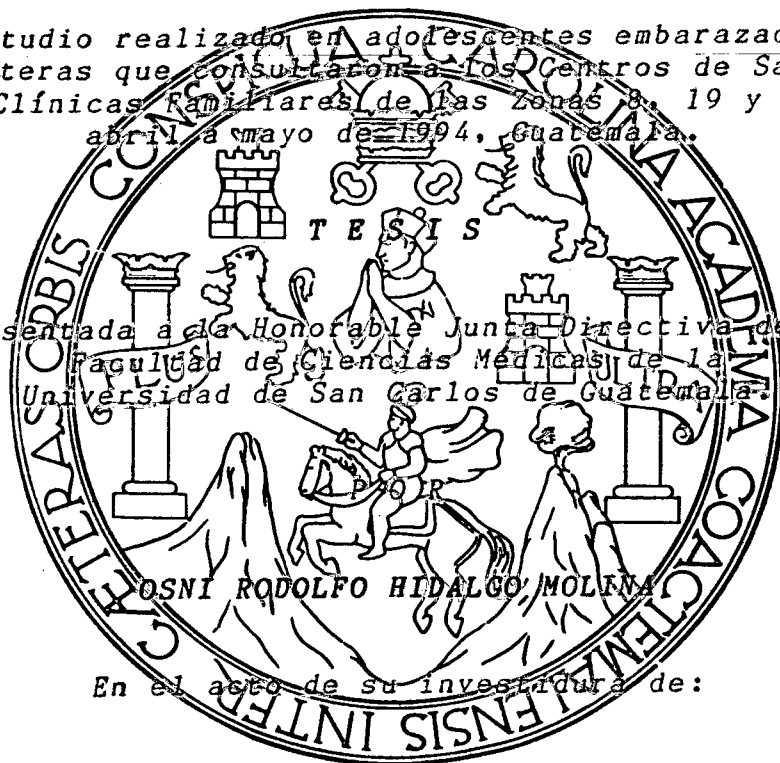


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**CONSECUENCIAS Y REPERCUSIONES PSICOBIOSOCIALES
DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA SOLTERA**

Estudio realizado en adolescentes embarazadas solteras que consultaron a los Centros de Salud y Clínicas Familiares de las Zonas 8, 19 y 21, abril a mayo de 1994, Guatemala.

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



OSNI RODOLFO HIDALGO MOLINA

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, JULIO DE 1994.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

DL
05
+(6930)



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 24 de junio

de 1994

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

Se informa que el: Bachiller: Osni Rodolfo Hidalgo Molina
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos
Carnet No. 8813040
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"CONSECUENCIAS Y REPERCUSIONES PSICOBIOSOCIALES DE LA
ADOLESCENTE EMBARAZADA SOLTERA"

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:

[Handwritten Signature]
Firma del estudiante.

[Handwritten Signature]
Asesor
Firma y sello personal

Dr. Angel F. González G.
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO 7551

[Handwritten Signature]
Revisor
Firma y sello
Registro Personal 11077

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

HACE CONSTAR QUE:

El (La) Bachiller: OSNI RODOLFO HIDALGO MOLINA

Carnet Universitario No. 88-13040

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al
Título de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:
"CONSECUENCIAS Y REPERCUSIONES PSICOBIOLOGICAS DE LA ADOLESCENTE
EMBARAZADA SOLTERA"

Trabajo asesorado por: DR. ANGEL F. GONZALEZ C.

y revisado por: DR. HECTOR EMILIO SOTO RODAS

quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite,
firma y sella la presente.

ORDEN DE IMPRESION:

Guatemala, 2 de Julio de 1994

Dr. Edgar Rodolfo de León
Por Unidad de Tesis

Dr. Raúl Castillo Rodas
DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

IMPRESA E

Dr. Edgar Axel Oliva González
DECANO



INDICE

I.	INTRODUCCION.....	1
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA.....	3
III.	JUSTIFICACION.....	4
IV.	OBJETIVOS.....	5
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA.....	6
VI.	METODOLOGIA.....	13
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS.....	17
VIII.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	34
IX.	CONCLUSIONES.....	37
X.	RECOMENDACIONES.....	38
XI.	RESUMEN.....	39
XII.	BIBLIOGRAFIA.....	40
XIII.	ANEXOS.....	42
XIV.	GLOSARIO.....	47

I. INTRODUCCION

La adolescencia es la etapa de transición durante la cual el niño se transforma en adulto, en términos generales podemos delimitarla entre los 12 años y los 19 años. Durante este período se van produciendo grandes cambios tanto físicos como psíquicos.

Como es sabido la seguridad, la confianza y la independencia en nuestra sociedad han aumentado las oportunidades de intercambios y sana relación entre los jóvenes, pero la mayor independencia nos enfrenta en forma creciente con los problemas de la sexualidad adolescente, la posibilidad de embarazo demasiado temprano.

Los nacimientos ocurridos en jóvenes de 12 a 19 años son una contribución al crecimiento Demográfico. Por otro lado, son de particular significación las consecuencias que para las adolescentes embarazadas tienen que afrontar en cuanto a sus posibilidades de estudio y trabajo, salud, estabilidad emocional e integración social.

El estímulo a las relaciones sexuales tempranas es frecuente y nutrido; pero la educación puede contribuir a prevenir algunos de los problemas que afectan en el grupo humano, mediante la formación en los adolescentes de una conciencia clara con respecto al significado de la paternidad y una imagen sana sobre las relaciones sexuales.

Para que esta importante fase de la vida humana se desarrolle en las mejores condiciones, es importante la contribución del hogar, fundamentalmente de los padres, preparando e informando a los hijos sobre los futuros cambios que se aproximan, pero sin embargo, la realidad no es así, por ser en la actualidad más grandes y distantes las barreras entre los adultos y los adolescentes. Producto de esto y la poca comprensión es la que da la rebeldía de los adolescentes. (7,9,12, 16)

En el presente trabajo se describen las principales consecuencias y repercusiones psicobiosociales de la adolescente embarazada soltera. Para este fin se entrevistaron 120 adolescentes embarazadas solteras de las que 111(92.5%) están entre las edades de 16 a 19 años, y el resto (7.5%) entre los 14 y 15 años.

En este estudio se demostró que el 73.34% de la población estudiada tuvieron su primera relación sexual entre los 15 y 17 años y el 83.34% se embarazó entre los 16 y 19 años; que el 71.67% no asistían o dejaron de asistir a la escuela, 45.84% legó de 3º a 6º primaria y 15% eran analfabetas.

De las 120 adolescentes sometidas al estudio 90 (75.01%) se embarazó por accidente o por ignorancia, 27 (22.5%) en forma intencional. El 80% al saber de su embarazo su reacción fue temor, aborto, lo ocultó, pidió ayuda, angustia, y un 20% le dió felicidad o pensó en casamiento.

Además se demostró que el 34.17% de los padres regañó a la adolescente, 20.83% la apoyaron, 11.67% se resignaron; contra un 16.67% de indiferencia y 13.33% de rechazo.

Se encontró que el 83.34% refirió no tener o no haber tenido antecedentes o complicaciones en su embarazo(s) y recién nacido(s), y el 16.66% refirió haber tenido más de alguna complicación; de esto el 8.33% refirió haber tenido recién nacido prematuro.

Por tal motivo se propone fomentar los programas educativos para evitar o reducir estos problemas.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

La maternidad precoz puede poner en peligro la salud tanto física como mental de las jóvenes madres, especialmente en las solteras.

Las madres muy jóvenes (menores de 20 años de edad), hacen frente a un riesgo elevado de morbi-mortalidad materna debido a que sus cuerpos todavía no están lo suficiente maduros para engendrar; afrontan en particular el riesgo de obstrucción en el parto debido a una pelvis pequeña, además están muy propensas a tener complicaciones como anemia, trabajo de parto prolongado y toxemia. (7)

Las mujeres adolescentes pueden no conocer los síntomas del embarazo o tener miedo a reconocerlos.

