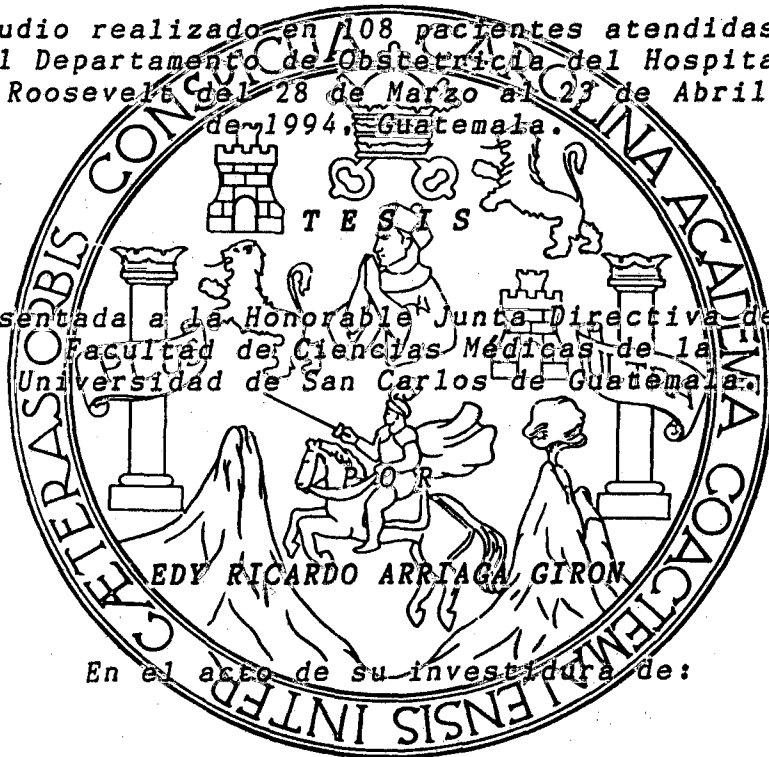


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

FACTORES SOCIO-ECONOMICOS Y EL EMBARAZO  
EN ADOLESCENTES

Estudio realizado en 108 pacientes atendidas en  
el Departamento de Obstetricia del Hospital  
Roosevelt del 28 de Marzo al 23 de Abril  
de 1994, Guatemala.

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



EDY RICARDO ARRIAGA GIRON

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, JUNIO DE 1994.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

DL  
05  
+(6855)

# HOSPITAL ROOSEVELT

AREA DE SALUD GUATEMALA SUR

TELEFONOS: 713384 - 713387

Guatemala, C. A.

DIRECCION CABLEGRAFICA

"HOSPVELT"

Al contestar el presente oficio sírvase  
hacer referencia al

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

08 de junio de 1994

Doctor Raúl Alcides Castillo Rodas  
Director del Centro de Investigaciones  
de las Ciencias de la Salud  
Universidad de San Carlos  
Guatemala, Guatemala.

Estimado Doctor Castillo:

Por medio de la presente certificamos que el INFORME FINAL del Tema de Investigación "FACTORES SOCIOECONOMICOS Y EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES", realizado por Br. EDY RICARDO ARRIAGA GIRON, fue aprobado por el Departamento de OBSTETRICIA y por Comité de Docencia e Investigación del Hospital, el cual reúne todos los requisitos exigidos para su divulgación.

En base al Artículo 110. del Reglamento de Investigaciones del Hospital, se extiende la presente constancia.

Atentamente,

Dr. Octavio Figueroa Aguilar  
Presidente  
Comité de Docencia e Investigación



OFA/edb



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 21 de Junio de 1994

Director Unidad de Tesis  
Centro de Investigaciones de las Ciencias  
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: Perito Contador EDY RICARDO ARRIAGA STROM  
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos  
Carnet No. 8816507  
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:  
FACTORES SOCIO ECONOMICOS Y EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

Firma del estudiante

Asesor  
Firma y sello personal

Dr. Angel F. González G.  
MEDICO Y QUIRURANO  
COLEGIADO 7261

Revisor  
Firma y sello  
Registro Personal 13481

Dr. Julio Roberto Luarca Gil  
COLEGIADO No. 5119

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

HACE CONSTAR QUE:

El Bachiller: EDY RICARDO ARIAGA GIRON  
Carnet Universitario No. 88 16521

Previo a optar el ~~Titulo de Médico y Cirujano~~, en su Examen General  
Público ha presentado el Informe Final del Trabajo de Investigación titulado:  
"FACTORES SOCIO ECONOMICOS Y EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES"

Avalado por asesores y revisor, por lo que se emite la presente  
ORDEN DE IMPRESION:  
Guatemala, 2 de Julio de 1994

Dr. Edgar R. de León Barillas  
Por Unidad de Tests

Dr. Raúl M. Castillo Rivas  
Director del Centro de Investigaciones  
de las Ciencias de la Salud

IMPRIMASE:

Dr. Jefe de Edy Ricardo Ariaga Giron 88 16521



## INDICE DE CONTENIDOS

I	INTRODUCCION	1
II	DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III	JUSTIFICACION	3
IV	OBJETIVOS	4
V	REVISION BIBLIOGRAFICA	5
VI	METODOLOGIA	9
VII	PRESENTACION DE RESULTADOS	14
VIII	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	34
IX	CONCLUSIONES	38
X	RECOMENDACIONES	39
XI	RESUMEN	40
XII	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	41
XIII	ANEXOS	43

## L. INTRODUCCION

La adecuada edad de embarazo y planificación del mismo , ha sido un tema bastante trabajado; para tener Madres e Hijos saludables, pero aun así la incidencia de embarazos en Adolescente reportada en recientes estudios es variable y con porcentajes considerables (3,11,13).

Son multiples las causas y efectos que lleva consigo el embarazo en las adolescentes algunos autores mencionan como causas la desintegración familiar, hijas de madres solteras, consumo de alcohol o drogas, analfabetismo materno, pubertad temprana, baja religiosidad, poco control escolar, influencia de TV y radio; los efectos y complicaciones son multiples y aumentando los riesgos de los neonatos y sin dejar por un lado la alteración del núcleo familiar. (3,11,12,13)

El presente estudio realizado de forma observacional analítica de corte transversal en 108 pacientes admitidas en el departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt del 28 de Marzo al 23 de Abril de 1994 busco los factores sociales y económicos asociados a el embarazo de las adolescentes por medio de una encuesta realizada en el post-parto inmediato a todas las pacientes incluidas en el estudio la cual interrogó sobre el circulo familiar en donde se desenvuelven las pacientes y sus principales características socio-económicas. Los principales resultados obtenidos son: que si existe relación causal entre el analfabetismo o bajo grado de escolaridad materno, procedencia del interior del país, hogar desintegrado o madre soltera, escasa o ninguna educación sexual y alcoholismo paterno; y descarta el consumo de alcohol por parte de las pacientes como causa de embarazo en adolescentes.

