

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

**EMBARAZO EN LA MUJER ADOLESCENTE SU PERFIL SOCIAL
Y SU ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL.**

Estudio que se realizó en 266 madres adolescentes
en el Departamento de Gineco-Obstetricia del
Hospital General San Juan de Dios,
Enero-Febrero de 1994. Guatemala.

T E S I S

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

P O R

ANA BEATRIZ OROZCO GARCIA

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, MARZO DE 1994.

DL
05
+(6978)

HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"
SUBDIRECCION MEDICA
DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION

Oficio No. 7-G/93/94

Guatemala, 14 de marzo de 1994

Bachiller
Ana Beatriz Orozco Garcia
Presente

Estimado Bachiller Orozco:

El Comité de Investigación le informa que su Informe Final ha sido autorizado para la divulgación de su trabajo de Tesis titulado:

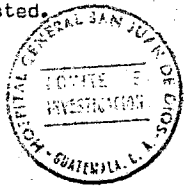
" EMBARAZO EN LA MUJER ADOLESCENTE, SU PERFIL SOCIAL Y SU ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL "

Sin otro particular quedo de usted.

Atentamente,

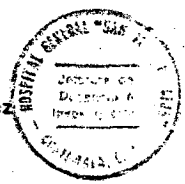
POR EL COMITE DE INVESTIGACION

Hernández
Enf. Elsa Maribel Hernández Argueta
COORDINADORA



Vo.Bo.

[Signature]
Dr. César Augusto Reyes Martínez
JEFE
DEPTO. DOCENCIA E INVESTIGACION





FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 15 de marzo
DIF-026-94

de 199 4

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

Se informa que el: BACHILLER EN CIENCIAS Y LETRAS ANA BEATRIZ
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos
OROZCO GARCIA Carnet No. 88-12728
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"EMBARAZO EN LA MUJER ADOLESCENTE SU PERFIL SOCIAL Y SU ASISTENCIA
AL CONTROL PRENATAL"

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 cien-
tífica del mismo, por lo que firmamos conformes:

Aseesor
Firma y sello personal

LUIS FELIPE GARCIA RUANO
Médico y Cirujano
Col. No. 1,933

Firma del estudiante

Revisor
Firma y sello
Registro Personal 10715

Dr. José Benigno Solano González
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 3297

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

FORMA D

HACE CONSTAR QUE :

El Bachiller: ANA BEATRIZ OROZCO GARCIA

Carnet Universitario No. 88-12728

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"EMBARAZO EN LA MUJER ADOLESCENTE SU PERFIL SOCIAL Y SU

ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL

Avalado por asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente
ORDEN DE IMPRESION:

Guatemala, 15 de marzo de 1994

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

Dr. Raúl A. Castillo Rodas
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud

IMPRIMASE :



Dr. Ernesto Cabrera Franco
DECANO

INDICE DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	3
III. JUSTIFICACION	4
IV. OBJETIVOS	5
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	6
VI. METODOLOGIA	16
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS.	22
VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	37
IX. CONCLUSIONES	48
X. RECOMENDACIONES	49
XI. RESUMEN	50
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	51
XIII. ANEXOS.	54

I. INTRODUCCION

En los países en vías de desarrollo como el nuestro, cada día podemos observar a adolescentes en período gestante.

Debido al inicio temprano de las relaciones sexuales, la inexperiencia frente a la vida, así como el desconocimiento casi total sobre los cuidados prenatales, muchos de los embarazos en adolescentes podrían ser considerados de alto riesgo materno con consecuencias directas sobre el nuevo ser en gestación.

El problema de las madres adolescentes es un problema social serio, pero poco atendido en nuestro país y se torna doblemente complejo, cuando no sólo se trata de madres jóvenes sino frecuentemente también agredidas por la miseria. La niña madre enfrenta situaciones cargadas de conflictos y contradicciones: El proceso de maduración sexual y elaboración de la propia identidad, las dificultades de tipo económico donde el nuevo hijo reduce el ya escaso ingreso familiar, la restricción de oportunidades educativas y/o laborales, el alto riesgo de embarazo precoz, etc.

En el presente trabajo se estudió " EL EMBARAZO EN LA MUJER ADOLESCENTE, SU PERFIL SOCIAL Y ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL". El estudio se realizó en forma prospectiva descriptiva en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, durante los meses de enero y febrero de 1994, en días aleatorios hasta completar la muestra de 266 madres adolescentes.

La finalidad fue determinar las causas de inasistencia al control prenatal, las características sociales, económicas y educativas de las madres adolescentes y la interacción de estos, como factores que influyen en la inasistencia al control prenatal.

El estudio se realizó en 266 madres adolescentes comprendidas entre las edades de 12 a 19 años, en su post-parto inmediato, donde se les realizó la encuesta diseñada para el estudio.

En el estudio se detectó un alto porcentaje de inasistencia al control prenatal (36.5%) siendo mayor en solteras (51%) y en menores de 15 años (59%), así como un alto porcentaje de analfabetismo y deserción escolar, un alto porcentaje de hacinamiento y desempleo materno. Todo esto nos lleva a concluir que la asistencia al control prenatal se encuentra influenciado por el nivel socioeconómico y educacional de la población. También hay una alto porcentaje de problemas maternos durante el control prenatal.

Por lo anteriormente descrito es recomendable que la paciente adolescente tenga un inicio temprano en su control prenatal para detectar tempranamente los problemas maternos y fetales. Considerando que el problema está relacionado estrechamente a las condiciones de vida de la población afectada cuya resolución

Dependería fundamentalmente de cambios económicos-sociales en la sociedad guatemalteca. Se recomienda diseñar y ejecutar programas integrales de atención a los adolescentes, en el que la educación sexual para ambos sexos sea un componente fundamental, iniciándolo desde la niñez y adecuándolo a cada etapa del desarrollo, dando información científica, social e insistiendo a que tomen conciencia de la responsabilidad que es tener un hijo.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

El embarazo es un estado de la mujer en el que se alberga dentro de sí la formación de un nuevo ser, determinado por una serie de factores que a su vez también determinan el estado y el grado de crecimiento y desarrollo de cada uno de los productos.

Dentro de estos factores existen algunos cuyo peso es grande en nuestra sociedad, como lo son el nivel socioeconómico que determina grandemente el grado de cultura que a su vez empuja a la joven mujer a embarazarse, sin contar con las medidas y conocimientos adecuados para la planificación y control prenatal, de esta manera se hace de el embarazo un riesgo obstétrico muy frecuente lo que puede comprobarse según datos obstétricos que indican que a nivel mundial, el embarazo y el aborto se encuentran dentro de las primeras 5 causas de muerte en mujeres de 15 a 19 años aumentando la morbi-mortalidad Materno-Infantil, siendo esta mayor en países en vías de desarrollo.

Cuando se lleva un control prenatal adecuado y temprano disminuye tanto los riesgos para la madre como para el feto ya que permite llevar un control adecuado de ganancia de peso, detección temprana de complicaciones, una buena nutrición la cual es necesaria para la madre y el feto, ya que por la falta de madurez orgánica en los adolescentes hay una competencia por los nutrientes.

Siendo Guatemala, un país en vías de desarrollo, en el cual cada vez es más común ver adolescentes embarazadas y sabiendo que el factor más importante que determina que un embarazo sea favorable o desfavorable es el nivel socioeconómico y un control prenatal adecuado.

Se pretendió realizar un estudio cuya finalidad era describir las características sociales, económicas y educativas de las madres adolescentes y la interacción de estos como factores que influyen en la asistencia e inasistencia al control prenatal.

III. JUSTIFICACION

El alto riesgo de la morbi-mortalidad Materno-Infantil que se presenta en el grupo de madres adolescentes; radica en la edad materna y en conocer los factores de alto riesgo socioeconómico, educativo, culturales que a su vez pueden incidir en la asistencia al control prenatal.

Se ha encontrado en la bibliografía que una gran parte del mundo en desarrollo, alrededor de tres cuartas partes de nacimientos adolescentes ocurren sin control prenatal o suelen asistir tardíamente, muchas veces por temor a que sus padres se enteren.

A éstas pacientes por presentar desventajas educativas y por su ambiente social tienen probablemente una vida sexual activa, existiendo la posibilidad de un nuevo embarazo que será a su vez también de alto riesgo.

Actualmente no existen estudios relacionados con las características sociales, económicas y educativas de las madres adolescentes y su relación con la asistencia e inasistencia al control prenatal, por lo que se consideró necesario estudiar dichos factores en una muestra de 266 madres adolescente en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, durante enero y febrero de 1994.

IV. OBJETIVOS

1. Describir el perfil social en la madre adolescente que consulta al Hospital General San Juan de Dios.
2. Determinar las principales causa de asistencia e inasistencia al control prenatal de la madre adolescente.
3. Identificar las características sociales, económicas, educativas y culturales de las madres adolescentes que asisten al Hospital General San Juan de Dios.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Adolescencia es aquel grupo de jóvenes que se encuentran comprendidos entre las edades de 12 a 19 años, que se considera como un periodo de dificultad en la vida.

Cada año millones de adolescentes quedan embarazadas. A menudo, los resultados son trágicos: niños abandonados, educación interrumpida, complicaciones médicas, aborto ilegal, muertes maternas y aún suicidio. (7,12,21).

Lo más frecuente es que el embarazo en la adolescente sea un embarazo no deseado el cual traerá problemas en la pareja adolescente, ya que no han llegado a ser adultos e independientes y no sólo trastornarán el desarrollo de la gente joven sino también son una carga para la sociedad. (4,8,14)

Las probabilidades que la madre adolescente tenga estos problemas son mayores en los países en desarrollo que en los desarrollados y dichas probabilidades son más altas entre los pobres que entre los de mejor condición social en un mismo país. (12)

A nivel mundial, el embarazo es la principal causa de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años. En la mayoría de los países latinoamericanos y del Caribe, la maternidad y el aborto están clasificados entre las cinco primeras causas de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años. (2)

El embarazo se ha dado debido a una alta incidencia de actividad sexual de la mujer menor de 19 años, en un 70% de este grupo de población, en otro estudio un 13% a los 16 años y un 63% a los 19 años. También depende de la edad a la cual tiene la menarquia, entre 12.5 a 14 años. (4,19,20). Elster en su estudio determinó que la población adolescente es multipara en un 3.08% (7).

