

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

**“CARACTERIZACIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN
EL DEPARTAMENTO DE SANTA ROSA”**

Estudio descriptivo transversal realizado en adolescentes embarazadas
y madres adolescentes en las aldeas El Cerinal, El Naranjo, El Teocinte,
El Rinconcito, Estanzuelas, Amberes, El Ahumado y Platanares
del Departamento de Santa Rosa

marzo-abril 2010

**Suzette Barrascout de León
Juan Carlos Barrientos Rojas
Dafne Eunice Pivaral Soto
Guilber Alexander García Rodas
Marlon Josué Arredondo Pérez
Kevin Estuardo Vicente
Lizzy Paola Díaz Barillas
Jorge Oswaldo Guillermo Tello Mérida**

Médico y Cirujano

Guatemala, junio de 2010

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“CARACTERIZACIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN
EL DEPARTAMENTO DE SANTA ROSA”**

Estudio descriptivo transversal realizado en adolescentes embarazadas
y madres adolescentes en las aldeas El Cernal, El Naranjo, El Teocinte,
El Rinconcito, Estanzuelas, Amberes, El Ahumado y Platanares
del Departamento de Santa Rosa

marzo-abril 2010

Tesis

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

Por

**Suzette Barrascout de León
Juan Carlos Barrientos Rojas
Dafne Eunice Pivaral Soto
Guilber Alexander García Rodas
Marlon Josué Arredondo Pérez
Kevin Estuardo Vicente
Lizzy Paola Díaz Barillas
Jorge Oswaldo Guillermo Tello Mérida**

Médico y Cirujano

Guatemala, junio de 2010

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

Los estudiantes:

Suzette Barrascout de León	200410067
Juan Carlos Barrientos Rojas	200410092
Dafne Eunice Pivaral Soto	200410213
Guilber Alexander García Rodas	200417756
Marlon Josué Arredondo Pérez	200417794
Kevin Estuardo Vicente	200417897
Lizzy Paola Díaz Barillas	200417968
Jorge Oswaldo Guillermo Tello Mérida	200418106

Han cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médicos y Cirujanos, en el grado de **Licenciatura**, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

“CARACTERIZACIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL DEPARTAMENTO DE SANTA ROSA”

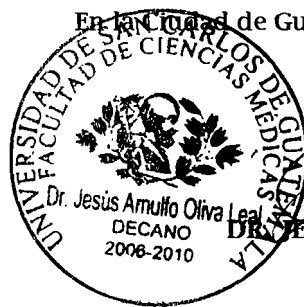

Estudio descriptivo transversal realizado en adolescentes embarazadas y madres adolescentes en las aldeas El Cernal, El Naranjo, El Teocinte, El Rinconcito, Estanzuelas, Amberes, El Ahumado y Platanares del Departamento de Santa Rosa

marzo-abril 2010

Trabajo asesorado por el Dr. Edgar Ernesto Kestler Jirón y revisado por el Dr. Carlos Augusto Chúa López, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, ocho de junio del dos mil diez

 
DR. JESÚS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO

El infrascrito Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hacen constar que:

Los estudiantes:

Suzette Barrascout de León	200410067 ✓
Juan Carlos Barrientos Rojas	200410092 ✓
Dafne Eunice Pivaral Soto	200410213 ✓
Guilber Alexander García Rodas	200417756 ✓
Marlon Josué Arredondo Pérez	200417794 ✓
Kevin Estuardo Vicente	200417897 ✓
Lizzy Paola Díaz Barillas	200417968 ✓
Jorge Oswaldo Guillermo Tello Mérida	200418106 ✓

han presentado el trabajo de graduación titulado:

“CARACTERIZACIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL DEPARTAMENTO DE SANTA ROSA”

Estudio descriptivo transversal realizado en adolescentes embarazadas y madres adolescentes en las aldeas El Cerinal, El Naranjo, El Teocinte, El Rinconcito, Estanzuelas, Amberes, El Ahumado y Platanares del Departamento de Santa Rosa

marzo-abril 2010

El cual ha sido **revisado** y **corregido**, y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, el ocho de junio del dos mil diez.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Dr. César Oswaldo García García
Coordinador Unidad de Trabajos de Graduación

(Faint circular stamp of the University of San Carlos is visible behind the signature)

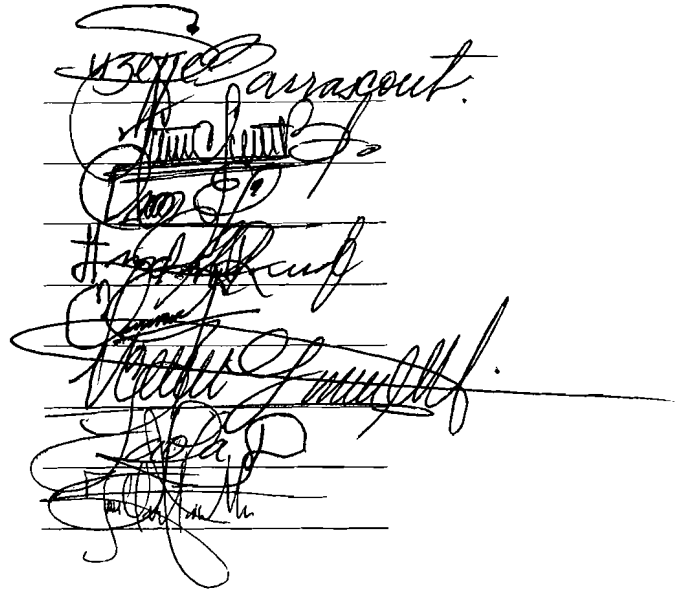
Guatemala, 8 de junio del 2010

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

Dr. García:

Le informo que los estudiantes abajo firmantes,

Suzette Barrascout de León
Juan Carlos Barrientos Rojas
Dafne Eunice Pivaral Soto
Guilber Alexander García Rodas
Marlon Josué Arredondo Pérez
Kevin Estuardo Vicente
Lizzy Paola Díaz Barillas
Jorge Oswaldo Guillermo Tello Mérida




Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

**“CARACTERIZACIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN
EL DEPARTAMENTO DE SANTA ROSA”**

Estudio descriptivo transversal realizado en adolescentes embarazadas
y madres adolescentes en las aldeas El Cerinal, El Naranjo, El Teocinte,
El Rinconcito, Estanzuelas, Amberes, El Ahumado y Platanares
del Departamento de Santa Rosa

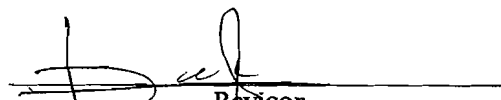
marzo-abril 2010

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



Asesor
Firma y sello

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Escuela de Ciencias Médicas
Integrada 2010



Revisor
Firma y sello
No. Reg. de personal 9545

Dr. Carlos Chúa Msc. Ma.
Nutrición Materno-infantil
Col. 3186

RESUMEN

El embarazo en las adolescentes es un tema de gran importancia por todas las implicaciones que conlleva, por lo que es importante estudiar el contexto y las verdaderas dimensiones de las características que determinan los embarazos en las adolescentes. **Objetivo:** Caracterizar el embarazo en adolescentes en el departamento de Santa Rosa durante marzo y abril del 2010. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo transversal aplicando muestreo no probabilístico-voluntario en las aldeas a estudio, por medio de una encuesta cara a cara, aplicada a adolescentes embarazadas y madres adolescentes comprendidas entre 10 y 19 años de edad. **Resultados:** El 43% de las adolescentes encuestadas tenía 19 años de edad; 47% se encontraba en unión libre; 88% era ama de casa; 62% profesa la religión católica; 43% se encontraba en situación socio-económica pobre; 36% tenía estudios de primaria incompleta. En cuanto a la edad de inicio de relaciones sexuales, la edad más frecuente fue 16 años, representado por el 24%; el 92% refirió conocer algún método anticonceptivo, principalmente pastillas, inyección y condón. La razón de embarazos no planificados y planificados fue 3:1; así mismo, del total de mujeres adolescentes del área de estudio, 41% era madre o se encontraba embarazada. **Conclusiones:** El perfil epidemiológico de la madre adolescente y adolescente embarazada en el departamento de Santa Rosa es: 19 años de edad, ama de casa, unión libre, católica, inicia vida sexual a los 16 años, primaria incompleta, pobre, con embarazos no planificados.

Palabras clave: embarazo, no planificado, adolescencia, características, Santa Rosa.

9. Aportes	55
10. Referencias bibliográficas	56
11. Anexos	60

9. Aportes	55
10. Referencias bibliográficas	56
11. Anexos	60

1. INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la salud, la adolescencia es definida como el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica; fija sus límites entre los 10 y 19 años, según la Organización Mundial de la Salud. (1)

La población de adolescentes en Guatemala, representa el 23.6% de la población total, siendo una población importante para el país en donde la incidencia del embarazo ha puesto en riesgo su desarrollo. (2) Por lo tanto, la caracterización del embarazo en adolescentes es un problema que debe ser investigado debido a la falta de información epidemiológica de los embarazos en adolescentes en el departamento de Santa Rosa especialmente del área rural, ya que en poblaciones con éstas características no existen estudios previos y difícilmente la identificación de los factores que hacen que el aspecto fisiológico del embarazo se convierta en un proceso que afecta a la mujer adolescente, tanto física como psicológicamente.

El impacto social del embarazo en adolescentes, se evidencia en el crecimiento acelerado de la población, que conlleva a niveles socioeconómicos bajos, pobreza, pobreza extrema, analfabetismo, violencia, inseguridad alimentaria, así como también aspectos culturales como pérdida de identidad, imitación de conductas lejanas a las tradiciones del país, distorsión de la visión futurista de la juventud a pensamientos conformistas y opacos ante la riqueza de Guatemala, lo cual repercute en la economía del país aumentando la demanda de la población al Estado, cuya estructura no soporta las demandas de la población, generando el subdesarrollo del país.

El mayor daño a la salud por dicha problemática, es la muerte, representada en indicadores como mortalidad materno-infantil, que se traduce en un objetivo del milenio pendiente de cumplir en Guatemala, es de vital importancia su investigación y así generar soluciones factibles y verdaderas mejorando la aplicación de estrategias de los programas y leyes establecidas y poder brindar a las adolescentes la oportunidad del crecimiento y desarrollo biológico, psicológico y social, garantizándoles una mejor calidad de vida.

En Guatemala durante el año 2008 se estimó que el total de embarazos en adolescentes fue de 38,676; durante el año 2009 en los meses de enero a julio se documentaron 22,704 embarazos en adolescentes, mostrando un incremento de 2.5%

en comparación con años anteriores para este período. (2) En Guatemala durante el año 2008 se presentaron 114 nacimientos por cada 1,000 mujeres adolescentes (133 nacimientos por cada 1,000 mujeres adolescentes en el área rural y 85 nacimientos por cada 1,000 mujeres adolescentes en el área urbana), siendo ésta la tercera tasa de fecundidad más alta en Centroamérica. (3)

En Guatemala los embarazos en adolescentes ocurren principalmente en mujeres del área rural (57% de los embarazos), indígenas (54% de los embarazos), con escolaridad baja (58% de los embarazos) o sin educación (66% de los embarazos) y de bajo nivel socioeconómico (62% de los embarazos). Los matrimonios que involucran a mujeres adolescentes son mayormente uniones consensuales, con el 59%, en lugar de legales. (3)

Así mismo, el 29% de los embarazos en adolescentes no son planeados; a pesar de la promoción de los métodos de planificación familiar y maternidad-paternidad responsables, no se ha evidenciado disminución de embarazos no planeados principalmente en mujeres adolescentes. (2)

La presente investigación es un estudio descriptivo transversal, aplicando muestreo no probabilístico-voluntario, realizado en las Aldeas El Cerinal, El Naranjo, El Teocinte, El Rinconcito, Estanzuelas, Amberes, El Ahumado y Platanares, del departamento de Santa Rosa. Los datos obtenidos fueron recolectados por medio de la realización de una encuesta cara a cara dirigida a 1,054 adolescentes embarazadas y madres adolescentes comprendidas entre 10 y 19 años de edad, residentes en las áreas de estudio, quienes previamente firmaron el consentimiento informado. La encuesta consta de preguntas de respuesta múltiple y de completación distribuidas en cuatro secciones que incluyen: datos generales, situación socioeconómica, características del embarazo y métodos anticonceptivos.

Se creó una base de datos en Epi-info cuyo objetivo era utilizarla como gestor de base de datos, para recopilar información y administrar la misma; luego, con el apoyo del programa Excel, en base a los datos estadísticos obtenidos, se generaron gráficas y cuadros detallados y exactos.

Los resultados obtenidos fueron: que la edad más frecuente de las adolescentes estudiadas fue de 19 años representando el 43%, perteneciente a la adolescencia tardía. En cuanto al estado civil, el 47% de las adolescentes entrevistadas, se

encontraba en unión libre; en relación a la ocupación de las adolescentes, 88% era ama de casa; la religión que profesan está representada mayoritariamente por la católica con 62%.

Además, en cuanto a la situación socio-económica de todas las adolescentes encuestadas, predominó con 43%, la que se encontraba en situación socio-económica pobre; el grado de escolaridad que tuvo mayor frecuencia entre las adolescentes con 36%, fue primaria incompleta; en cuanto a la edad de inicio de relaciones sexuales de las adolescentes, la edad más frecuente fue a los 16 años, representado por el 24%.

Es importante mencionar que en el estudio, 92% de las adolescentes embarazadas y madres adolescentes conocía algún método anticonceptivo, siendo el condón, las pastillas y la inyección, los más conocidos; sin embargo, 46% no había utilizado método anticonceptivo alguno. Durante el estudio se determinó la razón de embarazos no planificados y planificados siendo 3:1; así mismo, del total de la población adolescente del departamento de Santa Rosa (2,573 mujeres), 41% era madre o se encontraba embarazada en el momento de la entrevista.

Se observó que el 58% de las adolescentes refirió que el embarazo no afectó el plan de vida en ningún aspecto, tales como estudio, trabajo, entre otros. Así mismo, parece ser que a mayor nivel educativo, se inicia más tardíamente la actividad sexual, probablemente por el conocimiento de temas sobre educación sexual y salud reproductiva, lo que también disminuye la alta tasa de infecciones de transmisión sexual y abortos en las adolescentes, ya que éstas toman acciones efectivas en la prevención del embarazo, disminuyendo la probabilidad de que el embarazo sea no planificado.

El perfil epidemiológico de la madre adolescente y adolescente embarazada en el departamento de Santa Rosa es: la edad más frecuente fue 19 años, representado por 43%; el 88% era ama de casa; 47% se encontraba en unión libre; 62% profesaba la religión católica; la situación socioeconómica de las entrevistadas fue pobre, en el 43% de los casos; 36% contaba únicamente con estudios de nivel primario incompleto. Asimismo, la edad más frecuente de inicio de relaciones sexuales fue a los 16 años; 92% refirió conocer algún método anticonceptivo, siendo los más comunes la inyección, la pastilla y el condón, sin embargo 46% de las adolescentes embarazadas y madres adolescentes no había utilizado método anticonceptivo alguno. Además la razón de embarazos no planificados y planificados fue de 3:1 y la proporción de

adolescentes embarazadas y madres adolescentes fue de 41% respecto a la población total de adolescentes en Santa Rosa.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general:

- Caracterizar el embarazo en adolescentes en el departamento de Santa Rosa durante los meses de marzo y abril 2010.