## II. DEFINICION

Guatemala se encuentra incluida entre los países con pirámide poblacional de base ancha; lo cual significa que tiene un elevado número de jóvenes; correspondiéndoles una población de 938,000 hombres y 912,000 mujeres entre las edades de 15 y 24 años según estimaciones para 1,992. (1)

Es el Embarazo y Parto en edades tempranas un problema en aumento; esta reportado según la literatura, que uno de cada seis embarazos sucede en mujeres de 18 o menos años y clasificados según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como embarazo de Riesgo porque conlleva a la exposición a cambios fisiológicos del Embarazo a un organismo inmaduro tanto física (biológica) como psicológicamente ya que por definición adolescente es aquella persona "En edad comprendida entre la niñez y la edad adulta y que transcurre desde que se presentan los primeros indicios de la pubertad hasta que el cuerpo adquiere el completo desarrollo del adulto". (3,4,15)

En la mayoría de países no es sino hasta los 18 años que los adolescentes son reconocidos como adultos, sin embargo, en este estudio en el cual se trató de establecer o descartar algún nexo entre los factores Socio-Económicos y la predisposición a embarazo en adolescentes se tomó al grupo según definición de la Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FCASOG). Embarazadas comprendidas entre las edades de 13 y 18 años 11 meses y 29 días (15) que fueron asistidas en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt del 28 de Marzo al 23 de Abril de 1994 a quienes se les corrió una encuesta y según los datos recolectados se clasificaron por grupos Socio-Económicos para agruparlas por datos comunes, estableciendo la existencia de relación causa-efecto del problema.

### III. JUSTIFICACION

Actualmente las políticas de atención Materna se preocupan mas por evitar los embarazos de Alto Riesgo por varios medios sin embargo, el Embarazo en adolescentes, incluidos entre estos, se ha reportado como algo muy común, en algunos estudios con un porcentaje tan alto que en algunas ocasiones alcanza el 40% del total de embarazos asistidos. (3)

La gestación en adolescentes forma parte de los embarazos de Riesgo ya que supone la inmadurez tanto física como psicológica de la gestante que en determinado momento podría ser madre, lo cual pone en riesgo no solamente a las madres sino también al feto o R.N. esto es algo que los médicos saben y sobre lo cual hay algunos estudios que así lo demuestran. (13)

En nuestro país no se ha realizado estudios que nos puedan descartar o confirmar la relación causal que pueda tener la situación Socio-Económica de una familia con el embarazo de una de sus miembros adolescentes, lo cual fué la razón de este estudio.

En vista de lo anterior se analizó esta problemática con el fin de identificar la relación existente y poder así aportar recomendaciones que conlleven a disminuir el riesgo reproductivo que significa un embarazo en adolescente no solo involucrando a los adolescentes sino también a las familias de ellos ya que constituyen los contactos mas cercanos; sin olvidar que en última instancia es una pareja la que decide el momento de la procreación.



#### IV. OBJETIVOS

##### GENERAL:

Determinar la existencia de relación entre los factores Socio-Económicos que predisponen al Embarazo en Adolescentes.

##### ESPECIFICOS:

- Identificar el número y porcentaje de Gestantes Adolescentes que asisten a Labor y Partos del Hospital Roosevelt durante el periodo de estudio.
- Identificar la situación Socio-Económica de las gestantes adolescentes que sean atendidas en Labor y Partos del Hospital Roosevelt.
- Relacionar los factores Socio-Económicos y el Embarazo en Adolescentes.
- Describir los factores mas importantes que puedan ser identificados como predisponentes.
- Describir las recomendaciones pertinentes para tratar de disminuir estos embarazos clasificados como de riesgo.
- Describir la forma para el seguimiento hospitalario de estas adolescentes de manera multidisciplinaria.

## Y. REVISION BIBLIOGRAFICA

Adolescencia se define como " la edad comprendida entre la niñez y la edad adulta y que transcurre desde que se presentan los primeros indicios de la pubertad hasta que el cuerpo adquiere el completo desarrollo del adulto". (4)

Es el embarazo y parto en edades tempranas un problema en aumento a nivel mundial y nacional, ya que se a reportado en algunos estudios cifras que alcanzan el 40%, y es clasificado como de riesgo, entendiendose este como la posibilidad de enfermar o morir que tiene tanto la mujer como el producto durante el embarazo o parto. (9,11,13,15)

A pesar que algunos estudios reportan que no hay diferencia significativa en el tiempo de trabajo de parto entre Adolescentes y Adultas, siempre se refieren a las adolescentes como pacientes con mayor número de factores de riesgo entre los que estan los preconcepcionales como: bajo nivel socio-económico, analfabetismo, mala nutrición, baja talla, obesidad, circunferencia cráneana pequeña, corto intervalo intergenésico y patología previa. (6,15,18)

Específicamente en las adolescentes se ha encontrado que junto a los problemas de autoestima, estan una baja religiosidad acompañada en muchas ocaciones por problemas del núcleo familiar tales como, alcoholismo, desintegración familiar, hijas de madres solteras, consumo de drogas y analfabetismo materno, ademas de los factores familiares esta que la pubertad ocurre actualmente a mas temprana edad que el siglo pasado (promedio entre 12 y 13 años), poco control escolar y familiar, facilidad de conseguir sexo por los pocos valores morales inculcados, influencia de la Televisión y radio que se escucha y mira en el tiempo libre. Todo lo anterior, segun algunos autores predispone a que las adolescentes sostengan relaciones sexuales a temprana edad, lo que constituye un conflicto permanente y en parte es base de la paternidad irresponsable, de la multiplicidad de madres solteras y de la tendencia a tener familias numerosas. (12,11)

En la actualidad todos los médicos que tratan adolescentes observan mayor número de estos embarazos, que antes, tanto a nivel público como privado, en todos los países del mundo y en todos los estratos sociales ya que hay estudios que reportan que la clase social no hace diferencia; muchas veces es la manera de resolverlo ya que entre las clases sociales mas pudientes es mas frecuente el aborto que entre las clases mas pobres. (3,11,13)

La tendencia a tener familias numerosas y el primer embarazo a edades tempranas se ascentúa mas en países cuya base económica radica en la agricultura, ya que la mujer por

lo general tiene mas hijos por que estos forman parte de la economía del hogar y de la fuerza de trabajo. (13)

Recientes estudios reportan que uno de cada cinco o seis embarazos sucede en menores de 18 años; estos indican que son resultado de diferentes factores tales como: aumento del número de población adolescente y la mitad son mujeres; edad promedio de la menarquia mas corta lo cual ha determinado una edad mas temprana del inicio de la vida sexual activa. En Estados Unidos se reporta que aproximadamente el 46% de los adolescentes entre 15 y 19 años son sexualmente activas sin estar casadas existiendo una relación entre raza blanca y negra de 2:1 aproximadamente. (3,11,13)

