráfica 11.1

Grado de aceptación de la población sometida a la percepción del embarazo precoz desde la perspectiva del estudiante del ciclo básico durante el periodo de marzo a abril 2016.

n=155

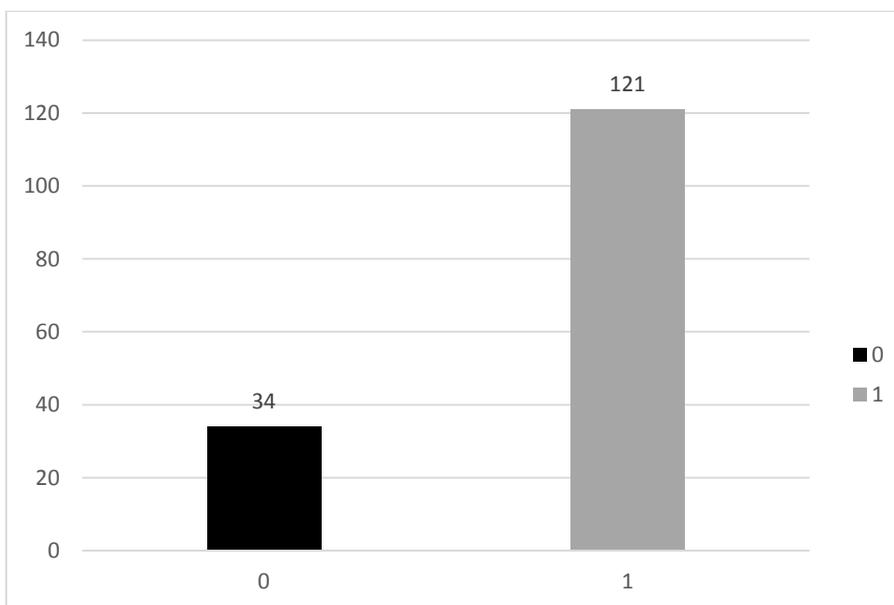


### Gráfica 11.2

Información sobre prevención y riesgos sometida a la percepción del embarazo precoz desde la perspectiva del estudiante del ciclo básico durante el periodo de marzo a abril 2016.

¿Sabe qué son los métodos anticonceptivos?