La maternidad precoz puede poner fin a la educación de la joven mujer limitando sus posibilidades de trabajar en el futuro. En casos extremos, las madres jóvenes pueden ser rechazadas por sus familiares e incluso, ser obligadas a dedicarse a la prostitución y terminar en las calles. (13)

Tales embarazos originan serios problemas de tipo psicológico en las jóvenes. La mayoría de las veces, la madre rechaza a un futuro hijo no deseado. Además, la joven vive la primera etapa del embarazo ocultándolo, entre fuertes sentimientos de angustia y culpabilidad, sin saber muy bien que hacer.

La adolescente es consciente de su falta de madurez y de la carencia de medios para atender convenientemente al niño. Desearía verse libre del problema para evitar la vergüenza y los problemas familiares y sociales que debe afrontar.

De cualquier punto de vista el embarazo durante la adolescencia altera profundamente el ritmo de vida de la joven que lo sufre. (8)

III. JUSTIFICACION

El presente estudio surge de la necesidad de identificar o verificar las consecuencias y repercusiones psicobiosociales de la adolescente embarazada en los Centros de Salud y Clínicas Familiares de las zonas 8, 19 y 21, Guatemala.

Por lo tanto, aunque en nuestro medio no hay datos estadísticos sobre cuales son los problemas psicobiosociales que presentan las adolescentes embarazadas solteras; sabemos que esto puede provocar la más grande decepción, vergüenza, rechazo, fuertes sentimientos de angustia y culpabilidad, así mismo les trae problemas familiares, sociales y biológicos.

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL

1. Describir las principales consecuencias y repercusiones psicobiosociales de la adolescente embarazada soltera en los Centros de Salud y Clínicas Familiares de las zonas 8, 19 y 21.

B. ESPECIFICOS

1. Identificar cuales son las expectativas de la paciente luego del embarazo.
2. Determinar si el embarazo fue planificado.
3. Determinar la actitud de los padres ante la adolescente embarazada.
4. Determinar la escolaridad de la paciente en el momento del embarazo.
5. Cuantificar la frecuencia con que se presentan los desordenes psicobiosociales de la embarazada.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

EMBARAZO

1. Definición:

Estado de la mujer, que comprende desde la fecundación del óvulo hasta el parto.

El embarazo humano dura de 270 a 280 días, o sea 40 semanas. Se caracteriza por aumento de tamaño de las mamas, amenorrea, mareos matinales, aumento de pigmentación de los pezones y areolas, y aumento del volumen del abdomen. (6)

2. Fisiología:

Inicia por la fecundación del óvulo por el espermatozoide por lo general ocurre en la porción media de la trompa de falopio. Un espermatozoide penetra la zona pelúcida, estructura membranosa que rodea al óvulo. Las membranas del óvulo y de la cabeza del espermatozoide se fusionan. La división celular comienza de inmediato. Sólo un espermatozoide penetra al óvulo, porque una vez que éste ha sido fecundado, se forma una barrera alrededor lo que impide la penetración de otros espermatozoides, El embrión en desarrollo, llamado ahora BLASTOCISTO, baja por la trompa y penetra en el útero. El blastocisto en contacto con el endometrio, es rodeado por una capa interior de CITOTROFOBLASTO. El sincitiotrofoblasto corre al endometrio y el blastocisto se aloja en el (IMPLANTACION). Generalmente el sitio de implantación es la pared dorsal del útero. Entonces se desarrolla una placenta y el trofoblasto queda asociado a ella. (11)

ADOLESCENCIA

1. Definición:

Fase del desarrollo psicofisiológico de todo individuo, que comienza hacia los 12 años con la aparición de modificaciones morfológicas y fisiológicas. Es de suma importancia la aparición y desarrollo de los caracteres sexuales secundarios: el vello pubiano, las mamas en la mujer y los cambios en los órganos genitales en ambos. (17)

El desarrollo Anatómico-Fisiológico conduce a la pubertad, a la adolescencia, que en la mujer está marcado por la aparición de la menstruación, la madurez emocional, comprende la identificación del sexo o género, es decir que la mujer siente la tendencia afectiva y la atracción hacia el sexo masculino. (12)

REPERCUSIONES SOCIALES Y EMOCIONALES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Cuando se produce un embarazo en una adolescente, toda la familia se pone en tensión porque ese estado puede afectarlos adversamente y las decisiones que se adopten tienen consecuencias de largo alcance. Siempre es preferible que la familia en conjunto haga frente y de apoyo de todo tipo a la adolescente, por encima de todas las cosas.

Los embarazos en las adolescentes pueden seguir diferentes cursos según el ambiente que la rodea, así, puede llegar a término y dar a luz el niño, o puede buscar, presionada por las condiciones de su grupo social, terminar el embarazo tempranamente; siempre de carácter ilegal, clandestino y algunas veces con el consentimiento del compañero que la induce. Si llega al nacimiento, puede seguir alternativas, tales como su cariño y criarlo (queriéndolo y brindándole todo su cariño, atención y apoyo que éste se merece) o bien, darlo a una institución, venderlo, regalarlo, abandonarlo en cualquier sitio. Lo cual podría tener como consecuencias daño psicosocial para la adolescente, así como un futuro poco prometedor para el vástago, dependiendo que hagan con él, con lo cual si se ve en su conjunto se traduciría por un daño social tanto en lo moral como en lo productivo. (12)

Las consecuencias sociales desagradables que con más frecuencia acompañan al embarazo en la adolescencia son la interrupción de los estudios y de la preparación técnico-profesional. La posibilidad de convertirse en madre soltera hace más difícil formar después un hogar estable; con frecuencia este problema inicia una sucesión de uniones de corta duración. Muchos de estos matrimonios precoces, aumentan las tensiones intrafamiliares y en el seno de la pareja y terminan en un divorcio a corto plazo que deja como secuela un hijo que nacerá en desventaja social o cuando menos emocional. (12,9)

El embarazo adolescente define el futuro de esta madre-joven limitando sus metas vitales, reduciéndolas a las mínimas expectativas a que puede aspirar una mujer moderna. Una adolescente embarazada está obligada a reemplazar objetivos de primera prioridad como crecimiento y desarrollo de su personalidad por la atención inmediata a la necesidad de encontrar proveer recursos vitales básicos como lograr un empleo, lo cual implicaría una notable desatención para su hijo, un abandono definitivo de los estudios, tensiones emocionales y otras más. Las niñas-madres se convierten en mujeres mal preparadas para sobrellevar sus responsabilidades.

La desprobación social, prácticamente generalizada ante el embarazo adolescente y el medio social donde nace el niño, caracterizado por un débil sistema de apoyo, hacen que la joven madre se encuentre con problemas psicosociales. Estos problemas comprenden: dependencia de la familia, rechazo por parte del padre (adolescente), tensión por la crianza del niño. (16)

RIESGOS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Se supone que el embarazo de la adolescente es sorpresivo, inesperado e indeseado. Pero también hay casos en que es intencionado como medio para conseguir una boda. Cuando el embarazo es indeseado es cuando la madre busca los medios de interrumpirlo para lo cual recurre a bebidas preparadas con sustancias pseudoabortivas, a inyecciones que le recomiendan algunas de sus íntimas amigas, o bien a maniobras abortivas de alto peligro.

En nuestro país como en muchos otros, el embarazo y el parto están ocurriendo a edades más jóvenes, lo que resulta adverso desde el

punto de vista de la salud y también en sus consecuencias sociales. El embarazo en la adolescente, tiene un riesgo mucho mayor de complicaciones para su salud y la de su hijo. (7)

La anemia y el parto prematuro son más frecuentes en la madre adolescente; el parto puede ser muy prolongado e incluso complicarse por la posible estrechez de la pelvis a esa edad. Estas complicaciones obstétricas están casi siempre relacionadas con la madurez biológica de la joven; que todavía no ha completado el crecimiento y desarrollo de los órganos del aparato reproductor. Además, las mujeres que quedan embarazadas muy jóvenes concurren más tarde al primer examen médico por ignorancia o con el fin de ocultar su situación.