Se sabe que el embarazo en adolescentes incrementa el riesgo de desarrollar complicaciones obstétricas o neonatales, las cuales estan determinadas por: 1) Mal nutrición de los jóvenes; 2) poco o ningún control médico ya que es usual que estos embarazos causen rechazo de la familia por lo que las adolescentes tratan de ocultarlos durante el tiempo que les es posible (aproximadamente el primer trimestre); 3) infecciones durante el embarazo; 4) raza y 5) estatus Socio-Económico. Especialmente esto se cumple si las adolescentes no han alcanzado los 16 años por lo cual las menores de esta edad (entre 13 y 15 años) son clasificadas como de Alto Riesgo Obstétrico. (3,13,15)

Un estudio realizado en Nicaragua con 38 pacientes en 1991 encontraron que el 18% del total de ingresos a la Unidad de Terapia Intensiva de señoras pertenece a adolescentes obstétricas con inicio precos de su vida sexual activa; al igual que otros estudios en otros países estas adolescentes en alto porcentaje no hacen uso de anticonceptivos de ningún tipo. (11,13,15)

La causa que originó el mayor número de ingresos fue el síndrome Hipertensivo Gestacional con 55.3%, seguida por enfermedades asociadas al Embarazo, Sepsis Obstétricas y luego Hemorragias. Las complicaciones médicas y las intervenciones quirúrgicas son mutilantes física y psíquicamente pues dejan secuelas personales, lo que ocasiona un cuadro deprimente en el que no se puede precisar que es mejor si la vida o la muerte. Así mismo se observó que el 15% de niños sufrieron asfixia moderada o severa y hubo 37.5% de mortalidad; con tan solo 40% de nacimientos normales. (15)

Por lo expuesto anteriormente se sabe que el embarazo en adolescentes es de mayor riesgo que en una madre de mayor edad por lo tanto se tiene que hacer un esfuerzo multidisciplinario que aumente el conocimiento de la población mediante campañas de la vida familiar y de los servicios de salud, así como incluir con fuerte énfasis en los centros escolares programas de educación sexual y planificación familiar, y promover la comunicación familiar

acerca de la sexualidad para obtener mayor éxito a nivel comunitario. (11,17,18)

No se puede dejar por un lado los problemas socio-económicos a los que están sometidas muchas de las adolescentes, de quienes ya se ha hablado algo. La educación uno de los factores de aprendizaje más importante en la sociedad, ya que conlleva el proceso de conocimiento de las generaciones ascendentes. (14)

Del factor educativo depende mucho el progreso y desarrollo de los pueblos; la buena educación contribuirá grandemente a que existan familias unidas, pero si esta es deficiente o se carece de ella como sucede actualmente en Guatemala, los miembros de las familias afrontarán muy serios problemas, sean estos económicos o sociales, generalmente la falta de educación conlleva a que gran número de familias se desintegren. (14)

Según estudios realizados, las principales causas que inciden en la desintegración familiar son: -Sociales: Alcoholismo, malos tratos e incompatibilidad de caracteres. -Económicos: Tipos de trabajo, salario, desempleo, vivienda y salud y el porcentaje de desintegración llega a ser tan alto como 62%. Teniendo el alcoholismo un porcentaje importante. (10,14,15)

Se ha dicho pues la importancia de la educación sin embargo en Guatemala el índice de analfabetismo es de 85% y no se hace mucho por mejorarlo, lo que condiciona que a muchas personas les falte la oportunidad de mejores trabajos y por ende una buena remuneración que repercute en el desenvolvimiento de la personalidad de sus miembros especialmente las adolescentes quienes se encuentran en una etapa en la que no se ha formado la personalidad por lo que la desatención de esta conlleva un deterioro de la persona; y es este un factor de riesgo para embarazo en adolescentes. (5,14)

El factor económico es un aspecto importante que repercute profundamente en la vida familiar, el alto costo de la vida es un fenómeno que perjudica a las mayorías; todos los artículos han tenido un aumento, especialmente en la actualidad, y los salarios apesar de algunos aumentos, no han controlado el problema del alto costo de la vida. La gran mayoría de la población por no contar con otra alternativa se ha acostumbrado de tal manera al desequilibrio socio-económico imperante que ve con naturalidad la existencia de estos flagelos que determinan la solución a los problemas que afronta el grupo familiar, perjudicando a sus miembros y a la organización familiar. (5)

El factor económico depende de la relación laboral que ejercen los individuos, de acuerdo a sus capacidades

intelectuales o a su capacitación ocupacional. En nuestro país existe una división ocupacional clasificada de la siguiente manera: Profesionales, burócratas, obreros calificados y no calificados, agricultores, empleados de comercio, jornaleros y peones; los cuales devengan sueldos indebidamente remunerados de acuerdo a la conveniencia establecida a través de un contrato pero que a la mayoría no le alcanza para satisfacer sus necesidades. (5)

Del año 1989 al 91 se produjo un incremento promedio en los salarios de 24.6% mientras que la tasa de incremento de la inflación se sitúa alrededor del 101.7%. Esto demuestra claramente que aun cuando los salarios promedio pagados hayan superado el salario mínimo vigente, no significa que el trabajador este saliendo beneficiado, ya que este salario en rigor de la verdad no representa siquiera la dieta mínima diaria que cualquier trabajador necesita y a la que tiene derecho. Y supone la deficiente satisfacción de sus necesidades. Estos son los principales factores socio-económicos que están relacionados con los embarazos en adolescentes y sobre los cuales tratara el estudio. (7)

## VI. METODOLOGIA

El estudio se realizó en forma observacional, analítica, de corte transversal ya que es el mas adecuado para el tipo de estudio que se realizó en el departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt durante los meses de Marzo y Abril de 1994 para lo cual se solicitó el permiso respectivo al comité de docencia de dicho hospital para recolectar los datos.

Para la recolección de los datos se llenó una encuesta a todas la pacientes de 13 a menores de 19 años al momento de resolver su embarazo; fué llenada en el post-parto inmediato, no tomando en cuenta la vía de resolución del embarazo ni las complicaciones que este puede tener.

El tamaño de la muestra fué determinado por la siguiente formula estadística:

$$n = \frac{Z^2 [ p ( 1 - p ) ]}{d^2}$$

$$n = \frac{1.96^2 [ 0.08 ( 1 - 0.08 ) ]}{0.05^2}$$

$$n = \frac{3.84 * 0.07}{0.0025}$$

$$n = 107.52$$

$$n = 108 \text{ pacientes}$$

En donde:

P = propoción; igual al porcentaje expresado en decimales

Z = variación estandar del nivel de confianza (d)

d = nivel de confianza del estudio (95%)

n = número de casos para el estudio

Una vez obtenido el número de casos necesarios para la muestra se tabularon y analizaron los datos obtenidos y se elaboraron los cuadros que permitieron su comprensión e interpretación para poder así hacer las conclusiones y recomendaciones del caso.