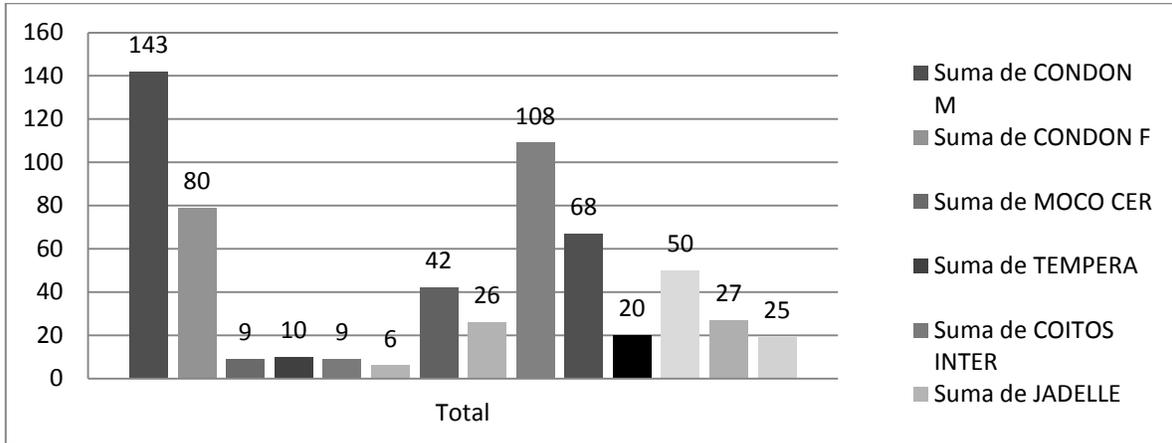
n=155



**Gráfica 11.3**

**Métodos anticonceptivos más conocidos por los estudiantes.**

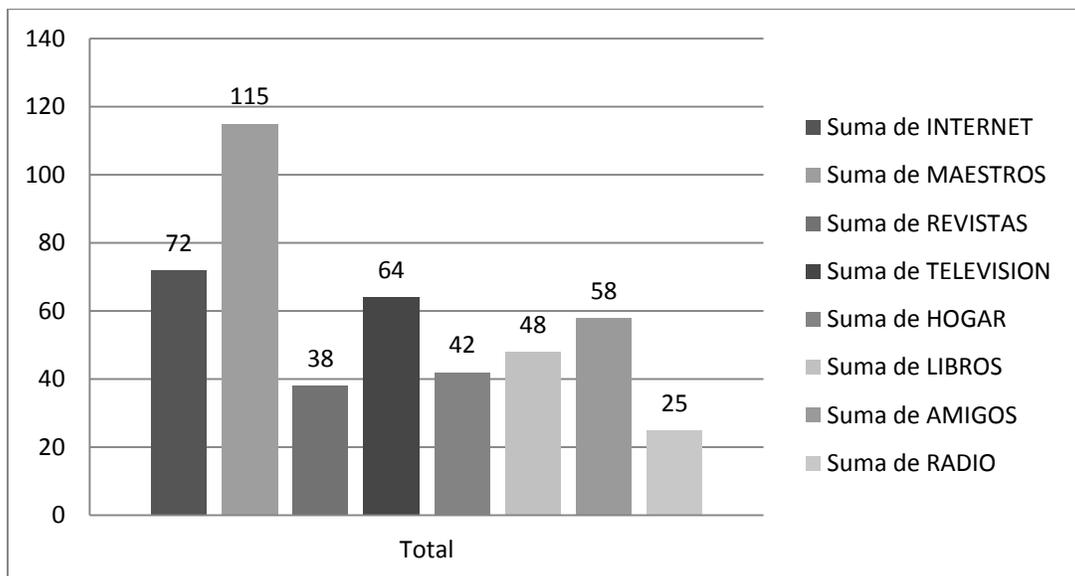
**n=155**



**Gráfica 11.4**

**Fuentes de información de educación sexual y reproductiva.**

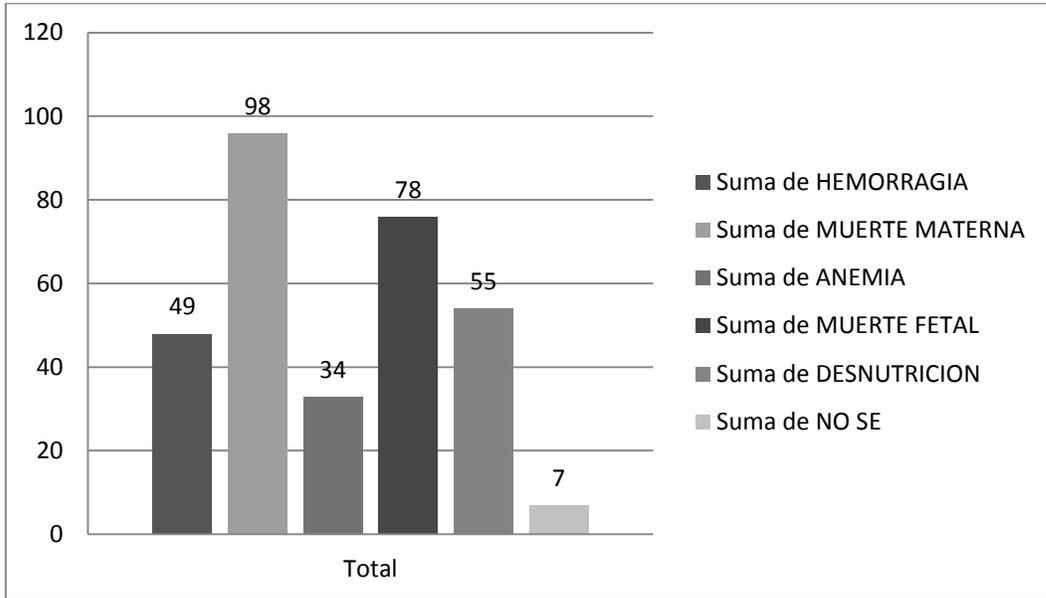