De los estudios que se han realizado, un 17 a 40 % de las adolescentes utilizó anticonceptivos en su primer coito prematrimonial. Muchos de los adolescentes tienen poco conocimiento sobre los anticonceptivos y su uso. La ignorancia sobre los métodos anticonceptivos es generalizada. (12,14,17).

Además sus creencias en cuanto a los efectos de los anticonceptivos sobre la salud son inexactas y distorsionadas (12).

Dentro de los factores que predisponen a que las adolescentes incurran en relaciones sexuales a temprana edad están que los jóvenes pasan por los cambios físicos y emocionales y además

también están expuestos a presiones sociales que los alientan a la actividad sexual. Además de el nivel educativo, el nivel socioeconómico, el bajo nivel de autoestima, alcoholismo, drogadicción, padres separados, hijas de madres solteras, etc. (8,12)

1. CONTROL PRENATAL:

El factor más importante que determina que un embarazo sea favorable o desfavorable es el nivel socioeconómico y un control prenatal adecuado. (14).

Es importante hacer notar que estudios recientes señalan que algunas complicaciones no están directamente relacionadas con la edad sino el cuidado y la nutrición prenatal inadecuada. (18).

El control prenatal pobre tenía un efecto relativamente fuerte en madres primíparas jóvenes, de lo contrario en multiparas. (7).

Estudios realizados en México, Uta y otras han encontrado que si la atención prenatal es buena y se da tempranamente, los riesgos, tanto para la madre como para el recién nacido disminuyen, especialmente cuando los adolescentes son mayores (16 a 19 años), comparándose con madres adultas con similar nivel social, económico y educacional. (7).

Kessler hizo un estudio en el cual las adolescentes que asistían a un control prenatal lo hacían tardíamente. Un 17% en el primer trimestre, 50% en el segundo y un 25% en el tercer trimestre (14)

Hay que tener en cuenta que en gran parte del mundo en desarrollo, alrededor de tres cuartas partes de los nacimientos ocurren sin control prenatal. Las adolescentes suelen solicitar atención prenatal mucho más tarde que las mujeres mayores y tienden a ser pacientes más descuidadas. La tardanza en solicitar el servicio prenatal está relacionada con la negación inicial del embarazo, con la incertidumbre sobre los signos de embarazo, los períodos menstruales irregulares que pueden disfrazar el embarazo y otros problemas causados por conocimientos inadecuados, vergüenza y distintas motivaciones que afectan al adolescente que busca servicios clínicos para evitar el embarazo. (21)

Se realizó un estudio en el cual relacionaban la edad materna, el inicio del control prenatal y el intervalo entre dos embarazos mayor o menor de doce meses; encontrando que en las primíparas, con un control prenatal tardío y muy jóvenes (menores de 15 años), tenían mayor riesgo de tener niños pequeños para edad gestacional, parto antes de la 37 semanas de gestación y ruptura prematura de membranas. Al contrario de tener un control prenatal temprano disminuyó el riesgo, sin embargo en las multiparas jóvenes independientemente de cuando inicien el control prenatal, tienen mayor riesgo. (7, 18).

Además el control prenatal es importante para recomendaciones médicas, detección y manejo de pacientes preclámpticas y un apoyo moral y emocional a las pacientes; así como para prevenir embarazos muy seguidos. (7).

2. NUTRICION:

Normalmente la adolescencia es un período de alta necesidad nutricional, debido a un crecimiento rápido y desarrollo del cuerpo. Este crecimiento pondo-estatural tiene su pico máximo pocos meses antes de la menarquia, para disminuir gradualmente en uno o dos años después de ella. (7,20,21).

Un probable efecto de la edad materna joven en el embarazo es que podría ser una competencia por los nutrientes entre el desarrollo materno y el crecimiento del feto que podría ser reflejado en la baja o mala nutrición y niños pequeños para edad gestacional. Aunado a esto, los recursos económicos pobres, malos hábitos alimenticios y la falta de conocimientos sobre nutrición. (4,7,12,14).

Los factores que influyen en el crecimiento fetal son el peso para talla materno antes del embarazo y la ganancia de peso durante el embarazo principalmente; además de la edad materna, paridad, estado socioeconómico y herencia. (21). La acetonuria ha sido encontrada como un marcador de aumento de la mortalidad perinatal. Se asocia a que produce acidosis metabólica y se encuentra en gestantes mal nutridas. (21).

En un estudio realizado en Estados Unidos, se encontró que las jóvenes de 10 a 16 años con bajo peso antes del embarazo, tuvieron un retardo en el crecimiento del neonato siendo este mayor en múltiparas jóvenes que en primíparas jóvenes. Sin embargo aquellas que tuvieron un peso adecuado antes del embarazo, no hubo efecto sobre el peso al nacer del niño.

Este retardo en el crecimiento del niño no es permanente, ni tiene efectos a largo plazo sobre el peso/talla del niño. (2).

Durante el embarazo se encuentran consumidos el calcio, hierro, vitamina A principalmente, calorías, proteínas y minerales por lo que hay una mayor demanda y requerimientos de dichos elementos, necesarios tanto para el crecimiento y desarrollo materno fetal. (3,4).

Algunos autores han identificado en estudios latinoamericanos que la gestante adolescente debe ganar un promedio de 35 libras (11 kg.) en madres adultas jóvenes, para disminuir el riesgo de tener un niño con bajo peso al nacer. (18).

3. ASPECTOS SOCIALES:

El embarazo en adolescentes es un problema multiétnico, sociobiológico, donde se cruzan factores socioeconómicos, étnicos y geográficos. El embarazo en adolescentes es un problema social causado por diferentes motivos como: Una joven rebelde, producto de peleas, pubertad precoz, actividad sexual temprana, relajación en el control ejercido en la familia y colegio, tiempo de ocio, o porque se les ha dado mucha libertad, influencia de amigos, nivel socioeconómico bajo, (14,23).

Los embarazos en la adolescencia refuerzan la condición social baja de la mujer y su dependencia financiera, tiene más dificultad en conseguir ingresos adecuados para mantenerse a sí misma y a su hijo, ya que no ha tenido tiempo de aprender un oficio o adquirir una educación formal. El desempleo en mujeres adolescente es alto, pudiendo llegar hasta un 80%. (14,19)

Las jóvenes abandonan su educación y pocas regresan a completar su educación después de dar a luz. Los padres adolescentes también tienen una alta tasa de deserción escolar. Una adolescente con un hijo y sin un diploma de estudios secundarios, está limitada en su capacidad tanto en trabajar, como de criar a su niño (14). González en su estudio, hace mención de que un bajo porcentaje de su población se encuentra aún estudiando. (8).

Entre las mujeres casadas de la ciudad de México, Guatemala, Panamá y Brasil, el 30% de los partos habían sido concebidos prematrimonialmente. Muchos embarazos terminan en casamientos forzados por un embarazo no deseado, siendo estos muy inestables, en el cual fuertes presiones sociales pueden dirigir el matrimonio a desintegrarse en poco tiempo (23). McCarney, en su estudio detectó que el matrimonio en el grupo de pacientes adolescentes es una situación poco común, encontrando que un 83.2% de su población en estudio estaba no casada. (19).

Algunos estudios de madres adolescentes concluyen que el 93% son solteras, su nivel educacional es bajo e interrumpida en el 71%. En el 92% de los casos, no fue deseado el embarazo y el 17% no tuvo control prenatal (24).

También se ha encontrado que los padres jóvenes tienen una alta incidencia de desempleo y ocupaciones inexpertas (3). Además dichos padres tienen mayor irresponsabilidad sexual y rehúsan a tomar responsabilidades de cualquier niño (2).

Se ha visto también que una hermana joven de la adolescente embarazada, produce un aumento en el riesgo (6).

Se ha enfocado que la salud mental de la adolescente está afectada, puede haber depresión, temor, sentimiento de culpabilidad (5,14).

Es importante enseñarles a las adolescentes sobre la responsabilidad de la reproducción, a realizar un esfuerzo para mantener el embarazo, planificación familiar, sobre el desarrollo y cuidado del niño y formar padres adolescentes hábiles. Este proyecto permite que el adolescente pueda completar su propia educación y crecimiento intelectual (22,23,25).

4. COMPLICACIONES MATERNAS:

Se ha observado el alto riesgo que presenta el embarazo en adolescentes, tanto por sus complicaciones directamente maternas como sobre el feto.

Dentro de las complicaciones maternas se encuentran:

a. DESpropORCION CEFALOPELVICA:

Se ha estudiado que el crecimiento ponderal estatural en la adolescencia tiene un pico máximo meses antes de la menarquia para disminuir gradualmente en uno o dos años subsiguientes. El 30 a 40% del crecimiento de la pelvis y órganos sexuales femeninos, complementan su crecimiento dentro del inicio de la adolescencia hasta el período comprendido por la adolescencia tardía. (8,20).

Se hizo un estudio en el cual el tamaño del canal del parto es pequeño en los primeros años después de la menarquia, por lo que aquellas jóvenes que tenían una menarquia temprana tenían una pelvis más pequeña e inmadura que aquellas que tuvieron una menarquia tardía. Siendo esta inmadurez un riesgo obstétrico significativo en mujeres jóvenes primíparas. (4,20).

Lavelle, en un estudio del crecimiento del canal del parto en adolescentes, demostró que aunque estas alcancen la estatura standard de la población, no significa que la madurez de los órganos reproductores y el tamaño de la pelvis sea ideal para la reproducción. (20)

Este crecimiento lento de la pelvis y del canal del parto incide sobre la vía de resolución del parto, produciendo desproporción cefalopélvica, la cual va a producir un aumento del riesgo de parto prolongado, disfunción uterina (distocias), contracción pélvica y cesáreas. (8,20,24).