Los criterios de inclusión son:

- 1) Edad comprendida entre 13 y 18 años 11 meses y 29 días
- 2) Que fuese ingresada en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt.

Los criterios de exclusión son:

- 3) No se tomó en cuenta si la paciente tuvo infección.
- 4) Tampoco se tomó en cuenta si resolvió con aborto.

**RECURSOS:**

**HUMANOS:**

- Personal de las bibliotecas utilizadas para la consulta bibliográfica.
- Personal del 3ero y 4to piso post-parto del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt.

**MATERIALES:**

- Revistas, libros y tesis relacionados con el tema a investigar.
- Libros de registros de partos y nacimientos.
- Boleta de recolección de datos.

**DEFINICION DE VARIABLES**

**EDAD:**

- C: Años, Meses y días transcurridos desde su nacimiento hasta la fecha de el parto.  
 O: Anotar edad en años de la paciente.  
 T: Cuantitativa

**OCUPACION:**

- C: Labor en la cual emplea su tiempo.  
 O: Anotar labor que sea prioritaria.  
 T: Cualitativa

**ESTADO CIVIL:**

- C: Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles.  
 O: Anotar soltera, unida, casada o divorciada.  
 T: Cualitativa

**ESCOLARIDAD:**

- C: Nivel del último grado aprobado en un centro de estudios docente.  
 O: Se clasificará de 1ro - 3ro, 4to-6to, Básicos, Diversificado, Superior.  
 T: Cualitativa

**RELIGION:**

- C: Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad.  
 O: Anotar nombre de la religión a la que pertenece.  
 T: Cualitativa

**PROCEDENCIA:**

- C: Lugar donde nació.

- O: Clasificación geográfica.  
T: Cualitativa
- DOMICILIO:** C: Lugar de la casa que habita y personas con las que convive en el lugar.  
O: Lugar donde vive actualmente.  
T: Cualitativa
- HOGAR:** C: Centro de reunión de personas unidas por algún lazo familiar o legal.  
O: Tipo de Hogar que forma o habita: integrado, desintegrado, Madre Soltera.  
T: Cualitativa
- No. INTEGRANTES DE FAMILIA: DEPENDIENTES** C: Conjunto compuesto por un matrimonio y sus hijos, y en un sentido amplio todas las personas unidas por un parentesco que vivan bajo el mismo techo. Y sean dependientes de una misma persona(s).  
O: Número de Personas dependientes económicamente.  
T: Cuantitativa
- SOSTEN DEL HOGAR:** C: Persona que asegura la subsistencia de la familia.  
O: Persona económicamente productiva.  
T: Cualitativa
- SALARIO:** C: Remuneración de la persona que trabaja por cuenta ajena.  
O: Monto total de ingresos familiares.  
T: Cuantitativa
- MENARQUIA:** C: Edad de la Primera Menstruación.  
O: Clasificar según edad de la Menarquia.  
T: Cuantitativa
- PLANIFICO EMBARAZO:** C: Cuestionar si estableció fecha de Embarazo.  
O: Establecimiento de fecha de embarazo previo a embarazarse.  
T: Cualitativa
- HOGAR INTEGRADO:** C: Cuando todas las necesidades están cubiertas por sus satisfacciones correspondientes y dentro de sus miembros no se presenta ningún problema insuperable.  
O: Clasificación según tipo de hogar  
T: Cualitativa



**HOGAR DESINTEGRADO:** C: Es el rompimiento de la unidad familiar la disolución, o fraccionamiento de funciones sociales ó cuando uno o mas de sus miembros dejan de desempeñar adecuadamente el papel que les corresponde.

O: Clasificación según tipo de hogar.

T: cualitativa

**HOGAR DE MADRES  
SOLTERAS:**

C: Es aquel en el que hace falta el padre debido a la irresponsabilidad del hombre y la formación moral de ambos.

O: Clasificación según tipo de hogar.

T: Cualitativa

**TRABAJO ASALARIADO:** C: Es cuando el patrono se ve obligado a retribuir al trabajador por concepto de servicios prestados.

O: Clasificar según tipo de trabajo

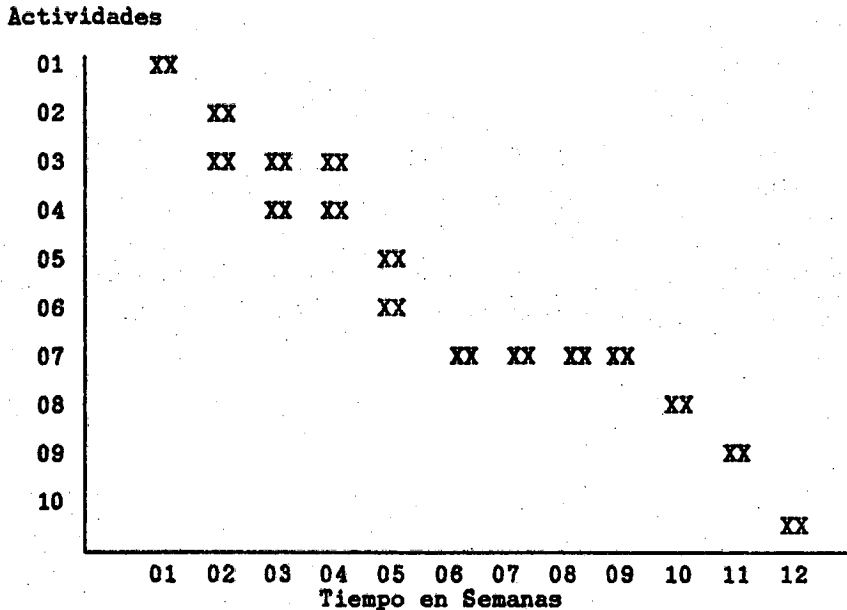
T: Cualitativa

C = Conceptual

O = Operacional

T = Tipo de Variable

## GRAFICA DE GANTT

**ACTIVIDADES:**

- 1.- Selección del tema de Investigación.
- 2.- Elección de Asesor y Revisor.
- 3.- Recopilación de Material Bibliográfico.
- 4.- Elaboración de Proyecto con Asesor y Revisor.
- 5.- Aprobación del Proyecto por Coordinación de Tesis, USAC
- 6.- Aprobación del proyecto por Comité de Docencia del Hospital Roosevelt.
- 7.- Elaboración del trabajo de campo y recopilación de la información.
- 8.- Procesamiento de datos , elaboración de tablas y Gráficas.
- 9.- Análisis y discusión de resultados; elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
- 10.- Presentación de Informe Final.