Se ha comprobado, que el bajo peso al nacer es muy frecuente en los hijos de madres adolescentes y esto puede contribuir a aumentar la mortalidad infantil o producir algunas alteraciones que afecten la salud del niño para toda la vida como lo son el retraso mental, intelectual, motora, atención, etc.

Se ha probado que el trabajo de parto tiene mayor duración, en lugar de 10 a 12 horas llega al doble con el consiguiente sufrimiento fetal, que en malas manos, puede dar nacimiento al feto muerto o morir al nacer, así mismo al no tener control médico puede evolucionar al cuadro denominado eclampsia (convulsión y coma) y puede morir. (7,16)

CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

La adolescente se encuentra en una situación difícil desde el punto de vista sentimental; puede ser que esté afligida por un complejo de culpa, arrepentimiento o angustia. (18)

Las consecuencias del embarazo durante la adolescencia son, en general, adversa. Si el embarazo termina en aborto, ello implica riesgos de salud para la adolescente. Sin embargo, si el embarazo llega a término, se presentan consecuencias negativas de salud, socioeconómicas y psicológicas, no tan solo para la joven madre si no para el niño y sus familiares.

Sabemos que el riesgo de morbi-mortalidad es mayor para las madres adolescentes y sus hijos que para las madres mayores de 20 años.

Las estadísticas de los estudios de la Organización Panamericana de la Salud y de los Estados Unidos de Norteamérica nos confirman que los hijos de madres adolescentes están más expuestos a morir que los de madres mayores de 20 años. El problema de los bebés de bajo peso al nacer tienen la mayor incidencia en madres muy jóvenes (menores de 15 años) también ha sido asociado con defectos congénitos y problemas físicos y mentales que incluyen epilepsia, parálisis cerebral, retardo, ceguera y sordera.

Los efectos sociales de tener un hijo durante la adolescencia son negativos para al madre puesto que el embarazo y la crianza del niño, independiente del status marital, interrumpen oportunidades educacionales que se reflejan en el momento de obtener mejores trabajos, salarios más altos, ascensos, así como si es soltera sus prospectos para un matrimonio futuro se ven reducidos.

Cuando se trata de una adolescente soltera debemos considerar que su embarazo la coloca frente a los problemas sociales como lo son el rechazo social y desventajas legales, lo cual agrava su situación económica; éste problema las puede llevar a la prostitución, al alcoholismo, así como al abandono, descuido y hasta maltrato del menor. (16)

ORIENTACION SEXUAL DEL ADOLESCENTE

Comprendemos por orientación sexual la acción de orientar, difundir y motivar en el sentido adecuado a todos los miembros que integran una comunidad sobre que es la sexualidad. La orientación sexual tiene como objetivo primordial, considerar al hombre como un todo, el cual tiene derecho de comprender y conocer cada una de sus funciones como humano.

La información sexual es un proceso en el cual se encubren datos con contenido sexual tergiversado, cargado de moralidad, religión, leyes, etc., difundido por todos los medios de comunicación con que cuenta el ser humano.

La información sexual con que se cuenta, es una deshumanización de la sexualidad, ya que a través de la publicidad se incita al consumo sexual, la que ofrecerá una información sobre distintos aspectos de la sexualidad.

La persona que cuenta con una orientación sexual, tiene los elementos necesarios para decidir sobre sus aspectos y su sexualidad, sobre cuando y con quien practicarlas basándose en el respeto y la autonomía. La orientación sexual conlleva a una transformación general y profunda frente a la vida.

El respeto a la manera de pensar y actuar del adolescente, unido a una enorme demostración de afecto en el seno familiar, hará que él busque a sus padres para contarles sus confidencias y descargue su rebeldía en el hogar, momento en que los padres deben disponer de considerable comprensión e información a modo de obtener una buena relación familiar.

Muchos adultos se oponen a que se eduque u oriente al adolescente en el aspecto sexual, creyendo que este tipo de educación es peligrosamente prematuro para ellos, que es inducirlos a la promiscuidad. Otro grupo de padres de familia desean que la educación sexual se imparta por los padres en la intimidad del hogar. Cada uno tiene sus propias opiniones, pero lo cierto es que se debe orientar a los adolescentes para evitar consecuencias desastrosas. (5,14)

INTEGRACION FAMILIAR

Está comprobado que la mayoría de las jóvenes que tienen relaciones sexuales, se encuentran en conflicto con su mundo familiar. Es frecuente la queja o crítica de los jóvenes hacia la comprensión de sus padres; se sienten desatendidos y solos, extraños de su propia familia. Comparten con ésta el espacio mínimo, intereses y preocupaciones específicos vividos fuera de la familia.

También son frecuentes las quejas de muchos jóvenes acerca del poco interés que sus padres prestan a sus logros y la poca valoración que tienen de sus aspiraciones.

Los adolescentes buscan su independencia y rechazan los principios y normas paternas. A esta actitud rebelde se opone la de los padres, empeñados en mantener su autoridad en el grupo familiar. De esta manera, se entra en un conflicto que se hará más crónico. Los padres controlan y prohíben; el hijo no colabora en nada. La dinámica familiar entra en conflicto y acaba por estallar.

De cualquier manera, sería un error pensar que sólo la familia es la responsable de que una adolescente decida tener relaciones sexuales. Esta restricción de la culpabilidad sería falsa, ya que solo serviría para ocultar las verdaderas raíces del problema, como lo podrían ser la falta de información, la necesidad económica, la inseguridad, los medios de comunicación y otros factores sociales. (9)

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La contracepción es el conjunto de métodos encaminados a controlar la fecundación.

Muchos adolescentes tienen poco conocimiento sobre los anticonceptivos y menos aún deseo de usarlos. Mientras más joven es la persona al momento de su primera experiencia, menos probable es que ella use anticonceptivos.

Las adolescentes no practican la contracepción por varias razones: pueden no conocer algunos de los métodos más efectivos. En caso que conozcan los métodos, pueden no saber en donde obtenerlos o temen que sus padres se den cuenta. Se rehusan a perturbar la espontaneidad del acto sexual pues dan la impresión de estar demasiado preparadas antes de tiempo. (18)

Los métodos anticonceptivos más eficientes son la castidad y la abstinencia, pero difícilmente son los más comunes o prácticos.

Exceptuando la abstinencia, el método más eficiente es "La Píldora", la cual se ha estado usando desde 1960. La pastilla para el control de la natalidad es extraordinariamente efectiva para evitar la contracepción.

El segundo lugar entre los métodos efectivos lo ocupa el dispositivo intrauterino, que se conoce más por sus iniciales DIU. El condón o preservativo, es eficaz si se utiliza debidamente, al mismo tiempo impide enfermedades de transmisión sexual. El diafragma vaginal es también un excelente método. (2,19)

Otros métodos son los naturales, entre estos tenemos: el método del ritmo, el método de la temperatura basal, el método de la ovulación y el método de los síntomas de la temperatura. El éxito depende primeramente de la medida en que le permita a la persona reconocer las fases fértil e infértil de cada ciclo menstrual. Esas medidas anticonceptivas son saludables, no tienen efectos secundarios y son aceptadas por la religión católica, factor de suma importancia para muchas personas. (4,5)

EDUCACION SEXUAL

Definición:

Comprendemos por educación sexual toda aquella formación e información difundida por personas capacitadas o experimentadas en el tema. La educación sexual abarca desde el nacimiento, edad adulta y vejez; una buena educación sexual ayudará a la prevención de embarazos, consecuencias, de un embarazo o también el uso correcto de anticonceptivos. (17)

La educación sexual es parte de la educación general que permite orientar a las personas acerca de su vida sexual. A través de la educación sexual puede orientarse a niños, jóvenes y adultos, dando a cada grupo de edad la información que corresponda a sus intereses y necesidades, de tal manera que esta orientación les ayude a vivir su sexualidad de manera sana y responsable. La educación sexual constituye una manera efectiva de prevenir problemas tales como: frustraciones, conflictos, enfermedades, embarazos no deseados, falsas creencias. (1)