La edad materna (12 a 19 años), la menarquia temprana y la baja edad ginecológica (edad al momento de la gestación menos la edad al momento de la menarquia), son factores de riesgo que influyen en las complicaciones maternas descritas anteriormente. (8,10,21).

Se ha encontrado que la edad de la menarquia ha caído de los 14.2 años a los 12.5 años, que el promedio. La desproporción cefalopélvica produce una mayor incidencia de cesáreas tan bajas como de 8.15 hasta 14.7%. (8,20).

Lavelle, encontró que la incidencia de cesáreas en las madres adolescentes era de 13.2% (20).

b. ABORTOS:

En toda clase social, la mujer a cualquier edad, escoge la ruta del aborto influenciada por factores sociales, educacionales, económicos, culturales y religiosos. (12,14).

El aborto o la interrupción voluntaria de la viabilidad del embarazo ha ido aumentando en jóvenes menores de 19 años en un 37% desde que se legalizó o aceptó en aborto en algunos países por la Corte Suprema en 1973. (14).

Para las jóvenes de 17 a 19 años, el embarazo es un obstáculo y no están preparados para el matrimonio por lo que deciden el aborto. Si este es efectuado por servicios de salud competentes (aborto legal) tienen un riesgo mínimo. No así nuestras jóvenes adolescentes con un nivel socioeconómico bajo, que no tienen acceso a dichos servicios, por lo que tienen un aborto ilícito, con el cual el riesgo es extremadamente alto, porque los métodos usados en condiciones peligrosas y poco sanitarias pueden causar sepsis, ruptura uterina hemorragia y muerte. (14,24).

El aborto se podría realizar sólo antes de las doce semanas de gestación, siendo más seguro entre la séptima y octava semana. Mientras más semanas de gestación tiene el embarazo mayor es el riesgo de complicaciones aproximadamente 40% entre las 17-20 semanas. (14,24).

Cuando se realiza el aborto en el primer trimestre se puede utilizar los siguiente métodos: 1) Regulación menstrual (aspiración por succión del contenido uterino); 2) Aspirado al vacío 3) Dilatación y legrado. Los cuales pueden causar las siguientes complicaciones: Retención tisular, perforación uterina, pérdida excesiva de sangre, infección, hiperosmolaridad, peritonitis, absceso pélvico entre otras. (14).

Cuando se realiza en el segundo trimestre se utilizan los siguientes métodos: 1) Dilatación y evacuación 2) Instilación de solución salina intraamniótica (complicaciones como inyección intravascular, infección, hiperosmolaridad, coagulopatía), 3) Histerotomía, 4) Prostaglandinas.(14).

El Aborto Espontaneo: En el embarazo adolescente de 15 a 19 años, 60% llegan a un aborto intencional y un 40% a un aborto espontaneo o no planeado. En estos abortos espontáneos debe estudiarse el análisis cromosómico. función tiroidea, incompetencia cervical, etc. Los abortos en las adolescentes tienen a repetirse en un 10% (14). En América Latina y el Caribe, la maternidad y el aborto se encuentran entre las primeras cinco causas principales de muerte, para las mujeres de 15 a 19 años de edad (12).

c. TRASTORNOS HIPERTENSIVOS:

Dentro de las complicaciones maternas se ha observado que las jóvenes embarazadas y primíparas en un 42% tienen un mayor riesgo de preclampsia y puedan llegar a eclampsia que es una de las causas más comunes de muerte materna y alta mortalidad perinatal. (14,24).

Como se señaló anteriormente, las adolescentes por distintas causas no acuden al control prenatal o si lo hacen es tardíamente. Esto es muy importante porque por un control prenatal temprano se puede controlar la preclampsia y evitar o prevenir la eclampsia. (7,8).

Se ha encontrado que las adolescentes con preclampsia tienen un mayor riesgo para que el producto sea prematuro. Y también es el grupo donde más se utilizó fórceps para el parto en porcentaje de 31%. (24).

Entre otras complicaciones se encuentran:

- Es común que las jóvenes adolescentes sufran anemia en los primeros años que siguen a la menstruación, por la pérdida menstrual mensual de hierro, aumentando así las demandas de este elemento. El embarazo temprano agrava la tendencia a la anemia, esto como consecuencia directa a una mayor demanda tanto materna como fetal. (14).

- Complicaciones en labor y parto: Infección, fiebre por ruptura prematura de membranas, laceraciones de primer a tercer grado, trabajo de parto prolongado y difícil por inercia uterina, DPC, placenta previa, polihidramnios, etc.

- Morbilidad febril en un 41% causado principalmente por ruptura prematura de membranas, infección del tracto urinario 11%, endometritis, vaginitis y sepsis. (14)

- Toxemia.

5. COMPLICACIONES FETALES:

Las complicaciones más frecuentes encontradas en el embarazo en adolescentes es el bajo peso al momento del nacimiento. (1,9)

Las tasa de enfermedad y muerte son un 33% más altas para niños nacidos de madres menores de 20 años que de mujeres mayores. Es dos veces más probable que los hijos de madres menores de 15 años tengan bajo peso al nacer, incidencia más alta de prematuros y de carencia nutricional (9,12,24). Adams, en su estudio presentó que las jóvenes menores de 20 años de edad, el 25% de ellas tuvo trabajo de parto prematuro, en tanto que en las adultas el 18%. (2).

Burrow, reportó que la incidencia de presentar trabajo de parto prematuro antes de los 36 semanas de gestación fue 3 veces mayor en las menores de 20 años de edad. (4).

Se encontró que la mortalidad neonatal fue mayor en madres jóvenes que en adultas y esto se debió al bajo peso al nacer y prematuridad. (9).

Dentro de los factores maternos que influyen para que se de el crecimiento lento del feto o retraso en el crecimiento intrauterino en jóvenes entre 10 y 16 años se debe a que hay una competencia por los nutrientes disponibles para el crecimiento tanto para la joven madre como para su feto. (21).

Se ha notado que el porcentaje de bajo peso al nacer, disminuye conforme aumenta la edad de la madre, encontrándose así 14% de bajo peso en niños de madres menores de 15 años; 9.9% en niños de mujeres entre 15 y 19 años y de 6.5% en mujeres entre 20 a 29 años. (15,18,19).

La mayoría de los investigadores indican que la relación entre el bajo peso al nacer y embarazo en adolescentes es una combinación de pobre hábitos de salud materna y características sociodemográficas (4). Sin embargo se ha encontrado que la edad materna y su desarrollo puberal no son tan importante como su talla y su peso antes del embarazo y la ganancia de peso durante el embarazo (19,21).

Se hizo un estudio en el cual las madre que tenían un peso antes del embarazo menor de 120 libras y una ganancia de peso menor de 20 libras tenían niños en un 19% que pesaban menos de 2,500 gramos y un 81% mayor de 2,500 gramos. Mientras que si tenían un peso antes de el embarazo mayor de 120 libras y una ganancia de peso mayor de 20 libras durante el embarazo, tenían un 100 % de niños mayores de 2,500 gramos. (14)

Se hizo un estudio entre madres adolescentes y no adolescentes, encontrándose que el peso al nacer fue más bajo en madres adolescentes. (26)

Se han hecho estudios sobre los factores que influyen en el bajo peso al nacer y pequeños para edad gestacional, dentro de los cuales se encuentran: Edad materna (menores de 16 años), exposición a drogas, anestésicos, cigarro, alcohol durante la gestación, exposición a trauma, a cirugía, raza negra, condición social adversa, poca ganancia de peso, bajo peso y corta talla antes del embarazo, primípara, etc. (2,4,10,26)

Se hizo un estudio en el cual el peso al nacer del niño está correlacionado con el peso antes del embarazo y el tamaño de la placenta ya que se ha encontrado que el crecimiento retardado de la placenta es una de las causas de bajo peso al nacer del Recién

Nacido. Este retardo en el crecimiento de la placenta es consecuencia directa de la baja edad de las adolescentes. (8,14).

Se hizo un estudio en el cual se buscaban los efectos de los narcóticos, analgésicos y anestésicos durante el período de labor y parto encontrándose en el recién nacido variaciones en la puntuación del APGAR. Apgar de 8-10 53%, de 5-7 29%. de 1-4 12% y muerte en un 14%. (14).

Se ha reportado en general que el recién nacido de madres adolescentes pesa de 94 a 130 gramos menos que el de las madres adultas jóvenes.

Villar estudió un pequeño grupo de mujeres en el área rural de Guatemala y reportó después de una gran cantidad de análisis que sólo una baja circunferencia cefálica fue asociada con retardo en el crecimiento intrauterino, mientras que con un suplemento energético, proteínico y una disminución de la circunferencia del brazo fue asociada con un parto pretérmino.

Después de la variedad de análisis se encontró que el único factor predisponente en niños pequeños para edad gestacional fue el peso y la talla antes del embarazo, y el único factor significativo para un parto pretérmino fue la educación, comportamiento y nivel cultural de la madre. (1,12,14,21).

En un estudio se encontró que el Síndrome de muerte súbita del infante se da más en un período postnatal de las madres jóvenes, encontrándose que hay una incidencia de mortalidad postneonatal aumentada en este grupo de pacientes. (9)

Además se menciona como factor importante del bajo peso al nacer, la multiparidad de los adolescentes, siendo mayor cuando el período entre las dos gestaciones es menor de seis meses, con una consecuencia directa sobre el peso del recién nacido. Debido al bajo peso al nacer y/o a la prematuridad del recién nacido se ha observado un aumento en la tasa de mortalidad perinatal, así como bajos punteos del test de APGAR y test de maduración neuromuscular. (8)

En varios estudios se concluyó que el bajo peso al nacer y que sea pequeño para edad gestacional puede reducirse si se improvisa una nutrición materna adecuada, se estimula el cese de los cigarrillos, reducción de embarazos en mujeres jóvenes e incrementando el control prenatal temprano y adecuado (1).