**VII. PRESENTACION DE RESULTADOS**

CUADRO No. 1  
 EDAD CRONOLÓGICA DE 108 PACIENTES ADOLESCENTES  
 ADMITIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL  
 HOSPITAL ROOSEVELT DEL 28 DE MARZO  
 AL 23 DE ABRIL DE 1994

EDAD EN AÑOS	NUMERO PACIENTES	PORCENTAJE
13	0	0.00%
14	6	5.56%
15	12	11.11%
16	24	22.22%
17	38	35.19%
18	28	25.93%
TOTALES	108	100.00%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO No. 2  
 OCUPACION PRINCIPAL EN 108 PACIENTES ADOLESCENTES  
 ADMITIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL  
 HOSPITAL ROOSEVELT DEL 28 DE MARZO  
 AL 23 DE ABRIL DE 1994

OCUPACION	NUMERO PACIENTES	PORCENTAJE
ESTUDIANTE	18	16.67%
OFICIOS DOMESTICOS	62	57.41%
MAQUILA	10	9.28%
EMPLEADA DOMESTICA	14	12.96%
OTROS	4	3.70%
TOTALES	108	100.00%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO No. 3  
 ESTADO CIVIL DE 108 PACIENTES ADOLESCENTES  
 ADMITIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL  
 HOSPITAL ROOSEVELT DEL 28 DE MARZO  
 AL 23 DE ABRIL DE 1994

ESTADO CIVIL	NUMERO PACIENTES	PORCENTAJE
SOLTERA	32	29.63%
UNIDA	52	48.15%
CASADA	24	22.22%
TOTALES	108	100.00%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO No. 4  
 ESCOLARIDAD DE 108 PACIENTES ADOLESCENTES  
 ADMITIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL  
 HOSPITAL ROOSEVELT DEL 28 DE MARZO  
 AL 23 DE ABRIL DE 1994

ESCOLARIDAD	NUMERO PACIENTES	PORCENTAJE
NINGUNA	15	13.89%
1ro - 3ro	36	33.33%
4to - 6to	33	30.56%
BASICOS	24	22.22%
DIVERSIFICADO	0	0.00%
TOTALES	108	100.00%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO No. 5  
 ESCOLARIDAD DEL CONYUGE DE 108 PACIENTES ADOLESCENTES  
 ADMITIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL  
 HOSPITAL ROOSEVELT DEL 28 DE MARZO  
 AL 23 DE ABRIL DE 1994

ESCOLARIDAD	NUMERO PACIENTES	PORCENTAJE
IGNORA	32	29.63%
NINGUNA	4	3.70%
1ro - 3ro	10	9.28%
4to - 6to	42	38.89%
BASICOS	16	14.81%
DIVERSIFICADO	4	3.70%
<b>TOTALES</b>	<b>108</b>	<b>100.00%</b>

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS



CUADRO No. 6  
 ESCOLARIDAD DEL PADRE DE 108 PACIENTES ADOLESCENTES  
 ADMITIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL  
 HOSPITAL ROOSEVELT DEL 28 DE MARZO  
 AL 23 DE ABRIL DE 1994

ESCOLARIDAD	NUMERO PACIENTES	PORCENTAJE
IGNORA	42	38.89%
NINGUNA	32	29.63%
1ro - 3ro	22	20.37%
4to - 6to	10	9.26%
BASICOS	2	1.85%
DIVERSIFICADO	0	0.00%
TOTALES	108	100.00%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO No. 7  
 ESCOLARIDAD DE LA MADRE DE 108 PACIENTES ADOLESCENTES  
 ADMITIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL  
 HOSPITAL ROOSEVELT DEL 28 DE MARZO  
 AL 23 DE ABRIL DE 1994.

ESCOLARIDAD	NUMERO PACIENTES	PORCENTAJE
IGNORA	10	9.26%
NINGUNA	46	42.59%
1ro - 3ro	28	25.93%
4to - 6to	20	18.52%
BASICOS	4	3.70%
DIVERSIFICADO	0	0.00%
TOTALES	108	100.00%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO No. 8  
 NUMERO DE DEPENDIENTES DE 108 PACIENTES ADOLESCENTES  
 ADMITIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL  
 HOSPITAL ROOSEVELT DEL 28 DE MARZO  
 AL 23 DE ABRIL DE 1994

DEPENDIENTES	NUMERO PACIENTES	PORCENTAJE
1	32	29.63%
2	58	53.70%
3	14	12.96%
4 O MAS	4	3.70%
TOTALES	108	100.00%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO No. 9  
 SOSTEN DEL HOGAR DE 108 PACIENTES ADOLESCENTES  
 ADMITIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL  
 HOSPITAL ROOSEVELT DEL 28 DE MARZO  
 AL 23 DE ABRIL DE 1994

SOSTEN DEL HOGAR	NUMERO PACIENTES	PORCENTAJE
PADRE O MADRE	12	11.11%
CONYUGE	74	68.52%
ELLA MISMA	22	20.37%
TOTALES	108	100.00%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO No. 10  
PROCEDENCIA DE 108 PACIENTES ADOLESCENTES  
ADMITIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL  
HOSPITAL ROOSEVELT DEL 28 DE MARZO  
AL 23 DE ABRIL DE 1994

PROCEDENCIA	NUMERO PACIENTES	PORCENTAJE
INTERIOR	68	62.96%
CAPITAL	40	37.04%
TOTALES	108	100.00%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO No. 11  
 PERSONAS CON LAS QUE VIVEN 108 PACIENTES ADOLESCENTES  
 ADMITIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL  
 HOSPITAL ROOSEVELT DEL 28 DE MARZO  
 AL 23 DE ABRIL DE 1994

VIVEN CON	NUMERO PACIENTES	PORCENTAJE
AMBOS PADRES	12	11.11%
SOLO MADRE	8	7.41%
ESPOSO	74	68.52%
PATRONES	10	9.26%
OTROS	4	3.70%
TOTALES	108	100.00%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO No. 12  
 TIPO DE HOGAR DE 108 PACIENTES ADOLESCENTES  
 ADMITIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL  
 HOSPITAL ROOSEVELT DEL 28 DE MARZO  
 AL 23 DE ABRIL DE 1994

TIPO DE HOGAR	NUMERO PACIENTES	PORCENTAJE
INTEGRADO	56	51.85%
DESINTEGRADO	26	24.07%
MADRE SOLTERA	22	20.37%
OTROS FAMILIARES	4	3.70%
TOTALES	108	100.00%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO No. 13  
 INGRESOS DEL HOGAR DE 108 PACIENTES ADOLESCENTES  
 ADMITIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL  
 HOSPITAL ROOSEVELT DEL 28 DE MARZO  
 AL 23 DE ABRIL DE 1994

INGRESOS	NUMERO PACIENTES	PORCENTAJE
Q 1 A 300	14	12.96%
Q.301 A 600	46	42.59%
Q.601 A 900	32	29.63%
Q.901 A 1200	16	14.81%
<b>TOTALES</b>	<b>108</b>	<b>100.00%</b>