2.2 Objetivos específicos:

- 2.2.1 Identificar la edad más frecuente del embarazo en adolescentes.
- 2.2.2 Identificar el estado civil más frecuente del embarazo en adolescentes.
- 2.2.3 Identificar la ocupación más frecuente de las adolescentes embarazadas y madres adolescentes.
- 2.2.4 Identificar la religión más frecuente en las adolescentes embarazadas y madres adolescentes.
- 2.2.5 Identificar la situación socio-económica de las adolescentes embarazadas y madres adolescentes.
- 2.2.6 Identificar la escolaridad más frecuente en las adolescentes embarazadas y madres adolescentes.
- 2.2.7 Identificar la edad en la que las adolescentes embarazadas y madres adolescentes iniciaron sus relaciones sexuales.
- 2.2.8 Cuantificar la razón de embarazos no planificados en adolescentes.
- 2.2.9 Identificar los conocimientos sobre el uso de métodos anticonceptivos que tienen las adolescentes embarazadas y madres adolescentes.
- 2.2.10 Cuantificar la proporción de adolescentes embarazadas y madres adolescentes.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Contextualización

Guatemala cuenta con 108,889 kilómetros cuadrados de extensión territorial y densidad poblacional de 137 habitantes por kilómetro cuadrado, con población total para el año 2010 de 14,361,666 habitantes, 47% son hombres y el 53% son mujeres; de éste porcentaje el 40% son mujeres en edad fértil, el 49% son indígenas y el 40% no indígenas, el 35% pertenecen al área urbana y 48% al área rural; en el año 2009 la tasa de natalidad fue del 32.5 nacimientos por cada 1000 habitantes y con razón de fecundidad de 4 hijos por mujer. (4)

El 51% de los guatemaltecos son pobres, de éstos el 15% se encuentran en pobreza extrema, representando mayor vulnerabilidad social, biológica y psicológica (8); del 51% de la población en situación de pobreza únicamente el 35.8% de la población tiene acceso a hospitales públicos, el 42.5% a farmacias, el 55.2% a centros de salud, el 68% a puestos de salud y 75% a centros comunitarios. El 83.3% de las mujeres en edad fértil y situación de pobreza no se han realizado el papanicolau y el 20% no tiene control de embarazo. (5)

El departamento de Santa Rosa se encuentra situado en la región Sudeste de la República de Guatemala, tiene como cabecera departamental a Cuilapa. Santa Rosa limita al norte con los departamentos de Guatemala y Jalapa; al sur con el océano Pacífico; al este con el departamento de Jutiapa y al oeste con el departamento de Escuintla. Dicho departamento posee una extensión territorial de 2,955 kilómetros cuadrados y 340,381 habitantes para el año 2009 repartidos en sus 14 municipios, con densidad poblacional de 115 habitantes por kilómetro cuadrado. (4) (6)

En Santa Rosa el 97% de la población es ladina. El grupo indígena alcanza el 2.62%, los cuales se concentran especialmente en Guazacapán. El 48% de la población total en este departamento es de sexo masculino y el 52% de sexo femenino, del cual el 48% se encuentran en edad fértil; el 65% de los habitantes se encuentran en el área rural y el 35% en el área urbana, el 58% se encuentra en pobreza, del cual el 17% viven en extrema pobreza. (4) En relación a la salud, hay 2.1 - 5 médicos por 10,000 habitantes, lo cual refleja que la cobertura de los servicios de salud es inadecuada provocando mayor incidencia de morbilidad y

mortalidad. En el año 2009 se registraron en el hospital regional de Cuilapa 1,150 partos en adolescentes. (7) (8)

Según los archivos de los puestos de salud de las comunidades a estudiar en el departamento de Santa Rosa, se obtuvieron los siguientes datos:

Tabla 1
Datos según censo poblacional de los puestos de salud del departamento de Santa Rosa en el año 2009

Comunidad	Mujeres en Edad Fértil	Mujeres Adolescentes	Madres y Embarazadas Adolescentes Estimadas
El Cerinal	2981	1080	475
Teocinte	310	115	50
El Naranjo	353	132	58
Amberes	970	398	175
El Rinconcito	526	143	62
Estanzuelas	624	264	116
El Ahumado	880	153	67
Platanares	743	288	123
TOTAL	7387	2573	1126

FUENTE: Archivos del censo poblacional de los puestos de salud.

En Guatemala en el año 2008 se estimó que el total de embarazos en adolescentes a nivel nacional fue de 38,676 y durante el año 2009 se documentaron 41,529 embarazos en adolescentes mostrando un incremento de 2.5 % en comparación con años anteriores para este período. (9)

En Guatemala se presenta un promedio de 114 nacimientos por cada 1,000 mujeres adolescentes, ocurriendo principalmente en mujeres que viven en condiciones precarias con inaccesibilidad a los servicios de salud; es decir en: 57% de adolescentes que viven en el área rural, 54% de adolescentes indígenas, 58% de adolescentes con escolaridad baja o 66% sin educación y 62% de adolescentes de bajo nivel socioeconómico. (9)

3.2 Adolescencia

Actualmente, en toda sociedad se reconoce que hay un prolongado período de transición de la niñez a la edad adulta, conocido como adolescencia, que implica importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales interrelacionados. Al referirnos al término adolescencia etimológicamente proviene del latín ad: a, hacia, y olescere, de oler: crecer. Significa la condición y el proceso de crecimiento. (10)

Es una etapa marcada por cambios que suceden con gran rapidez afectando la esfera social, cultural, psicológica, anatómica y fisiológica. Se trata de un momento en la vida del ser humano en que se pone de manifiesto la importancia de los factores sociales y biológicos, apareciendo intereses sociales y florecen sentimientos nunca antes experimentados, lo que junto a los cambios fisiológicos hacen evidentes una transformación significativa de niño a adulto. (11)

Los niños y ancianos son los grupos vulnerables a presentar problemas de salud, excluyendo de manera involuntaria al adolescente de programas y servicios de salud. Los malos hábitos como tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, actividad sexual sin protección, enfermedades de transmisión sexual y embarazo no planificado, son conductas que causan morbi-mortalidad en esta etapa, aunque sus consecuencias pueden evidenciarse más adelante en la vida. La salud en Guatemala invierte muy pocos recursos para esta población, a pesar de la dependencia económica, identidad no establecida y exclusión social a la que están sujetos. (10)

Debido a que las adolescentes se desarrollan en una sociedad con inequidad de género, éstas suelen padecer problemas sociales y de salud relacionados a la reproducción, que los agrupa en una situación difícil en comparación de otras etapas de la vida. Como ejemplo de lo referido, cada año en el mundo nacen 15 millones de niños de madres adolescentes, exponiendo a estas jóvenes a alto riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto. Es importante señalar que si bien la situación socioeconómica es un factor importante en la actualidad para el aumento de embarazos en la adolescencia, la edad, las condiciones de vida, la educación y el acceso y disfrute de las necesidades básicas son también determinantes. (10)

3.3 Embarazo en adolescentes

El embarazo en la adolescencia es aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica (edad ginecológica 0 = edad de la menarquia) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. (12)

En Guatemala el 28 % de las mujeres tienen su primer hijo antes de los 18 años; el inicio de la maternidad a etapas precoces de la vida incrementa de 2 a 3 veces el número de gestas en comparación con las mujeres que retrasan su primer embarazo hasta los 20 años de edad. (13)

Estudios realizados en varios países de Latinoamérica, mencionan los siguientes porcentajes de mujeres que tuvieron un hijo antes de los 20 años: (11)

Tabla 2
Porcentaje de mujeres que tuvieron un hijo antes de los 20 años.

PAIS	PORCENTAJE
Guatemala	49
Bolivia	39
República Dominicana	38
Haití	36
Paraguay	36
Brasil	35
Perú	33
Colombia	32

Fuente: Efectos del embarazo en la personalidad de las adolescentes de la provincia de Ferreñafe durante el año 2006. (11)

Así mismo, los países con mayor tasa de maternidad en adolescentes se encuentran en las regiones de: Nicaragua, Guatemala, Honduras, El Salvador, Venezuela, representado entre el 15 - 25% de las adolescentes. (11)

Según estudios realizados por Guttmacher en el año 2006, se evidenció que en Latinoamérica y el Caribe, una de cada cinco mujeres menores de 20 años ha

tenido la experiencia de ser madre, por lo que existe una tasa de fecundidad en promedio de 80 nacimientos por 1,000 mujeres adolescentes, comparado con Guatemala que cuenta con una tasa de 114 nacimientos por 1000 mujeres adolescentes, siendo el 29% embarazos no planificados. (9)

En Guatemala, Bolivia y otros siete países de Latinoamérica, la tasa de natalidad en madres adolescentes del área rural es de 40 a 60%, siendo esta más elevada que en el área urbana, la cual presentó el 25 a 36 % de madres adolescentes. (13)

Guatemala en comparación con países centroamericanos como El Salvador, Honduras y Nicaragua se distingue por lo siguiente: (3)

Tabla 3
Características de las adolescentes de Guatemala y Centro América

CARACTERÍSTICAS EN ADOLESCENTES	PORCENTAJE EN GUATEMALA	PORCENTAJE EN CENTRO AMÉRICA
Adolescentes unidas legalmente	41	16
Necesidad insatisfecha de anticoncepción moderna	53	32
Uso de anticonceptivos	25	47-58
Proporción de adolescentes sexualmente activas que no usa ningún método anticonceptivo	68	40-46
Atención por personal profesional	52	74-77
Proporción de embarazos no planeados	29	43-47
Proporción de las adolescentes sexualmente activas que son solteras	5	13-23

Fuente: Datos sobre la salud sexual y reproductiva de la juventud guatemalteca, Guttmacher Institute 2008. (3)

3.4 Factores de riesgo para el embarazo en adolescencia

3.4.1 Edad

La edad de menarquia es un factor determinante de la capacidad reproductiva, directamente relacionada a la proporción de ciclos ovulatorios, que alcanzan cerca del 50% dos años después de la primera menstruación. En el último siglo, la menarquía se ha adelantado entre 2 y 3 meses por década, descendiendo desde más o menos los 15 años de edad a los 12 años en los últimos 135 años; este cambio determinado por factores ambientales y nutricionales, acelera la madurez física sin desarrollar madurez intelectual y psicológica de la adolescente para enfrentar un embarazo en esta etapa de la vida. Así las adolescentes son fértiles a una edad menor pero no están preparadas para las adaptaciones sociales que conlleva el embarazo. (14) (15)

Esta situación finaliza con consecuencias adversas de tipo físico y psicosocial, afectando a las adolescentes pertenecientes a clases sociales desfavorecidas y áreas geográficas marginadas, por malnutrición, acceso deficiente a los servicios de salud y falta de educación en salud, complicando el seguimiento del embarazo y el tratamiento adecuado del mismo. (10)

Estudios realizados han demostrado que la menarquía a una edad temprana, aumenta la incidencia de fecundidad en el grupo de edad comprendido entre 10 y 19 años, a ello se asocia el aumento de las tasas de aborto en menores de 20 años, quienes están influenciadas por diversas causas asociadas a educación en salud deficiente. (11)

Algunos autores plantean el incremento del 10% anual en el inicio de relaciones sexuales en adolescentes; de éstas, el 25% termina en embarazo no planificado, 60% de los cuales se presentan dentro del primer semestre del inicio de relaciones sexuales. (11)

El embarazo es la principal causa de muerte en las mujeres que tienen edades comprendidas entre 15 y 19 años. Según la UNICEF las madres

adolescentes duplican el riesgo de morir, en comparación con las mujeres de 20 a 29 años y es cinco veces mayor para adolescentes menores de 15 años. (10)

Desde el punto de vista psicológico, biológico y social, la adolescencia se divide en 3 etapas, las cuales presentan ciertas actitudes y matices tanto individuales como culturales que son relevantes para comprender a las adolescentes durante un embarazo. (16)

3.4.1.1 Adolescencia temprana (10 a 13 años): Biológicamente, éste es el período peripuberal, donde se da inicio a grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia. Psicológicamente, el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intellectualmente, aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente, se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física. (16)

En esta etapa de la adolescencia, el impacto del embarazo se considera negativo, debido a la elevada emotividad y falta de madurez para resolver conflictos; existe un rechazo al embarazo por temor a cambios físicos a corto, mediano y largo plazo. (16)

Es importante mencionar que, si el embarazo en la adolescencia se da a causa de una violación sexual, las condiciones del mismo y de la madre adolescente, se complican aún más. Las adolescentes tienden a tornarse más dependientes de su familia, especialmente de su madre; no se hacen cargo de la crianza y el cuidado del niño; y tienen grandes dificultades para establecer relaciones de pareja. (16)

3.4.1.2 Adolescencia media (14 a 16 años): Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. (16)

Psicológicamente, es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por la apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda. (16)

En esta etapa, la adolescente ve el embarazo como una manera de cerciorar su autonomía e independencia ante sus padres, manifiesta su experiencia física y emocional de manera exagerada, fluctuando entre la euforia y la depresión. A pesar de que en esta etapa, hay preocupaciones acerca de los dolores del parto, se interesan por informarse sobre el embarazo, existe mayor cuidado de su cuerpo y de la salud del niño. Por lo anterior en esta etapa de la adolescencia es posible llevar un embarazo saludable y sin complicaciones. (16)

- 3.4.1.3 Adolescencia tardía (17 a 19 años): Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. (16)

A esta edad, el impacto del embarazo es asimilado de forma más apropiada que en edades anteriores, debido a que la identidad, generalmente, ya está consolidada y asumen de manera más adecuada su rol de madre. Aún cuando el embarazo genera más incertidumbre, usualmente la crianza causa menos complicaciones e inconvenientes. (16)

3.4.2 Estado civil

La mayoría de adolescentes se encuentran estudiando o trabajando al momento de presentar un embarazo, por lo que muchas de ellas eligen retrasar el matrimonio si tienen la posibilidad de hacerlo. Por el contrario, las opciones que se le presentan a gran parte de las adolescentes se reducen al matrimonio, que la mayoría de veces es involuntario o simplemente la unión de la pareja. (17)

En Guatemala, las uniones tempranas siempre han sido una norma predominante por lo que la tasa de uniones durante la adolescencia ha disminuido muy poco en los últimos años. A pesar de ser una sociedad conservadora, la actividad sexual prematrimonial va en aumento por la influencia de los rápidos cambios mundiales lo cual propicia la informalidad en las uniones de pareja. Esta tendencia favorece el inicio de relaciones sexuales a una edad temprana y por ende el riesgo de embarazo no planificado. (9)

En 2002, se registró que el 11% de mujeres entre 15 y 19 años estaba en una unión consensual, mientras que el 7% estaba en una unión formal. El 95% de las mujeres adolescentes sexualmente activas se encuentran casadas o en unión consensual, predominando éste último con el 59%; esto apoyado a que el 66% de éste grupo etario, se encuentra con una escolaridad baja y el 64% son indígenas, lo que les impide tener acceso a la educación sexual. (3)