**n=155**



**Gráfica 11.5**

**Riesgos de un embarazo en la adolescente.**

**n=155**

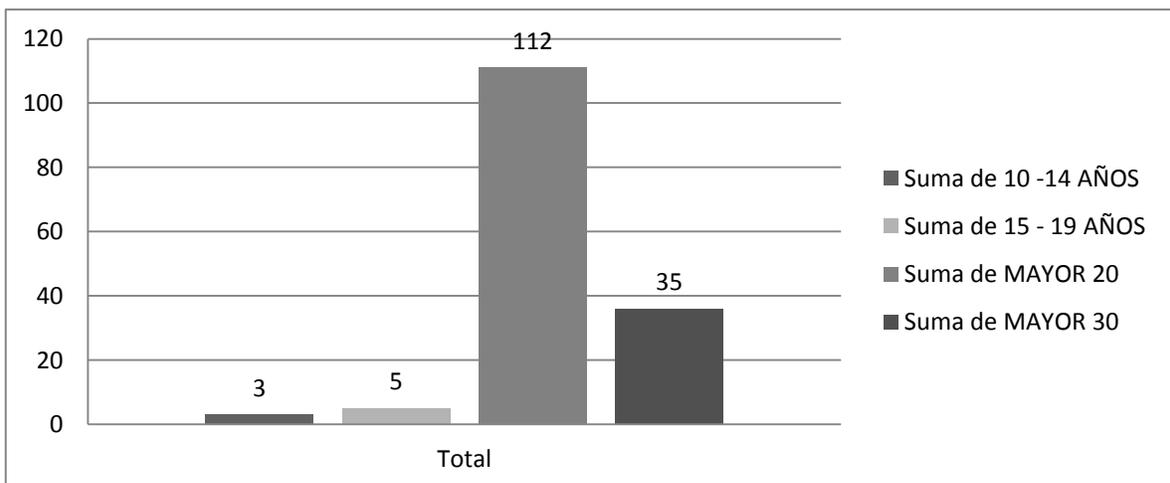


**Edad aceptada sometida a la percepción del embarazo precoz desde la perspectiva del estudiante del ciclo básico durante el periodo de marzo a abril 2016.**