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS



CUADRO No. 14  
 EDUCACION SEXUAL DE 108 PACIENTES ADOLESCENTES  
 ADMITIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL  
 HOSPITAL ROOSEVELT DEL 28 DE MARZO  
 AL 23 DE ABRIL DE 1994

EDUC. SEXUAL	NUMERO PACIENTES	PORCENTAJE
SI	28	25.93%
NO	80	74.07%
TOTALES	108	100.00%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO No. 15  
 PLANIFICACION DEL EMBARAZO DE 108 PACIENTES ADOLESCENTES  
 ADMITIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL  
 HOSPITAL ROOSEVELT DEL 28 DE MARZO  
 AL 23 DE ABRIL DE 1994

PLAN EMBARAZO	NUMERO PACIENTES	PORCENTAJE
SI	8	7.41%
NO	100	92.59%
TOTALES	108	100.00%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO No. 16  
 EDAD DE LA MENARQUIA DE 108 PACIENTES ADOLESCENTES  
 ADMITIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL  
 HOSPITAL ROOSEVELT DEL 28 DE MARZO  
 AL 23 DE ABRIL DE 1994

EDAD MENARQUIA	NUMERO PACIENTES	PORCENTAJE
10	2	1.85%
11	20	18.52%
12	28	25.93%
13	26	24.07%
14	24	22.22%
15	8	7.41%
<b>TOTALES</b>	<b>108</b>	<b>100.00%</b>

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO No. 17  
 USO DE ALCOHOL O DROGAS ANTES DEL EMBARAZO  
 DE 108 PACIENTES ADOLESCENTES  
 ADMITIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL  
 HOSPITAL ROOSEVELT DEL 28 DE MARZO  
 AL 23 DE ABRIL DE 1994

USO DE ALCOHOL	NUMERO PACIENTES	PORCENTAJE
SI	0	0.00%
NO	108	100.00%
TOTALES	108	100.00%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO No. 18  
 INGESTA DE ALCOHOL EN PADRES DE 108 PACIENTES ADOLESCENTES  
 ADMITIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL  
 HOSPITAL ROOSEVELT DEL 28 DE MARZO  
 AL 23 DE ABRIL DE 1994

USO DE ALCOHOL	NUMERO PACIENTES	PORCENTAJE
SI	40	37.04%
NO	68	62.96%
TOTALES	108	100.00%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO No. 19  
 NUMERO DE GESTACIONES DE 108 PACIENTES ADOLESCENTES  
 ADMITIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL  
 HOSPITAL ROOSEVELT DEL 28 DE MARZO  
 AL 23 DE ABRIL DE 1994

GESTACIONES	NUMERO PACIENTES	PORCENTAJE
1	90	83.33%
2	14	12.96%
3	4	3.70%
TOTALES	108	100.00%

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

### VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Podemos observar en el cuadro #1 que, de las edades tomadas en cuenta no hubo ningun caso de 13 años de edad. Los casos iniciaron a los 14 años con un número de 6 casos (5.56%) y alcanzaron su mayor número de casos a los 17 años con 38 casos - 35.19% para disminuir a 28 casos - 25.93% a los 18 años lo cual nos indica que hay una edad en la cual se tiene mayor riesgo para embarazarse, no siendo esto una causa biológica sino mas bien es por la forma de comportamiento.

En el cuadro #2 se presenta la ocupación principal a la que se dedicaron las pacientes, la mayor parte del embarazo, observando que la mayoría se dedica a los Oficios domesticos de su hogar con 57.41%; seguido por las pacientes que se dedicaron a estudiar con el 16.87% y el resto realizó algun tipo de trabajo remunerado, la mayoría dedicadas a maquila u oficios domesticos en casas ajenas. Se hace la observación que la mayoría cambió su antigua actividad o la cambiará posterior a la encuesta por motivo del embarazo dando una idea de la forma en que se afecta al circulo familiar con estos embarazos.

El estado civil mas frecuente encontrado fue el de Unión Libre con el 48.15% seguido por las solteras con 29.63% y las menos frecuentes fueron las casadas con el 22.22%, esto puede influir grandemente en los altos indices de desintegración familiar existentes, que es comparable con lo reportado en otros estudios a nivel internacional (ver cuadro #3).

En el cuadro #4 se presenta el nivel de escolaridad según el ultimo grado aprobado por las pacientes y se observa que apesar que mas del 80% tienen 16 o mas años (cuadro #1), edad para cursar algun grado de diversificado, solo el 22% alcanzó el nivel básico y ninguna tuvo estudios diversificados; lo que indudablemente afectará al hogar que forme o a su hijo en caso de las madres solteras ya que como se expuso anteriormente la baja escolaridad materna es causa de muchos problemas para la buena orientación de los hijos y del núcleo familiar.

El cuadro #5 muestra el nivel de escolaridad del conyuge en donde se observa que el 38.89% unicamente cursó entre el cuarto y sexto grados de primaria el 14.81% los grados básicos y el 3.70% lo hizo a nivel diversificado; ninguno tuvo estudios superiores y el 29.63% de escolaridad del conyuge lo ignoraban los pacientes. Esto nos puede dar una idea de la clase de empleo que pueden obtener así como sus salarios lo que muchas veces los arrastra a un circulo vicioso.

En cuanto a la escolaridad de los padres de los pacientes (cuadro #6 y #7) es fácil notar que solo el 3.70% de las madres y el 1.85% de los padres cursaron algun grado

básico y ninguno diversificado, encontrando al grueso de la población en el analfabetismo con el 29.83% de los padres y el 42.59% de las madres, el otro 29.83% de los padres y 44.45% de las madres solo cursaron algun grado primario; lo que nos da que mas del 59.26% y 86.41% de padres y madres respectivamente no superaron el sexto grado primario; 42 pacientes que corresponde al 38.89% ignoraron la escolaridad de su padre y el 9.26% de sus madres. A pesar que en la escolaridad de pacientes y sus conyuges hay algo de superioridad solamente es un paso adelante y no hace una diferencia significativa.

En el cuadro #8 se observa el número de dependientes directos de los pacientes o su conyuge en caso de que fueran unidas o casadas y el 29.63% que solo tienen un dependiente corresponde a las madres solteras; el 53.70% de dos dependientes son hogares recién formados en donde solamente el esposo aporta económicamente a la casa el resto son hogares ya establecidos que en su mayoría fueron mantenidos por el esposo.

El 68.52% de los pacientes fue mantenido por sus conyuges, el 20.37% son mantenidas por ellas mismas y el 11.11% son mantenidas por padres o madres haciendo ver que la mayoría de pacientes de estos últimos dos porcentajes corresponden a madres solteras quienes tienen a su cargo el recién nacido solas (ver cuadro #9).