Estudios realizados en Guatemala en el año 2006 demuestra que, una cuarta parte de las mujeres de 20 a 24 años había iniciado una unión consensual o formal antes de los 17 años y la mitad lo había hecho antes de llegar a los 20. Entre las mujeres guatemaltecas es más probable que se realicen uniones consensuales que formales. (3)

El 90% de las mujeres adolescentes sexualmente activas, independientemente de su estado civil, no desean tener un hijo en los próximos dos años, así como también el 68% de las mujeres adolescentes que se encuentran en unión legal y nulíparas, desean retrasar su primer hijo en esta etapa, apoyado a que el 25% de las adolescentes casadas usan

un método anticonceptivo, desde el 10% en mujeres indígenas hasta un 38% que residen en el área urbana. (3)

3.4.3 Ocupación

En el momento que las adolescentes presentan un embarazo, la mayoría de ellas interrumpen sus estudios para adoptar su papel como madres, adquiriendo responsabilidades económicas, sociales y afectivas. (18)

Un estudio realizado en el año 2000 en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, publicó que 63% de las madres adolescentes son amas de casa o se dedican a los oficios domésticos, 23% son obreras, 7% se dedican al comercio formal y 3% restantes al comercio informal. (18)

Es de importancia mencionar que, las madres adolescentes que deben trabajar para subsistir son vulnerables a laborar en condiciones desfavorables, bajos salarios, jornadas extensas y fuerza de trabajo inapropiada. (18)

Uno de cada cinco adolescentes es miembro de la Población Económicamente Activa. El grupo etario que muestra mayor crecimiento es el comprendido entre los 10 a 12 años, lo cual indica que el número de trabajadores en adolescencia temprana va en aumento. (18)

3.4.4 Religión

Las diferentes religiones que se practican en la población guatemalteca se distribuyen de la siguiente manera: católica 65%; protestante 30% y otras 5%. (19)

En Guatemala, la distribución religiosa de los adolescentes es la siguiente: católica 51.2%; protestantes 35.6%; no protestantes 0.2%; otras 1.4% y ninguna 11.7%. (3)

3.4.4.1 Posición de la Iglesia ante la Ley de Planificación Familiar

El reglamento de la ley de planificación familiar ordena que las escuelas incluyan como materia la enseñanza de educación sexual y reproductiva desde primaria, además señala que se debe garantizar el acceso a métodos de planificación familiar. (20)

La Iglesia Católica en Guatemala instó a no obedecer el reglamento de dicha ley, pues contradice la Constitución y vulnera el derecho de los padres a decidir la formación de sus hijos en materia sexual, atacando solamente los efectos del problema. Según ésta, las relaciones sexuales fuera del matrimonio no son aceptadas, así como las relaciones que provienen de la satisfacción de un deseo o impulso básico, por lo cual la iglesia sugiere que el embarazo en la adolescencia se debe atacar desde las bases morales y éticas de las personas. (20)

Por su parte, la Alianza Evangélica de Guatemala, asegura que la iglesia no está en contra de la educación sexual mientras se haga dentro de los principios éticos y morales. Además apoya la planificación y la paternidad responsable, pero que la decisión sobre el espaciamiento y la cantidad de hijos a tener debe ser de la pareja. (21)

3.4.5 Situación socioeconómica:

La salud sexual y reproductiva de la juventud guatemalteca está en peligro debido a un conjunto de factores socioeconómicos interrelacionados, incluyendo pobreza, migración interna, hacinamiento, fuerza de trabajo, desempleo, poco acceso a la educación y marginación étnica. El 56% de la población guatemalteca vive en condiciones de pobreza, incluyendo el 16% en pobreza extrema, adicionalmente, el 54% vive en áreas rurales; el 41% de la población es indígena registrando niveles más precarios que los de la población no indígena. (22)

En Latinoamérica, el embarazo en la adolescencia influye en el nivel socioeconómico de la familia, ya que una madre adolescente tiene 7 veces más probabilidad de ser pobre con respecto a madres de más de 20 años, es decir, cuanto más pobre es el país, más elevado es el nivel de procreación prematura. (23)

El bajo nivel de escolaridad, presenta obstáculos importantes para la salud reproductiva, aumentando la probabilidad de que las mujeres jóvenes estén desinformadas o mal informadas sobre temas de salud reproductiva y sexualidad. Por otra parte, un bajo nivel educativo priva a las mujeres jóvenes de los recursos y habilidades personales que necesitan para trabajar fuera de su hogar y haciéndolas económicamente dependientes. (22)

El nivel socioeconómico es determinante en la salud y posición social de la adolescente embarazada; sin embargo, por las características socioeconómicas en Guatemala, la disminución de la tasa de fecundidad en adolescentes es difícil, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que la mayoría de los países realicen menos inversiones en sus sistemas educativos y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda. (24)

En Guatemala, tres de cada cinco adolescentes viven en condiciones de pobreza y uno de cada cinco en pobreza extrema en el área urbana, mientras que en el área rural, tres de cada cuatro viven en pobreza y uno de cada cuatro en pobreza extrema. En términos generales, siete de cada diez son pobres en el área urbana y en el área rural esta cifra llega a nueve de cada 10 adolescentes. En todo el país, 2% de las adolescentes pertenece al estrato no pobre. (25)

El ingreso familiar dentro de la situación socioeconómica de la adolescente guatemalteca se encuentra directamente relacionado con la salud de la misma, por la dependencia de éste, para el cuidado y prevención de la salud, según la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) realizada en el año 2006 en Guatemala. El ingreso escaso y la condición de pobreza limitan el acceso a servicios de salud, aunque sean gratuitos, debido a los costos directos e indirectos que éste implica. Aproximadamente

el 6,4% del ingreso de los hogares se destina a pago de atenciones de salud, lo que equivale anualmente al 3,5% del producto interno bruto. (25)

3.4.6 Escolaridad:

La educación, y en particular la alfabetización de la mujer, contribuyen en gran medida a su salud, la de su familia y a la reducción de la mortalidad materno-infantil. (1)

En una adolescente embarazada, la escolaridad hay que tomarla en cuenta, no sólo porque refleja la educación sobre métodos anticonceptivos, sino para conocer las características sociales y culturales de la misma. Sin embargo, vale la pena señalar que cuando una adolescente tiene un proyecto de vida escolar o universitaria, es más probable que la joven aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo. (11) (26)

La escolaridad en una adolescente va de la mano con su salud reproductiva; el embarazo en la adolescente limita sus oportunidades de estudio y trabajo, ya que la mayoría de ellas se ve obligada a desertar del sistema escolar, quedando con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno y poder satisfacer sus necesidades básicas. Esta situación se ve agravada por la condición de madre soltera en la cual quedan la mayoría de estas adolescentes, provocando una situación de abandono afectivo, económico y social. (9)

En Guatemala, Bolivia y otros siete países de Latinoamérica, las adolescentes que no asistieron a educación secundaria, registraron 37% de natalidad. La posibilidad de finalizar la educación secundaria aumenta cinco veces, si se pospone la maternidad hasta los 20 años. (13)

En estudios realizados en Guatemala durante el año 2006, el 12% de las adolescentes embarazadas contaban con secundaria completa, es decir, 10 años de escolaridad o más; 13% con secundaria incompleta siendo el rango de escolaridad aplicado para este porcentaje de 7- 9 años; 54% en nivel primario, este grupo contaba de 1 – 6 años de escolaridad siendo éste el

dato más alarmante teniendo en cuenta que el grupo etario más afectado es 20 – 24 años con un 27%, por lo que en un marco ideal, el grado de escolaridad esperado para este grupo sería el nivel superior; además, se encontró que el 21% de estas mujeres, no contaba con ningún grado de escolaridad aumentando el grupo de mayor vulnerabilidad a un alarmante 48%. (9)

Así mismo, la tasa actual de matrícula en las escuelas y el desempeño académico están asociados a una edad más tardía de la primera relación sexual y a una mayor probabilidad de uso anticonceptivo, con lo cual el uso del preservativo se vuelve más frecuente y la tasa de infección por VIH disminuye. (22)

La ley de planificación familiar aprobada en el año 2006, ordena al Ministerios de Salud (MSPAS) y al Ministerio de Educación (MINEDUC) dar atención integral a los adolescentes e incluir contenidos sobre derechos y responsabilidades sobre la sexualidad; sin embargo, las organizaciones coinciden en que la estrategia utilizada para llevar a cabo dicho proceso ha fracasado, porque utilizan métodos conservadores y la información impartida por el MINEDUC tiene un enfoque religioso, sin fundamento técnico y científico. (27)

3.4.7 Inicio de relaciones sexuales:

La iniciación temprana de la actividad sexual sin la correcta orientación se asocia a problemas inherentes a la salud reproductiva del adolescente, entre ellos se encuentra el embarazo no planificado y el aborto. (28)

Según un estudio realizado en Bolivia sobre los factores de riesgo asociados al inicio de relaciones sexuales en adolescentes, indican que el inicio de la actividad sexual durante la adolescencia es un fenómeno que merece especial atención ya que éste ocurre generalmente en un periodo de transición donde no se ha alcanzado una madurez física, cognoscitiva, ni emocional suficiente, para asumir responsabilidad del acto y sus consecuencias, asociándose a conductas sexuales riesgosas como promiscuidad, infecciones de transmisión sexual, menor uso de

anticoncepción y por consiguiente, mayor riesgo de un embarazo no planificado. (29)

El inicio de relaciones sexuales tempranas como factor de riesgo para el embarazo en adolescentes, radica como problema activo en la población guatemalteca donde la tasa de embarazos en adolescentes es de 114 nacimientos por 1000 mujeres entre 15-19 años en el año 2002, siendo la tercera tasa más alta de Centro América, ya que en Honduras es de 137 nacimientos por cada 1000 adolescentes, mientras que en Nicaragua 119 nacimientos por cada 1000 adolescentes. (22)

Durante el año 2008 se reportó que 58% de las mujeres adolescentes guatemaltecas han tenido relaciones sexuales por primera vez antes de cumplir los 20 años, lo cual ha producido un aumento del 2.5% de los embarazos en el último año, de las cuales el 63% pertenecen al área rural en contraste con 37% del área urbana. Esta mayor proporción en la población adolescente del área rural es producto de las normas culturales que promueven la iniciación sexual y maternidad temprana. (3)

3.4.8 Embarazo no planificado:

En Guatemala, se registraron durante el año 2008 aproximadamente 180,000 embarazos, 21% de estos embarazos fueron no planificados y 36% en aborto inducido. Actualmente, las mujeres guatemaltecas se encuentran motivadas por tener familias más pequeñas, probablemente basadas en las mismas razones sociales y económicas que sustentan la disminución del tamaño de la familia en todo el mundo; dentro de estas razones se pueden mencionar: aumento en los niveles de educación, mayor exposición a los medios de comunicación y hacinamiento. Sin embargo, de nada sirve dicha motivación sin planes educacionales sobre métodos anticonceptivos modernos, así como su correcta utilización. (3) (9)

Durante el año 2002 en Guatemala, las mujeres reportaron que aproximadamente uno de cada tres de sus embarazos recientes fueron no planificados. Aunque la proporción general de embarazos se ha mantenido relativamente estable, la proporción de los que fueron no planificados ha

aumentado en un tercio, de tal forma que actualmente uno de cada siete embarazos no se planifica. (3) (9)

Según la encuesta nacional de salud materno-infantil en el año 2002, el porcentaje de embarazos no planificados en las mujeres guatemaltecas fue del 32%, de éste el 35% se presentaron en la región sur oriente correspondiendo a 68 embarazos no planificados por cada 1000 mujeres. (9)

3.4.9 Uso de métodos anticonceptivos:

Los carentes programas de educación sexual, falta de personal capacitado para impartir dichos programas, insuficientes recursos económicos destinados a la creación de programas adecuados en países en vías de desarrollo se ven reflejados en que el 48% de mujeres en edad reproductiva en Latinoamérica no usan ningún método anticonceptivo siendo las causas más frecuentes de esta conducta en desconocimiento de estos métodos y poca accesibilidad a ellos en la mayoría de países. (10)

Por lo anterior el embarazo en la adolescencia ha sido calificado como un problema de salud pública en América Latina y El Caribe, pese a que se han realizado múltiples esfuerzos por parte de organizaciones nacionales y extranjeras con campañas de prevención y educación en salud reproductiva con el objetivo de disminuir dicha problemática. (10)

El 90% de las adolescentes que inician su vida sexual no planifican un embarazo durante los dos próximos años; 68% de las adolescentes casadas y nulíparas desean retrasar su primer embarazo, lo cual se ve reflejado en que 25% de ellas usan un método anticonceptivo, alcanzando su uso 10% en área rural hasta 38% en el área urbana. (3)

Resulta importante destacar que a nivel mundial 59 millones de embarazos que se producen anualmente son no planificados. A pesar de ello y de conocer que los adolescentes no planifican el embarazo, aún existen criterios erróneos en relación con el uso de métodos anticonceptivos en esas edades, produciéndose cuestionamientos acerca de la difusión del uso

de los mismos, argumentando que con el uso de los anticonceptivos existe un aumento en las relaciones sexuales. (11)

Conductas como la anterior crean confusión sobre las opciones de anticonceptivos o de los riesgos de contraer enfermedades de transmisión sexual ya que los adolescentes por cuestiones socio-culturales adoptan creencias y conductas inadecuadas sobre el uso de éstos, por lo cual es de importancia la creación de programas destinados a la educación sexual para este grupo vulnerable. (11)

Las parejas de adolescentes necesitan asesoramiento especial para usar los diferentes métodos anticonceptivos, pues hay que tener en cuenta diferentes factores tales como aspectos biológicos, de personalidad, estabilidad de la pareja, medio familiar, promiscuidad, antecedentes de embarazos y/o partos, proyecto de vida, etc. (11)

En Guatemala los métodos anticonceptivos más utilizados por las adolescentes son el preservativo con el 32%, la inyección con el 14% y la pastillas con el 5%. El 63% de las adolescentes casadas con nivel socioeconómico bajo presentan necesidad de anticoncepción insatisfecha, es decir, que no desean embarazarse en los próximos 2 años ni utilizar un método anticonceptivo moderno. (3)

Datos proporcionados por APROFAM, denotan que desde 1978, 775,518 personas han recibido información sobre educación para la vida familiar y educación sexual en general, a través de 15,423 charlas; 42,329 personas, en 11 años han recibido información telefónica sobre planificación familiar, sexualidad humana y otros temas por medio del orientador familiar; un total de 2,184 estudiantes de medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala, han recibido entrenamiento en salud reproductiva, a través de 62 cursos de capacitación; 3,059 líderes juveniles han sido cubiertos, a través del proceso educativo "Aprendiendo a vivir", cuyo objetivo es que el adolescente analice su presente, visualice su futuro, plantee metas u objetivos personales y determine la forma de lograrlos; 148,297 adolescentes en once años, han sido atendidos a través del "Centro del Adolescente El Camino". (30)

En Guatemala, el panorama del uso correcto de los anticonceptivos modernos en relación con los embarazos no planificados va en decadencia, ya que el aumento en el uso de anticoncepción efectiva no ha ocurrido tan rápido como los cambios en el tamaño deseado de familias. (3) (9)