6. POBREZA:

La pobreza según el Instituto Nacional de Estadística es un síndrome que se asocia a desnutrición, precaria condición de vivienda, más nivel de salud, bajo nivel educacional, malas condiciones sanitarias, poca participación en la integración social.

El ser humano necesita para un buen funcionamiento y desarrollo de la satisfacción de las necesidades básicas, psico-físico-cultural como son la educación, salud, vivienda, alimentación, vestuario, recreación, etc:

La pobreza se puede medir a través del ingreso familiar que permite como obtener la canasta básica de alimentos, se puede medir también a través del hacimiento, educación, calidad de vivienda, abastecimiento de agua, eliminación de excretas, salud, etc.

Según el último estudio realizado en 1991 por SEGEPLAN, CADEICA Y el Instituto Nacional de Estadística (INE), se puede clasificar a la personas según su ingreso económico mensual en:

- EXTREMADAMENTE POBRES: Aquellas personas que su ingreso económico mensual es menor de 550 quetzales y que no satisface ni la canasta básica de alimentos.
- POBRES: Aquellas personas que su ingreso económico mensual está entre los 550 y 900 quetzales y que satisface la canasta básica.
- NO POBRES: Aquellas personas que su ingreso económico es mayor de 900 quetzales mensuales. Satisface las necesidades básicas.

El estudio de la pobreza en Guatemala se ha basado en el estudio de la canasta básica de alimentos, el cual se ha dividido en dos partes: la primera es el estudio de la canasta básica de alimentos y la segunda es el estudio de la canasta básica de servicios.

$$P = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N (x_i - \bar{x})^2$$

Del libro de Estadística de la Oficina Nacional de Estadística y Censos.

Extremadamente pobres	1.2%
Pobres	12.5%
No pobres	86.3%

Los datos de la encuesta de la canasta básica de alimentos se han obtenido de la encuesta de la canasta básica de alimentos y servicios.

Los datos de la encuesta de la canasta básica de servicios se han obtenido de la encuesta de la canasta básica de servicios.

VI. METODOLOGIA

1. Tipo de Estudio:

El presente trabajo es un estudio prospectivo descriptivo en una muestra de madres adolescentes que fueron atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios.

2. Sujeto de Estudio:

Este estudio se realizó en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios en 266 madres adolescentes comprendidas entre las edades de 12 a 19 años en su post-parto inmediato, a quienes se les pasó una boleta de recolección de datos, para conocer su perfil social y si tuvo o no control prenatal. Este estudio se realizó en enero y febrero de 1994, en días aleatorios hasta completar la muestra.

3. Tamaño de la muestra:

Para obtener el tamaño de la muestra a estudio, se tomó como población o universo un promedio de todas las mujeres embarazadas que fueron atendidas en el Hospital General San Juan de Dios el cual fue de 12,000 pacientes, según estadísticas de 1991. Se tomaron estos datos pues en ese momento no se tenían los de 1992.

Y sabiendo que el porcentaje de esta población que corresponde a madres adolescentes, según estadísticas de 1991 del Hospital General San Juan de Dios es de 23% se sacó la muestra según la siguiente fórmula:

$$\text{Muestra} = \frac{N * p * q}{\frac{E^2}{z^2} * (N-1) + (q * p)}$$

Del libro de Manual sobre el Enfoque de riesgo de la atención Materno Infantil.

Teniendo los siguientes valores:

N: 12,000	Población
p: 0.23	Frecuencia
q: 0.77	1 - la frecuencia

Nos da un 95% de confianza $E_2 = 0.05$ Error estadístico
 $z = 1.95$ Certeza

Se tuvo una muestra aleatoria de 266 pacientes, que cumplen con los criterios de Inclusión y Exclusión.

4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

INCLUSION:

- A. Madres adolescentes entre las edades de 12 a 19 en su post-parto inmediato que asistieron al Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios en el año de 1993.

EXCLUSION:

- A. Madres mayores de 19 años de edad que fueron atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia de el Hospital General San Juan de Dios en el año de 1993.

5. RECURSOS

A. FISICOS:

1. Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios.
2. Boleta de recolección de datos.
3. Registro médico de las pacientes seleccionadas.
4. Libros, textos y revistas de consultas.

B. HUMANOS:

1. Médico investigador.
2. Personal de la Biblioteca de:
Facultad de Ciencias Médicas de USAC
Del Hospital General San Juan de Dios
Del INCAP.
De APROFAN
3. Personal de Archivo del Hospital General San Juan de Dios.

C. ECONOMICOS:

1. Por reproducción de material bibliográfico. (30.00 quetzales)
2. Por impresión de tesis. (750.00 quetzales)
3. Por impresión de 266 boletas de recolección de datos. (120.00 quetzales)
4. TOTAL 900.00 quetzales

D. TIEMPO: (Ver gráfica de GANTT)

GRAFICA DE GANT

ACTIVIDAD	SEMANAS																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	XX																			
2		XX	XX	XX																
3				XX	XX	XX	XX													
4							XX													
5								XX												
6									XX											
7										XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX				
8																XX	XX			
9																		XX		
10																			XX	
11																				XX

ACTIVIDADES:

1. Selección del tema del proyecto de investigación y elección del asesor y revisor.
2. Recopilación del material bibliográfico.
3. Elaboración del proyecto conjuntamente con el asesor y revisor.
4. Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis.
5. Aprobación del proyecto por la coordinación de investigación del Hospital.
6. Diseño de los instrumentos que se utilizarán para la recolección de la información.
7. Ejecución del trabajo de campo.
8. Procesamiento de datos, elaboración de tablas, gráficas, análisis y discusión de resultados.
9. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
10. Presentación de informe final para correcciones.
11. Aprobación de informe final.

6. **VARIABLES:**

VARIABLES				
NOMBRE	DEFINICIÓN	INSTRUMENTO	TIPO	ESCALA
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual	Boleta de recolección de datos	cuantitativa	años
PROCEDENCIA	Lugar donde vive una persona	Boleta de recolección de datos	cuantitativa	nominal
ESTADO CIVIL	Es el estado de una persona dentro de una sociedad	Boleta de recolección de datos	cuantitativa	soltera casada
OCCUPACION	Es aquella actividad que desempeña una persona o a lo que se dedica.	Boleta de recolección de datos	cuantitativa	Trabaja No trabaja
INGRESO ECONOMICO	El ingreso familiar mensual, el cual de acuerdo al último estudio de la INE se puede clasificar en extremadamente pobres, pobres y no pobres.	Boleta de recolección de datos.	cuantitativa	Quetzales
EDUCACION	Es la acción de desarrollar las facultades físicas, intelectuales y morales.	Boleta de recolección de datos	cuantitativa	Alfabeta Analfabeta
Alfabeta	Aquella persona que sabe leer y escribir.	Boleta de recolección de datos	cuantitativa	Primaria Secundaria Diversificada
Analfabeta	Aquella persona que no sabe leer ni escribir	Boleta de recolección de datos	cuantitativa	
VIVIENDA	Báilicio que sirve de habitación	Boleta de recolección de datos	cuantitativa	casa propia casa alquilada
material de las paredes	material de que están hechas las paredes	Boleta de recolección de datos	cuantitativa	Bloque ladrillo nadera otro

VARIABLES				
NOMBRE	DEFINICIÓN	INSTRUMENTO	TIPO	ESCALA
<i>Material del techo</i>	<i>material que está hecho el techo.</i>	<i>Boleta de recolección de datos</i>	<i>cualitativa</i>	<i>concreto lámina teja paja</i>
<i>Material del piso</i>	<i>material del piso</i>	<i>Boleta de recolección de datos</i>	<i>cualitativa</i>	<i>ladrillo torta tierra</i>
<i>Agua potable</i>	<i>Líquido transparente, insípido, inodoro que puede ser bebida.</i>	<i>Boleta de recolección de datos</i>	<i>cualitativa</i>	<i>SI-NO Chorro público Chorro particular pozo</i>
<i>Luz Eléctrica</i>	<i>Que ilumina los objetos y los hace visibles a través de electricidad</i>	<i>Boleta de recolección de datos</i>	<i>cualitativa</i>	<i>SI-NO</i>
<i>Drenaje</i>	<i>Es aquel que permite que las aguas negras sean drenadas.</i>	<i>Boleta de recolección de datos</i>	<i>cualitativa</i>	<i>SI-NO</i>
<i>Servicio Sanitario</i>	<i>Servicio donde el hombre puede realizar sus necesidades</i>	<i>Boleta de recolección de datos</i>	<i>cualitativa</i>	<i>letrina inodoro</i>
<i>PARIDAD</i>	<i>Es el número de embarazos que ha tenido una persona y como se han resuelto</i>	<i>Boleta de recolección de datos</i>	<i>cualitativa</i>	<i>Gestas partos abortos cesáreas</i>
<i>CONTROL PRENATAL</i>	<i>Es el cuidado prenatal cuyo objetivo es asegurarse de que todo el embarazo culmine en un niño sano sin deterioro de la salud de la madre</i>	<i>Boleta de recolección de datos</i>	<i>cualitativa</i>	<i>SI-NO</i>

La investigación se realizó en una muestra aleatoria de 266 pacientes madres adolescentes comprendidas entre las edades de 12 a 19 años atendidas en el Hospital General San Juan de Dios en el Departamento de Gineco-Obstetricias en enero y febrero de 1994..

Se vieron a las pacientes en su post-parto inmediato en días aleatorios hasta completar el número de la muestra.

A cada paciente se le revisó su papelería, se les explicó el motivo de la investigación y se les paso una boleta de recolección de datos con toda la información necesaria.

Por tratarse de un estudio de tipo descriptivo, se usó para el análisis e interpretación de los resultados la estadística descriptiva usando la técnica de: Cuadros de datos, Tabla de frecuencia, Tablas cruzadas y gráficas circulares.

Por último, después del análisis de los resultados se establecieron las conclusiones y recomendaciones.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS.

CUADRO NO. 1

**EDAD DE 266 MADRES ADOLESCENTE EN EL
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS,
ENERO-FEBRERO DE 1994.**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<15	22	8.3
16	40	15.1
17	69	25.9
18	70	26.3
19	65	24.4
TOTAL	266	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos (ver anexo).