La procedencia de las pacientes se distribuyó según el cuadro #10 en 62.96% eran del interior del país y 37.04% de la capital en donde se puede notar alguna diferencia en la frecuencia de embarazo que es significativa debida a la procedencia del interior del país.

Las personas con las que actualmente vivían las pacientes se presenta en el cuadro #11 y el 68.52% vivían con el esposo ya sea en unión o matrimonio; a pesar de que la totalidad de los hogares que era su primer hijo se había unido o casado luego de enterarse del embarazo los demás porcentajes que demuestra que viven con padres, madre, patrones u otro familiar corresponden a las madres solteras.

Podemos notar en el cuadro #12 el tipo de hogar del cual proceden las pacientes y vemos que el 51.85% corresponde a hogar integrado que es un porcentaje elevado según lo descrito en otras literaturas para estas pacientes el 24.07% provenían de hogares desintegrados y el 20.37% eran hijas de madres solteras de las cuales el 50.00% actualmente son madre solteras que hace una correlación bastante alta de estos casos.

De los salarios, medio que el total de pacientes utilizaba para sobrevivir y cubrir todas sus necesidades el 55% aproximado no alcanzaba el salario mínimo y el 85%



aproximado fue menor de Q 900.00 nos da una idea de la manera de vivir de estas pacientes y la atención que tendran para con sus hijos ya que este salario será utilizado para toda la familia (ver cuadro #13).

En el cuadro #14 se puede observar que solo el 25.93% recibieron educacion sexual alguna vez y lo anterior siempre se llevo a cabo durante la asistencia escolar pero no siempre se llevo a cabo por personal capacitado y la mayoría de veces se abordó en forma escueta y no abordaron el tema de la planificación familiar; por lo anterior podemos decir que las pacientes llegaron al embarazo, la mayoría, desconociendo los métodos de planificación familiar por lo cual se explica el alto número de embarazos en adolescentes y la poca popularidad de la planificación entre ellos que predispone no solamente a embarazo sino a adquirir cualquier tipo de enfermedad transmitida sexualmente.

Reflejo de la poca educación sexual y la falta de orientación a cerca de la planificación familiar es lo que nos muestra el cuadro #15 en donde mas del 90% de embarazos no fueron planificados y esto con clara explicación, solamente el 7.41% (8 casos), en su totalidad secundigestas, planificaron durante algun tiempo la familia lo que pone de manifiesto su preocupación por el numero de hijos que tendran.

Edad de la menarquia (primera menstruación) se expone en el cuadro #16 y se observa que el grupo se concentro entre los 12 y 14 años como edades de su primera menstruación con mas del 70% del total de pacientes; unicamente el 7.41% tuvo la menarquia a los 15 años lo que confirma lo reportado en otras literaturas y podria en un momento dado facilitar el embarazo en edades mas tempranas ya que bien es sabido sino hay menarquia no puede haber embarazo. Ademas confirma la diferencia existente comparado con la edad de menarquia de finales del siglo pasado que segun estudios se iniciaba con mayor frecuencia entre los 15 y 17 años.

En el cuadro #17 se observa que del total de pacientes ninguna consume alcohol o drogas, respuesta que niega lo publicado en otros estudios en donde se toma el uso de alcohol como factor predisponente para embarazos en adolescentes por lo menos esto nos indica que todos los actos de estas adolescentes fueron orientados por su plena conciencia y contribuye en parte a tener recién nacidos saludables.

Causa de desintegración familiar y asi de embarazos en adolescentes es el alcoholismo que en nuestro pais es algo frecuente como lo muestra el cuadro #18 en donde el 37.04% de los padres de las pacientes consumen alcohol frecuentemente.

El cuadro #19 muestra la paridad de 108 pacientes tomadas para este estudio y se puede observar que el 83.33% fueron primigestas, lo que nos da aun la oportunidad de prevenir las familias muy numerosas ya que estas pacientes iniciaron su vida marital a temprana edad y tienen suficiente tiempo para tener 10 o mas hijos que nadie les da una orientación formal sobre la planificación.

## IX. CONCLUSIONES

- 1) En este estudio realizado en 108 pacientes atendidas en el Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt se logró determinar que sí existe relación entre algunos factores Socio-Económicos y los embarazos en adolescentes.
- 2) El 15.08% de gestantes que ingresan y son atendidas en el Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt son adolescentes.
- 3) La edad mas frecuentemente encontrada es la de 17 años con el 35.19% (38 casos).
- 4) La situación económica que predominó en la mayoría de pacientes en estudio es: 55.55% (60 casos) extrema pobreza, 29.63% (32 casos) pobreza y solo 14.81% (16 casos) tuvieron un salario superior a Q. 901.00.
- 5) Respecto al grupo social predominante las pacientes: 66.92% fueron del interior del país, 13.89% analfabetas y 63.89% con escasa escolaridad, 57.41% dedicadas a Oficios Domesticos, 48.15% unidas, 29.63% solteras y 22.22% casadas, 42.59% (46 casos) hijas de padres analfabetas, 48.15% hijas de hogares desintegrados, con 37.4% de frecuencia de alcoholismo paterno, el 92.59% de embarazos fueron no planificados y escasa o ninguna orientación sexual y de métodos de planificación familiar.
- 6) Los factores socio-económicos mas importantes que pudieron ser identificados en este estudio y se relacionan con los embarazos en adolescentes fueron analfabetismo o bajo grado de escolaridad materna el 87.04% de los casos, procedentes del interior del país 62.96%, hijas de hogar desintegrado o madre soltera 48.15%, sin educación sexual 74.07% y alcoholismo paterno en el 37.04% de los casos.

### X. RECOMENDACIONES

- 1) Prevenir a través de educar a la población sobre los métodos de planificación familiar que existen ya que esta es una medida preventiva de bajo costo y alto impacto social.
- 2) Implementar un programa de Educación Sexual amplio que incluya Métodos de planificación familiar por parte de la Universidad de San Carlos de Guatemala utilizando los estudiantes de Segundo año de la carrera para ser impartido en los últimos grados de las escuelas públicas en donde se realizan prácticas en ese grado académico.
- 3) Crear un programa de educación continua en el departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt en donde se de educación sobre planificación familiar a todas las madres adolescentes que sean asistidas en el departamento y cuando sea posible involucrar a la pareja y enseñar los beneficios de una familia planificada.
- 4) Tratar de concientizar a la población que la planificación familiar es una manera eficaz de evitar la maternidad materna infantil porque puede ayudar a las parejas a evitar los embarazos de alto riesgo.

## XI. RESUMEN

En el presente estudio se determinó los factores socio-económicos que se relacionan con embarazos en adolescentes de 108 pacientes que fueron asistidas en el departamento de obstetricia del Hospital Roosevelt del 28 de marzo al 28 de abril de 1,994.