IMPORTANCIA DE LA EDUCACION SEXUAL

Las nuevas actitudes de la juventud hacia el sexo, nos obligan a adoptar un criterio realista y a fomentar la educación sexual adecuada previa a la iniciación de las relaciones sexuales. Se debe tratar abiertamente y con honestidad los temas de sexualidad con adolescentes. Es fundamental que consideren el sexo y las relaciones sexuales, con adultos enterados y prudentes, a manera de desmitificar muchas ideas equivocadas. La educación sexual y la información correspondiente debe ser proporcionada en un contexto de valores humanos para fomentar su responsabilidad, la validez de la abstinencia y la importancia de posponer el inicio de la actividad sexual. (14,3)

Se les debe impartir una educación realista acerca de lo que constituye una relación humana normal y tiene que aprender la disciplina, el autocontrol y la capacidad de prever las cosas que personas calificadas les pueden enseñar. (10)

La mayoría de los adolescentes no tienen clara la información sobre la anticoncepción y las posibilidades de un embarazo. De ahí se deduce pues, la importancia de una buena y adecuada educación sexual que inicia desde el nacimiento y se adquiere durante toda la vida. (8)

ELEMENTOS DE UNA ADECUADA EDUCACION SEXUAL

Edad:

La adecuada educación sexual debe iniciarse desde muy temprana edad y de hecho se inicia de manera involuntaria desde antes del nacimiento. Aún cuando el niño no puede hablar o expresar sus dudas, las enseñanzas deben darse con muestras de aceptación al sexo del niño y con una actitud natural. Aunque la educación sexual debe iniciarse en los primeros años de vida, no debe dejar de darse en ningún período, pues en cualquier momento el niño o el joven tendrá necesidad de satisfacer su curiosidad sexual. El

beneficio más grande que deja la educación sexual a temprana edad es el que los niños formen un concepto sano, normal y natural de la sexualidad para evitar que se siga tratando con vergüenza, temor y morbosidad. (1)

¿Cómo debe darse educación sexual?

La educación sexual debe darse dentro de un marco de cordialidad y confianza, que permita expresar libremente las dudas e inquietudes acerca de la sexualidad. Debe darse tomando en cuenta la edad de la persona para brindar información acorde a ésta. También debe tomarse en cuenta que el sexo de las personas al dar educación sexual no importa, es decir, que el padre puede dar educación sexual a sus hijas y la madre a sus hijos, esto dará como resultado un mejor conocimiento y una buena relación familiar. (1)

SINTOMAS DE UN TRASTORNO PSICOLOGICO EN LA FUTURA MADRE

Particularidades del estado psicológico de la mujer embarazada:

a) La mujer embarazada está a menudo más cansada y más angustiada que otra mujer por el simple hecho de estar embarazada.

Se puede hablar de cansancio de origen psicológico si se ha descartado otro origen, si el cansancio dura desde hace ya unos días o semanas, si está asociado con otras señas de reacción depresiva.

Se puede hablar de reacción de angustia o ansiedad, solamente si se trata de un estado frecuente o manteniéndose desde hace ya unos días o semanas.

b) Los cambios importantes en el cuerpo de la embarazada se ha observado que son más frecuentes y violentos en las mujeres angustiadas.

c) Unas manifestaciones particulares de la angustia pueden observarse en la mujer embarazada:

Preocupación alrededor de la normalidad del futuro niño.
Impresión equivocada de que el embarazo se pasa mal, o podría desarrollarse mal, impresión equivocada de la amenaza de un aborto. (15)

VI. METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio que se realizó es de tipo prospectivo, descriptivo, investigacional no experimental, con el objeto de identificar la incidencia de los trastornos psicobiosociales que sufre la adolescente embarazada soltera.

B. SUJETO DE ESTUDIO

Se tomó a toda paciente embarazada menor de 20 años de edad que consultó a los Centros de Salud y Clínicas Familiares de las zonas 8, 19 y 21, Guatemala; comprendido entre el 6 de abril al 31 de mayo de 1994.

C. SELECCION DE LA MUESTRA

Se tomó a todo el universo de pacientes embarazadas solteras entre las edades de 12 a 19 años que consultaron a los Centros de Salud y Clínicas Familiares de las zonas 8, 19 y 21 durante el período mencionado.

D. CRITERIOS DE INCLUSION

Se incluyó a toda paciente embarazada menor de 20 años de edad, soltera, que consultó a los Centros de Salud y Clínicas Familiares de las zonas 8, 19 y 21, Guatemala.

E. CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes embarazadas mayores de 20 años.
- PACIENTES embarazadas menores de 20 años casadas.
- Pacientes que no estén de acuerdo a participar en el estudio.

F. VARIABLES A ESTUDIAR

VARIABLE	CONCEPTO	ESCALA DE MEDICION	TIPO
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento a la fecha actual.	Años	Cuantitativo
Escolaridad	Duración de los estudios.	Años	Cuantitativo
Angustia	Ver glosario	Nominal	Cualitativo
Depresión	Ver glosario	Nominal	Cualitativo
Desnutrición	Ver glosario	nominal	Cualitativo
Prematurez	Ver glosario	Nominal	Cualitativo
Preeclampsia	Ver glosario	nominal	Cualitativo
Temor	Ver glosario	Nominal	Cualitativo

G. RECURSOS

1. Materiales:

- a. Boleta de recolección de datos.
- b. Computadora.
- c. Fotocopias (Q200.00)

2. Humanos:

- a. Estudiante de medicina
- b. Personal de Centros de Salud y Clínicas Familiares
- c. Personal de Biblioteca

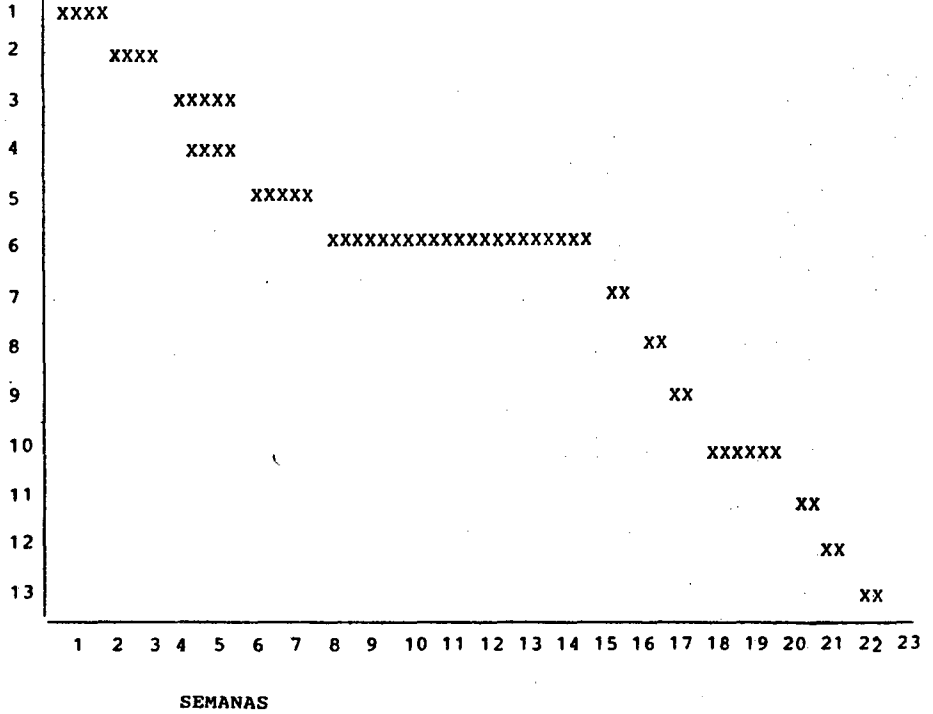
ACTIVIDADES

1. Selección del tema del proyecto de investigación.
2. Elección del asesor y revisor.
3. Recopilación de material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con el asesor y el revisor.
5. Aprobación del proyecto por la unidad de tesis.
6. Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información.
7. Procesamiento de resultados, elaboración de gráficas.
8. Analisis y discusión de resultados.
9. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
10. Presentación del informe final para correcciones.
11. Aprobación del informe final.
12. Impresión del informe final y trámites administrativos.
13. Examen público y graduación.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

GRAFICA DE GANTT

ACTIVIDADES



VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1
DISTRIBUCION POR EDAD DE
ADOLESCENTES EMBARAZADAS SOLTERAS
Centros de Salud y Clínicas Familiares de
las zonas 8, 19 y 21. Guatemala.
Abril 6 a mayo 31, de 1994.