Una de cada cuatro adolescentes guatemaltecas, usa un método tradicional, predominantemente la abstinencia periódica, la cual es menos efectiva que los métodos modernos y, por consecuencia tienen más probabilidad de resultar embarazadas. Un ejemplo de ello es que la tasa anual de quedar embarazada entre las mujeres que usan métodos como el DIU o la inyección es de 2-3%, en contraste con 20-26% en mujeres que utilizan la abstinencia periódica y por lo tanto mayor proporción de embarazo no planificado. (3) (9)

3.4.10 Proporción de embarazos en adolescentes

América Latina y el Caribe cuentan con 107 millones de personas entre 10 y 19 años de edad; es decir, 1 de cada 5 habitantes de la región tiene esa edad. Además, 76 de cada 1000 mujeres de 15 y 19 años de edad tuvieron un hijo, para el 2004. Una de cada 5 mujeres ya tuvo un hijo antes de cumplir 18 años. (31)

En América Latina, la fecundidad total y la del grupo de 15 a 19 años han disminuido, presentándose actualmente la tasa de fecundidad específica en el grupo de 15 a 19 años entre 60 a 130 nacimientos por cada mil mujeres comprendidas en este grupo etario. Sin embargo, pese a que la tasa de fecundidad en adolescentes tiende a disminuir, el descenso aún mayor de la tasa de fecundidad específica en edades superiores hace que la proporción de embarazos en menores de 20 años aumente, correspondiendo alrededor del 15-18%, de forma que cada año 3.300.000 adolescentes latinoamericanas llevan un embarazo a término, desconociéndose el número exacto de abortos. (19)

Cada año, a nivel mundial, 15 millones de adolescentes aproximadamente tienen un hijo. En Latinoamérica de los 13 millones de partos registrados anualmente, dos millones corresponden a adolescentes (15%). (32)

Debemos mencionar que en el año 2002, se publicaron los últimos registros en Guatemala sobre la proporción de mujeres entre 15 y 19 años que han tenido hijos, la cual fue de 15.5 adolescentes. (32)

3.4.11 Plan de vida de las adolescentes

Cuando las adolescentes quedan embarazadas deben asumir responsabilidades a una edad precoz, que generalmente, no se pueden compartir con educación, por lo que optan por tener a sus hijos y abandonar la escuela, repercutiendo en su desarrollo psicosocial, ya que existe un vínculo fuerte entre embarazo adolescente y deserción escolar, que se relaciona con pobreza. (33)

Muchas adolescentes abandonan la escuela porque su proyecto de vida se centra en la maternidad, por cual podría haber una relación causa efecto entre el embarazo durante la adolescencia y la deserción escolar. (33)

Las madres adolescentes tienen muchas más probabilidades de ser madres solteras, ya que frecuentemente deben afrontar ausencia o la irresponsabilidad de la pareja. Históricamente la maternidad adolescente tiende a darse con acuerdos nupciales informales, sea por razones materiales, psicosociales o ambas. (34)

La adolescente embarazada puede considerar la maternidad temprana como único proyecto de vida en que pueden afirmar autonomía, encontrar sentido y transitar hacia la adultez como consecuencia de la falta de oportunidades de formación educativa y de integración productiva para las adolescentes. (34)

Una proporción importante de adolescentes, deja truncados sus estudios al momento de quedar embarazadas; ya que para estas jóvenes, el embarazo, más que un impedimento o desventaja, significa la concreción de un rol altamente valorado y aceptado: la maternidad. Por lo tanto, las pocas expectativas escolares que las adolescentes presentan, pueden ser un reflejo de ciertas características de estas jóvenes, en lugar de ser una

consecuencia del embarazo, del pobre rendimiento escolar o de las perspectivas limitadas de las mujeres, en cuyo caso el embarazo representa el síntoma de un problema de base en lugar de ser una causa del mismo. Sin embargo, una proporción menor de adolescentes, consideran que el embarazo es un obstáculo para poder lograr todas las metas educativas propuestas. (35)

Por otro lado, la dinámica psicosocial que se desarrolla a partir del embarazo en la adolescente, es decir, la reacción que presentan la adolescente, la familia, el novio y la familia de éste, ante un embarazo; es determinante en gran medida de la calidad de vida futura de la adolescente. (35)

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo y diseño de investigación: Estudio descriptivo transversal.

4.2 Unidad de análisis:

4.2.1 Unidad primaria de muestreo:

Viviendas ubicadas en las aldeas El Cerinal, El Naranjo, El Teocinte, El Rinconcito, Estanzuelas, Amberes, El Ahumado y Platanares, del departamento de Santa Rosa.

4.2.2 Unidad de análisis:

Respuestas obtenidas por instrumento de recolección de datos.

4.2.3 Unidad de información:

Adolescentes embarazadas y madres adolescentes, comprendidas entre 10 y 19 años, que residían en las viviendas muestreadas.

4.3 Población y muestra:

4.3.1 Población o universo:

Toda mujer adolescente embarazada y madre adolescente de 10 a 19 años, que residían en las aldeas El Cerinal, El Naranjo, El Teocinte, El Rinconcito, Estanzuelas, Amberes, El Ahumado y Platanares, del departamento de Santa Rosa.

4.3.2 Marco muestral:

Listado de adolescentes embarazadas y madres adolescentes de 10 a 19 años registradas en el archivo de historial de pacientes en los puestos de salud de las aldeas El Cerinal, El Naranjo, El Teocinte, El Rinconcito, Estanzuelas, Amberes, El Ahumado y Platanares, del departamento de Santa Rosa.

4.3.3 Muestra:

Toda mujer adolescente embarazada y madre adolescente de 10 a 19 años, entrevistadas en las Aldeas El Cerinal, El Naranjo, El Teocinte, El Rinconcito, Estanzuelas, Amberes, El Ahumado y Platanares, del

departamento de Santa Rosa. Es importante mencionar que cada aldea fue tomada en cuenta con sus caseríos, barrios, cantones y sectores.

4.3.4 Métodos y técnicas de muestreo: No probabilística - Voluntario.

4.4 Selección de los sujetos a estudio:

4.4.1 Criterios de inclusión:

- Toda mujer adolescente embarazada y madre adolescente de 10 a 19 años, que aceptó participar voluntariamente en este estudio.
- Adolescentes embarazadas y madres adolescentes que residían y fueron detectadas en las Aldeas El Cerinal, El Naranjo, El Teocinte, El Rinconcito, Estanzuelas, Amberes, El Ahumado y Platanares, del departamento de Santa Rosa durante el período comprendido entre marzo y abril del 2010.

4.4.2 Criterios de exclusión:

- Toda mujer adolescente embarazada y madre adolescente de 10 a 19 años con deterioro neurocognitivo significativo que les impidió proveer información.
- Adolescentes embarazadas y madres adolescentes que eran migrantes en las Aldeas El Cerinal, El Naranjo, El Teocinte, El Rinconcito, Estanzuelas, Amberes, El Ahumado y Platanares, del departamento de Santa Rosa durante el período comprendido entre marzo y abril del 2010.
- Adolescentes embarazadas y madres adolescentes que no firmaron el consentimiento informado.
- Adolescentes embarazadas y madres adolescentes que no desearon proporcionar información.
- Mujeres embarazadas o madres adolescentes que no tenían nacionalidad guatemalteca.
- Mujeres embarazadas o madres adolescentes que residían en las aldeas a estudio pero que no se encontraban en la vivienda en el momento del estudio.

4.5 Definición y operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de medición	Instrumento
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha. (36)	Número de años cumplidos que refiere la adolescente de 10 a 19 años.	Cuantitativa Discreta	De razón	Boleta de recolección de datos.
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles. (36)	Situación en la que convive una persona en la sociedad, con relación a su pareja: soltera, casada, unida, viuda y divorciada.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos.
Ocupación	Trabajo, empleo u oficio que impide emplear el tiempo en otra cosa. (36)	Actividad a la cual se dedica la adolescente: estudiante, ama de casa, agricultora, otra.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos.
Religión	Conjunto de creencia o dogmas acerca de la divinidad. (36)	Creencia religiosa practicada por la adolescente: católica, evangélica, otra.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos.

<p>Situación socioeconómica</p>	<p>Salario o renta sobre algunos bienes productivos.(36)</p>	<p>Cantidad de quetzales percibidos por la adolescente entrevistada, pareja o familia que recibe mensualmente. Lo cual será clasificado en:</p> <p>No pobre, aquel individuo que gane un salario superior a los 2.00 dólares diarios, pobreza la cual se define como persona que alcanza a cubrir el mínimo de alimentos pero no el costo mínimo adicional calculado para otros bienes y servicios básicos (Q.6,574.00 por persona al año) y pobreza extrema que es el nivel de pobreza en que las personas no alcanzan a cubrir el costo mínimo de alimentos (Q.3,206.00 por persona al año). (2)</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Boleta de recolección de datos.</p>
--	--	---	--------------------	----------------	--

Escolaridad	Conjunto de cursos que el estudiante sigue en el establecimiento docente.(36)	Conjunto de cursos que la estudiante aprueba en un establecimiento docente: ninguna, primaria incompleta o completa, secundaria incompleta o completa y diversificado.	Cualitativa	Ordinal	Boleta de recolección de datos.
Edad de inicio de relaciones sexuales	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el primer acto sexual. (36)	Edad en años referidos por la encuestada, en la cual inició su actividad sexual.	Cuantitativa	De razón	Boleta de recolección de datos.
Embarazo no planificado	Concepción que ni la pareja ni ninguno de los que la forman desea conscientemente en el momento del acto sexual.(36)	Aquella gestación que no se planifica ni se anhela que acontezca.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos.
Métodos anticonceptivos	Métodos utilizados para impedir la fecundación de óvulo por espermatozoide, y de los elementos empleados en dicho método.(36)	Son aquellos métodos utilizados para evitar o espaciar el embarazo (píldora, inyectable, condón, DIU, implantes, operación)	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos.

4.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos.

4.6.1 Técnicas:

Los datos de la investigación fueron recolectados por medio de una encuesta cara a cara dirigida a adolescentes embarazadas y madres adolescentes. Esta es una entrevista estructurada diseñada para adolescentes de diferentes estatus sociales y niveles educativos por lo cual no requiere que la persona sea alfabeta. Se realizó en una sesión y el promedio de tiempo necesario para completarlo fue de 20 minutos.

La encuesta consta de cuatro secciones, incluyendo sección de datos generales, situación socioeconómica, características del embarazo y métodos anticonceptivos. Las preguntas siguen una serie lógica y están esquematizadas para tener respuestas cerradas y abiertas.

4.6.2 Procedimientos:

4.6.2.1 Fase I: Planificación

La planificación del estudio "Caracterización del embarazo en adolescentes en el departamento de Santa Rosa" inició en el mes de septiembre del año 2009, realizando las siguientes actividades:

- Conformación del grupo de investigación.
- Escogencia del tema.
- Investigación del contexto nacional.
- Elaboración del perfil de investigación.

4.6.2.2 Fase II: Validación del instrumento de recolección de datos

Se realizó a 25 personas escogidas al azar en la aldea Los Esclavos, Cuilapa, Santa Rosa el 17 de febrero de 2010. El inconveniente presentado fue la falta de disposición de tiempo de

las encuestadas, sin embargo todas las preguntas fueron comprendidas por las adolescentes.

4.6.2.3 Fase III: Trabajo de campo

Dicha fase fue realizada del 27 de marzo al 18 de abril de 2010, realizando las siguientes actividades:

- Reproducción del instrumento de recolección de datos validado según la muestra estimada (1126 adolescentes), llevando una reserva de encuestas, para un total de 1250.
- Distribución de las encuestas a cada integrante del grupo de investigación según estimaciones de cada comunidad a estudio.
- Desplazamiento de los integrantes a las comunidades en transporte colectivo.
- Programación de reunión con líderes de la comunidad y personal del puesto de salud.
- Búsqueda de habitación y alimentación.
- Al siguiente día se realizó la reunión con líderes de la comunidad, entre ellos: miembros del COCODE (Consejo Comunitario de Desarrollo), comadronas, vigilantes de salud, facilitadores y personal del puesto de salud.
- Elaboración de croquis de cada comunidad para realizar el barrido de recolección de datos por caseríos, barrios, cantones, sectores, según la organización geográfica.
- Monitoreo de muestra en base a listados y archivos clínicos en cada puesto de salud.
- Al siguiente día se inició la recolección de datos acompañado de un líder comunitario o personal de salud en cada una de las viviendas de las comunidades, en horario de 8:00 a 16:00.
- Se visitó cada vivienda de las adolescentes previamente identificadas según listados y archivos clínicos del puesto de salud, presentándose y explicando la razón de la visita.
- Se dio lectura del consentimiento informado.
- Se resolvieron dudas del mismo.

- Aceptada la participación en el estudio, se procedió, por parte de la entrevistada, a firmar o plasmar su huella dactilar en la carta de compromiso.
- Se realizó la encuesta.
- Se agradeció la colaboración y participación.
- En horario nocturno, cada integrante del grupo de investigación, ingresó la información recolectada a la base de datos del día correspondiente.

4.6.3 Instrumentos:

El instrumento de recolección de datos se estructuró en base a las variables del estudio, lo cual llevó una semana para su elaboración; luego fue presentada al asesor y revisor, quienes, en el transcurso de tres días realizaron la revisión y corrección correspondiente; luego fue presentada a la unidad de trabajos de graduación, donde se le realizan modificaciones, las cuales se llevaron a cabo al obtener la primera revisión. Una semana después se procedió a la validación del instrumento en la aldea Los Esclavos, Cuilapa, Santa Rosa, siendo ésta, una población y área demográfica con características similares, obteniendo una respuesta satisfactoria al observar que fue comprendido en su totalidad.

La encuesta consta de 35 preguntas distribuidas en 4 secciones, las cuales son: datos generales, situación socioeconómica, características del embarazo y métodos anticonceptivos, consistente en preguntas de opción múltiple y de completación. Las preguntas 16, 18, 25 y 30 cuentan con la opción de respuesta 00, la cual se interpretará según lo indicado en la encuesta. Las preguntas 34 y 35 no están incluidas dentro de las variables del estudio, por el enfoque del mismo, sin embargo es un parámetro importante que se analizará como dato adicional a lo propuesto por este estudio; la pregunta 35 se clasificó por esferas de vida, basado en las respuestas obtenidas durante la validación del instrumento, así mismo se incluyó un componente cualitativo de esta pregunta.

4.7 Procesamiento y análisis de datos:

4.7.1 Procesamiento:

Se creó una base de datos en Epi-info que tenía como objetivo utilizarlo como gestor de base de datos, para recopilar información y administrar la misma; luego con el apoyo del programa Excel en base a los datos estadísticos obtenidos, se generaron gráficas y cuadros detallados y exactos. Los datos se almacenaron en tablas, que son listas de filas y columnas basadas en temas que se necesitan o se desean, conteniendo datos relacionados a los mismos; en las columnas se asignaron las variables y en las filas los datos obtenidos a través de la encuesta. Para simplificar la administración y el análisis de datos obtenidos, se procesaron de manera individual; ya elaboradas las tablas de información en Epi-Info se exportó lo recopilado a hojas electrónicas de Excel en la que se generaron reportes más detallados, con fórmulas incluidas que permitieron realizar cuadros simples, gráficos, presentaciones y detalles de la información que Epi-Info no puede realizar, así como también relación de columnas que contienen las variables y combinar la información entrelazada obtenida de manera dinámica.

