

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**CONOCIMIENTOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE
LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS, HOSPITAL
REGIONAL DE CUILAPA, SANTA ROSA**

OLGA CLARITA CORTEZ BARRIOS

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas**

**Maestría Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia**

Julio 2016



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El(la) Doctor(a): Olga Clarita Cortez Barrios

Carné Universitario No.: 100019953

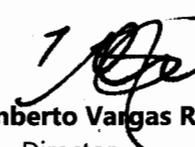
Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de TESIS **CONOCIMIENTOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS**.

Que fue asesorado: Dra. Nivea Sofía Ninoshka Vela Quiñónez MSc.

Y revisado por: Dr. Carlos Francisco Castro Bamaca.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para julio 2016.

Guatemala, 16 de junio de 2016


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado




Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades



/mdvs

Cuilapa Santa Rosa, 12 de mayo de 2015

Dr. Miguel Eduardo García
Coordinador Específico
Programa de Maestría y Especialidad
Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa
Presente.

Respetable Doctor. Reciba un cordial saludo deseándole los mejores éxitos al frente de sus actividades diarias.

La asesora de Tesis en Ginecología del Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa, hace constar que ha sido revisado y corregido el informe final de tesis de la Dra. Olga Clarita Cortez Barrios, de la Maestría en Ciencias Médicas en Ginecología y Obstetricia, con carnet 100019953, titulado "CONOCIMIENTOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DELAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS, HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA, SANTA ROSA".

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente

Dra. Sofia Vela Q.
MAESTRIA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
601973514

Dra. Nivea Sofia Ninoshka Vela Quiñonez

Asesora

Ginecología y Obstetricia

Cuilapa Santa Rosa, 12 de mayo de 2015

Dr. Miguel Eduardo García
Coordinador Específico
Programa de Maestría y Especialidad
Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa
Presente.

Respetable Doctor. Reciba un cordial saludo deseándole los mejores éxitos al frente de sus actividades diarias.

El revisor de Tesis en Ginecología, del Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa, hace constar que ha sido revisado y corregido el informe final de tesis de la Dra. Olga Clarita Cortez Barrios, de la Maestría en Ciencias Médicas en Ginecología y Obstetricia, con carnet 100019953, titulado "CONOCIMIENTOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DELAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS, HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA, SANTA ROSA".

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente



Dr. Carlos Francisco Castro Bamaca

Revisor

Ginecología y Obstetricia

Dr. Carlos Francisco Castro Bamaca
Ginecología y Obstetricia
Carnet No. 6113

AGRADECIMIENTO

A mi familia por su apoyo y comprensión en especial a mi hermano Ronald (+) quien siempre confió y creyó en mí.

A mis amigos y compañeros de Postgrado, por la ayuda brindada, compañía, solidaridad, paciencia y apoyo durante estos 4 años de estudio.

A los Doctores del Postgrado por sus conocimientos brindados.

A las adolescentes que participaron en el estudio por sus respuestas y el cumplimiento en el control prenatal.

INDICE

INDICE DE TABLAS Y GRAFICAS	¡Error! Marcador no definido.!
RESUMEN.....	III
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES	2
III. OBJETIVOS	16
3.1 GENERAL	16
3.2 ESPECIFICOS	16
IV. MATERIAL Y METODO	17
V. RESULTADOS.....	20
VI. DISCUSION Y ANALISIS.....	25
6.1 CONCLUSIONES	27
6.2 RECOMENDACIONES.....	28
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	29
VIII. ANEXOS.....	31

ÍNDICE DE TABLAS Y GRAFICAS

Tabla 5.1.1.....	20
Tabla 5.1.2.....	21
Tabla 5.1.3.....	21
Tabla 5.1.4.....	22
Tabla 5.1.5.....	23
Tabla 5.1.6.....	24
Tabla 5.1.7.....	24
Grafica 5. 1.....	25

RESUMEN

El estudio busco determinar la información que poseen las adolescentes embarazadas de la consulta externa del Hospital de Cuilapa, sobre planificación familiar. Tomando en consideración que la salud reproductiva es parte integral de la vida de este grupo etario, pues el inicio temprano de la actividad sexual coital y el desconocimiento de la planificación familiar, tienen consecuencias negativas en el campo físico, psicológico y social, por la ocurrencia de embarazos no deseados, abortos, enfermedades de transmisión sexual, deserción escolar y disfuncionalidad familiar y psicosocial. Se tomó una muestra no probabilística de embarazadas adolescentes, a quienes, a través de boletas recolectoras de datos basadas en preguntas cerradas y abiertas, se les obtuvo datos de interés sobre la información que poseían acerca de planificación familiar, el uso métodos de planificación familiar y la edad de inicio de las relaciones sexuales entre otros. Los resultados arrojaron que el 50% de las adolescentes embarazadas iniciaron relaciones sexuales a partir de los 16 años de edad, el 64% poseen conocimientos sobre planificación familiar, los cuales adquirieron a través de medios de comunicación y amigos. Los métodos más conocidos en orden de frecuencia fueron: anticonceptivos orales, condón, inyección y DIU, sin embargo, el 81% no utilizó ningún método de planificación familiar.

I. INTRODUCCIÓN

El inicio de vida sexual activa se lleva a cabo cada vez más temprano enfrentándose las adolescentes a estas relaciones sin ninguna preparación, pues no cuentan con una educación sexual estructurada y además no se acompaña del uso adecuado de métodos anticonceptivos, resultando un alto porcentaje de embarazos no planificados, elevados índices de adolescentes que padecen enfermedades de transmisión sexual y SIDA y contribuyen al incremento en las tasas de morbilidad materno - infantil.