CUADRO NO. 2

**ESTADO CIVIL DE 266 MADRES ADOLESCENTES EN
EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS,
ENERO-FEBRERO DE 1994.**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASADA	66	24.8
UNIDA	145	54.5
SOLTERA	55	20.7
TOTAL	266	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos (ver anexo).

CUADRO NO. 3

ESTADO CIVIL RELACIONADO CON EL GRUPO ETAREO DE
266 MADRES ADOLESCENTES EN EL DEPARTAMENTO DE
GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN
JUAN DE DIOS, ENERO-FEBRERO DE 1994.

EDAD	ESTADO CIVIL							
	CASADA		SOLTERA		UNIDA		TOTAL	
	fr.	%	fr.	%	fr.	%	fr.	%
<15	5	1.9	8	3	9	3.4	22	8.3
16	12	4.5	4	1.5	24	9	40	15.1
17	15	5.6	18	6.8	36	13.5	69	25.9
18	17	6.4	20	7.5	33	12.4	70	26.3
19	17	6.4	5	1.9	43	16.2	65	24.4
TOTAL	66	24.8	55	20.7	145	54.5	266	100
GRAN TOTAL	266				100.00			

FUENTE: Boleta de recolección de datos (ver anexo).

CUADRO NO. 4

**NIVEL EDUCATIVO DE 266 MADRES ADOLESCENTES
EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS.
ENERO-FEBRERO DE 1994.**

NIVEL EDUCATIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TOTAL	
			FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA COMPLETA	36	13.53	147	55.3
PRIMARIA INCOMPLETA	111	41.73		
SECUNDARIA COMPLETA	9	3.4	61	22.9
SECUNDARIA INCOMPLETA	52	19.54		
DIVERSIFICADO COMPLETO	2	0.75	18	6.8
DIVERSIFICADO INCOMPLETO	16	6.01		
NINGUNA	40	15.04	40	15
TOTAL	266	100.00	266	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos (ver anexo).

CUADRO NO. 5

OCUPACION DE 266 MADRES ADOLESCENTES EN EL
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS,
ENERO-FEBRERO DE 1994.

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AMA DE CASA	208	78.2
ESTUDIANTE	16	6
OTROBAJA	42	15.8
TOTAL	266	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos (ver anexo).

CUADRO NO. 6

INGRESO ECONOMICO MENSUAL RELACIONADO CON LAS PERSONAS
QUE LO APORTAN DE 266 MADRES ADOLESCENTES, EN EL
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS,
ENERO-FEBRERO DE 1994.

PER SO NAS	INGRESO ECONOMICO					
	MENOR O IGUAL A 550 QUETZALES		550 A 900 QUETZALES		MAYOR O IGUAL A 900 QUETZALES	
	fr	%	fr	%	fr	%
1	155	58.3	76	28.5	2	0.8
2	7	2.6	13	4.9	7	2.6
3	1	0.4	4	1.5	-	-
4	-	-	1	0.4	-	-
TOTAL	163	61.3	94	35.3	9	3.4
GRAN TOTAL	266			100.00		

FUENTE: Boleta de recolección de datos (ver anexo).

CUADRO NO.7

**TENENCIA DE LA VIVIENDA DE 266 MADRES ADOLESCENTES
EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS,
ENERO-FEBRERO DE 1994.**

TE MEN CIA	CON QUIEN VIVEN									
	SOLOS		PAPAS		AMIGOS		TRABAJO		TOTAL	
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
PRO PIA	47	17.7	86	32.3	-	-	1	0.4	134	50.
AL- QUI LA DA	79	29.7	28	10.5	1	0.4	2	0.7	110	41
CE DI DA	8	3	9	3.4	-	-	5	1.9	22	9
TO TAL	134	50.4	123	46.2	1	0.4	8	3	266	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos (ver anexo).

CUADRO NO. 8

**NUMERO DE GESTAS EN RELACION AL GRUPO ETAREO DE
266 MADRES ADOLESCENTES EN EL DEPARTAMENTO DE
GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN
JUAN DE DIOS, ENERO-FEBRERO DE 1994.**

EDAD	GESTAS							
	1		2		3		TOTAL	
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
<15a	22	8.3	-	-	-	-	22	8.3
16a	39	14.7	1	0.4	-	-	40	15.1
17a	62	23.3	7	2.6	-	-	69	25.9
18a	65	24.4	5	1.9	-	-	70	26.3
19a	32	12.0	28	10.5	5	1.9	65	24.4
TOTAL	220	82.7	41	15.4	5	1.9	266	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos (ver anexo).

CUADRO NO. 9

**EDAD DEL PRIMER EMBARAZO DE 266 MADRES ADOLESCENTES
EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS,
ENERO-FEBRERO DE 1994.**

EDAD DEL PRIMER EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<15a	35	13.1
16a	50	18.8
17a	82	30.8
18a	67	25.2
19a	32	12.1
TOTAL	266	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos (ver anexo).

CUADRO NO.10

DISTRIBUCION ETAREA EN RELACION A CESAREAS Y PARTOS
 EN 266 MADRES ADOLESCENTES EN EL DEPARTAMENTO DE
 GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN
 JUAN DE DIOS, ENERO-FEBRERO DE 1994.

EDAD	NUMERO DE PARTOS						NUMERO DE CESAREAS				TOTAL	
	1		2		3		1		2		fr	%
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%		
<15	15	5.7	-	-	-	-	7	2.6	-	-	22	8.3
16	29	10.9	1	0.4	-	-	10	3.7	-	-	40	15.1
17	45	16.9	3	1.1	-	-	18	6.8	3	1.1	69	25.9
18	48	18.0	4	1.5	-	-	18	6.8	-	-	70	26.3
19	26	9.8	18	6.8	5	1.9	9	3.4	7	2.6	65	24.4
TOTAL	163	61.3	26	9.8	5	1.9	62	23.3	10	3.7	266	100.
	194			72.9%			72		27.1%			
GRAN TOTAL	266						100.00					

FUENTE: Boleta de recolección de datos (ver anexo).

CUADRO NO.11

ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL DE 266 MADRES
 ADOLESCENTES EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-
 OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN
 JUAN DE DIOS, ENERO-FEBRERO DE 1994.

TRIMESTRE	ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL			
	SI		NO	
	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje
Primer trimestre	94	35.3		
segundo trimestre	55	20.7		
Tercer trimestre	20	7.5		
No asiste			97	36.5
TOTAL	169	63.5	97	36.5
GRAN TOTAL	266		100.00	

FUENTE: Boleta de recolección de datos (ver anexo).

CUADRO NO.12

ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL POR TRIMESTRES EN
RELACION AL GRUPO ETAREO DE 169 MADRES ADOLESCEN-
TES EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS,
ENERO-FEBRERO DE 1994.

EDAD	CONTROL PRENATAL (TRIMESTRES)							
	1		2		3		TOTAL	
	fr.	%	fr.	%	fr.	%	fr.	%
<15	7	4.1	2	1.2	4	2.4	13	7.7
16a	17	10.1	6	3.5	2	1.2	25	14.8
17a	20	11.8	14	8.3	8	4.7	42	24.8
18a	24	14.2	19	11.2	5	3	48	28.4
19a	26	15.4	14	8.3	1	0.6	41	24.3
TOTAL	94	55.6	55	32.5	20	11.9	169	100
GRAN TOTAL	169				100.00			

FUENTE: Boleta de recolección de datos (ver anexo).

CUADRO NO.13

NUMERO DE CONSULTAS AL CONTROL PRENATAL DE
266 MADRES ADOLESCENTES EN DEL DEPARTA-
MENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
GENERAL SAN JUAN DE DIOS,
ENERO-FEBRERO DE 1994

No. consultas	Frecuencia	Porcentaje
1 a 3	38	22.5
4 a 6	92	54.4
más de 7	39	23.1
Total	169	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos (ver anexo)

CUADRO NO. 14

**COMPLICACIONES DURANTE EL CONTROL PRENATAL Y EL PARTO
EN 266 MADRES ADOLESCENTE EN EL DEPARTAMENTO DE
GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN
JUAN DE DIOS, ENERO-FEBRERO DE 1994**

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No tuvo	143	84.6
si tuvo:	26	15.4
amenaza de aborto	5	2.9
Parto pretérmino	3	1.8
trabajo de parto prematuro	1	0.6
mortinatos	3	1.8
preclampsia	6	3.5
trabajo de parto prematuro y parto gemelar	1	0.6
Eclampsia	1	0.6
anencéfalo	1	0.6
parto con fórceps	1	0.6
Convulsiones al inicio del embarazo	2	1.2
Placenta previa	2	1.2
TOTAL	169	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos (ver anexo)

CUADRO NO. 15

**CAUSAS DE LAS 72 CESAREAS REALIZADAS EN 266 MADRES
ADOLESCENTES , EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN
DE DIOS, ENERO-FEBRERO DE 1994.**

CAUSAS DE CESAREAS	FRECUENCIA	PORCENTAJES
DESPROPORCION CEFALOPELVICA	27	37.5
SITUACION PODALICA	12	16.7
CESAREA PREVIA	10	13.9
SITUACION TRANSVERSA	7	9.7
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	6	8.3
PRECLAMPSIA	4	5.5
PLACENTA PREVIA	3	4.2
EMBARAZO GEMELAR	2	2.8
ECLAMPSIA	1	1.4
TOTAL	72	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos (ver anexo).

CUADRO NO. 16 .

CAUSAS POR LA QUE 97 MADRES ADOLESCENTES NO ASISTIERON AL CONTROL PRENATAL EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, ENERO-FEBRERO DE 1994.

RAZON DE LA INASISTENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO SABIAN	24	24.74
NO LE INTERESA	22	22.70
TEMOR	18	18.56
POR TRABAJO	14	14.43
FALTA DE RECURSOS	9	9.30
NO LES GUSTA	5	5.15
POR VERGUENZA	4	4.12
TOTAL	97	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos (ver anexo)

CONDICIONES DE VIVIENDA:

Entre los resultados que se pudieron obtener se encuentran las siguientes:

Las paredes de las casas están hechas en un 64% de bloque, 18% de madera. 8% de ladrillo y un 10% de otro material.