EDAD	No.	%
13 años	0	0.00
14 años	1	0.83
15 años	8	6.67
16 años	17	14.17
17 años	30	25.00
18 años	26	21.67
19 años	38	31.66
TOTAL	120	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 2
DISTRIBUCION POR EDAD DE
ADOLESCENTES SOLTERAS CON PRIMERA RELACION SEXUAL
Y PRIMER EMBARAZO
 Centros de Salud y Clínicas Familiares de
 las zonas 8, 19 y 21. Guatemala.
 Abril 6 a mayo 31, de 1994.

EDAD	1ª RELACION		1er. EMBARAZO	
	No.	%	No.	%
13 años	2	1.66	1	0.83
14 años	13	10.83	2	1.66
15 años	28	23.33	17	14.17
16 años	35	29.18	26	21.67
17 años	25	20.83	30	25.00
18 años	12	10.00	24	20.00
19 años	5	4.17	20	16.67
TOTAL	120	100.00	120	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 3
DISTRIBUCION SEGUN ESCOLARIDAD DE
ADOLESCENTES EMBARAZADAS SOLTERAS
Centros de Salud y Clínicas Familiares de
las zonas 8, 19 y 21. Guatemala.
Abril 6 a mayo 31, de 1994.

GRADO ESCOLAR	GRADO QUE ASISTIA AL QUEDAR EMBARAZADA		GRADO AL QUE LLEGO	
	No.	%	No.	%
Ninguno	86	71.67	18	15.00
1º - 2º prim.	0	00.00	7	5.83
3º - 4º prim.	0	00.00	18	15.00
5º - 6º prim.	4	3.33	37	30.84
1º Básico	1	0.83	2	1.66
2º Básico	9	7.50	10	8.33
3º Básico	6	5.00	14	11.67
4º Diversificado	3	2.50	3	2.50
5º Diversificado	5	4.17	5	4.17
Profesional	6	5.00	6	5.00
TOTAL	120	100.00	120	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 4
REACCION DE LOS PADRES HACIA SU HIJA ADOLESCENTE
AL SABER DE SU EMBARAZO
Centros de Salud y Clínicas Familiares de
las zonas 8, 19 y 21. Guatemala.
Abril 6 a myo 31, de 1994.

REACCION	No.	%
Apoyaron	25	20.83
Regañaron	41	34.17
Rechazaron	16	13.33
Indiferencia	20	16.67
Resignaron	14	11.67
Otras	4	3.33
TOTAL	120	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No: 5

DISTRIBUCION SEGUN LA REACCION QUE TOMARON LAS ADOLESCENTES
AL SABER DE SU EMBARAZO
Centros de Salud y Clínicas Familiares de las
zonas 8, 19 y 21. Guatemala.
Abril 6 a mayo 31, de 1994

REACCION	No.	%
Angustia	11	9.17
Pidió ayuda	12	10.00
Lo oculto	15	12.50
Temor	33	27.50
Aborto	25	20.83
Casamiento	10	8.33
Felicidad	14	11.67
Suicidio	00	00.00
Otras	00	00.00
TOTAL	120	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 6
VIVIENDA DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA SOLTERA
Centros de Salud y Clínicas Familiares de
las zonas 8, 19 y 21. Guatemala
Abril 6 a mayo 31, de 1994

VIVE CON	No.	%
Padres	38	31.67
Mamá	24	20.00
Papá	2	1.66
Otra familia	40	33.34
Sola	16	13.33
TOTAL	120	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 7

DISTRIBUCION SEGUN OCUPACION DE LAS
ADOLESCENTES EMBARAZADAS SOLTERAS

Centros de Salud y Clínicas Familiares de
las zonas 8, 19 y 21. Guatemala.
Abril 6 a mayo 31, de 1994

OCUPACION	No.	%
Estudia	18	15.00
Ama de casa	29	24.17
Obrera	45	37.50
Oficinista	3	2.50
Trabajadora sexual	3	2.50
Otros	22	18.33
TOTAL	120	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 8
ANTECEDENTES OBSTETRICOS EN ADOLESCENTES
EMBARAZADAS SOLTERAS
 Centros de Salud y Clínicas Familiares de
 las zonas 8, 19 y 21. Guatemala.
 Abril 6 a mayo 31, de 1994

FRECUENCIA	GESTAS		PARAS		ABORTOS	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ninguno	0	00.00	103	85.83	110	91.67
1	95	79.17	12	10.00	10	8.33
2 o más	25	20.83	5	4.17	00	00.00
TOTAL	120	100.00	120	100.00	120	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 9
REACCION DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA
SOLTERA AL MOMENTO DE TENER SU HIJO
Centros de Salud y Clínicas Familiares de
las zonas 8, 19 y 21. Guatemala.
Abril 6 a mayo 31, de 1994

REACCION	No.	%
Quedarse con él	99	82.50
Regalarlo a sus padres o familiares	14	11.67
Darlo en adopción	6	5.00
Dejarlo abandonado	1	0.83
Venderlo	00	00.00
TOTAL	120	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 10

OPINION DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS SOLTERAS DE TENER
O NO TENER PROBLEMAS EN EL FUTURO
Centros de Salud y Clínicas Familiares de las
zonas 8, 19 y 21. Guatemala.
Abril 6 a mayo 31, de 1994

PROBLEMA	No.	%
Si	36	30.00
NO	38	31.67
Dudosa	46	38.33
TOTAL	120	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 11

DISTRIBUCION SEGUN LA FORMA EN QUE QUEDARON EMBARAZADAS
LAS ADOLESCENTES
Centros de Salud y Clínicas Familiares de las
zonas 8, 19 y 21. Guatemala
Abril 6 a mayo 31, de 1994

FORMA DE EMBARAZO	No.	%
Intencional	27	22.50
Accidental	64	53.34
Ignorancia	26	21.67
Violación	2	1.66
Otros	1	0.83
TOTAL	120	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 13

DISTRIBUCION SEGUN EL MOTIVO POR EL CUAL LA ADOLESCENTES
 EMBARAZADAS SOLTERAS TUVIERON RELASIONES SEXUALES
 Centros de Salud y Clínicas Familiares de las
 zonas 8, 19 y 21. Guatemala.

MOTIVO	No.	%
Deseo propio	66	55.00
Temor a perder al novio	34	28.33
Presión de grupo	8	6.67
Muestra rebeldia son sus padres	8	6.67
Otras	4	3.33
TOTAL	120	100.00

Fuente: Boletas de recolección de datos.

CUADRO No. 13

DISTRIBUCION SEGUN EL MOTIVO POR EL CUAL LA ADOLESCENTES
EMBARAZADAS SOLTERAS TUVIERON RELASIONES SEXUALES
Centros de Salud y Clínicas Familiares de las
zonas 8, 19 y 21. Guatemala.

MOTIVO	No.	%
Deseo propio	66	55.00
Temor a perder al novio	34	28.33
Presión de grupo	8	6.67
Muestra rebeldia son sus padres	8	6.67
Otras	4	3.33
TOTAL	120	100.00

Fuente: Boletas de recolección de datos.