El estudio busca determinar la información que poseen las adolescentes embarazadas de la consulta externa del Hospital de Cuilapa, sobre métodos anticonceptivos (Planificación Familiar), siguiendo el fundamento de la importancia de la educación para la salud como médico que incentive al ser humano, a cuidar su salud y proporcionar los medios necesarios para hacerlo. El alto índice de morbilidad y mortalidad materna, perinatal e infantil, así como la tasa de natalidad podría ser disminuido en pro al bienestar del individuo si es más participe en la planificación familiar.

En este estudio se buscó seguir los lineamientos básicos de la atención primaria en salud, pues permitirá brindar información al personal médico y estudiante de salud incrementado de esta forma los conocimientos necesarios para contribuir en la participación comunitaria en Planificación familiar, disminuyendo de esta forma el número de gestaciones múltiples en adolescentes y mujeres jóvenes, reduciendo la incidencia de embarazos no deseados, para lo que es necesario asegurar el acceso de la mujer y su pareja a métodos anticonceptivos efectivos, que permitan mejorar sus decisiones reproductivas, lograr un período intergenésico adecuado, según el enfoque de riesgo en salud reproductiva, el cual se basa en la identificación, prevención e intervención de los factores de riesgos reproductivo que guían el uso de la metodología Anticonceptiva y Preconcepcional.

II. ANTECEDENTES

Adolescencia.

La O.M.S. define adolescencia como la segunda década de la vida, es decir, desde los 10 a los 19 años.

Hoy en el mundo entero existen cerca de 1600 millones de adolescentes, lo que corresponde a casi un 30% de la población total. Se estima que para el año 2025 esta cifra llegará a los 2000 millones. Tan solo en América Latina y el Caribe la población de estas edades alcanzan hoy 148 millones lo que también equivale a un 30% de la población total de la región. **(2)**

El desarrollo de esta maduración atraviesa posibles etapas de la sexualidad de la adolescencia, que describen características muy generales de este proceso relacionados con aspectos psicológicos y sociales, estas etapas son:

a) **Adolescencia temprana:** Comprende entre los 10 y 13 años. Los cambios fisiológicos propios de la pubertad son muy evidentes y centrales para el adolescente. El pensamiento es aún concreto y con fines muy inmediatos. La separación de los padres recién comienza con una actitud rebelde pero sin un real distanciamiento interno. Las amistades son fundamentalmente del mismo sexo, grupales y con un tímido avance hacia el sexo opuesto.

También caracterizada por el inicio de la maduración sexual, extrema curiosidad por su cuerpo, muchas fantasías sexuales, exploración acentuada del autoerotismo y se interrelaciona con una sexualidad donde lo físico predomina (coquetería, amor platónico, etc.). **(4)**

b) **Adolescencia media:** Comprende desde los 14 a los 16 años. La separación de la familia comienza a hacerse más real, la cercanía de los amigos es más selectiva y pasa de las actividades grupales a otras en pareja.

Completa maduración sexual, manifestación de alta energía sexual con énfasis en el contacto físico y conducta sexual exploratoria (puede presentarse experiencias

homosexuales, relaciones heterosexuales no planificadas), negación de las consecuencias de la conducta sexual (por sentimientos de invulnerabilidad), falta de información y educación sexual, relaciones intensas y fugaces. **(5)**.

c) Adolescencia tardía: Abarca desde los 17 a los 19 años. La tendencia al cambio y a la experimentación comienza a disminuir y surgen relaciones interpersonales estables. Tanto en el plano biológico como en el psicológico existe mayor capacidad de compromiso y el intimar es propio de esta edad. Paralelamente se consigue la identidad, que implica una autoimagen estable a lo largo del tiempo adquiere la capacidad de planificar el futuro y de preocuparse por los planes concretos de estudio, trabajo, vida común de pareja. La relación con la familia a veces vuelve a ser importante con una visión menos crítica y una actitud menos beligerante hacia los padres. **(6)**

El estudio de la adolescencia es la comprensión de los períodos adyacentes: La niñez y la adultez. Mientras el adulto y el niño tienen un concepto claro del grupo al que pertenecen, el adolescente queda entre ambos sin definirse claramente en ninguno de ellos dado que la sociedad lo trata ambiguamente. El adolescente tiene una franca dificultad para lograr su ubicación social y ejercer sus obligaciones por lo que su conducta refleja inseguridad. **(4)**

En la adolescencia comienza un largo proceso de autodefinición, siendo la definición sexual y de género dos procesos claves. El deseo y el interés sexual se incrementan en la medida que se acelera el desarrollo hormonal y al mismo tiempo enfrentan opuestas presiones de su familia, de sus pares y de la sociedad en general, en cuanto a aceptar ciertas normas de acuerdo a su rol estereotipado de género. **(7)**

Educación sexual.

La educación sexual es el proceso educativo vinculado estrechamente a la formación integral de los niños y los jóvenes que les aporta elementos de esclarecimiento y reflexión para favorecer el desarrollo de actitudes positivas hacia la sexualidad, que puedan reconocer, identificarse y aceptarse como seres sexuales y sexuados, sin temores, angustias, ni sentimientos de culpa, para que favorezcan las relaciones interpersonales y la capacidad de amar, destacando el valor del componente afectivo para el ser humano y para proporcionar la vida en pareja y la armonía familiar. **(1)**

La educación sexual debería comenzar lo más pronto posible, no en el momento del nacimiento sino en el momento de la concepción del nuevo ser y continuar de nuevo de forma armónica y progresiva durante toda la vida. **(5)**

Desde las primeras experiencias de socialización en la familia, la escuela y la iglesia, se estructuran ideas, sentimientos y emociones que naturalizan una representación de la sexualidad como un aspecto pecaminoso de la vida humana, temido por padres y educadores. Es así como entendemos que los problemas asociados a la sexualidad adolescente están determinados por las contradicciones entre la erotización consumista y los valores de la moral puritana, la exclusión de los servicios de salud reproductiva y la imposibilidad de un diálogo franco con padres y educadores. **(7)**