Para la realización del presente trabajo se procedió a realizar una encuesta diseñada especialmente para este fin a cada una de las pacientes comprendidas dentro de las edades de 13 y 18 años 11 meses y 29 días que fueron asistidas en el Hospital Roosevelt en el post parto inmediato (tercero y cuarto piso post-parto) y que cumpliera los criterios de inclusión, posterior a lo cual se agruparon y analizaron los resultados.

El estudio demostró que la edad de embarazo es mas frecuente a los 17 años y dentro de las características socioeconómicas estan el 57.41% se dedica a oficios domesticos; 48.15% son unidas; 13.89% de las pacientes son analfabetas, 63.89% solo asistió a la escuela primaria y solo el 22.22% realizó algun estudio a nivel básico, respecto al conyuge el 28.31% realizó estudios básicos superiores; casi el 80.00% de los padres y 88.41% de las madres unicamente tenian estudios primarios y solamente el 1.85% y 3.70% tenian estudios a nivel básico. El 68.52% era sostenido por el conyuge, 82.96% de las pacientes procedian del interior del pais procedian del interior del pais, 68.52% viven con su esposo, 51.85% procedia de hogares integrados; solo el 20.37% eran hijas de madres solteras, mas de el 70.00% tenian ingresos entre Q.301.00 y Q. 900.00 mensuales, solamente el 25.93% recibieron alguna educación sexual en su mayoría escuela, el 83.33% eran primigestas, el 92.59% no planificó embarazo ni utilizó método anticonceptivos, ninguna pacientes consumia alcohol o drogas y el 37.04% tenia un padre alcoholico.

Por lo anterior expuesto se concluye que si existe relación entre algunos factores que predisponen el embarazo en adolescentes y las recomendaciones se dirigieron a iniciar planes de educación a nivel de escuelas públicas y el seguimiento hospitalario de las pacientes adolescentes con charlas de planificación familiar, ya que la mayoría fueron primigestas; por lo cual aún se esta a tiempo de prevenir las familias muy numerosas y los embarazos muy seguidos, ayudando a disminuir así en alguna medida la morbi mortalidad materno-infantil.

## XII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Calendario Demográfico programa, población y desarrollo; Asociación Pro Bienestar de la Familia 1991, Guatemala.
- 2.- Davidson, Ezra C., MD et. al; The age Extremes for Reproduction. Current implications for policity change. American Journals of Obstetrics an Gynecology Vol 152 No. 4, June 15, 1985 pp 467-473.
- 3.- Davila R., Marco Antonio; Tesis, Embarazo en Adolescentes y sus complicaciones Obstetricas y Neonatales. Facultad de Ciencias Médicas, USAC 1988.
- 4.- Diccionario Enciclopédico Ilustrado Sopena. Editorial Ramón Sopena, España 1981 (5 tomos) Tomo 1 pp 82.
- 5.- Duran Paredes, Angela Edina y Girón de Escobar, Rosa Edelmira; Tesis, La desintegración Familiar, factor determinante de la conducta irregular en menores de sexo femenino; Facultad de Trabajo Social. USAC agosto 1985.
- 6.- Echeverria Orellana, Byron de Jesus; Tesis, Partograma en Primigesta Juvenil. Facultad de Ciencias Médicas, USAC Noviembre 1991.
- 7.- Economía al día; Boletín del Instituto de Investigaciones Económicas y sociales , USAC. abril 1992.
- 8.- Elster, Arthur, MD; The effect of maternal Age. Partty and Prenatal care on perinatal out come in adolescent mothers, American Journals of Obstetrics and Gynecology Vol 149 No. 8 August 15 1984 pp 845-847.
- 9.- Gonzalez N., Francisco Gerardo; Tesis, Embarazo en Adolescentes. Facultad de Ciencias Médicas USAC 1988.
- 10.- Goode, William J.; La familia C.P. Desintegración familiar. APROFAM 1986. pp 56.
- 11.- Kessler Kreutner, A. Karen; Adolescent Obstetric and Gynecology. Year Book Medical Publishers Inc. Chicago, London, 658p. 1981, pp 67-77.
- 12.- Lovel, H.; et. al.; Yesterday's Unwanted Babies. Today's teenage pregnancies. Lancet 1987, Mayo 2,1, pp 8540,1036,1037.
- 13.- Montufar Reyes, Glenda Marlane; Tesis, Embarazo Juvenil como factor de riesgo reproductivo. Facultad

de Ciencias Médicas USAC 1993.

- 14.- Orozco Orozco, Telma Selmira; Tesis, Principales factores Sociales que influyen en la desintegración Familiar; Facultad de Trabajo Social USAC, agosto 1989 59p. pp 5-7,14,37.
- 15.- Revista de la Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología; Graficolor, Epoca 4, Vol 2 No. 6, Mayo-Agosto 1992, pp 19,29.
- 16.- Taylor, E. Stewart, Obstetrical and Ginecological Survey; Baltimore 1987, Marzo Vol 42 No. 3.
- 17.- Willette L., Le Hew; Teenage Pregnancy Prevention. American Journal of Obstetrics and Gynecology, Agosto 1992, Vol 167. No. 2 pp 299.
- 18.- Yonugs, David D. Y Ann Rafter Marean; The Pregnant adolescent patient. Gynecology and Obstetrics 1986, Tomo II, cap 75

**XIII. ANEXOS**

**PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**  
**Biblioteca Central**



**ANEXO No. 1  
MODELO DE ENCUESTA**

No. de Registro: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_  
 Procedencia: \_\_\_\_\_ Vive con:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 - Padre(s)  
 - Esposo  
 - Sola  
 - Otros \_\_\_\_\_

**Perfil Social**

Hogar: \_\_\_ Hogar Integrado  
 \_\_\_ Falta Padre o Falta Madre  
 \_\_\_ Madre Soltera  
 \_\_\_ Vive con otros familiares: \_\_\_\_\_  
 Padre o Madre Consumen Alcohol o Drogas? \_\_\_\_\_  
 Escolaridad: - Padre: \_\_\_\_\_ - Padre del Niño: \_\_\_\_\_  
 - Madre: \_\_\_\_\_

No. de Integrantes de la Familia: Dependientes \_\_\_\_\_

La vivienda reúne las características mínimas de comodidad? \_\_\_ SI \_\_\_ NO

Sosten del Hogar: \_\_\_ Padre o Madre  
 \_\_\_ Ella misma  
 \_\_\_ Esposo o Padre del Niño

Fuente de Ingresos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ha recibido educación sexual? \_\_\_ SI \_\_\_ NO Cuando? \_\_\_\_\_

**Gineco Obstetricos**

Menarquia: \_\_\_\_\_ G: P: Ab: Hv: Hm:

Planificó Embarazo? \_\_\_ SI \_\_\_ NO (Motivo del Embarazo)

Consumo Alcohol o Drogas? \_\_\_\_\_

Observaciones :

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_