El Techo de las casas son en un 81.6% de lámina, un 17.3% de concreto, un 0.4% de paja o teja y un 0.7% de otro material.

El piso de las casas, en un 41.4% es torta de cemento. un 32.3% de ladrillo y un 26.3% es sólo de tierra.

Un 12.4% de las casas no cuentan con agua potable y un 87.6% si. De éstas 84% tienen agua intradomiciliar, un 13% tienen agua de chorro público y un 3% tiene pozo.

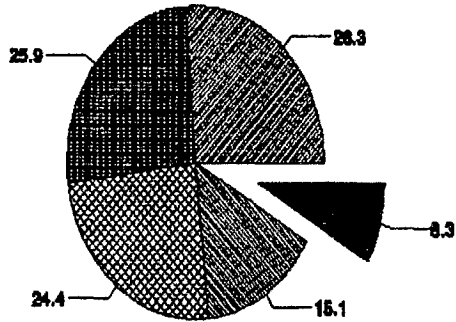
Un 92.5% de la población tiene luz eléctrica y un 7.5% no. De éste un 5.6% utiliza candela y un 1.9% utiliza gas.

Con respecto al servicio sanitario un 1.9% no tienen y un 98.1% tienen servicio sanitario. De este un 53% tiene inodoro familiar, un 9% tiene inodoro comunitario y un 36.8% tiene letrina.

Un 73% tienen drenajes y un 27% no tienen drenajes.

Un 40% de las viviendas constan de un sólo cuarto para vivir, viviendo un promedio de 5 a 6 personas por vivienda, habiendo un 5.6% que tenía mas de 10 habitantes por familia.

DISTRIBUCIÓN ETAREA DE MADRES ADOLESCENTES
Depto. de Gineco-Obstetricia, HGSJdD
Enero-Febrero 1984



Grupos etareos

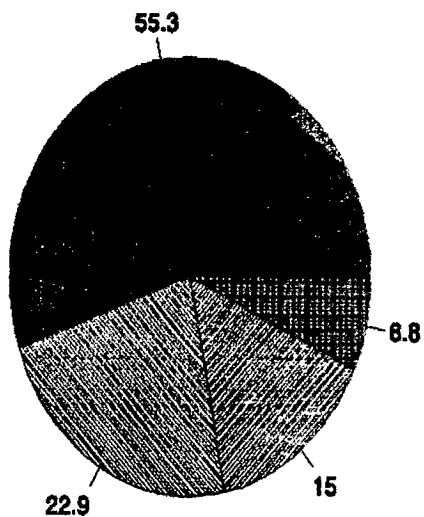
■ <15 años ■ 16 años ■ 17 años ■ 18 años ■ 19 años

Fuente: cuadro # 1

NIVEL ACADÉMICO DE MADRES ADOLESCENTES

Departamento de Gineco-Obstetricia, HGSJdD.

Enero-Febrero 1994.



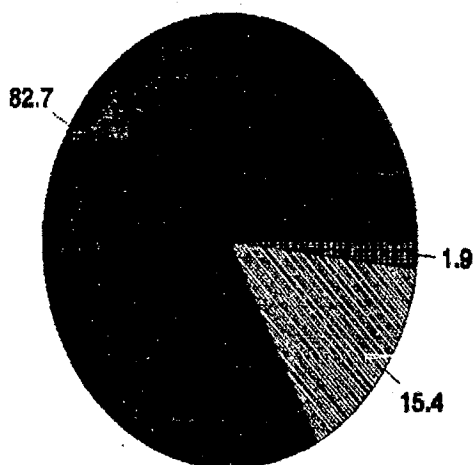
■ PRIMARIA ▨ SECUNDARIA
▤ DIVERSIFICADO ▩ NINGUNO

Fuente: cuadro # 4

NUMERO DE GESTAS DE MADRES ADOLESCENTES

Depto. de Gineco-Obstetricia, HGSJdD.

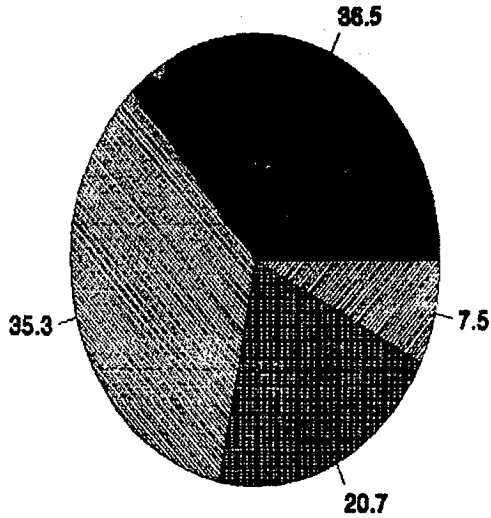
Enero-Febrero 1994



■ PRIMIGESTAS ▨ SECUNDIGESTA ▩ TRIGESTA

Fuente: cuadro # 8

ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL DE MADRES ADOLESCENTES
Depto. de Gineco-Obstetricia, HGBJLD.
Enero-Febrero 1984



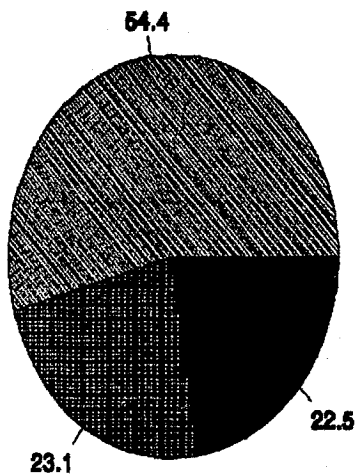
■ No asisten ▨ primer trimestre
▩ segundo trimestre ▧ tercer trimestre

Fuente: cuadro # 11

CONTROL PRENATAL EN ADOLESCENTES

Depto. de Gineco-Obstetricia, HGSJdD.

Enero-Febrero 1984



Número de consultas

Número de consultas

■ 1A2 ■ 3A6 ■ 7YMAS

Fuente: Cuadro # 13

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Se efectuó un estudio prospectivo descriptivo en 266 madres adolescentes que fueron atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, durante enero y febrero de 1994.

La adolescencia es aquel grupo de jóvenes que se encuentran comprendidos entre la edades de 12 a 19 años, que se consideran como un período de dificultad en la vida.

Podemos observar que de el total de la madres adolescentes (266) que fueron estudiadas, un mayor porcentaje se encontraban comprendidas entre las edades de 17 a 18 años con un 25.9% y 26.3% respectivamente y en un menor porcentaje madres menores de 15 años (8.2%). (ver Cuadro # 1)

McCarney, en su investigación detectó que el matrimonio en el grupo de pacientes adolescentes es una situación poco común. (19).

En este estudio se encontró que solamente 66 pacientes estaban casadas que corresponde a un 24.8%. Es importante hacer notar que la mayoría de la población adolescente se encuentra unida (54.5%) o bien soltera (20.7%), dando un alto porcentaje de la población no casada (75.2%), esta situación concuerda con lo descrito por McCarney que detectó que un 83.2% de su población estaba no casada. (19), y con lo descrito por Reyes, quien encontró que un 93% de su población en estudio es soltera (24). (ver cuadro # 2)

Al relacionar el estado civil con la edad cronológica encontramos que en todas las edades el mayor porcentaje de las adolescentes se encuentran sólo unidas, sin embargo en las pacientes que se encuentran entre los 17 y 18 años, un gran porcentaje están solteras, 6.8% y 7.5% respectivamente. (ver cuadro # 3)

Así mismo dentro de la población guatemalteca en general es común encontrar que las parejas que forman un hogar, un porcentaje elevado se encuentra solamente unida, situación que se ve influenciada por factores sociales y culturales dentro del contexto poblacional.

En la población guatemalteca en general se encuentra un alto índice de deserción escolar, lo cual se refleja en este estudio, en donde solamente el 17.6% de la población estudiada finalizó sus estudios de nivel primaria, un 4.1% terminó el nivel secundario y solamente el 0.7% terminó el nivel diversificado. (ver Cuadro # 4)

Según Kessler, en su estudio estableció que las jóvenes abandonan su educación y pocas regresan a completar sus estudios después de dar a luz. Una adolescente sin un diploma de estudios

secundarios y con un hijo, está limitada en su capacidad tanto de trabajar, como de criar a su hijo. (14). Reyes en su estudio encontró que el nivel educacional de las madres adolescentes es bajo e interrumpido en un 71%.

Del total de pacientes en estudio, 40 pacientes no saben leer ni escribir (15%) y un 85% saben leer y escribir. De estos 55.3% iniciaron la primaria, 22.9% iniciaron la secundaria y 6.8% iniciaron diversificado. (ver Cuadro # 4).

Según González en su estudio, hace mención de que un bajo porcentaje de su población se encuentra aún estudiando, lo cual corresponde con este estudio en el cual 16 adolescentes (6%), asisten a diferente nivel académico. (8).

La educación es importante para la mujer, pues para la joven con escasa o ninguna educación hay pocas vías de realización o de obtener a lo sumo, un status social que no sean el matrimonio y la maternidad.

Los embarazos en la adolescencia refuerzan la condición social baja de la mujer y su dependencia financiera, tienen más dificultad en conseguir ingresos adecuados para mantenerse a sí misma y a su hijo ya que no ha tenido tiempo de aprender un oficio o adquirir una educación formal. El desempleo entre mujeres adolescentes es alto, pudiendo llegar hasta un 80%. (14,19).

De acuerdo a lo anterior observamos que en nuestro estudio también un 84.2% están desempleadas. Un 6% estudia y un 78.2% es ama de casa, el cual no es remunerado. (ver Cuadro # 5)

De la población en estudio únicamente el 15.8% (42 pacientes) trabajan, siendo las ocupaciones predominantes: Oficios domésticos un 30.9%, tortillera un 16.7%, dependientes un 14.2%, fábrica un 9.5% y otras actividades un 28.7%.