Tradicionalmente los/las adolescentes constituyen un grupo sexualmente activo pero desinformado o mal informado respecto al tema sexual. Dicha información puede ser limitada o simplemente prohibida por la familia, por la comunidad, por la iglesia, por los valores culturales imperantes, etc. Como resultado muchas mujeres y varones jóvenes que tienen vida sexual no utilizan métodos anticonceptivos. **(7)**

A través de una buena educación sexual los adolescentes podrán desarrollar el conocimiento y la confianza necesaria para tomar decisiones relacionadas con el comportamiento sexual, incluso la decisión de no tener relaciones sexuales hasta que estén preparados para ello. **(8)**

La información y los servicios para los adolescentes deberían combinarse con la educación de los varones jóvenes para que respeten la libre determinación de las mujeres y compartan con ellas la responsabilidad en asuntos de sexualidad y procreación. **(3)**

El hecho de que se hable o eduque a los jóvenes en anticoncepción:

- No aumenta la frecuencia de relaciones sexuales.
- Aumenta el uso de los anticonceptivos en los ya sexualmente activos.
- Aumenta la edad de inicio de vida sexual activa.
- Se les brinda información básica.
- Se delimitan responsabilidades. **(9)**

Formalmente la educación sexual se limita a las ciencias naturales y la ética clásica religiosa. También enseña que los métodos artificiales de planificación familiar podrían tener graves efectos negativos sobre la salud. **(10)**

Planificación Familiar.

La planificación familiar es permitir a las parejas y las personas ejercer libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y obtener la información y el medio necesario para hacerlo, asegurando que se ejerza sus acciones con conocimiento de causa y tenga a su disposición una gama de métodos seguros y eficaces **(1)**.

El acceso a la planificación familiar está concebido como un derecho sin distinción de cultura, condición social, raza, estado civil, religión o género.

Sin embargo, este servicio no se brinda a todos por igual, siendo el período de la adolescencia el más expuesto a la falta de información y servicios de contracepción.

Existen políticas discriminativas sobre todo hacia la mujer adolescente, que favorecen los altos niveles de embarazo precoz, tasas significativas de aborto, etc. **(1)**.

La anticoncepción es poco accesible para la población adolescente a causa de tabúes sociales que la obstaculizan, barreras económicas, falta de servicios confidenciales y por el inadecuado conocimiento acerca de los métodos y dónde obtenerlos. También persisten temores respecto a los efectos secundarios de los métodos, lo que puede desincentivar a las adolescentes que quieren regular su fecundidad. **(2)**

Por otra parte, tomando en cuenta que las relaciones sexuales en esta etapa de la vida son frecuentemente esporádicas y de una naturaleza no planificada, esto también constituye un obstáculo para el uso consistente de los métodos y predispone a adquirir enfermedades de transmisión sexual y el VIH-SIDA.

Los servicios de planificación familiar están diseñados para atender a mujeres adultas y los proveedores no siempre acogen a las adolescentes que buscan orientación y ayuda.

Por otro lado, en los servicios no se cuenta con los instrumentos necesarios y adecuados para examinar a las adolescentes. **(2)**

Familia.

La familia es uno de los microambientes donde permanece el adolescente y por lo tanto es responsable de lograr que su función favorezca un estilo de vida saludable, el que debe promover el bienestar y desarrollo de sus miembros.

Como unidad psicosocial, la familia está sujeta a la influencia de factores socioculturales, protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis o en patrones disfuncionales.

Cuando la familia funciona de forma adecuada es uno de los focos de prevención primordial y primaria **(11)**.

El ser humano desarrolla la capacidad de comunicarse dentro de su núcleo familiar. A partir de los mensajes emitidos por los diferentes miembros de su familia, el niño aprende ciertas reglas de comunicación que le permitirán posteriormente interactuar dentro de su medio social.

El ser humano es socialmente dependiente desde su nacimiento y es la familia en primera instancia la que le ofrece el contexto para crecer, desarrollarse y comunicarse. El recién nacido establece su primera relación con su madre y su padre. Ellos le dan la oportunidad de sobrevivir procurándole la satisfacción de sus necesidades tanto físicas como

emocionales, lo que le permitirá aprender a expresar su afecto y adquirir un sentido de identidad y de pertenencia, lograr una confianza básica y seguridad para actuar.

Al ejercer sus funciones educativas, los padres crean en el individuo un marco de referencia ético-cultural que le permite modelar su conducta, desarrollar sus propios valores y aceptar o rechazar las normas sociales. En la medida en que esto se realice de manera congruente y sobre la base del afecto el niño crecerá como un individuo integrado.

Una de las etapas críticas de la familia es la llegada de los hijos a la adolescencia. Muchas familias que hasta entonces habían tenido una comunicación que les permitía un equilibrio familiar, en esta etapa la pierden y no les es fácil recuperarla. Sin embargo, es posible lograr una nueva forma de comunicación que permita la independencia de cada uno, si existe la disposición de las partes en conflicto.

El joven debe definirse y tratar de aceptarse como individuo con pensamientos propios, diferentes a los de sus padres. Para lograr ésto, puede sentir que sea necesario derribar a los ídolos, lo cual puede ser muy doloroso y poco soportable para los padres.

Muchas veces son los padres los que necesitan apoyo, ya que se encuentran tan inestables como los adolescentes, ellos necesitan entender el proceso por el que están atravesando sus hijos.

Estas y otras actitudes que se presentan en esta etapa pueden dar origen al conflicto familiar. Cuando no hay posibilidad de solución o negociación, el adolescente puede buscar algo o alguien que lo rescate. Entonces piensa en huir de casa, casarse o embarazarse para satisfacer su necesidad de compañía.

Investigaciones realizadas dentro del área de desarrollo psicosexual han evidenciado consistentemente que muchos padres no hablan abiertamente con sus hijos sobre sexo. La comunicación parece ser especialmente difícil durante la adolescencia cuando los adolescentes están autoafirmando su independencia respecto de sus familiares.