Las variables objeto de estudio fueron: edad, nivel académico, estado civil, ocupación, religión, nivel socioeconómico, edad de inicio de relaciones sexuales, embarazo no planificado y métodos anticonceptivos, cuya información se obtuvo a través de la encuesta.

Los datos recolectados fueron ingresados a la base de datos por cada uno de los investigadores, en su computadora personal, diariamente en horario nocturno; se verificaron errores al realizar la entrevista, visitando de nuevo a la entrevistada para evitar el sesgo de la información.

4.7.2 Análisis:

Para las variables edad, estado civil, religión, escolaridad y métodos anticonceptivos, se utilizó como parámetro estadístico la moda, donde se evidenció la característica más frecuente de las adolescentes que presentan o han presentado un embarazo en la población a estudio.

Para las variables situación socio-económica y edad de inicio de relaciones sexuales, se utilizó como parámetro estadístico la media aritmética, con lo cual se evidenció el promedio de las características anteriores en las adolescentes que presentan o han presentado un embarazo en la población a estudio.

La variable embarazo no planificado se comparó mediante razón con el total de embarazos planificados y se determinó de esta manera la cantidad de embarazos no planificados por cada embarazo planificado en las adolescentes que presentan o han presentado un embarazo en la población a estudio.

Además se determinó la proporción de adolescentes embarazadas y madres adolescentes dentro del total de mujeres adolescentes de 10 a 19 años en las comunidades a estudio, a fin de determinar el porcentaje de la población gestante o con antecedente de gestación dentro de esta población.

Las variables analizadas individualmente fueron: edad, nivel académico, estado civil, ocupación, religión, nivel socioeconómico, edad de inicio de relaciones sexuales, embarazo no planificado y métodos anticonceptivos.

Las variables que se analizaron de forma combinada fueron: nivel académico con: estado civil, ocupación, nivel socioeconómico y edad de inicio de relaciones sexuales; religión con: edad de inicio de relaciones sexuales, embarazo no planificado y métodos anticonceptivos; nivel socioeconómico con: edad de inicio de relaciones sexuales, embarazos no planificado y métodos anticonceptivos; edad de inicio de relaciones sexuales con: métodos anticonceptivos y embarazo no planificado; y embarazos no planificado con métodos anticonceptivos, con lo cual se determinó la relación existente entre las mismas y la influencia que generó una sobre otra.

Se utilizaron gráficas tipo pie en las siguientes variables: estado civil, ocupación, religión, embarazo no planificado y proporción de embarazos de adolescentes y madres adolescentes.

Se utilizaron gráficas tipo barra para las siguientes variables: edad, nivel académico, nivel socioeconómico, edad de inicio de relaciones sexuales y métodos anticonceptivos.

Se utilizó gráfica tipo barra para la presentación de datos de plan de vida de las adolescentes encuestadas, como dato adicional al estudio, debido a que no fue considerada como variable, por el enfoque del mismo.

4.8 Alcances y límites de la investigación:

4.8.1 Alcances:

- Los datos obtenidos a través de la encuesta dirigida son representativos del área rural del departamento de Santa Rosa.
- Los datos recolectados pueden utilizarse por el área de salud de Santa Rosa y la delegación departamental del Ministerio de Educación para la elaboración de programas específicos dirigidos a la población estudiada, los cuales tendrán un impacto positivo en la población adolescente, permitiendo mayor desarrollo educativo, social y económico.
- El estudio proporciona datos actualizados sobre la caracterización del embarazo en adolescentes en las aldeas estudiadas.

4.8.2 Límites:

- Los datos obtenidos en este estudio, fueron aplicados a poblaciones con características similares.
- Por falta de recursos humano y económico, el estudio se llevó a cabo únicamente en las aldeas estudiadas.
- Este estudio está basado en la información proporcionada al momento de la entrevista, por lo cual no puede verificarse si la información es verídica.
- Al no contar con un parámetro previo que proporcione una base al momento de seleccionar y calcular nuestra muestra, se estimó la población de madres adolescentes y adolescentes embarazadas, de acuerdo a observaciones realizadas por el equipo de salud en las áreas a estudio.

- La tasa de rechazo de las adolescentes incluidas en el estudio fue del 0.9%.

4.9 Aspectos éticos de la investigación:

La investigación se realizó de acuerdo con los tres principios éticos básicos:

- Respeto por las personas al brindarles el consentimiento informado previo a la realización de la encuesta dirigida.
- Beneficencia al proteger el bienestar de las participantes no utilizando los nombres en la publicación de este estudio y utilizando los datos obtenidos para el beneficio de las mujeres adolescentes, además es un estudio categoría I, ya que no se pondrá en riesgo la integridad física ni moral de las participantes.
- Justicia ya que se incluyeron a todas las mujeres que desearon participar en dicho estudio.

5. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados del estudio "Caracterización del embarazo en adolescentes en el departamento de Santa Rosa" durante los meses de marzo y abril de 2010. Se realizaron un total de 1054 encuestas en las siguientes aldeas: El Cerinal, El Naranjo, El Teocinte, El Rinconcito, Estanzuelas, Amberes, El Ahumado y Platanares del departamento de Santa Rosa.

Cuadro 1
Principales características socio-demográficas de las
adolescentes embarazadas y madres adolescentes en el departamento
de Santa Rosa durante marzo y abril de 2010
Guatemala, junio 2010*

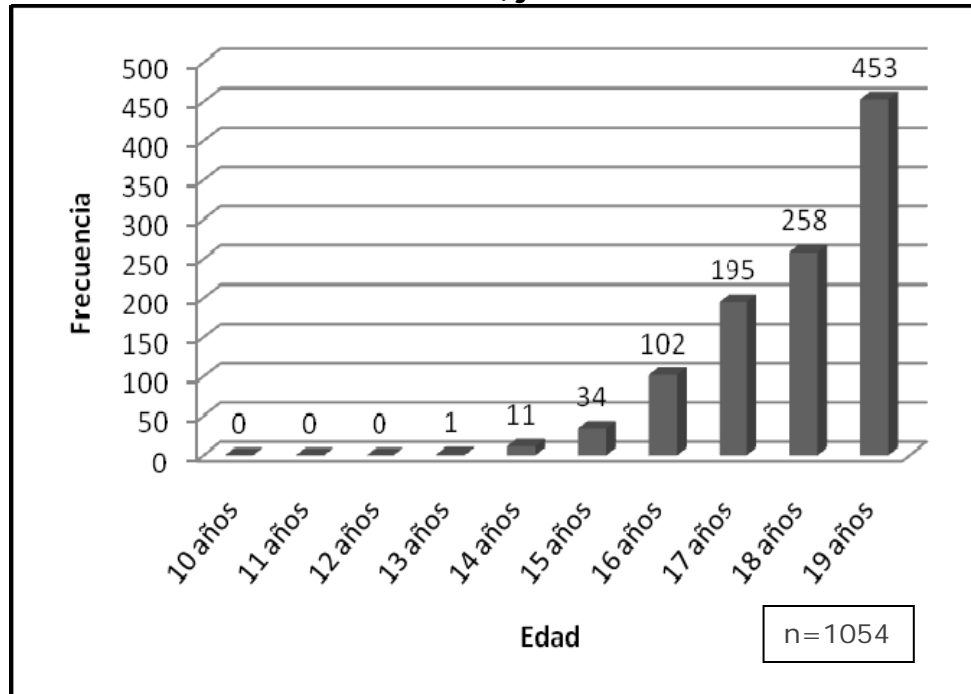
CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA n = 1054	PORCENTAJES (%)
Edad:		
10 años	0	0
11 años	0	0
12 años	0	0
13 años	1	0.1
14 años	11	1.0
15 años	34	3.2
16 años	102	9.7
17 años	195	18.5
18 años	258	24.5
19 años	453	43.0
Estado civil:		
Soltera	193	18.3
Casada	359	34.1
Viuda	8	0.8
Divorciada	4	0.4
Unión libre	490	46.5
Ocupación:		
Ama de casa	926	87.9
Estudia	35	3.3
Trabaja	93	8.8
Religión:		
Católica	654	62.0
Evangélica	328	31.1
Otras	72	6.8
Situación socioeconómica:		
No pobre	226	21.4
Pobre	455	43.2
Pobre extremo	373	35.4

Escolaridad:		
Sin educación	132	12.5
Primaria incompleta	379	36.0
Primaria completa	282	26.8
Secundaria incompleta	128	12.1
Secundaria completa	82	7.8
Diversificado	51	4.8
Edad de inicio de relaciones sexuales:		
10 años	0	0
11 años	0	0
12 años	6	0.6
13 años	33	3.1
14 años	103	9.8
15 años	216	20.5
16 años	255	24.2
17 años	230	21.8
18 años	167	15.8
19 años	44	4.2
Embarazo no planificado:		
Planificado	299	28.4
No planificado	755	71.6
Métodos anticonceptivos:		
Condón	744	70.6
Pastillas	829	78.7
Inyección	825	78.3
DIU	104	9.9
Implantes	55	5.2
Operación	22	2.1
Ninguno	88	8.3

Fuente: Base de datos 2010.

* Según los resultados obtenidos a través del instrumento de recolección de datos en las adolescentes embarazadas y madres adolescentes de las aldeas estudiadas del departamento de Santa Rosa, las principales características epidemiológicas fueron adolescentes entre 16 a 19 años, en unión libre, ama de casa, católica, con nivel socioeconómico pobre, nivel de escolaridad limitado a primaria, con edad de inicio de relaciones sexuales a los 16 años, 72% no planificó el embarazo, a pesar de que el condón, pastillas e inyección fueron los métodos más conocidos con 92%, resaltando que 46% no utilizó método alguno y aparentemente el embarazo no afectó el plan de vida en 58% de las adolescentes.

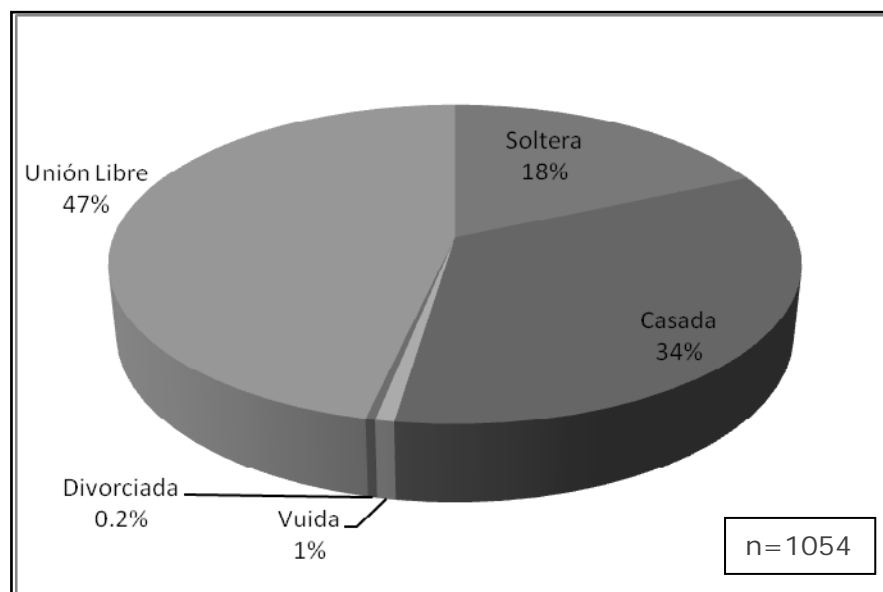
Gráfica 1
Edad de las adolescentes embarazadas y madres adolescentes
en el departamento de Santa Rosa durante marzo y abril de 2010*
Guatemala, junio 2010



Fuente: Base de datos 2010.

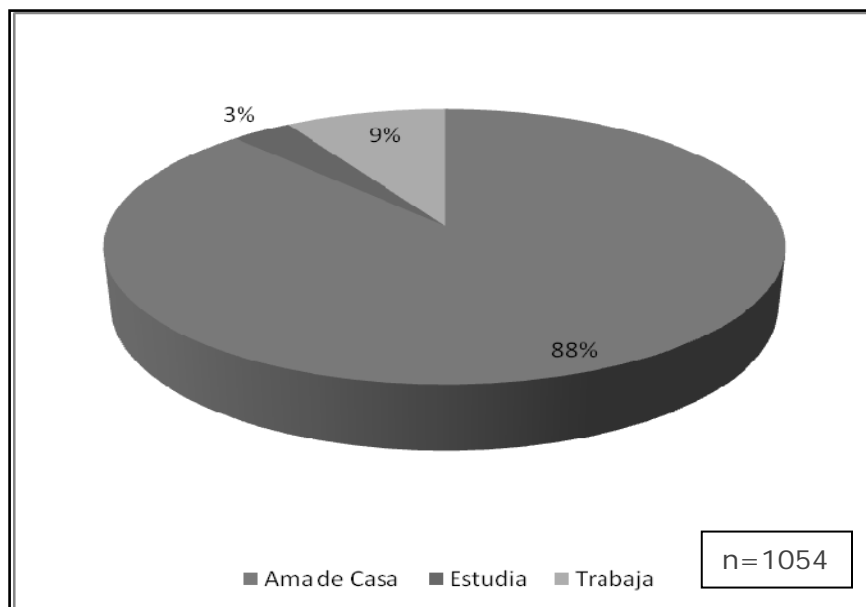
*El 19% de las entrevistadas estaba embarazada y el 81% era madre adolescente.

Gráfica 2
Estado civil de las adolescentes embarazadas y madres adolescentes
en el departamento de Santa Rosa durante marzo y abril de 2010
Guatemala, junio 2010



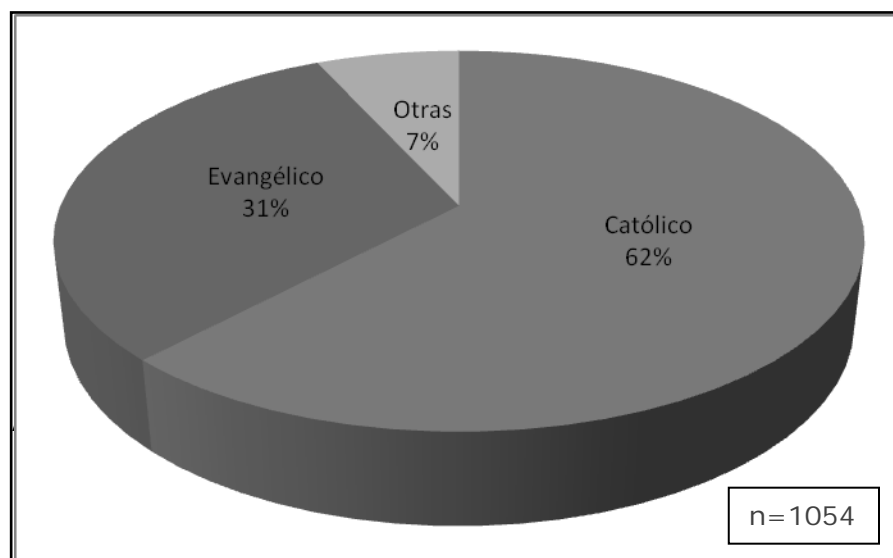
Fuente: Base de datos 2010.