CUADRO No. 14

DISTRIBUCION DE ANTECEDENTES EN LA FAMILIA DE LA ADOLESCENTE
DE EMBARAZOS EN SOLTERAS
Centros de Salud y Clínicas Familiares de las
zonas 8, 19 y 21. Guatemala
Abril 6 a mayo 31, 1994

ANTECEDENTE	No.	%
SI	62	51.67
NO	58	48.33
TOTAL	120	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 15

DISTRIBUCION DE SINTOMAS DE SOSPECHA DE TRASTORNO PSICOLOGICO
 DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA SOLTERA
 Centros de Salud y Clínicas Familiares de las
 zonas 8, 19 y 21. Guatemala
 Abril 6 a mayo 31, 1994

TRASTORNO PSICOLOGICO	No.	%
Depresión	33	27.50
Angustia	34	28.33
Psicosis	4	3.33
No es caso	49	40.84
TOTAL	120	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 16

DISTRIBUCION SEGUN ANTECEDENTES O COMPLICACIONES QUE
PRESENTO O HALLA PRESENTADO LA ADOLESCNETE
EMBARAZADA SOLTERA Y EL RECIEN NACIDO

Centros de Salud y Clínicas Familiares de las
zonas 8, 19 y 21. Guatemala
Abril 6 a mayo 31, 1994

COMPLICACION	No.	%
Ninguna	100	83.34
Preeclampsia	3	2.50
RN Prematuro	10	8.33
Desnutrición materna	2	1.66
Rn Bajo peso	5	4.17
TOTAL	120	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

De las 120 adolescentes embarazadas solteras que se encuestaron, 111 (92.5%) están entre las edades de 16 a 19 años y el 7.5% entre los 14 y 15 años. Lo que nos indica que a esa edad tienen más actividad sexual por lo cual están en más riesgo de embarazo.

CUADRO No. 2

Este cuadro nos muestra, que el 73.34% de las adolescentes tuvieron su primera relación sexual entre los 15 y los 17 años y que el 83.34% tuvieron su primer embarazo entre los 16 y 19 años, considerando que esto se deba a la falta de educación o información sexual ya que es un factor que contribuye al embarazo en adolescentes.

CUADRO No. 3

Respecto al grado escolar, vemos que el 71.67% de las adolescentes no asistían o dejaron de asistir a la escuela al quedar embarazadas y un 45.84% llegó a 3º a 6º primaria; teniendo un 15% de analfabetas, esto pueda deberse al nivel socio-económico bajo.

CUADRO No. 4

Según la reacción de los padres tenemos que 34.17% regañaron a la adolescente, 20.83% la apoyaron, 11.67% se resignaron, contra un 16.67% de indiferencia y un 13.33% de rechazo, lo cual es debido a que la adolescente viva con otra familia o sola.

CUADRO No. 5

De las 120 adolescentes que se encuestaron, se encontró que un 80% su reacción fue temor, aborto, lo ocultó, pidió ayuda, angustia; contra dolamente un 20% que le dió felicidad o pensó en casamiento. Esto demuestra que las adolescentes no tenían planeado quedar embarazadas y no están en la capacidad de afrontar dicho embarazo.

CUADRO No. 6

En este cuadro podemos ver que el 68.33% de las adolescentes viven solo con su mamá, papá, otra familia y solas, contra un 31.67% que viven con sus padres (hogar integrado); lo que indica

que las relaciones que existen entre los padres y las adolescentes no son muy buenas, constituyendo esto un factor de gran importancia para que una adolescente decida o no tener relaciones sexuales.

CUADRO No. 7

Tenemos que el 60.83% de las adolescentes embarazadas tienen un trabajo, 24.17% son amas de casa y solamente un 15% están estudiando. Esto afectará de una manera drástica sus aspiraciones y oportunidades de salir adelante.

CUADRO No. 8

En lo que se refiere a los antecedentes obstétricos, encontramos que el 79.17% de las adolescentes era su primera gesta, contra solamente un 14.17% que tenía uno o dos partos y un 8.33% que había tenido aborto. Esto nos muestra que en la adolescencia es mínima la multiparidad.

CUADRO No. 9

Este cuadro nos muestra que el 82.5% de las adolescentes se quedarán con su hijo, 11.67% piensan regalarlo a sus padres o familiares, 5% darlo en adopción y solamente 0.83% dejarlo abandonado, esto nos indica que apesar que la adolescente no tenía planeado y no está en la capacidad de crear un niño; están en su mayoría dispuestas a educarlo.

CUADRO No. 10

En relación al futuro, tenemos que el 68.33% de las adolescentes piensan que si o tienen duda de tener problemas y un 31.67% no piensa tener ninguna clase de problema. Pero sabemos según la literatura que la mayoría de adolescentes como no esperaban tener un hijo tendrán problemas para superarse ya sea económicamente o para conseguir mejor empleo.

CUADRO No. 11

De las 120 adolescentes tenemos que 90 de ellas (75.01%) quedó embarazada por accidente o por ignorancia y 27 adolescentes (22.5%) quedó en forma intencional, como podemos ver en su mayoría las adolescentes no esperaban un embarazo lo cual se debe a la falta de información o educación sexual o a un nivel socio-económico bajo.

CUADRO No. 12

En este cuadro vemos que de las 120 adolescentes que se encuestaron solamente un 22.5% a recibido educación sexual; por otra parte el 50% de ellas sabia de algún método anticonceptivo, pero solo el 10% utilizaron alguno, lo cual demuestra la falta de información y orientación sexual que las adolescentes padecen, trayendo consecuencias que afectan tanto a la adolescente como a la familia entera.

CUADRO No. 13

El motivo a que las adolescentes hallan tenido relaciones sexuales tenemos que el 61.67% fué por deseo propio o por rebeldía con sus padres y ésto se pueda deber a que la adolescente pueda estar tratando de escapar de su casa o de otros problemas; si las relaciones que existen entre los padres no son buenas.

El 34% de las adolescentes decidieron a tener relaciones sexuales por miedo a perder a su pareja; considerando ésto un factor importante para que hallan sedido.

En relación a la presión de grupo y otras no es significativo.

CUADRO No. 14

En este cuadro observamos que el 51.67% de las adolescentes refiere que hay antecedentes de embarazos en solteras en su familia y un 48.33% refirió no tener. En donde hay antecedentes pudo haber influido a que las adolescentes hallan decidido tener ésta experiencia.

CUADRO No. 15

Tenemos que el 59.16% de las adolescentes que se encuestaron se tomó como caso de sospecha de trastorno psicológico y 40.84% no presentó sospecha de caso.

CUADRO No. 16

De las 120 adolescentes vemos que el 83.34% no ha tenido complicaciones durante su embarazo o embarazos pasados y solamente el 16.66% refiere haber tenido algunas complicaciones, de lo cual el 8.33% refieren recién nacido prematuro. Aunque esto no es significativo sabemos según la literatura que la adolescente y el recién nacido están en riesgo de tener mayores complicaciones que las madres de mayor edad.

- IX. CONCLUSIONES

1. De las 120 adolescentes embarazadas solteras el 92.5% (111) están entre la edad de 16 a 19 años y el 7.5% entre los 14 y 15 años, ésto nos indica que a ésta edad, las adolescentes tienen más actividad sexual por lo que están en más riesgo de embarazo.
2. El 75.01% de las adolescentes se embarazó por accidente o por ignorancia y el 22.5% en forma intencional. Esto se debe a que solamente el 22.5% de las 120 adolescentes ha recibido educación sexual y el 10% utilizaron algun método anticonceptivo.
3. El estudio nos muestra que el embarazo adolescente estanca la posibilidad de la madre a superarse y conseguir un buen trabajo, e interrumpe el proceso educativo de muchas adolescentes; como se determinó que el 71.67% no asistían o dejaron de asistir a la escuela al quedar embarazadas, 45.84% llegó de 3º a 6º primaria y un 15% de analfabetas.
4. El 34.17% de los padres regañaron a la adolescente, 20.83% la apoyaron, 11.67% se resignaron; determinándose que a pesar del error de la adolescente los padres continuaron respondiendo; contra el 16.67% de indiferencia y el 13.33% de rechazo.
5. El estudio demostró que el 80% de las adolescentes la reacción al saber de su embarazo fue temor, aborto, lo ocultó, pidió ayuda, angustia y un 20% le dió felicidad o pensó en casamiento. Lo que demuestra que la adolescente no está prearada para tener un hijo.
6. De el 16.66% de las adolescentes que refirieron tener o haber tenido complicación en su(s) embarazo(s) o recién nacido, tenemos que el 8.33% , refirió haber tenidp recién nacido prematuro.