Por otro lado se ha encontrado que los adolescentes quieren que se les hable de sexualidad para aclarar sus dudas y les agrada que lo hagan sus padres ya que lo consideran una fuente importante y confiable de información.

Estudios realizados en distintos países muestran que la comunicación abierta y clara con los padres sobre el uso de anticonceptivos es un factor que ayuda a que los adolescentes los utilicen de manera responsable. **(12)**

Estudios indican que un contacto positivo y cercano con un adulto hace una gran diferencia como contrapeso a relaciones perturbadoras con uno o ambos padres.

Desafortunadamente una comunicación fluida entre madre e hija en cuanto a la vida reproductiva y sexual es la excepción. Frecuentemente se le deja a la niña la tarea de descubrir los secretos de su propia sexualidad. **(13)**

Embarazo y Adolescencia

Se define como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica cero o edad de la menarquía) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. Ha sido llamado también el síndrome del fracaso o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza. **(6)**

En datos recopilados por Population Reference Bureau en 1,996 se señala que más de quince millones de mujeres adolescentes dan a luz cada año, lo que corresponde a un 10 % de todos los nacimientos del mundo.

En América Latina cada año tres millones trescientos doce mil adolescentes llevan a término un embarazo, donde un tercio de las mujeres son madres en su adolescencia, con la excepción de Nicaragua y Guatemala donde la mitad ya es madre al llegar los veinte años.

La O.M.S. estima que el riesgo de morir debido a causas maternas es dos veces más alto para mujeres de 15 – 19 años y cinco veces más para mujeres de 10 – 14 años que para quienes tienen 20 años o más. **(14)**

El embarazo en adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Los factores que facilitan que una adolescente quede embarazada son de orden físico, psicológico, social y cultural:

- Desconocimiento del uso y forma de adquisición de métodos anticonceptivos.
- Escasa preparación para asumir su sexualidad.
- Inmadurez emocional que obstaculiza el análisis de las consecuencias de sus actos.
- El miedo a estar sola.
- La posibilidad de sentirse adulta.
- La carencia de afecto.
- La necesidad de reafirmarse como mujer.

- Relación y comunicación inadecuada con los padres.
- Curiosidad sexual.
- Búsqueda de independencia.
- Privación económica.
- Baja autoestima.
- Bajo nivel de educación.
- Falta de relaciones estrechas y de confianza. **(12)**

Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura y por consiguiente a un embarazo, pues una adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de la relación sexual y a demás puede encontrar alivio a la soledad y el abandono a través de un embarazo que le permite huir de un hogar patológico.

Se han descrito como factores familiares de riesgo:

- Inestabilidad familiar.
- El embarazo adolescente de una hermana.
- Madre con historia de embarazo adolescente.
- Enfermedad crónica de uno de los padres **(6)**.

Hay diferencias profundas en las vivencias de la gravidez durante la adolescencia temprana media y tardía.

La adolescente temprana ligada a su madre y a sus propias necesidades, no es capaz de pensar en el embarazo como un evento que va a culminar transformándola en madre. El tema de la maternidad le provoca depresión y aislamiento. No hay lugar para el padre, el varón está ausente de sus planes.

En la adolescente media es común ver una dramatización de la experiencia corporal y emocional, se siente posesiva en relación al feto, que a su vez es experimentado como un instrumento poderoso de la afirmación de independencia de los padres. Su actitud es ambivalente: de culpa y de orgullo. Por momentos idealizan el futuro, en otros se

desesperan con las responsabilidades que se les avecinan. El varón es considerado importante como una esperanza en el futuro. **(6)**

Es en la etapa de la adolescencia tardía que se ve la adaptación al impacto de la realidad y las jóvenes desarrollan gran preocupación por temas de la realidad (prácticos) y se dedican a los placeres de la anidación. Hay sentimientos maternales protectores y sensación de anticipación del hijo.

Búsqueda de afecto y compromisos de parte del varón y establecimiento como un futuro compañero.

El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación de pareja, ingresos inferiores de por vida, no completa su función de adolescente, no puede establecer una familia, no puede alcanzar su potencial de vida, todo esto constituye el llamado SÍNDROME DEL FRACASO.

Puede suceder varios cuadros sindrómicos post natales:

a) Rol materno disfuncional: la chica continúa comportándose como adolescente, no usa contraceptivos, sale con los amigos y tiene mucho riesgo de salir embarazada nuevamente.

b) Rol materno transicional negativo: comienza siendo una buena madre y termina comportándose nuevamente como adolescente.

c) Rol materno transicional positivo: inicia siendo mala madre y termina siendo buena mamá.

d) Rol materno funcional: siempre se comporta como buena madre. **(9)**

En lo que se refiere a los hijos de adolescentes hay más probabilidades de que nazcan en forma prematura, con bajo peso y la mortalidad en los primeros años de vida es más alta que aquellos que nacen de madres de edad mayor. También se han reportado más

episodios repetidos de maltrato infantil en hijos de adolescentes, ya sea estén unidos en matrimonios o sean solteros.

El hecho de que la adolescente permanezca en el hogar de sus padres luego de haber dado a luz es un factor de protección respecto del recién nacido. **(14)**

La gran mayoría de los hijos de adolescentes serán padres adolescentes y tendrán bajo rendimiento intelectual y académico, mayor consumo de drogas, esto debido a las carencias de la propia madre adolescente.