Gráfica 3
Ocupación de las adolescentes embarazadas y madres adolescentes
en el departamento de Santa Rosa durante marzo y abril de 2010
Guatemala, junio 2010



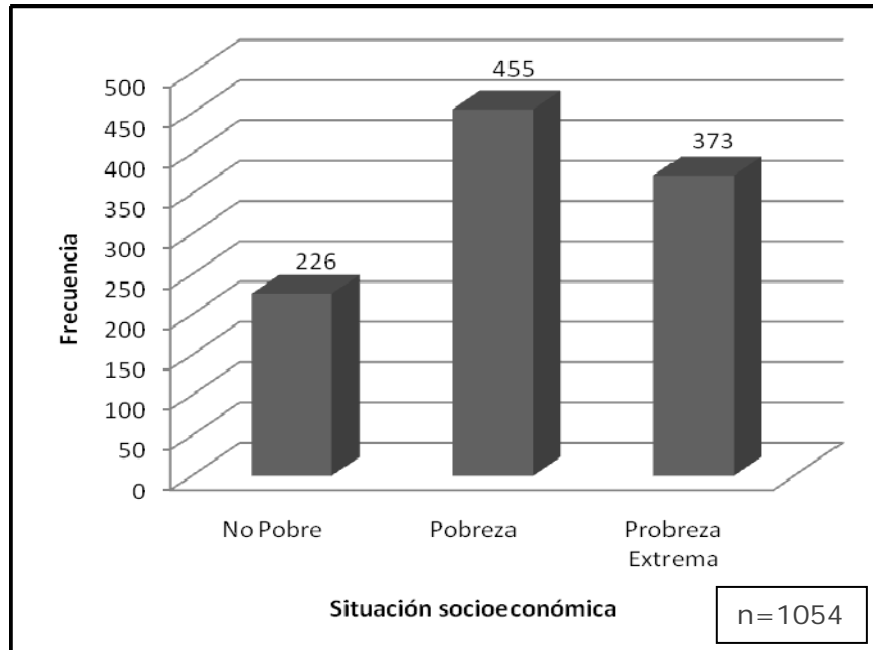
Fuente: Base de datos 2010.

Gráfica 4
Religión de las adolescentes embarazadas y madres adolescentes
en el departamento de Santa Rosa durante marzo y abril de 2010
Guatemala, junio 2010



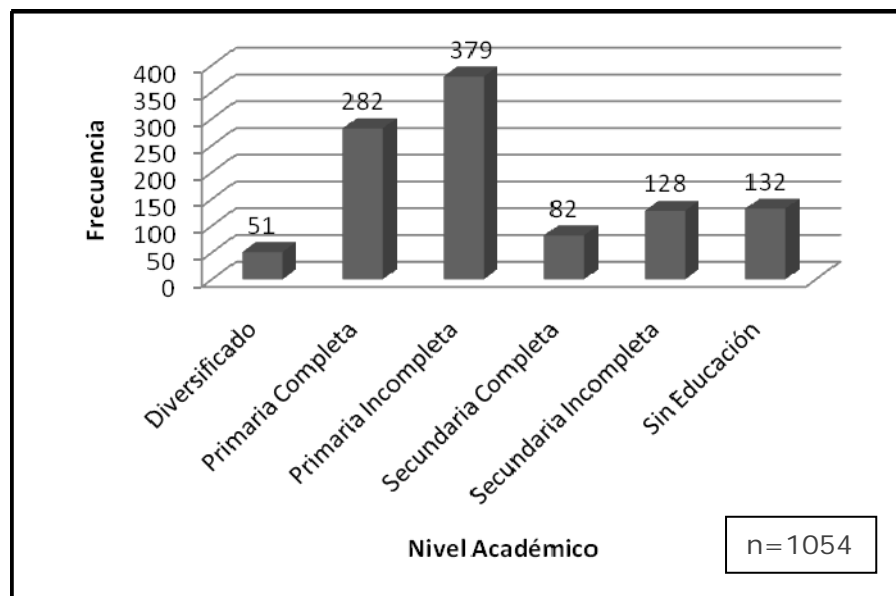
Fuente: Base de datos 2010.

Gráfica 5
Nivel socioeconómico de las adolescentes embarazadas y madres adolescentes en el departamento de Santa Rosa durante marzo y abril de 2010
Guatemala, junio 2010



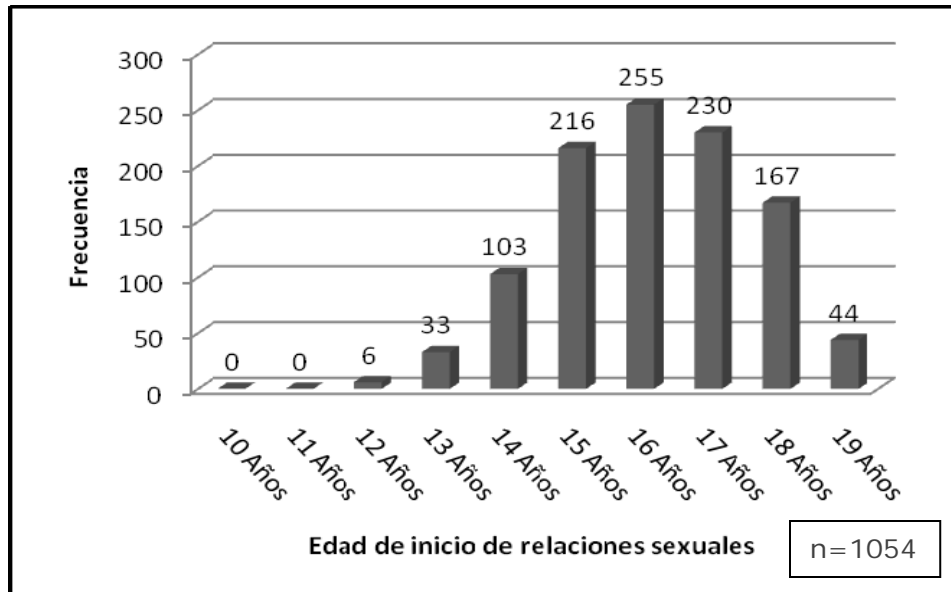
Fuente: Base de datos 2010.

Gráfica 6
Nivel académico de las adolescentes embarazadas y madres adolescentes en el departamento de Santa Rosa durante marzo y abril de 2010
Guatemala, junio 2010



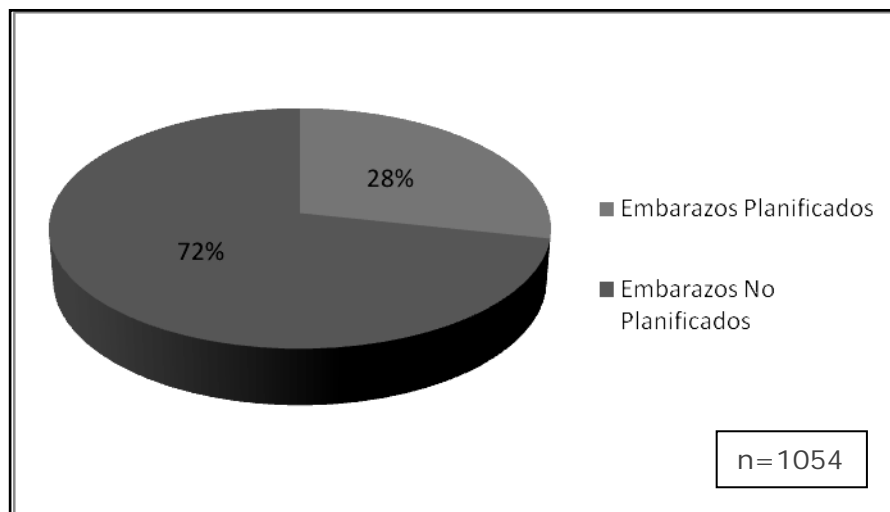
Fuente: Base de datos 2010.

Gráfica 7
Edad de inicio de relaciones sexuales de las adolescentes embarazadas y
madres adolescentes en el departamento de Santa Rosa durante
marzo y abril de 2010
Guatemala, junio 2010



Fuente: Base de datos 2010.

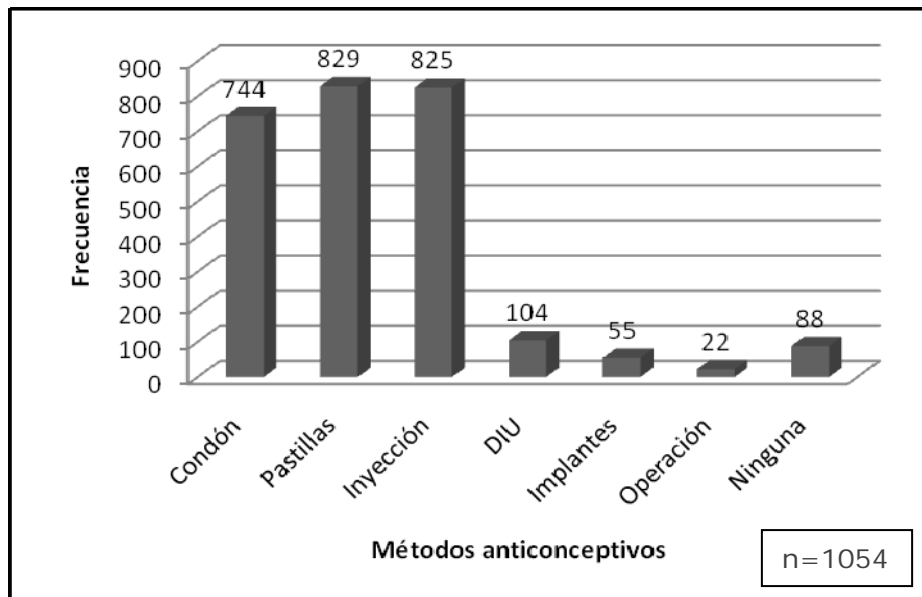
Gráfica 8
Embarazo no planificado en las adolescentes
del departamento de Santa Rosa durante marzo y abril de 2010*
Guatemala, junio 2010



Fuente: Base de datos 2010.

*La razón de embarazos no planificados y planificados es de 3:1, en comparación con el estudio realizado por el Instituto Guttmacher en Guatemala en el año 2006, representada por 1:3. (9)

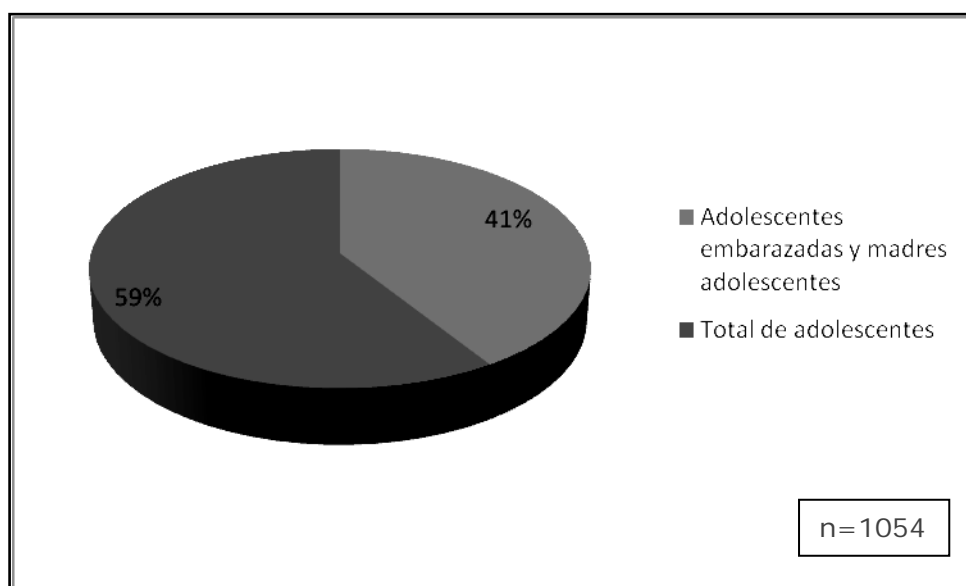
Gráfica 9
Conocimiento de métodos anticonceptivos en las adolescentes embarazadas y
madres adolescentes en el departamento de Santa Rosa durante
marzo y abril de 2010 *
Guatemala, junio 2010



Fuente: Base de datos 2010.

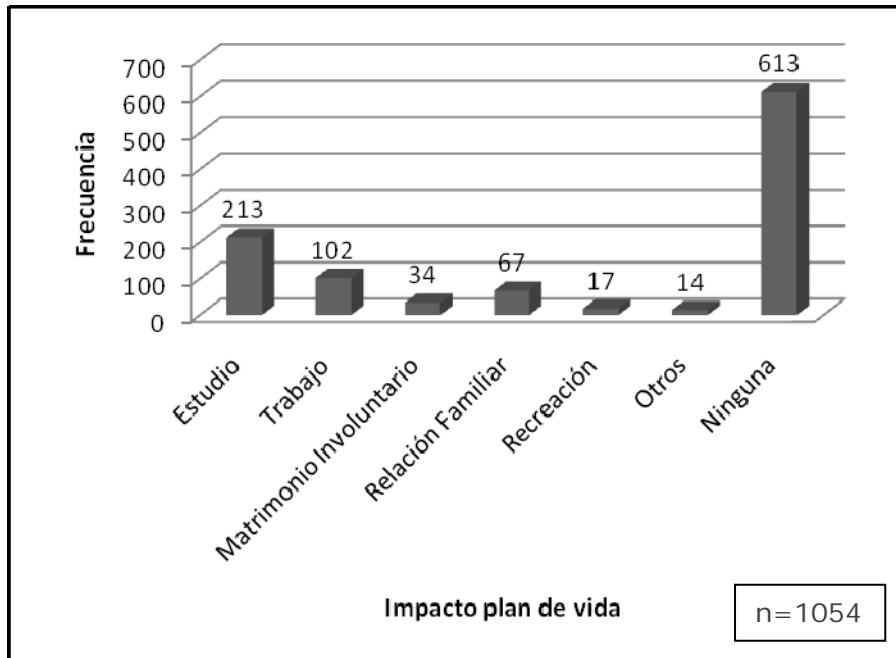
*54% de las adolescentes ha usado algún método anticonceptivo.

Gráfica 10
Proporción de adolescentes embarazadas y madres adolescente con el total
de adolescentes en el departamento de Santa Rosa durante
marzo y abril de 2010
Guatemala, junio 2010



Fuente: Base de datos 2010.

Gráfica 11
Impacto en el plan de vida de las adolescentes embarazadas y madres adolescentes en el departamento de Santa Rosa durante marzo y abril de 2010
Guatemala, junio 2010



Fuente: Base de datos 2010.

6. DISCUSIÓN

Según los datos proporcionados en la gráfica 1, la edad de las madres adolescentes y adolescentes embarazadas, se encuentra comprendida entre las etapas de adolescencia media y tardía. (16) La edad más frecuente fue 19 años, representado por 43%; probablemente este grupo ya asumió el rol de madre anteriormente por lo que fueron incluidas en el estudio.