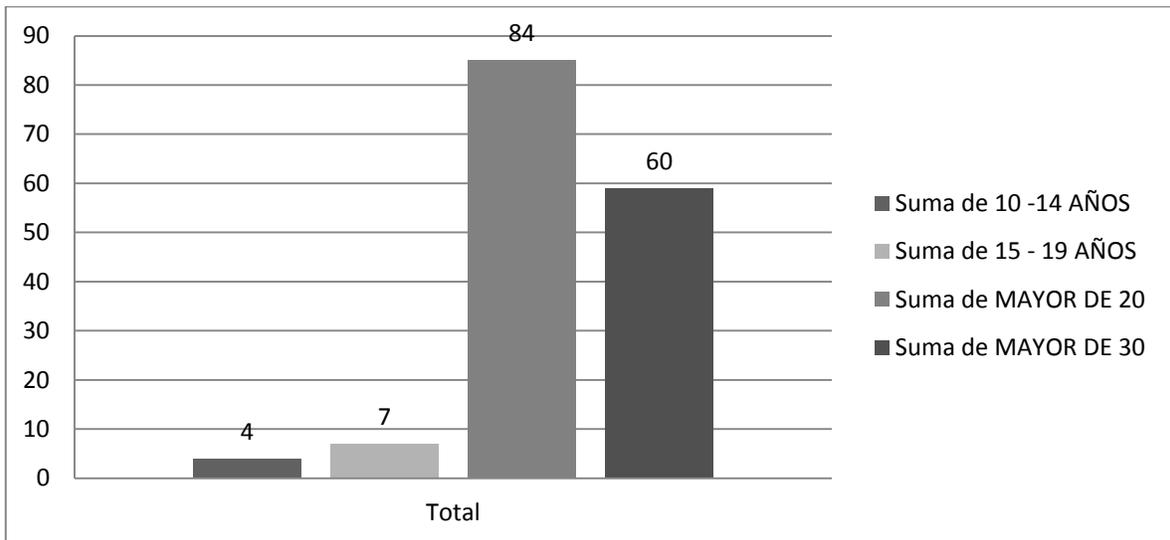
**Gráfica 11.6**

**Edad adecuada para tener hijos.**

**n=155**



**Gráfica 11.7**  
**Edad con la capacidad económica para mantener una familia.**  
**n=155**

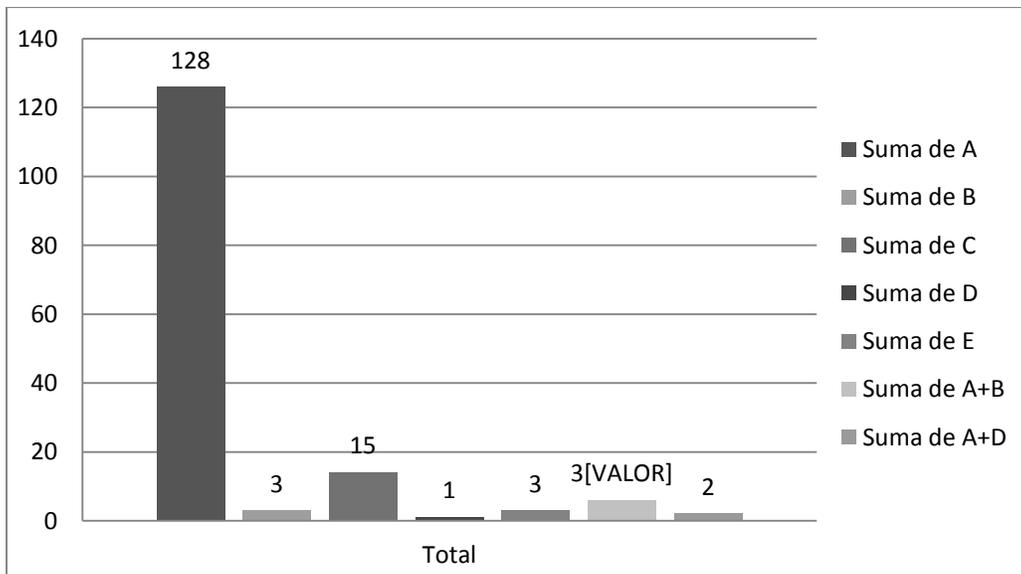


**Rol de paternidad sometida a la percepción del embarazo precoz desde la perspectiva del estudiante del ciclo básico durante el periodo de marzo a abril 2016.**

**Gráfica 11.8**

**Si usted tiene una pareja con la cual mantiene relaciones sexuales sin protección, quedando ella embarazada. ¿Qué haría usted?**