Hay incapacidad de la madre de pensar de forma lógica y futurista, son menos responsivas verbal y emocionalmente y menos cariñosas con los hijos. **(9)**

FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE:

Es multicausal, a continuación, se presentan los factores que favorecen el embarazo precoz o se asocia con:

• Factores Individuales:

Principales factores individuales asociados que condicionan la vida de los adolescentes:

Dificultad para planear proyectos a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima y poca confianza, sentimientos de desesperanza, falta de actitud preventiva, menarquía precoz, conducta de riesgo, abuso de alcohol y drogas, abandono escolar, dificultad para mejorar sus condiciones de vida, insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento, antecedentes familiares, familias conflictivas o en crisis, madres que han estado embarazadas en adolescencia. **(15).**

- Biológicos:

Menarquia: la edad de la pubertad ha declinado desde 17 años en el siglo XIX alrededor de 12 a 13 años, actualmente lo que conduce a que las adolescentes sean fértiles a una edad menor, sumado al resultado de investigaciones que reportan que el uso de los

métodos de planificación en los adolescentes de Latinoamérica sigue siendo bajo, exponiéndose al riesgo de embarazarse a edades tempranas. **(16)**.

- Psicosociales:

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

Psicológicas: durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia, el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas eso no les va a pasar, pues eso solamente les ocurre a otras. La necesidad de probar su fecundidad, estando influenciadas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia. **(17)**.

Dentro de las causas psicológicas se mencionan:

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

• Factores Sociales:

Existe abundancia de propaganda que incita las relaciones sexuales, tendencia a la reproducción de la madurez materna (hijos a temprana edad), falta de acceso a los servicios de planificación familiar. **(18)**.

Entre los factores Socioculturales: el embarazo de la adolescente está relacionado con la condición de la mujer en las diferentes sociedades. Esta se describe en términos de su ingreso, empleo, educación, salud y fertilidad y también los roles que ella desempeña en la familia y la comunidad. También incluye la percepción de la sociedad sobre estos roles y el valor que esta le otorga.

El estereotipo de la mujer de baja condición es la mujer con un niño al pecho, embarazada y varios niños más alrededor de su falda. Es la mujer para quien la maternidad ha sido el único destino desde su nacimiento, ella se ve mayor de la edad que tiene, su salud está revestida por embarazos a repetición, la maternidad y el trabajo doméstico agotador. Es típico su baja escolaridad, falta de ingreso, falta de empleo, salud inadecuada y falta de acceso a la salud.

El machismo y la necesidad del varón de probarse es un factor dinámico en el Comportamiento del varón preñador, en el que también se ha demostrado la exigencia de una gran carencia afectiva y necesidades no satisfechas.

El machismo influye el patrón de conducta sexual y el uso de métodos anticonceptivos (especialmente entre los adolescentes).

La imagen de una mujer pasiva, silenciosa, dependiente, es el resultado de una generación de privación y restricciones impuestas para mantener el dominio masculino en la vida diaria. **(19)**.

Freid Said, dice que esto se expresa en la negación del derecho de la mujer a la realización sexual, independiente de la reproducción. Esto refleja un sistema de valores que iguala maternidad con reproducción.

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

La educación se ha descrito como el medicamento contra el fatalismo. Las mujeres analfabetas de los sectores rurales no entienden de la fisiología de la reproducción o como controlarla, en consecuencia, aceptan el embarazo como una voluntad divina, una mujer sin educación está menos informada e indispuesta a buscar cuidados para su salud y atención médica. **(20)**.

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

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

Causas sociales:

1. Inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas.
2. Permanecer más tiempo solas(os).
3. Pocas oportunidades de esparcimiento y educación.
4. Poca información y a veces deformada sobre educación sexual y anticoncepción.
5. Abundancia de programas que incitan a las relaciones sexuales.
6. Tendencia a la reproducción del modelo materno (hijos a temprana edad).
7. Falta de acceso a los servicios de planificación familiar. **(21)**.

• Factores Familiares

Familia disfuncional (tensión y conflicto familiar), familia en crisis, pérdida de un familiar, enfermedad crónica de algún familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, vínculo más estrecho con el padre, padre ausente. **(22)**.

La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los micros ambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia. **(23)**.

Un mal funcionamiento puede predisponer a una relación sexual prematura, un adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de las relaciones sexuales y además puede encontrar alivio a la soledad y abandono a través de un embarazo que le permita huir de un lugar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto.

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

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

Al estar presente los problemas económicos en el hogar, la adolescente trata de conseguir un marido que la acompañe y la ayude a sobrevivir económicamente; frecuentemente pasan de la dependencia de los padres a la dependencia del marido. Se menciona además los ingresos económicos insuficientes, conduciendo así a un embarazo precoz. **(24)**.

III. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

Determinar la información que poseen las adolescentes embarazadas acerca de planificación familiar del Hospital Nacional de Cuilapa.

3.2 ESPECIFICOS

- 3.2.1 Identificar el perfil de las adolescentes embarazadas del servicio de consulta externa
- 3.2.2 Explorar el uso de anticonceptivos en las relaciones sexuales en las pacientes adolescentes del servicio de consulta externa
- 3.2.3 Conocer la edad de inicio de las relaciones sexuales de las adolescentes embarazadas del servicio de consulta externa

IV. MATERIAL Y METODO

4.1 Tipo de investigación:

Descriptivo-transversal

4.2 Área de estudio:

El estudio se realizó en el servicio Consulta Externa de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional de Culapa.

4.3 Población:

Se tomó una muestra no probabilística de embarazada adolescente que consulto el servicio de consulta externa de Ginecoobstetricia durante los meses de enero a diciembre del año 2011.

4.4 Unidad de análisis:

Boleta recolectora de datos basados en preguntas cerradas y abiertas de adolescentes embarazadas que consultaron el servicio de consulta externa de Ginecoobstetricia.

4.5 Criterios de inclusión:

Toda paciente adolescente embarazada que comprendían las edades de 10 a 19 años según la OMS.

4.6 Criterios de exclusión:

Pacientes embarazadas mayor de 20 años.

4.7 Procedimientos para la recolección de información:

Realización de encuesta de preguntas cerradas y abiertas previa aceptación por parte de las adolescentes embarazadas.