X. RECOMENDACIONES

1. Revisar los sistemas o programas educativos, dándole preferencia a la mujer. Establecer programas de educación sexual iniciándose desde la niñez y dándole mayor énfasis a la etapa de la adolescencia, para formar conciencia y responsabilizar a los jóvenes de sus actividades, actitudes y decisiones.
2. Los sistemas de salud y la sociedad en general deben enfrentar con decisión la problemática del comportamiento sexual y reproductor, que amenazan con problemas tan serios como las enfermedades de transmisión sexual, el embarazo no deseado, el aborto provocado entre otras.
3. Es urgente emprender estudios que permitan diseñar programas de acción eficaces en defensa de la salud y bienestar de los jóvenes y sus familiares.
4. Fomentar actividades que a todo joven de 12 a 19 años puedan interesar para atraer su atención en distracciones sanas y para que aprendan a convivir con sus compañeros.

XI. RESUMEN

Se realizó el presente estudio en los Centros de Salud y Clínicas Familiares de las zonas 8, 19 y 21 durante los meses abril y mayo de 1994, con el propósito de escribir las principales consecuencias y repercusiones psicobiosociales de la adolescente embarazada soltera.

Se tomó a todo el Universo de pacientes embarazadas solteras entre las edades de 12 a 19 años; siendo 120 pacientes.

Los resultados obtenidos fueron: Que el 92.5% de las adolescentes están entre las edades de 16 a 19 años y el resto 7.5% entre los 14 y 15 años. El 73.34% tuvieron su primera relación sexual entre los 15 y 17 años, y el 83.34% su primer embarazo entre los 16 y 19 años.

Respecto a la escolaridad vemos que el 71.67% de las adolescentes no asistían o dejaron de asistir a la escuela.

Según la reacción de los padres tenemos que el 34.17% regañaron a la adolescente, 20.83% la apoyaron, 11.67% se resignaron contra un 16.67% de indiferencia y 13.33% de rechazo.

De las 120 adolescentes, se encontró que un 80% su reacción al saber de su embarazo fue temor, aborto, lo ocultó, pidió ayuda y angustia; contra solamente el 20% que le dió felicidad o pensó en casamiento.

En la situación actual de la adolescente vemos que solamente el 31.67% viven en un hogar integrado y un 68.33% viven solo con su mamá, papá, solas o con otra familia. Respecto a su ocupación tenemos que el 60.83% tienen un trabajo. 24.17% son amas de casa y solamente el 15% continuaron estudiando.

Respecto a los antecedentes onstétricos tenemos que el 79.17% de las adolescentes era su primera gesta, y el 14.17% tenía uno o dos partos, un 8.33% había tenido aborto, encontrando que es mínima la multiparidad.

El estudio demostró que el 82.5% de las adolescentes piensan quedarse con su hijo, 11.67% regalarlo a sus padres o familiares, 5% darlo en adopción y 0.83% dejarlo abandonado.

En relación a los problemas en el futuro el 68.33% piensan que sí o dudan tenerlos y el 31.67% no creen tenerlos.

De las 120 adolescentes tenemos que 90 de ellas (75.01%) quedaron embarazadas por accidente o por ignorancia y 27 adolescentes (22.5%) quedaron en forma intencional.

Vemos que el 22.5% de las adolescentes recibió educación sexual, 50% de ellas sabía de algún método anticonceptivo, pero solamente el 10% utilizó alguno.

El motivo a que las adolescentes hallan tenido relaciones sexuales tenemos que el 61.67% fue por deseo propio o por rebeldía y el 34% por miedo a perder a su pareja.

Observamos que el 51.67% refiere que hay antecedentes de embarazos en solteras en su familia; lo que pudo haber influido a que ellas lo hicieran, y un 48.33% refirió no tener antecedentes.

En este estudio vemos que el 59.16% de las adolescentes tienen sospechas de trastorno psicológico y un 40.84% que no presentó trastorno psicológico.

De las 120 adolescentes el 83.34% no han tenido complicaciones durante su embarazo o embarazos pasados y solamente el 16.66% refiere tener o haber tenido algunas complicaciones; de lo cual el 8.33% refirió haber tenido recién nacido prematuro.

XII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alan Guttmacher Institute. HABLEMOS DEL SEXO. México: Ed. Pax. 1973. 164
- 2.- Alvarez, Lajonchere. C. EDUCACION PARA LA SALUD; el embarazo en la adolescencia. Cuba: Ed. Científico-Técnica, 1987. 19.
- 3.- APROFAM. POBLACION Y DESARROLLO. Guatemala C.A Año VIII. No. 5 mayo 1990.
- 4.- Cifuentes, Edgar. PLANIFICACION FAMILIAR NATURAL. Guatemala; APROFAM, año VI. No. 4 1987.
- 5.- De la Mora, Oscar. EDUCACION SEXUAL PARA LA JUVENTUD: Guatemala; Ed. Fenacoac, 1985. 162
- 6.- Diccionario Enciclopédico Ilustrado OCEANO UNO Ed. 1993.
- 7.- EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE. Federación internacional de planificación de la familia, región hemisferio occidental. New York, USA. 1988. 4-14 pp.
- 8.- ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGIA OCEANO. 6 vols.; España; Ed. Océano s.a., 1985. vol. III.
- 9.- ENLACE. boletín informativo del programa regional de la UNESCO sobre educación en poblaciõn: Caracas, Venezuela No. 13. Agosto, 1985.
- 10.- Galich, Luis P. EL EMBARAZO EN LAS ADOELSCENTES. Guatemala; Aprofam, 1987. 1-39pp.
- 11.- Ganog, Willam F. FISILOGIA MEDICA, 11a. Ed.
- 12.- Krantz, E. Kermit. Semmens P. EL MUNDO DEL ADOLESCENTE México; Ed. continental, s.a., 1970. 163-172; 174-177 pp.
- 13.- La actividad sexual y la maternidad entre las adolescentes en América Latina y el Caribe. RIESGOS Y CONSECUENCIAS. Nov. 1992. 2: 14-15 pp.
- 14.- LA FALTA DE ORIENTACION SEXUAL EN EL ADOLESCENTE GUATEMALTECO, Y LA INFLUENCIA DE DICHA CARENCIA EN LAS RELACIONES DEL NOVIAZGO. Guatemala; (s.f)
- 15.- Metraux, Edit. Jean Claude. EL NIÑO, LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD. Ciencias Sociales, Nicaragua 1990. 44-50 pp

- 16.- Monroy de Velasco, ETAL. Centro de Orientación para adolescentes, A. C. SALUD, SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA. Feb. 1988. Impresora GALVE s.a. 173-177 pp.
- 17.- Papalia E, Diane. PSICOLOGIA DEL DESARROLLO; de la infancia a la adolescencia. México; Ed. Mc Graw-Hill, 1992. 584-587; 589-590 pp.
- 18.- PARA LA VIDA. España: Unicef House, (s.f)
19. TEENAGE PREGNANCY: Prevention and treatment. New York: Behavioral publications, 1974. 24 p.