En la gráfica 2, respecto al estado civil, 47% de las encuestadas se encuentra en unión libre, 34% casada y 22% soltera, comparado con un estudio realizado por el Instituto Guttmacher en Guatemala en el año 2008, que demuestra el 59%, 36% y 5% respectivamente, lo cual sugiere que la mayoría de adolescentes que presenta un embarazo, finaliza en una relación legal o consensual, ya sea voluntaria o involuntariamente, influenciada por características socioculturales y familiares. (3)

En la gráfica 3, respecto a la ocupación de las adolescentes, 88% era ama de casa, 9% trabaja y únicamente 3% estudia comparado con datos obtenidos del estudio realizado en el hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el año 2000, con resultados del 63%, 33% y 4% respectivamente, lo cual pareciera ser que cuando la adolescente presenta un embarazo, presenta un cambio radical en sus actividades laborales o escolares, adquiriendo con ello responsabilidades económicas, sociales y afectivas a edades tempranas. (18)

La gráfica 4 denota que 62% de las adolescentes profesa la religión católica, 31% evangélica y 7% otras religiones, comparado con el estudio del Instituto Guttmacher a nivel nacional en el 2008, que representa el 51.2%, 35.6% y 1.4% respectivamente(3); sin embargo, no pareciera existir alguna tendencia respecto a una u otra religión en ambos estudios, con lo cual es probable que las creencias religiosas no influya en el comportamiento sexual de las adolescentes, a pesar de la postura de cada una de ellas frente a la ley de planificación familiar. (20) (21)

El embarazo en adolescentes influye en el nivel socioeconómico de la familia, ya que en Latinoamérica, una madre adolescente tiene 7 veces más probabilidad de ser pobre (23), como se refleja en la gráfica 5, la cual representa que 43% de la población es pobre, 36% pobre extrema y 21% no pobre. Según datos publicados en el artículo "Determinantes del estado de salud en Guatemala" en el año 2003, 3 de cada 4 adolescentes son pobres y 1 de cada 4 pobres extremos (25), comparado con los datos

obtenidos en el presente estudio, que denota que 2 de cada 4 adolescentes son pobres y 1 de cada 4 pobres extremos, por lo que un ingreso familiar escaso y condiciones de pobreza, posiblemente limitan el acceso a los servicios de salud, provocando un deterioro de la salud, tanto para la adolescente como para el entorno familiar.

En la gráfica 6, se observa que 36% de las adolescentes no completó el nivel primario, mientras que 27% logró finalizar este ciclo, lo cual equivale al 63% de la población estudiada y 12 % no cuenta con ningún grado de escolaridad, comparado con 54% y 21% respectivamente publicado por el instituto Guttmacher en Guatemala en el año 2006. Así mismo, se encontró que 12.1% tiene secundaria incompleta y 12.6% secundaria completa y diversificado, encontrando que estos datos son similares el estudio citado anteriormente (13 y 12% respectivamente)(9); sin embargo al encontrarse 86% de las entrevistadas en la etapa de adolescencia tardía, en un marco ideal, se esperaría que contaran con escolaridad mayor, ya que esta condición, posiblemente se asocia a mayor uso de anticonceptivos y retraso en el inicio de relaciones sexuales, conllevando a menores tasas de enfermedades de transmisión sexual. (22)

En la gráfica 7, se evidencia que la edad de inicio de relaciones sexuales más frecuente fue a los 16 años, representado por 24.2%, perteneciente a la adolescencia media, etapa que se caracteriza por el inicio de experiencias y actividad sexual. (16) Sin embargo no es la etapa más adecuada para enfrentar las consecuencias del embarazo, puesto que no se ha alcanzado la madurez física, cognoscitiva, ni emocional, probablemente ocasionando mayor riesgo de promiscuidad, infecciones de transmisión sexual, menor uso de anticoncepción, embarazo no planificado y aborto. (29)

Respecto a la gráfica 8, el 72% de las adolescentes encuestadas no planificó el embarazo, comparado con el estudio realizado por el Instituto Guttmacher a nivel nacional en el año 2008, el cual indica que aproximadamente 21% de los embarazos en adolescentes es no planificado. (3) Este elevado porcentaje en el área rural de Santa Rosa, pareciera ser consecuencia de múltiples factores socioculturales como nivel de escolaridad, unión consensual involuntaria, nivel socioeconómico, edad temprana de inicio de relaciones sexuales e incorrecto uso de métodos anticonceptivos.

En la gráfica 9, se observa que 92% de las adolescentes conoce los métodos anticonceptivos, siendo los más comunes condón, pastillas e inyección. Sin embargo, 46% no ha utilizado método anticonceptivo alguno, comparado con datos publicados

en el manual de medicina de la adolescencia, que reporta el 48% a nivel latinoamericano, lo cual sugiere que existe conocimiento acerca de los programas y métodos de planificación familiar, sin embargo éstos se consideran deficientes, probablemente por capacitación y ejecución inadecuada, inaccesibilidad a los servicios de salud, aspectos socioculturales y religiosos de la adolescente. (23)

La gráfica 10 denota que la proporción de adolescentes embarazadas y madres adolescentes es de 41% respecto a la población total de adolescentes, lo cual parece ser similar al estudio realizado por el Instituto Guttmacher en Guatemala en el año 2008, que revela que 44% de mujeres adolescentes es madre. (3) Por lo que probablemente el ser madre adolescente incrementa 2 a 3 veces el número de gestas, en comparación con mujeres que retrasan el primer parto después de los 20 años (13).

En la gráfica 11, el 58% refirió que el embarazo no afectó su plan de vida en ninguno de los aspectos; 20% afirmó que interrumpió sus estudios, probablemente a partir del embarazo, donde su proyecto de vida se enfocó en la maternidad, adquiriendo responsabilidades a edades precoces, repercutiendo en su desarrollo físico, social y psicológico (35); 9% de las adolescentes refirió que la maternidad afectó su trabajo, tanto en oportunidades como en la vulnerabilidad de laborar en condiciones desfavorables e inapropiadas.

El cuadro 2 demuestra que del total de adolescentes sin educación, con primaria incompleta o completa, 47% se encontraba en unión libre, 34% casada y 17% soltera, mientras que las adolescentes que alcanzaron secundaria incompleta, completa o diversificado, se presentaron con 40%, 33% y 24% respectivamente, lo que sugiere que a mayor nivel educativo existe mayor soltería y menor unión consensual, similar al estudio Guttmacher en Guatemala en el año 2008, que indica que 66% de las adolescentes con bajo nivel académico se encuentra en unión libre, lo que pareciera afectar la formalización de una relación de pareja y la estabilidad en el hogar.(3)

Con respecto al cuadro 3, el mayor porcentaje de adolescentes encuestadas fue ama de casa en todos los niveles educativos, principalmente adolescentes sin educación, con primaria completa e incompleta quienes representaron 91%, disminuyendo este porcentaje a mayor nivel académico (74%). De las adolescentes que alcanzaron secundaria completa, incompleta y diversificado, 14% refirió tener empleo, mientras que las adolescentes que contaban con menor nivel educativo solo 8% lo tenía; esta situación se da posiblemente a que las madres adolescentes deben dedicarse al

cuidado del hogar y de los hijos, o a que las adolescentes embarazadas prefieren no trabajar por su estado de gestación, obligando a interrumpir sus estudios, lo que tal vez limita sus oportunidades de acceder a un trabajo que satisfaga sus necesidades básicas (9). Solamente 11% de las adolescentes con nivel académico mayor continuó estudiando, lo que probablemente condena a la adolescente a tener un futuro limitado en aspectos económicos, sociales y de salud que repercute en el desarrollo del país, situación que pareciera fortalecer el círculo vicioso de la pobreza.

En el cuadro 4, se observa que a menor nivel académico existe mayor nivel de pobreza y pobreza extrema, ya que 60% de las adolescentes embarazadas y madres adolescentes sin educación se encuentra en pobreza extrema y 30% es pobre, comparado con aquellas que alcanzaron diversificado, quienes 29% vive en pobreza extrema, 35% es pobre y 36% no pobre. Comparado con datos del estudio realizado en el año 2006 por el Instituto Guttmacher en Guatemala, el cual indica que 62% de las adolescentes con bajo nivel académico es pobre (9), lo cual sugiere que el nivel académico de la adolescente posiblemente determina su calidad de vida, así como el desarrollo del país, ya que el impacto social se evidencia en el crecimiento poblacional acelerado que genera pobreza y por ende mayor mortalidad materno infantil.

El cuadro 5 muestra que, a mayor nivel académico de las adolescentes, el inicio de relaciones sexuales es entre los 16 y 19 años de edad, contrario a las que presentan nivel académico menor, quienes iniciaron la actividad sexual entre los 12 y 15 años de edad. Según un estudio realizado en Perú en el año 2006, cada año las adolescentes que inician la actividad sexual antes de los 20 años aumentan 10%, de éstas, 25% no planifica su embarazo y 60% se embaraza en los 6 meses siguientes al primer contacto sexual (11). Lo anterior sugiere que a mayor nivel académico, se inicia más tardíamente la actividad sexual, probablemente por el conocimiento de temas sobre la educación sexual y salud reproductiva, lo que también podría disminuir la tasa de infecciones de transmisión sexual y abortos en las adolescentes, ya que éstas tal vez toman acciones efectivas en la prevención del embarazo, disminuyendo la probabilidad de que el embarazo sea no planificado.

En el cuadro 6, se denota que independientemente de la religión, 22% de las adolescentes, inició actividad sexual a los 16 años, de la misma forma, se puede observar que 31% de las adolescentes católicas inició ésta antes de los 15 años, comparado con 37% para las mujeres evangélicas y en las adolescentes con otra religión, 47% inició actividad sexual antes o a los 15 años de edad; lo que supone que

la creencia religiosa no constituye un factor influyente en el inicio de las relaciones sexuales, a pesar de las normas que éstas imponen con respecto a la sexualidad (20).

El cuadro 7 sugiere que sin importar las creencias religiosas, los porcentajes de embarazos no planificados fueron similares, 72% para las adolescentes católicas, 70% para las evangélicas y 76% para otras religiones, lo que puede relacionarse con la oposición de alguna de ellas al uso de métodos anticonceptivos (20), teniendo en cuenta que previamente se sugirió que en la población estudiada la religión no influye en la edad de inicio de relaciones sexuales y en este caso, en la planificación del embarazo.

El cuadro 8 demuestra que la mayoría de las entrevistadas son católicas, de las cuales 52% conoce los métodos anticonceptivos, en comparación con 56% de los evangélicos y 59% de otras religiones. A pesar que la iglesia católica se opone a la enseñanza y uso de los métodos anticonceptivos en contraste con la iglesia evangélica (20), se supone que la religión no influye en la decisión de la adolescente respecto al acceso a la información y uso de los métodos anticonceptivos.

El cuadro 9 denota que probablemente independientemente del nivel socioeconómico, el inicio de relaciones sexuales se presentó con mayor frecuencia a los 16 años. Según el manual de la adolescencia Washington del año 2003, cuanto más pobre es la adolescente, más elevado es el nivel de procreación temprana, promiscuidad y enfermedades de transmisión sexual (23); por lo cual es importante mencionar que a menor nivel socioeconómico posiblemente más temprana es la edad de inicio de relaciones sexuales.

El cuadro 10 refleja que el nivel socioeconómico pareciera influir de manera importante en la planificación de los embarazos en las adolescentes, ya que 68% de los no pobres, no planificó el embarazo, comparado con 70% de los pobres y 75% de los pobres extremos. En un estudio realizado a nivel latinoamericano en el año 2003, cuanto más pobre es un país, más elevado es el nivel de procreación temprana (23), lo cual sugiere que a menor nivel socioeconómico, menor acceso a los servicios de salud, bajo nivel educativo, menor accesibilidad a los programas de planificación familiar, con lo cual pareciera aumentar los embarazos no planificados en las adolescentes.

El cuadro 11 demuestra que 46% de adolescentes con nivel socioeconómico no pobre usa algún método anticonceptivo, en contraste con 57% de los pobres y 55% de los

pobre extremos; dichos datos sugieren que el uso de los métodos anticonceptivos en las adolescentes no es influenciado por el nivel socioeconómico; sin embargo, es importante mencionar que es posible que independientemente del nivel socioeconómico, aproximadamente 54% de las adolescentes estudiadas utilizan algún método anticonceptivo, comparado con el estudio del Instituto Guttmacher en Guatemala en el año 2008 que indica que la tasa de uso de anticonceptivos representó 25% (3), lo que tal vez aumenta la posibilidad de presentarse un embarazo a una edad temprana.

El cuadro 12 parece describir que a menor edad de inicio de relaciones sexuales, más tardío es el inicio de uso de métodos anticonceptivos, ya que en el presente estudio, se observa que a partir de los 16 años, las adolescentes inician a utilizar los métodos anticonceptivos en promedio 1 año después de haber tenido relaciones sexuales, en contraste con las menores de 16 años quienes iniciaron el uso de éstos 2 años después, en contraste con el estudio realizado por el Instituto Guttmacher en el año 2008 en Guatemala, que indica que las adolescentes no desean embarazarse en los próximos dos años ni utilizar un método anticonceptivo (3). Según estos datos se supone que el inicio de uso de métodos anticonceptivos es después del primer embarazo, lo que sugiere deficiencia en la ejecución de los programas de planificación familiar de la Salud Pública.

En el cuadro 13 se observa que independientemente de la edad de inicio de relaciones sexuales, aproximadamente 70% de las adolescentes no planifica su embarazo, apoyado por la revista cubana de Salud Pública del año 2006, que indica que la iniciación temprana de la actividad sexual sin la orientación correcta se asocia a mayor riesgo de embarazo no planificado (28). Dicha situación puede ser explicada por diversos factores que enfrenta la adolescente, ya que no ha completado el desarrollo físico, mental y social adecuado para tomar la decisión de embarazarse.

El cuadro 14 demuestra que 67% de las adolescentes que planificó su embarazo sí conocía los métodos anticonceptivos, en contraste con 59% de las adolescentes que no planificó y sí conocía estos métodos. Según un estudio realizado en Perú en el año 2006, se argumentó que la difusión del uso de los métodos anticonceptivos provoca aumento en la actividad sexual (11), lo que supone que el conocimiento de los métodos anticonceptivos influye en la planificación del embarazo en la adolescencia.

7. CONCLUSIONES

- 7.1 La edad más frecuente de las adolescentes estudiadas fue 19 años, correspondiente a la adolescencia tardía.
- 7.2 El estado civil más frecuente de las adolescentes estudiadas fue la unión libre, representado por 47%.
- 7.3 La ocupación más frecuente de las adolescentes embarazadas y madres adolescentes fue ama de casa, representado por 88%.
- 7.4 La religión más frecuente de las adolescentes embarazadas y madres adolescentes fue católica con 62%.
- 7.5 La situación socio-económica de las adolescentes embarazadas y madres adolescentes fue principalmente pobre con 43%.
- 7.6 La escolaridad más frecuente en las adolescentes embarazadas y madres adolescentes fue la primaria incompleta con 36%.
- 7.7 La edad de inicio de relaciones sexuales de las adolescentes embarazadas y madres adolescentes más frecuente fue a los 16 años.
- 7.8 La razón de embarazos no planificados y planificados fue de 3:1.
- 7.9 El 92% de las adolescentes embarazadas y madres adolescentes conocen algún método anticonceptivo, de los cuales el condón, las pastillas y la inyección, fueron los más conocidos; sin embargo 46% de las adolescentes embarazadas y madres adolescentes no han utilizado método anticonceptivo alguno.
- 7.10 La proporción de adolescentes embarazadas y madres adolescentes fue de 41% respecto a la población total de adolescentes en Santa Rosa.