4.8 Instrumentos para recolección de información:

Se tomó una muestra no probabilística de embarazadas que llevaban control prenatal en Consulta Externa Hospital Nacional de Cuilapa

Se realizó entrevista a las adolescentes embarazadas que llevaban control prenatal en Consulta Externa Hospital Nacional de Cuilapa.

Se aplicó entrevista a las adolescentes embarazadas encontradas en Consulta Externa del Hospital Nacional de Cuilapa en el periodo de enero a diciembre del 2011.

Colaboración voluntaria por parte de las adolescentes al contestar las encuestas.

Tabulación de los datos obtenidos por medio de los programas Excel en frecuencia y porcentaje.

Para garantizar los aspectos éticos de la investigación no se identificaron a las adolescentes, la información fue de carácter confidencial y fue manejada únicamente por el investigador.

4.4.2 Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICION TEORICA	OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDIDA	INDICADOR
EDAD	Numero de años que una persona tiene desde su nacimiento	Numero de años cumplidos	Cuantitativa	Nominal	De 9 a 19 años de edad
NIVEL EDUCACIONAL	Grado de escolaridad de la adolescente que les permite leer y escribir	Nivel de escolaridad que curso	Cuantitativa	Ordinal	Primaria completa o incompleta Secundaria
ESTADO CIVIL	Condicion juridica de una persona	Soltera Casada Unión libre	Cualitativa	Nomina	Soltera Casada Unión libre
MENARQUIA	Primera menstruacion que presenta toda mujer	Edad de la primera menstruación	Cuantitativa	Nominal	Edad de referencia
INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL	Cuando la adolescente inicia actividad coital	Edad de la primera relación sexual	Cuantitativa	Nominal	Edad de referencia
CONOCIMIENTO SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR	Todo concepto sobre metodos para prevenir embarazos que la adolescentes sabe y practica	Entrevista	Cualitativa	Nominal	Metodos que conocen pastillas inyección condon DIU

V. RESULTADOS

5.1 Tabla

Tabla No. 5.1.1

Edad de las adolescentes embarazadas
Hospital Regional de Cuilapa 2011

RANGO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
9 -12	28	7 %
13 – 15	110	29%
16 – 19	244	64%
TOTAL	382	100%

En relación a la edad de las adolescentes embarazadas que se encuestaron, se encontró que el 64% tenían entre 16 y 19 años y el 29% entre 13 y 15 años.

Tabla No. 5.1. 2

Grado de Escolaridad de las adolescentes embarazadas
Hospital Regional de Cuilapa 2011

GRADO DE ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Analfabeta	4	1 %
Primaria incompleta	162	42%
Primaria completa	148	39%
Secundaria	68	18%
TOTAL	382	100%

El grado de escolaridad que tienen las adolescentes embarazadas según el 39% es de primaria completa, un 42% no ha completado la primaria; solamente han cursado la secundaria el 18% y un 1% son analfabetas.

Tabla No. 5.1.3

Edad de la Menarquia de las adolescentes embarazadas
Hospital Regional de Cuilapa 2011

EDAD	MENARQUIA	PORCENTAJE
9 – 12	217	57%
13 – 15	163	42%
16 - 19	2	1%
TOTAL	382	100%

La edad de la menarquia de las adolescentes embarazadas fue a partir de los 9 a 12 años de edad, según el 57% de resultados. El 42% tuvo su primera menstruación de los 13 a los 15 años de edad.

Tabla 5.1.4

Inicio de las relaciones sexuales de las adolescentes embarazadas
Hospital Regional de Cuilapa 2011

EDAD	INICIO RELACIONES SEXUALES	PORCENTAJE
9 – 12	48	13 %
13 – 15	142	37%
16 - 19	192	50%
TOTAL	382	100%

El 50% de las adolescentes embarazadas inició las relaciones sexuales de los 16 a los 20 años de edad y el 37% las inició de los 13 a los 15 años de edad.

Tabla 5.1.5

Lugar en donde fueron adquiridos los conocimientos
de planificación familiar de las adolescentes embarazadas
Hospital Regional de Cuilapa 2011

LUGAR	SI TIENEN CONOCIMIENTO	PORCENTAJE
Colegio	32	8%
Centro de salud	25	6%
Casa	4	1%
Amigos	62	16%
Medios de comunicación	67	18%
Experiencia propia	54	14%
No conocen ningún método	138	36%
TOTAL	382	100 %

El 36% de las adolescentes embarazadas nunca recibió información alguna sobre planificación familiar, las jóvenes que en algún momento recibieron información de planificación en orden de frecuencia la recibieron el 18% en los medios de comunicación, 16% a través de amigos la recibieron, el 8% en el colegio y 6% en los centros de salud. Solamente un 1% recibió la información en el hogar.

Las adolescentes que conocen sobre el uso de los métodos por la experiencia y no porque hayan recibido información previa al respecto fue del 14% . Mitos y tabúes alrededor de la sexualidad puede ser la causa que impide que los jóvenes reciban educación abierta y franca.

Tabla 5.1.6

Método de planificación familiar que utilizarón
las adolescentes embarazadas
Hospital Regional de Cuilapa 2011

TIPO DE ANTICONCEPTIVOS	PASTILLAS	INYECCION	CONDON	DIU	TOTAL	%
UTILIZADOS	12	38	22	1	72	19%
NO HAN UTILIZADOS	310				310	81%

Los tipos de anticonceptivos más utilizados por el 19% de las adolescentes embarazadas en orden de uso son la inyección, el condón y las pastillas. Es importante enfatizar que el 81% no han utilizado ningún método anticonceptivo.