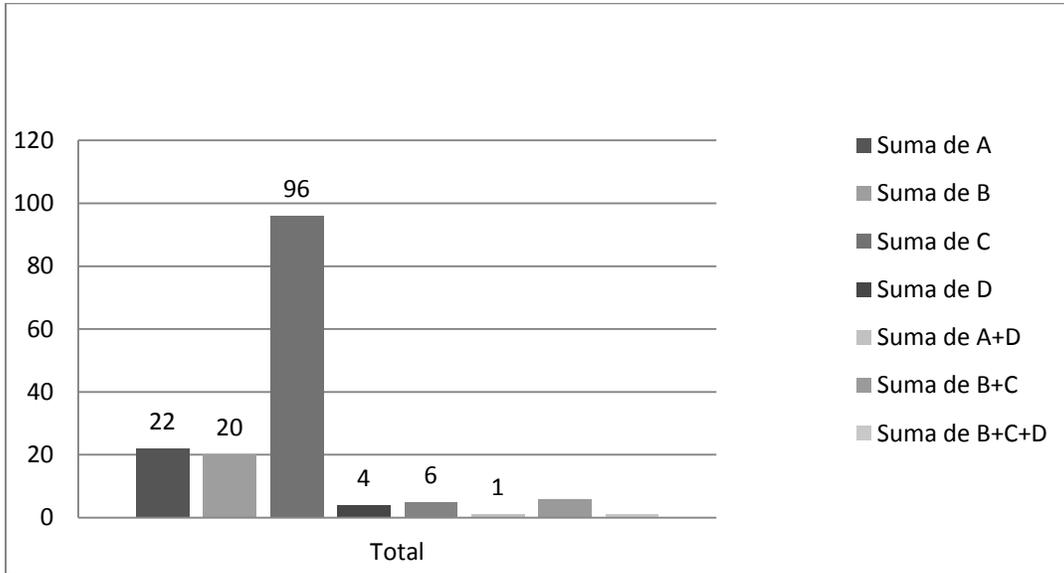
**n=155**



**Gráfica 11.9**

**¿Qué haría si usted asume la responsabilidad de paternidad?**

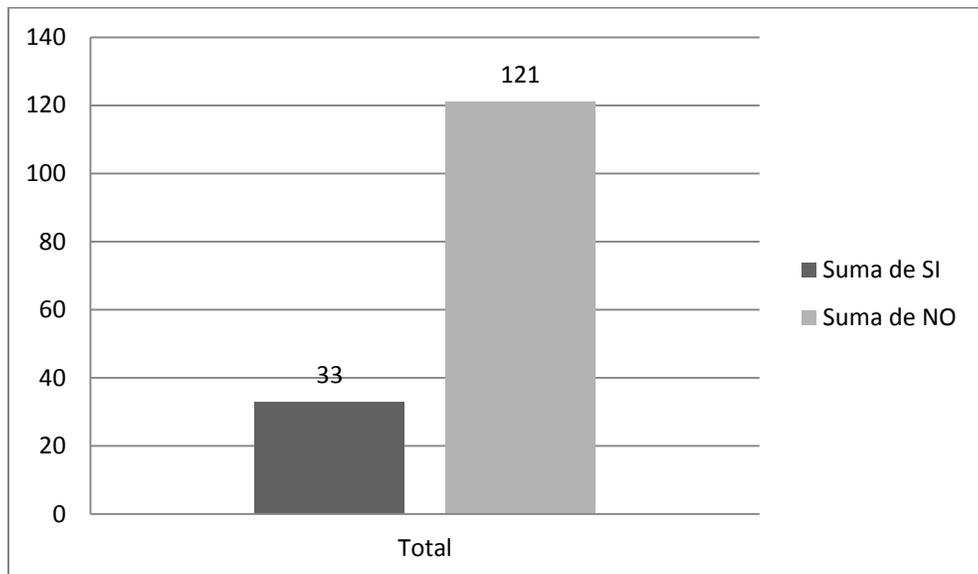
**n=155**



**Gráfica 11.10**

**Cree usted que tiene la capacidad para ser padre antes de llegar a los 20 años de edad.**

**n=155**



## ANEXO 11.7

**Tabla 11.1**

**Grado de aceptación de la población sometida a la percepción del embarazo precoz desde la perspectiva del estudiante masculino del ciclo básico, durante los meses de marzo y abril del año 2016**

n=155

Variable	Clasificación	Punteo	Totales	%
Actitud y aceptación	Muy en desacuerdo	(5)	21	13
	Desacuerdo	(6-10)	76	49
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	(11-15)	45	29
	De acuerdo	(16-20)	8	5
	Muy de acuerdo	(21-25)	5	3
	Total			155

Nota: Las respuestas fueron sumadas y clasificadas según la Escala de Likert, con puntajes de 1 a 5 en cada respuesta. Se anulaban 3 cuestionarios por presentar más de una respuesta en esta serie.