XIII. ANEXOS

CUESTIONARIO DE SINTOMAS

- | | | | |
|------|---|----|----|
| 01.- | Tiene frecuentes dolores de cabeza? | SI | NO |
| 02.- | Tiene mal apetito? | SI | NO |
| 03.- | Duerme mal? | SI | NO |
| 04.- | Se asusta con facilidad? | SI | NO |
| 05.- | Sufre de temblor de manos? | SI | NO |
| 06.- | Se siente tensa, nerviosa, aburrida? | SI | NO |
| 07.- | Sufre de mala digestión? | SI | NO |
| 08.- | No puede pensar con claridad? | SI | NO |
| 09.- | Se siente triste? | SI | NO |
| 10.- | Llora Ud. con mucha frecuencia? | SI | NO |
| 11.- | Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias? | SI | NO |
| 12.- | Tiene dificultad para tomar decisiones? | SI | NO |
| 13.- | Tiene dificultad para hacer su trabajo? | SI | NO |
| 14.- | Es incapaz de desempeñar un papel útil con su vida? | SI | NO |
| 15.- | Ha perdido interés en las cosas? | SI | NO |
| 16.- | Siente que Ud. es una persona inútil? | SI | NO |
| 17.- | Ha tenido la idea de acabar con su vida? | SI | NO |
| 18.- | Se siente cansada todo el tiempo? | SI | NO |
| 19.- | Tiene sensaciones desagradables en su estómago? | SI | NO |
| 20.- | Se cansa con facilidad? | SI | NO |
| 21.- | Siente Ud. que alguien ha tratado de herirla en alguna forma? | SI | NO |
| 22.- | Es Ud. una persona mucho más importante que lo que piensan los demás? | SI | NO |
| 23.- | Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento? | SI | NO |
| 24.- | Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír? | SI | NO |

INTERPRETACION DEL CUESTIONARIO

Si en el cuestionario de la pregunta 1 a la 20 aparecen de cero a diez "SI" este no es CASO, y se aparecen once o más "SI" entonces si se toma como CASO. Además si aparece uno o más "SI" después de la pregunta veinte se toma como CASO.

SOSPECHAR DEPRESION:

2. Tiene mal apetito? 3. Duerme mal? 9. Se siente triste?
10. Llora con mucha frecuencia? 11. Tiene dificultad de sus actividades diarias? 12. Tiene dificultades para tomar decisiones? 13. Tiene dificultades en hacer su trabajo? 14. Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? 15. Ha perdido interés en las cosas? 16. Siente que Ud. es una persona inútil? 17. Ha tenido la idea de acabar con su vida? 18. Se siente cansada todo el tiempo? 20. Se cansa con facilidad?

SOSPECHAR ANGUSTIA:

1. Tiene frecuentes dolores de cabeza? 3. Duerme mal? 4. Se asusta con facilidad? 5. Sufre de temblor en las manos? 6. Se siente nerviosa, tensa o aburrida? 7. Sufre de mala digestión? 8. No puede pensar con claridad? 19. Tiene sensaciones desagradables en el estómago? 20. Se cansa con facilidad?

SOSPECHAR PSICOSIS:

21. Siente Ud. que alguien ha tratado de herirla en alguna forma?
22. Es Ud. una persona mucho más importante de lo que piensan los demás? 23. Ha notado interferencias o algo raro en sus pensamientos? 24. Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír?

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

No. de Registro _____

- 01.- EDAD EN LA CUAL LAS ADOLESCENTES TUVIERON LA PRIMERA RELACION SEXUAL Y EL PRIMER EMBARAZO:
 -EDAD ACTUAL _____
 -PRIMERA RELACION SEXUAL _____
 - PRIMER EMBARAZO _____
- 02.- GRADO ESCOLAR ADQUIRIDO:
 -GRADO ESCOLAR _____
 -GRADO QUE ASISTIA AL QUEDAR EMBARAZADA:

 -GRADO AL CUAL LLEGO: _____
- 03.- REACCION DE LOS PADRES AL SABER QUE ESTABA EMBARAZADA:
 -APOYARON _____ -REGAÑARON _____ -RECHAZARON _____
 -RESIGNARON _____ -INDIFERENCIA _____ -OTRAS _____
- 04.- PRIMERA REACCION DE LA ADOLESCENTE AL SABER DE SU EMBARAZO:
 -ANGUSTIA _____ -TEMOR _____ -PIDIO AYUDA _____
 -ABORTO _____ -LO OCULTO _____ - SUICIDIO _____
 -CASAMIENTO _____ -FELICIDAD _____ - OTRAS _____
- 05.- SITUACION ACTUAL DE LA ADOLESCENTE:
 A) VIVIENDA (VIVE CON)
 -PADRES _____ -MAMA _____ -PAPA _____ -SOLA _____
 -OTRA FAMILIA _____
- B) OCUPACION ACTUAL
 -ESTUDIA _____ -TRABAJA: -OBRERA _____ OFICINISTA _____
 -AMA DE CASA _____
 -TRABAJADORA SEXUAL _____
 -OTROS _____
- 06.- ANTECEDENTES OBSTETRICOS:
 -GESTAS _____ -PARAS _____ -ABORTOS _____
- 07.- QUE PIENSA Ud. AL TENER SU HIJO:
 -QUEDARSE CON EL _____
 -REGALARLO A SUS PADRES O FAMILIARES _____
 -DARLO EN ADOPCION _____
 -DEJARLO ABANDONADO _____ VENDERLO _____
- 08.- CREE QUE ESTE PROBLEMA INFLUIRA EN EL FUTURO:
 -SI _____ NO _____ DUDOSA _____
- 09.- EN QUE FORMA QUEDO EMBARAZADA:
 -INTENCIONAL _____ -ACCIDENTAL _____ -IGNORANCIA _____
 -VIOLACION _____ -OTRAS _____

- 10.- CONOCE ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO:
SI _____ NO _____
CUAL _____
- 11.- UTILIZO ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO:
SI _____ NO _____
CUAL _____
- 12.- HA RECIBIDO EDUCACION SEXUAL:
SI _____ NO _____
- 13.- QUE LA MOTIVO A TENER RELACIONES SEXUALES:
- DESEO PROPIO _____
- TEMOR A PERDER AL NOVIO: _____
- PRESION DE GRUPO _____
- MUESTRA REBELDIA CON PADRES _____
- OTRAS _____
- 14.- HAY EN SU FAMILIA ANTECEDENTES DE EMBARAZOS
EN SOLTERAS:
SI _____ NO _____
- 15.- TIENE ANTECEDENTES O COMPLICACIONES DE SU(S) EMBARAZO(S)
Y RECIEN NACIDO(S):
SI _____ NO _____
CUAL _____

XIV. GLOSARIO

ABORTO: Interrupción del embarazo antes de que el feto pueda vivir fuera del organismo materno.

ADOPCION: Acción de adoptar.

AFLICCIÓN: Causar tristeza o angustia moral.

ANGUSTIA: Es una forma distinta de distimia que puede alcanzar diferencias enormes de grado, desde el pequeño malestar e inquietud interna, que el sujeto es capaz de dominar hasta los estados de excitación angustiosa manifestados externamente por múltiples y desordenados movimientos.

ANSIEDAD: Estado de agitación, inquietud o zozobra.

COLERA: Ira, enojo, enfado.

CONFLICTO: Angustia interior, apuro, situación desgraciada y de difícil salida.

CULPA: Falta más o menos grave que se comete voluntariamente.

DECEPCION: Engaño.

DEPRESION: Acción o efecto de deprimir o deprimirse.

DESMITIFICAR: Eliminar el sentido mítico.

DESNUTRICION: Trastorno de la nutrición por defecto de asimilación o exceso de desasimilación.

DISTORSIONAR: Tergiversar algo.

EDAD: Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació

ESCOLARIDAD: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.

FRUSTRACION: Dejar sin efecto un propósito contra la intención del que procura realizarlo.

HOMICIDIO: Muerte causada a una persona por otra.

IGNORANCIA: Falta de instrucción o de conocimiento sobre algo.

MORBOSIDAD: Calidad de morboso.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

PREECLAMPSIA: Estado de toxemia que precede a la aparición de la eclampsia.

PREMATUREZ: Niño nacido antes del término, pero viable.

PREOCUPACION: Anticipación o prevención que una cosa obtiene o merece.

PROMISCUIDAD: Mezcla, confusión; suele referirse especialmente a la vida en común de varias personas de distintos sexos y edades.

REBELDIA: Calidad de rebelde.

RESTRICCION: Limitación o modificación.

SUICIDIO: Quitar voluntariamente la vida.

TEMOR: Comportamiento emocional de tono afectivo desagradable, acompañado de temblor, postración y fuga, miedo.

TENSION: Estado producido en un cuerpo por fuerzas exteriores o interiores.

TRISTE: Afligido, apenado, apesadumbrado.

TRISTEZA: Calidad de triste.

VERGÜENZA: Turbación del ánimo, que suele encender el color del rostro, ocasionado por alguna falta cometida, o por alguna acción deshonrosa y humillante.