Tabla 5.1. 7

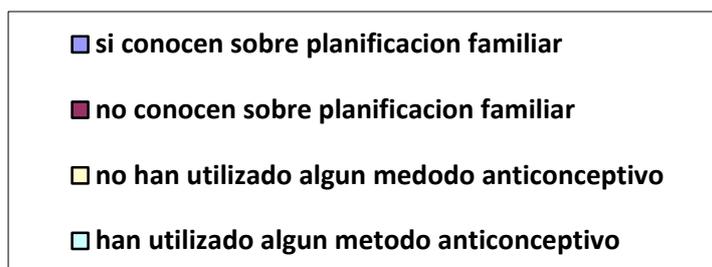
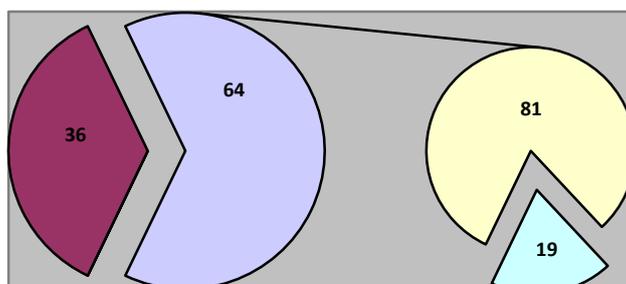
El estado civil de las adolescentes embarazadas
Hospital Regional de Cuilapa 2011

	ESTADO CIVIL	PORCENTAJE
UNION LIBRE	233	61%
CASADAS	122	32%
SOLTERAS	27	7%
	382	100 %

El estado civil del 61% de las adolescentes embarazadas es la unión libre, el 32% están casadas y el 7% son madres solteras.

GRAFICA 5.1

Conocimiento sobre planificacion familiar que tienen
Las adolescentes y uso de los metodos anticonceptivos
Hospital Regional de Cuilapa 2011



De acuerdo al conocimiento sobre planificacion familiar se observó que el 36% desconocen sobre el tema y el 64% de adolescentes embarazadas conocen sobre los metodos anticonceptivos y a pesar de esto la minoria que corresponde al 19% han utilizado algún metodo anticonceptivo.

VI. DISCUSION Y ANALISIS

Guatemala es un país en vías de desarrollo, en donde el embarazo en las adolescentes es un problema de gran magnitud tanto por sus implicaciones socioeconómicas, como por el alto porcentaje de jóvenes que se convierten en madres antes de los 20 años de edad, ya que según la encuesta nacional de Salud Materno Infantil el 41% de las mujeres son madres sin haber cumplido los 20 años. Aunque existe un programa de salud Materno Infantil con énfasis en la mujer adolescente, el problema continúa; como se puede observar en el presente estudio, esto demuestra que este programa no ha alcanzado su meta principal que es la “prevención del embarazo en la adolescente.”

Tomando en cuenta los resultados en este estudio se puede observar que la etapa más afectada son las adolescentes mayores de 16 años, debido a que es una etapa en la cual el ser humano alcanza la madurez sexual, por lo que muchas de las adolescentes inician relaciones prematrimoniales que puede traer como consecuencia el embarazo no deseado.

La joven que se embaraza antes de los 20 años de edad no está preparada psicológica, física, ni socialmente, y debido a su desarrollo físico incompletado su desarrollo físico tiene una pelvis pequeña; además las condiciones de su nutrición es baja en calorías. Otro factor de riesgo es la anemia, lo que le puede ocasionar problemas durante el parto. En lo social las jóvenes embarazadas tienen más posibilidades de no completar su educación, de repetir embarazos antes de alcanzar la edad adulta y de vivir en la pobreza.

Psicológicamente muchas de las adolescentes no quieren reconocer que están embarazadas prefieren ignorarlo y como resultado de esto retrasan su control prenatal, aumentando así la mortalidad materna. Según estudios realizados por la federación de planificación familiar de Cuba, la edad adecuada para la reproducción humana es a partir de los 20 años, pues es una edad en que la joven ya ha completado la educación media lo cual le puede proporcionar un mejor nivel de vida.

En relación al uso de anticonceptivos solo el 19% uso algún método antes de quedar embarazada. Estos resultados reflejan la poca información que hay del uso adecuado de los anticonceptivos y lo inadecuado que son los esfuerzos por proporcionar una educación sexual adecuada y oportuna. Solo una minoría de las adolescentes recibe