Tabla 11.2

Conocimiento de la población sometida a la percepción del embarazo precoz desde la perspectiva del estudiante masculino del ciclo básico, durante los meses de marzo y abril del año 2016

**n=155**

Variable	Indicador	Clasificación	Total	%	
Información de prevención y riesgo de embarazo precoz.	Métodos	Si	121	79	
		No	34	21	
	Total		155	100	
	Métodos anticonceptivos	Condón masculino		143	92
		Condón femenino		80	51
		Moco cervicouterino		9	6
		Temperatura		10	6
		Coitos interruptus		9	6
		Jadelle		6	4
		T de cobre		42	27
		Ritmo o calendario		26	17
		Pastillas		108	70
		Inyecciones		68	48
		Diafragma		20	13
		Pastilla día después		50	32
		Abstinencia		27	17
		Otros		25	17
	Fuente	Maestros		115	74
		Internet		72	46
		Televisión		64	41
		Amigos		58	37
		Libros		48	31
		Revistas		38	24
		Hogar		42	27
		Radio		25	16
	Riesgos	Muerte materna		98	62
		Muerte fetal		78	49
Desnutrición			55	35	
Hemorragia			49	31	
Anemia			34	21	
No se			7	4	

**Tabla 11.3**

**Edad aceptada para la paternidad responsable en la adolescencia de la población sometida a la percepción del embarazo precoz desde la perspectiva del estudiante masculino del ciclo básico, durante los meses de marzo y abril del año 2016**

n=155

Variable	Indicador	Edad	total	%
Edad aceptada	Tener hijos	10 – 14 años	3	2
		15 – 19 años	5	3
		Mayor de 20 años	112	72
		Mayor de 30 años	35	23
	Capacidad económica	10 – 14 años	4	3
		15 – 19 años	7	4
		Mayor de 20 años	84	55
		Mayor de 30 años	60	38

**Tabla 11.4**

**Rol de la paternidad de la población sometida a la percepción del embarazo precoz desde la perspectiva del estudiante masculino del ciclo básico, durante los meses de marzo y abril del año 2016**

**n=155**

Variable	Clasificación	Total	%	
Rol de paternidad	Si usted tiene una pareja con la cual mantiene relaciones sexuales sin protección, quedando ella embarazada. ¿qué haría usted?	Buscaría apoyo y consejo de mis padres	128	81
		Buscaría apoyo y consejo de mis amigos	3	2
		Tomaría mi propia decisión sin consultar a mis padres y amigos	15	9
		Dejaría que ella sola tome la decisión sobre qué hacer sobre su embarazo y el futuro	1	1
		No me haría responsable	3	2
		Buscaría apoyo y consejo de mis padres + buscaría apoyo y consejo de mis amigos	3	4
		Buscaría apoyo y consejo de mis padres + dejaría que ella sola tome la decisión sobre qué hacer sobre su embarazo y el futuro	2	1
	Si usted asume la responsabilidad de paternidad ¿qué haría?	Dejar de estudiar y buscar trabajo	27	14
		Pedir ayuda a mis padres para poder seguir estudiando	20	13
		Seguir estudiando y buscar trabajo	96	62
		Vivir junto con mi pareja en casa de familiares	4	3
		Dejar de estudiar y buscar trabajo + vivir junto con mi pareja en casa de familiares	1	0.5
		Pedir ayuda a mis padres para poder seguir estudiando + seguir estudiando y buscar trabajo	6	4
		Pedir ayuda a mis padres para poder seguir estudiando + seguir estudiando y buscar trabajo + vivir junto con mi pareja en casa de familiares	1	0.5
	¿Cree usted que tiene la capacidad para ser padre antes de llegar a los 20 años de edad?	Sí	34	21
		No	121	79