Al ser las madres adolescentes analfabetas (15%) y estar embarazadas se restringen las oportunidades del futuro para mejorar el estado socioeconómico, por lo que se dedican a trabajar como empleadas domésticas (30.9%) principalmente. Estas empleadas no gozan del salario mínimo, tampoco se benefician con el seguro social, ya que no pueden ser afiliadas al IGGs.

Según el último estudio realizado en 1991 por SEGEPLAN - CADEICA y el INE en el que se clasifica a las personas según su ingreso económico mensual en:

<i>Ingreso económico mensual en quetzales</i>		
<i>Extremadamente pobre:</i>	<i><550.00</i>	
<i>Pobres:</i>	<i>550.00</i>	<i>900.00</i>
<i>No pobres:</i>		<i>>900.00</i>

En este estudio el 61.3% de la población tienen un ingreso mensual menor de 550.00 quetzales, trabajando en un 58.3% solamente un persona en el núcleo familiar.

Un 35.3% de la población tiene un ingreso mensual entre 550 y 900.00 quetzales, trabajando en su mayoría un 28.5% solamente un persona en el núcleo familiar.

Sólo un 3.4% de la población tiene un ingreso mensual mayor de 900.00 quetzales, trabajando en un 2.6% dos personas en el núcleo familiar.

El nivel socioeconómico de una familia se puede medir no solo por el ingreso económico familiar que permite o no obtener la canasta básica de alimentos, sino también a través del hacinamiento, educación, calidad de vida, abastecimiento de agua, eliminación de excretas, salud, etc.

Podemos decir en general que las pacientes que asisten al Hospital General San Juan de Dios, por ser éste una institución nacional y por ende gratuito, atiende a la población con menos recursos, de aquí que un 61.3% de la población en estudio tenga un ingreso mensual menor de 500.00 quetzales (nivel socioeconómico bajo). (ver Cuadro # 6)

Entre otros indicadores del nivel socioeconómico se encuentra las condiciones de vivienda, pudimos observar en nuestro estudio que en la tenencia de la vivienda un 50% es propia, de estos un 32.3% viven con los papás o suegros. Un 41% alquilan, viviendo un 29% solos y un 10.5% con los papás o suegros. Y un 9% viven en casa cedida, viviendo un 3.4% con los papás y un 1.9% en el trabajo. (ver cuadro # 7)

Con respecto a las condiciones de vivienda, las casas están hechas en un 64% de bloque, con techo en un 81.6% de lámina, y un 41.4% con torta de cemento y un 26.3% el piso es sólo tierra, 12.4% de la población no tiene agua potable, 7.5% de la población no tiene luz eléctrica, 1.9% no tiene servicio sanitario y un 27% no tiene drenajes.

El 40% de la población tenía un solo cuarto para vivir y éste era usualmente alquilado, con un promedio de 5 a 6 personas por vivienda. Un 5.6% tenía más de 10 habitantes por vivienda.

Estas condiciones de vivienda, hacinamiento, un alto porcentaje de analfabetismo, un alto porcentaje de desempleo materno, aunado a un ingreso económico mensual menor de 550.00 quetzales, son indicadores de un nivel socioeconómico bajo que los llevará a largo plazo a un proceso saludenfermedad.

Con respecto al número de gestas en las madres adolescente en estudio, 220 pacientes eran primigestas (82.7%) en todas las edades, con predominio entre los 17 y 18 años con un 23.3% y 24.4% respectivamente. Un 15.4% de la población eran secundigesta, teniendo un mayor porcentaje entre los 17 y 19 años, con un 2.65 y 10.5% respectivamente.

5 pacientes de 19 años fueron trigestas, que corresponde a un 1.9% de la población. Esto concuerda con los estudios realizados por Elster en los cuales ha determinado que la población adolescente es múltipara en un 3.08% (7). (ver Cuadro # 8)

Con respecto a la edad que las madres adolescentes tuvieron en su primer hijo, observamos que un gran porcentaje los tuvo a los 17 años (30.8%), un 25% a los 18 años, un 18.8% a los 16 años, un 13.6% a los 15 años o menos y sólo un 12.1% a los 19 años. (ver Cuadron # 9)

McCarney estableció que actualmente la maduración femenina se inicia a una edad más temprana, por lo que la menarquia se presenta a menor edad, y esta situación influye directamente sobre la edad de inicio de la relaciones sexuales. (9).

Un alto porcentaje tuvo su primer hijo antes o a los 17 años (63.2%), lo que nos indica que tuvieron inicio de las relaciones sexuales tempranamente. Esto concuerda con un estudio en el cual McArney, encontró que un 70% de su población tuvo contacto sexual antes de los 19 años (19). (ver Cuadro # 9)

En la resolución de el embarazo en las madres adolescentes en estudio, el parto eutósico simple fue la forma más frecuente (72.9%). De las pacientes que han tenido 2 partos, un 68% tenían 19 años y un 1.5% 18 años, y 5 pacientes de 19 años habían tenido 3 partos. Se detectó que en un 27.1% de las pacientes adolescentes su embarazo se resolvió por medio de la vía quirúrgica, encontrándose una mayor incidencia que la descrita por Lavelle, en el cual reportó 13.2% cesáreas en adolescentes. (20). (ver Cuadro # 10)

En el actual estudio, se encontró que la indicación más frecuente de cesáreas en adolescentes es la estrechez o desproporción cefalopélvica con 27 casos (37.5%), siendo esta mayor que lo encontrado en el estudio realizado por Moerman que es de 14.7%. (20). Seguido por presentación podálica con un 16.7% y la cesárea previa con un 13.9%. (ver Cuadro # 15)

Lavelle, en su estudio del crecimiento del canal del parto en adolescentes, demostró que aunque estas alcancen la estatura standard de la población, no significa que la madurez de los órganos reproductores y el tamaño de la pelvis sea ideal para la reproducción. (20).

El factor más importante que determina que un embarazo sea favorable o desfavorable es el nivel socioeconómico y un control prenatal adecuado y temprano. (14).

La importancia del control prenatal estriba en que se pueden detectar problemas tanto maternos como fetales tempranamente. En nuestro grupo de estudio observamos que un 36.5% no asistieron al control prenatal y un 63.5% sí asistieron. De este un 35.3% asistieron durante el primer trimestre, un 20.7% durante el segundo trimestre y un 7.5% en el tercer trimestre. Esto no concuerda con un estudio en el cual un 17% asistían en el primer trimestre, un 50% en el segundo trimestre y un 25% en el tercero. (14). Sin embargo un alto porcentaje inician su control en segundo trimestre el cual también es tardío, haciendo la salvedad que un alto porcentaje de nuestro estudio no asiste al control prenatal. (ver Cuadro # 11)

Observamos que quienes asistieron durante el primer trimestre fueron más entre los 18 y 19 años (14.2% y 15.4%) respectivamente. No así las que asistieron durante el tercer trimestre, fueron en su mayoría de 17 años y menores de 15 años. (4.7% y 2.4%) respectivamente. (ver Cuadro # 12)

Como pudimos observar anteriormente, mientras más joven es la madre más tardíamente asiste al control prenatal. Esto puede compararse con NAEYE, quien indica que las madres mientras más jóvenes son, solicitan la atención prenatal mucho más tarde que las mujeres más grandes y tienden a ser pacientes más descuidadas.

De los 169 pacientes que asistieron al control prenatal 69 asistieron de 4 a 6 veces que corresponden al 54.4%, 38 pacientes asistieron más de 7 veces que corresponden al 23.7% y 37 pacientes (22.5%) asistieron de 1 a 3 veces. (ver Cuadro # 13)

Para llevar un control prenatal eficiente es necesario que la paciente asista al control con un mínimo de 5 consultas. Observamos que en nuestro estudio un alto porcentaje asistieron menos de 4 veces.

Al relacionar el estado civil con la asistencia al control prenatal, observamos que de las pacientes solteras un 51% no asistieron al control.

De las pacientes menores de 15 años solamente asistieron al control prenatal un 59%.

Observamos que 143 pacientes (84.6%) de la población en estudio no presenta complicaciones durante el control prenatal o durante el parto.

Solamente 26 pacientes (15.4%) presentaron complicaciones. Dentro de las complicaciones más frecuentes se encuentran: La amenaza de aborto (2.9%), la preclampsia (3.5%) Niños pretérmino (1.8%) y mortinatos (1.8%), siendo más frecuentes estas a los 17 años. Únicamente 4 pacientes habían tenido abortos previos y un paciente había tenido hijos nacido muertos. (ver Cuadro # 14)

En un estudio se encontró que en el embarazo en adolescentes había un 40% de abortos espontáneos (14), sin embargo en nuestro estudio no se encontró abortos, únicamente amenazas de aborto y 3 abortos previos.

En un estudio se ha observado que las jóvenes embarazadas y primiparas en un 42% tienen mayor riesgo de preclampsia y puede llegar a eclampsia que es una de las causas más comunes de muerte materna y alta mortalidad perinatal. (14,24), en el presente estudio se encontró que 6 pacientes (3.5%) desarrollaron preclampsia y una paciente desarrollo Eclampsia (0.6%). (ver Cuadro # 14)

Adams, en su estudio presentó que las jóvenes menores de 20 años de edad, el 25% de ellas tuvo trabajo de parto prematuro, en tanto que en las adultas solo el 18%. (2).

Burrow, reportó que la incidencia de presentar trabajo de parto prematuro antes de las 36 semanas de gestación fue 3 veces mayores en las menores de 20 años de edad. (4).

En este estudio los porcentajes de partos prematuros fueron menores que los porcentajes reportados en la literatura revisada, no se encontraron diferencia significativas.