una educación completa sobre la reproducción y los anticonceptivos. Es probable que una mejor educación sexual reduciría el número de adolescentes embarazadas.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 En el grupo de estudio, la mayoría de adolescentes embarazadas (64%) tienen conocimientos sobre planificación familiar, los cuales fueron adquiridos a través de medios de comunicación, por medio de sus amigos y por experiencia propia, sin embargo, en el grupo de embarazadas resalta como factor principal, la no utilización de métodos anticonceptivos.
- 6.1.2 El perfil sociocultural de las adolescentes embarazadas se caracterizó por ser en su mayoría (64%) jóvenes que se encuentran entre los 16 a 19 años de edad y el 36% fue representado por el grupo que se encuentra entre las edades de 9 a 15 años; un 42% no concluyó el nivel primario de educación y de acuerdo con su estado civil, el 61% vive en unión libre con su pareja.
- 6.1.3 El 81% de las adolescentes embarazadas, no hizo uso de ningún método anticonceptivo durante el desarrollo de su vida sexual activa y el grupo minoritario que utilizó alguno de los métodos, lo hizo en el siguiente orden de frecuencia: Inyección, condón y anticonceptivos orales.
- 6.1.4 Se conoció que el 50% de las adolescentes embarazadas del servicio de consulta externa del Hospital Nacional de Cuilapa iniciaron sus relaciones sexuales a partir de los 16 años de edad.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 Implementar y desarrollar localmente políticas de salud de manera seria y efectiva, basadas en el fortalecimiento de los protocolos del Ministerio de Salud Pública, para que en los diferentes servicios y niveles del Sistema, la información y los métodos de planificación familiar estén ampliamente disponibles y sean de fácil acceso, por medio del personal de salud institucional y comunitario (comadronas tradicionales), con particular énfasis a los adolescentes, para lograr el uso consciente y responsable de los métodos anticonceptivos disponibles y culturalmente aceptables.
- 6.2.2 Incrementar y fortalecer la calidad de los conocimientos sobre planificación familiar y sexualidad de los adolescentes por parte del personal de salud, involucrando a los centros educativos de primaria y nivel medio, urbanos y rurales, mediante la participación activa de los adolescentes en foros organizados y coordinados con el personal docente, organizaciones comunitarias y padres de familia, con el fin de proteger los derechos de las niñas y adolescentes y lograr su adecuado desarrollo.
- 6.2.3 Facilitar los medios, en los servicios de salud, y centros educativos, para que las adolescentes que por diversas razones inicien vida sexual activa, puedan ejercer su derecho a elegir los métodos anticonceptivos que consideren pertinentes para planificar su familia de forma libre, voluntaria y suficientemente informada.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Marhler H. "Simposio latinoamericano, de planificación familiar "1995 pág 42.
- 2- Meacham D. "Sexualidad y salud reproductiva del adolescente: El desafío del 2000." 1998 pág 34- 35
- 3- Revista Nuevas Fronteras" Año 3 No. 12 Diciembre 1996 pág. 5-7
- 4- Maddaleno M. "La Salud del adolescente y del joven". Publicación científica No. 552. 1995 pág 27- 30.
- 5- Escobar M. "Formación cívica y Social". MED Nic. 1992.
- 6- García J. "Manual de atención y consejería para adolescentes" 1997 pág. 18
- 7- Meacham D. "Sexualidad y salud reproductiva del adolescente: El desafío del 2000." 1998 pág 34- 35
- 8- "Revista Nuevas Fronteras" Año 2 No. 7 Septiembre- Octubre 1995 pág. 2.
- 9- "Resúmenes IV Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología de la infancia y la adolescencia" 1999.
- 10- Escobar M. "Formación cívica y Social". MED Nic. 1992.
- 11- "Familia y Adolescencia: Indicadores de salud" O.P.S. - O.M.S. 1997 pág.4
- 12- Pick S. "Planeando tu vida" 7ma edición 1998 pág 28- 31 y 137.
Pinotti J.A. "Unwanted pregnancy: Challenges for health policy" 1997 pág 82- 88
- 13- Berganza C.E "Sexual attitudes and behavior of Guatemala teenagers adolescence "1996 pág. 327 – 337.
- 14- Rizo A. "Simposio Latinoamericano de planificación familiar" México 1994 pág. 40.
- 15- Dr. Silber Tomas J. /Dra. Mabel M. Munist. Manual de Medicina de la adolescencia. Organización Panamericana de la Salud. Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud. 525. Washington. Dic. Eur. 1,997.
- 16- Jokin de Irala. Embarazos de adolescentes, Pup, 3 III.02
- 17- Houston, E y Armstrong. S. Preventing fertility, world.wide.coneeins.popilation. bulletin.population. Reference bureau. Vol.40.2.1,985

- 18- . Monroy de Velasco. A. Morales. M y Velasco Monroy. La fecundidad en la adolescencia, causas, riesgos y opciones, Washington D.C. Organización Panamericana de la Salud.
- 19- Zelaya E. Teenage sexuality and reproduction in Nicaragua. Department of Epidemiology and Public Health. Umeam Sweden, 1996.
- 20- Organización Panamericana de la salud. Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes de América Latina y el Caribe. Revisión bibliográfica, 1998-2000, Página 69.
- 21- Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población para las Naciones Unidas. El embarazo en adolescencia. Lineamientos para el diseño de investigaciones y aspectos socioculturales, Washington, 1998.
- 22- González Salguero Fernando. Resultado de un estudio de línea de base en salud sexual y reproductiva en adolescentes. Enero 2000.
- 23- Lugo Agudelo, Nelvia Victoria. El mundo afectivo de la adolescente embarazada / The pregnant adolescent's affective world Invest. educ. enferm; 20(1):10-22, mar. 2002.
- 24- A la Torre Joaquín. El embarazo adolescente y la pobreza, 2000, Página 11.

VIII. ANEXOS



8.1 Entrevista Personal

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Tesis titulada: CONOCIMIENTOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS, HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA, SANTA ROSA

1. ¿Cuántos años tiene? _____

2. ¿Estado civil?
Unión Libre_____ Soltera_____ Casada_____

3. ¿Grado de escolaridad? :
Analfabeta____ Primaria Incompleta____ Primaria Completa____
Secundaria_____

4. ¿A qué edad le vino por primera vez su menstruación?_____

5. ¿A qué edad inició su vida sexual? _____

6. ¿Sabe usted que es planificación familiar?:
Si_____ No____

7. ¿Dónde adquirió información sobre los métodos de planificación familiar?:
Hogar____ Escuela/Colegio____ Amigos____ Medios de
comunicación_____ Centro de salud_____ Experiencia
Personal_____

8. ¿Qué método de planificación familiar conoce?:
Pastillas_____ Inyección _____ Condón_____ DIU_____

9. ¿Ha usado anteriormente métodos de planificación familiar?:

Si _____ No _____ ¿Cuál? _____

8.2 Carta de Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



Fecha: _____

DECLARACION

He leído o se me ha leído el contenido de este documento, me han brindado amplias explicaciones en cuanto a mi participación en este estudio y me han dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta, las cuales han sido contestadas a mi entera satisfacción.

Se me garantizó que toda la información es privada y me reservo el derecho a abandonarla en cualquier momento, y mi decisión de abandonarla o permanecer en él, no afectará los otros servicios de atención que recibo en este CENTRO HOSPITALARIO.

Acepto participar voluntariamente a contestar este cuestionario.

FIRMA O HUELLA DIGITAL

PERMISO DE AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada “**CONOCIMIENTOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS, HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA, SANTA ROSA**” para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.