Se observó que 97 pacientes (36.5%) del total de la población en estudio no asistió al control prenatal. Siendo las causas más frecuentes de inasistencia las siguientes: No sabían (24.7%), No les interesa (22.7%), por temor (18.53%), no podían por trabajo (14.43%) y otras causas (18.57%). (ver Cuadro # 16)

IX. CONCLUSIONES

1. De el grupo de madres adolescentes en estudio, un 82.7% son primigestas juveniles y un 1.9% son multiparas, en relación a la población en general estudiada.
2. Solamente un 24.8% de las madres adolescentes estaban casadas. Dentro de la población guatemalteca es común encontrar que las parejas que forman hogar, un porcentaje elevado, se encuentran únicamente unidos (54.5%), situación que se ve influenciada por factores sociales y culturales.
3. En el grupo de madres adolescentes en estudio, un 15% son analfabetos, hay un alto índice de deserción escolar y solamente un 6% asisten actualmente a algún nivel académico.
4. Únicamente un 15.8% de las madres adolescentes tienen un trabajo remunerado, siendo la principal ocupación, oficios domésticos.
5. Un 40% de las viviendas de las madres adolescentes constan de un sólo cuarto para vivir, que era usualmente alquilado (41.3%), viviendo un promedio de 5 a 6 personas por vivienda, lo que nos lleva a hacinamiento.
6. En un 27.1% de las pacientes adolescentes su embarazo se resolvió por medio de la vía quirúrgica.
7. Solamente un 63.5% de la población adolescente recibió control prenatal, de éstas sólo un 35% inició éste desde el primer trimestre del embarazo siendo más entre los 18 y 19 años, sin embargo quienes iniciaron el control en el tercer trimestre son las pacientes más jóvenes de 17 años y menores de 15 años. Un alto porcentaje asistieron menos de 4 veces al control.
8. Un alto porcentaje de nuestra población adolescente (36.5%), no asistió al control prenatal, siendo mayor la inasistencia en solteras (51%) y en menores de 15 años (59%). Las principales causas de inasistencia son: No sabían, desinterés, temor, por trabajo, etc.
9. Las condiciones de vivienda, el hacinamiento, un alto porcentaje de analfabetismo y deserción escolar, y un alto porcentaje de desempleo materno, aunado a un ingreso económico mensual bajo nos lleva a un nivel socioeconómico bajo que incide en la inasistencia al control prenatal, la cual es alta en nuestra población estudio. De esto podemos concluir que la asistencia al control prenatal está influenciada por el nivel socioeconómico y educacional de la población.

X. RECOMENDACIONES

1. Promover un plan educacional sobre el riesgo del embarazo en adolescentes y sus complicaciones en la población adolescente (Institutos, Escuelas, Colegios, etc.).
2. Promover el control prenatal temprano a la población femenina y específicamente en las adolescentes.
3. Se recomienda diseñar y ejecutar programas de atención a los adolescentes en los que la educación sexual en ambos sexos sea un componente fundamental, iniciándola en la niñez y adecuándola a cada etapa del desarrollo, con información científica, social y motivando el sentido de la responsabilidad, tanto dentro como fuera del ámbito escolar.
4. Mejorar el acceso a los servicios de salud para llevar una control prenatal adecuado a las madres adolescentes.
5. Crear entidades con programas de nutrición y apoyo para las madres adolescentes y solteras.
6. Crear entidades con programas de atención especializada hacia las madres adolescentes.

XI. RESUMEN

El embarazo en los períodos extremos de la vida reproductiva de la mujer reviste importancia por sus consecuencias materno-fetales y económicas.

El presente es un estudio prospectivo-descriptivo, realizado en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, durante el período de enero y febrero de 1994, en días aleatorios hasta completar la muestra de 266 madres adolescentes, estudio que consistió en investigar el perfil social y asistencia al control prenatal.

La finalidad fue determinar las causas de inasistencia al control prenatal, las características sociales, económicas y educativas de las madres adolescentes, y la interacción de estos, como factores que influyen en la inasistencia al control prenatal.

Para el presente estudio se tomaron en cuenta a las madres adolescente comprendidas entre los 12 y 19 años (266), en su post-parto inmediato, donde se les pasó una encuesta diseñada para este estudio.

Al finalizar la investigación se encontró que hay un alto porcentaje de la población en estudio (36.5%), que no asistió al control prenatal, así mismo en la población hay un alto porcentaje de analfabetismo y deserción escolar, un alto porcentaje de hacinamiento y desempleo materno; la interacción de los mismos se convierten en factores que influyen en la inasistencia al control prenatal.

Así mismo se encuentra una alta incidencia de complicaciones maternas- fetales en las madres adolescentes.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ABRAMS, B. et al. Small for gestacional age birth: Maternal predictors and comparison with risk factors of spontaneous preterm delivery in the same cohort. American Journal Obstetric and Ginecology 1991; 155 (4): 785-790.
2. ADAMS, G. et al. Adolescent Pregnancy and parethood: A review of the problem, solution and resources. Family Relation, 1980, April; 38 (2): 223-229.
3. BRABIN, L. et al. The cost of successful adolescent growth and development in girls in relation to iron and vit A status. American Journal Clinic o Nutrition 1992 May; 55 (5): 590-958.
4. BURDICK, G. et al. Complicaciones medicas durante el embarazo. 2 da. Ed., Ed. Panamericana, México 1990 Pp 79-83.
5. BUSHONG, C. et al. Adolescent mental health: A review of preventive interventions. Text of Medicine. 1992 March;88(3): 62-686.
6. EAST, P. L.; et al. Pregnancy risk among the young sister of pregnant and Childbearing adolescent. Journal Develop Behaviour of Pediatrics. April 1992; 13(2): 128-136.
7. ELSTER, A. et al. The effects of maternal age, parity and prenatal care perinatal outcome in adolescent mothers; American Journal of Obstetric and Ginecology; August 1984.149 (8): 845-847.
8. GONZALEZ, N. F. Embarazo en adolescentes: Estudio prospectivo comparativo de las causas de morbi-mortalidad materno-Infantil entre adolescentes y adultas jóvenes en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, Guatemala del 20 de mayo al 20 de Agosto de 1988. tesis (Médico y cirujano). Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1988, 24 pags.
9. GORHAM, B. et al. Relationship between infant death and Maternal age. Journal of Pediatrics 1983 September; 103(3):391-393
10. GRINDSTAFF, C. F. et al. Structural factors associated with birth complications in adolescent fertily. Canadian Journal of Public Healt. Reuve Cadadienne de Sante Publique. 1989 May/Jun; 80(3): 214-220.
11. HALEK, L. et al. The relationship between maternal weighth in teen and adult women. Journal of Adolescent Health care. 1988; 10: 16-22.

12. HARRIS, B. et al. Embarazo en la mujer adolescente. 3.era. Ed., Ed. Panamericana, México 1989 Pp 52-90.
13. JAKOBOVITS, A. et al. Neonatal sex ratio in pregnancies of adolescent mothers. Acta Medicine of Hungria 1991; 48(1-2): 45-49.
14. KESSLER, K. y A. Karen. Adolescent Obstetrics & Gynecology 1978, Years Book Medical Publisher Chicago London. 658p (Pp 67-277).
15. KURUP, A. et al. Pregnancy outcome in unmarried teenage nulligravidae in Singapore. International Journal Gynecology and Obstetrics 1989 December; 30(4): 305-311.
16. LINARES, L. et al. Predictors of repeat pregnancy outcome among blank and Puerto Rican adolescent mothers. Journal Develop Behaviour of Pediatrics. 1992 April; 13(2): 89-94.
17. MAHOMED, K. et al. Adolescent Pregnancy: A prospective survey of contraceptive knowledge and reproductive behaviour. Central African Journal of Medicine 1991 Oct; 37(10): 316-321
18. MAHOMED, K. et al. The young pregnant teenager. Why poor outcome. Central African Journal of Medicine. 1989 May 35(5): 403-406.
19. MACARNEY, E. et al. Adolescent Pregnancy and Childbearing New Data, New Challenges. Pediatrics 1985 May; 75(5): 973-975.
20. MOERMAN, M. L. Growth of the birth canal in adolescent girls. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1982; 143(5):528-532.
21. NAEYE, R. et al. Teenaged and Pre-teenaged pregnancy consequences of the fetal-maternal competition for nutrientes. Pediatrics 1981 January; 67(1): 146-150.
22. PERINO, S. Nike-footed health workers deal with the problems of adolescent pregnancy; Public health Rep. 1992 March-April;107(2): 208-212.
23. REYCROFT, D. et al. Teenage Pregnancy: A multiracial sociologic problems. American Journal Obstetrics and Gynecology 1986; 155(4): 741-746.
24. REYES, H. Embarazo en la mujer adolescente y la madre soltera, su perfil social y riesgos. Estudio de casos control de mujeres adolescentes y madres solteras en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala, Abril-Junio de 1990. Tesis, USAC, Facultad de

Ciencias Médicas 1991. 114p.

25. SHAEFER S. Adolescent pregnancy loss. A School based program. Journal Sch-Nurs. 1992 April 8(2): 6-8, 12-13.
26. ZUCKERMAN, B. et al. Neonatal outcome: Is a adolescent pregnancy a risk factors. Pediatrica 1983 April; 71(4): 489-493.

XIII. ANEXOS.

* VIVIENDA:

* Tiene casa propia: Si _____
No _____

Alquilada _____
Cedida _____

* Material de la pared: Bloque _____
Ladrillo _____
Madera-Lepa _____
Otro _____
Especifique _____

* Material del techo: Concreto _____
Lamina Metálica _____
Teja _____
Paja _____
Otro _____
Especifique _____

* Material del piso: Tierra _____
Torta de cemento _____
Ladrillo de ce-
mento _____
Otro _____
Especifique _____

* Tiene Agua potable: No _____
Si _____
Chorro intradomi-
ciliar _____
Chorro publico _____
Pozo _____

* Tiene Luz Eléctrica: Si _____
No _____
Cual _____
Candela _____
gas _____
Otro _____
Especifique _____

* Tiene servicio Sanitario: No _____
Si _____
Letrina _____
Inodoro _____
Comunitario _____
Inodoro _____
Familiar _____

* Tiene Drenajes: Si _____
No _____