8. RECOMENDACIONES

8.1 Al Gobierno de la República de Guatemala:

Reducir la desigualdad social, económica, política y cultural, ya que éstas se traducen en inequidades del acceso a la salud para la población, en este caso, las adolescentes y de esta forma disminuir la mortalidad materno-infantil.

8.2 Al Congreso de la República de Guatemala:

A través del conocimiento de las características de las adolescentes, crear políticas y leyes para la estructuración de programas efectivos para la protección de éstas, garantizándoles un adecuado desarrollo físico, mental y social.

8.3 Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:

Fortalecer los programas de planificación familiar y asegurar la disponibilidad de métodos anticonceptivos y dirigirlos hacia los grupos de alto riesgo, como las adolescentes, incrementando el acceso y conocimiento de la anticoncepción, realizando campañas de educación sexual, ayudando a las adolescentes a que tengan la seguridad necesaria en el proceso de toma de decisiones en planificación familiar y en promover mayor participación de los hombres en el tema.

8.4 Al Ministerio de Educación:

Incorporar dentro de un marco ético y moral en el currículo escolar, la educación sexual como materia independiente, lo cual ayudará a disminuir el número de embarazos no deseados en las adolescentes y el retraso en el inicio de relaciones sexuales. Además, fomentar la enseñanza primaria universal, ya que mientras mayor es la escolaridad, mayor conocimiento sobre el uso de anticonceptivos y retraso en el inicio de relaciones sexuales, mejorando la salud reproductiva de la población.

8.5 Al área de salud del departamento de Santa Rosa:

Reforzar sus acciones y estrategias en el desempeño y equidad del sistema, ya que son iniciativas necesarias para el mejoramiento individual e institucional de la salud.

8.6 A los servicios de salud de cada aldea estudiada:

Mejorar los esfuerzos en la prevención del embarazo no deseado en las adolescentes, a través de capacitación en temas sobre salud reproductiva, métodos anticonceptivos y sexualidad.

8.7 A las autoridades locales, consejos comunitarios de desarrollo (COCODE), puestos o centros de salud, iglesias y líderes comunitarios:

Planificar estrategias dirigidas a disminuir el embarazo no planificado en las adolescentes.

8.8 Al Centro de Investigaciones de Ciencias de la Salud (CICS) y a la Unidad de Trabajos de Graduación (UTG):

Se necesita realizar más investigación con el fin de documentar las experiencias y las perspectivas de las adolescentes en su proceso de toma de decisiones cuando enfrentan un embarazo, para generar estrategias eficientes y eficaces dirigidas a disminuir la mortalidad materno infantil y el embarazo no planificado en las adolescentes a nivel nacional y latinoamericano.

APORTES

- 9.1 Se hizo entrega de informe escrito de resultados obtenidos en el estudio al área de salud del departamento de Santa Rosa, autoridades comunitarias, consejos comunitarios de desarrollo y líderes, para la utilización de dichos datos en la creación o mejoramiento de estrategias en salud sexual a los adolescentes, en los distintos servicios de salud, para informar la situación sobre la maternidad en las adolescentes y además para mejorar la educación en salud reproductiva a través de capacitaciones en los puestos de salud correspondientes, a fin de disminuir el número de casos de embarazos no planificados y mortalidad materna en adolescentes.
- 9.2 Se brindó orientación médica sobre problemas de salud que surgieron en los hogares de las adolescentes visitadas.
- 9.3 Se brindó plan educacional a las adolescentes entrevistadas sobre la importancia del conocimiento y la utilización de métodos anticonceptivos, principalmente a las que refirieron no conocer dichos métodos.
- 9.4 Los resultados de este estudio serán publicados en la revista mensual del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala.

10.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Unsafe Abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000. [en línea] 4 ed. Ginebra: OMS; 2004 [accesado el 14 de febrero de 2010]. Disponible en: <https://www.who.int/whr/2005/chapter3/es/index3.htm>
2. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. XI Censo Nacional de Población y VI de Habitación 2002. [en línea] Guatemala: INE; 2009. [accesado el 20 de noviembre de 2009]. Disponible en: www.ine.gob.gt/content/consul_2/pob/censo2002.pdf
3. Prada E, Remez L, Kestler E, Sáenz S, Singh S, Bankole A. Datos sobre la salud sexual y reproductiva de la juventud guatemalteca. [en línea] Nueva York: Guttmacher Institute; 2008. [accesado el 8 de febrero de 2010]. Disponible en: http://www.guttmacher.org/pubs/2008/07/02/fb_Guatemala.pdf
4. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Información demográfica 2010. [en línea] Guatemala: INE; 2010. [accesado el 22 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.ine.gob.gt/index.php/demografia-y-poblacion/42-demografiaypoblacion/207-infodemo2010>
5. Barreda C. Guatemala: crecimiento económico, pobreza y redistribución. [Sede Web]. Guatemala: Albedrío.org; 2007 [actualizada en octubre 2007; accesado el 22 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.albedrio.org/htm/documentos/CarlosBarreda-001.pdf>
6. Datos generales de Santa Rosa. [en línea]. Guatemala: Aquiguatemala; 2004 [accesado el 22 de marzo de 2010]. Disponible en http://www.aquiguatemala.net/datos_santarosa.html
7. Los retos de las políticas sociales en Guatemala y Centroamérica. [en línea]. Guatemala: [s.n.] 2007 [accesado el 22 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.url.edu.gt/PortalURL/Archivos/56/Archivos/V.%20EL%20FUTURO%20DE%20LA%20SALUD%20EN%20GUATEMALA.pdf>
8. Castillo M, Sión L. El drama de ser madre y niña. Prensa Libre, lunes 8 de marzo de 2010; Departamental: p.48.
9. Prada E, Remez L, Kestler E, Sáenz S, Singh S, Bankole A. Embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala: causas y consecuencias. [en línea] Nueva York: Guttmacher Institute; 2006. [accesado el 20 de noviembre de 2009]. Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/GuatemalaUPIAsp.pdf>
10. Desarrollo físico y salud en la adolescencia. En: Papalia DE, Wendkos OS, Duskin FR. Psicología del desarrollo. 9 ed. México, D.F.: Mc Graw Hill Interamericana; 2002. p. 498-99.
11. Quiroz JM, Burga Enrique E, Castro Rojas J, Parraguez Flores C, Sosa Mozo R, Capitán Risco L, et al. Efectos del embarazo en la personalidad de las adolescentes de la provincia de Ferreñafe durante el año 2006. [monografía en línea]. Lambayeque [Perú]: [s.n.] 2006. [accesado el 14 de febrero 2010]. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos41/embarazo-efectos/embarazo-efectos.shtml>

12. Garcés M, Arriaga CA, Estrada G, Figueroa W, Colom A. Salud reproductiva en adolescentes de Guatemala: un análisis cualitativo y cuantitativo. [en línea]. Guatemala: UNICEF; 2005 [accesado el 15 de febrero 2010]. Disponible en: http://www.unicef.org.gt/03salud/documentos/salud_reproductiva_1-46.pdf
13. Yumar L. Sobre el embarazo en la adolescencia: estrategia educativa para elevar el conocimiento sobre el tema, Consejo Popular. [monografía en línea]. La Habana: [s.n.] 2001. [accesado el 8 de febrero de 2010]. Disponibles en: www.monografias.com/trabajos38/embarazo-en-adolescencia/embarazo-en-adolescencia.shtm
14. Organización Panamericana de la Salud. Manual en español orientado a profesionales de salud de atención primaria: crecimiento y desarrollo: sexualidad en la adolescencia. [en línea]. Washington: OPS; 2003 [accesado el 13 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/hppadol.htm>
15. Organización Panamericana de la Salud. Manual en español orientado a profesionales de salud de atención primaria: salud reproductiva: embarazo en la adolescencia, maternidad y paternidad en la adolescencia y normas de la adolescente embarazada. [en línea]. Washington: OPS; 2003 [accesado el 13 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/hppadol.htm>
16. Needlman RD. Adolescencia. En: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Editores. Nelson tratado de pediatría. 17 ed. Madrid: Elsevier; 2005. Pp: 53-8.
17. Romero MI. Salud y Embarazo: factores asociados al embarazo adolescente. [en línea]. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2009 [accesado el 16 de febrero 2010]. Disponible en: [http://www.webjam.com/mariacotetina/\\$my_blog_mmpfua69bp/2009/06/01/embarazo_adolescente](http://www.webjam.com/mariacotetina/$my_blog_mmpfua69bp/2009/06/01/embarazo_adolescente)
18. Cameros Guamuch EN. El programa de salud reproductiva dirigido a las madres adolescentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. [en línea] [tesis Trabajo Social]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Trabajo Social, 2000. [accesado el 17 de febrero 2010]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/15/15_1126.pdf
19. Zubarew T. Sexualidad y embarazo: sexualidad del adolescente. [en línea]. Chile: [s.n.]; 2000 [accesado el 23 de febrero 2010]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/Lecciones/Leccion15/M3L15Leccion.html>
20. Iglesia llama a no obedecer ley de educación sexual en Guatemala. [en línea]. Guatemala: Aciprensa; 2009 [accesado el 10 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.aciprensa.com/noticia.php?n=27441>

21. Orozco A. Controversia por la entrada en vigencia de la Ley de Planificación Familiar. [en línea]. Guatemala: La Hora; sábado 7 de noviembre de 2009 [accesado el 10 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.lahora.com.gt/notas.php?key=58111>
22. Remez L, Prada E, Figueroa W, López F, Drescher J. Proteger la salud sexual y reproductiva de la juventud guatemalteca: en resumen. [en línea] Nueva York: Guttmacher Institute; 2007. [accesado el 22 de febrero de 2010]. Disponible en: http://www.guttmacher.org/pubs/2007/11/28/IB_Guatemala_2007.pdf
23. Silber T. Manual de medicina de la adolescencia. Washington: OPS; 2003 p: 473-518; (Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud; 20)
24. Deguate.com, Salud: mujer adolescente: embarazo en la adolescencia [sede Web]. Guatemala: Deguate.com; 2007 [actualizada el 28 de diciembre de 2007; accesado el 24 de febrero de 2010]. Disponible en: http://www.deguate.com/salud/article_11834.shtml
25. Delgado K, Bitrán R y Asociados. Determinantes del estado de salud en Guatemala. [en línea]. Guatemala: 2003. [accesado el 13 de febrero de 2010]. Disponible en: http://www.usaid.gov/gt/docs/determinantes_estado_salud.pdf
26. Villanueva M, Sánchez A. Embarazo adolescente y perspectiva de género en la salud sexual. [en línea]. Argentina: Adital; 2006 [accesado el 17 de febrero 2010]. Disponible en: <http://www.adital.com.br/site/noticia2.asp?lang=ES&cod=23861>
27. Reynoso C. Aumentan embarazos en adolescentes. [en línea] Prensa Libre, martes 6 de octubre de 2009; Nacional. Disponible en: <http://www.prensalibre.com/pl/2009/octubre/18/346961.html>
28. Santana Pérez F, Ovies Carballo G, Verdeja Varela OL, Fleitas Ruiz L. Características de la primera relación sexual en adolescentes escolares de ciudad de La Habana. Rev Cubana Salud Pública [revista en línea] 2006 [accesado el 23 de febrero de 2010]; 32(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu06306.htm
29. Torrico Espinoza A, Salas Mallea A, Gutiérrez Avilés A, Arce Carreón M, Salazar Fuentes J. Factores de riesgo asociados al inicio de relaciones sexuales en adolescentes mujeres estudiantes de secundaria en La Paz, Bolivia. [en línea]. La Paz [Bolivia]: [s.n.]; 2004 [accesado el 23 de febrero de 2010]. Disponible en: http://www.bago.com.bo/sbp/revista_ped/Vol43_1/html/rel_adolescente.pdf
30. Guatemala. Asociación Pro-Bienestar de la Familia. APROFAM: la Federación Internacional de Planificación de la Familia en Guatemala. [en línea]. Sao Paulo [Brasil]: APROFAM; 1992 [accesado el 22 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://www.vidahumana.org/vidafam/ippf/aprofam.html>

31. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe: tendencias, problemas y desafíos. Desafíos [revista en línea] 2007 [accesado el 23 de febrero de 2010]; vol (4): [12 páginas]. Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/desafios_n4_esp_Final\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/desafios_n4_esp_Final(1).pdf)
32. Alvarado R, Martínez Pachón OA, Baquero Umaña MM, Valencia CA, Ruiz Sternberg AM. Problemática en torno al embarazo en adolescentes de 14 a 19 años, en Nocaima (Cundinamarca). Rev Ciencias de la Salud [revista en línea] 2007 abril-junio [accesado el 24 de febrero de 2010]; 5(1): [13 páginas]. Disponible en: http://www.urosario.edu.co/medicina/CienciasSalud/documentos/vol5n1/05_embarazo_vol5n1.pdf
33. Periodismosocial.org [Sede Web]. Buenos Aires: Periodismo Social; agosto 2004 [actualizado el 24 de febrero de 2010; accesado el 25 de febrero de 2010]. Disponible en: http://www.periodismosocial.net/area_infancia_informes.cfm?ah=101
34. Abreu Reyes E, Abreu Reyes DR, Argota Matos N, León Sánchez A, Fonseca Espinoza DA. Comportamiento del embarazo en la adolescencia. [monografía en línea]. Caracas [Venezuela]: [s.n.] 2007. [accesado el 24 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos60/embarazo-adolescente/embarazo-adolescente.shtml>
35. Imbiomed.com, Archivos de investigación pediátrica de México: artículo sobre las bajas expectativas de vida en la adolescente que influyen en un embarazo temprano. [Sede Web]. México: IMBIOMED; 2004 Abril-Junio. [actualizado en enero 2010; accesado el 24 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://www.imbiomed.com>
36. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. [en línea] 22 ed. España: Pro RAE; 2009. [accesado el 12 de febrero 2010]. Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>

11.ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARACTERIZACIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL DEPARTAMENTO DE SANTA ROSA, MARZO Y ABRIL 2010

Los estudiantes con cierre de pensum del sexto año de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala estamos realizando un estudio para identificar las características del embarazo en adolescentes en el departamento de Santa Rosa. Le vamos a dar información e invitarla a participar en nuestro estudio.

El embarazo en la adolescencia, es todo aquel embarazo que tiene lugar durante las edades de 10 a 19 años, el cual se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial. Afecta a todos los estratos sociales, sin embargo predomina en los niveles socioeconómicos bajos, debido, en parte, a la falta de educación sexual y al desconocimiento de los métodos anticonceptivos. El propósito del presente estudio es determinar las características que presentan las adolescentes embarazadas y madres adolescentes en el departamento de Santa Rosa.

En este estudio no existen riesgos ya que se basará en preguntas directas personales que tendrán un carácter confidencial. Aunque no existen riesgos conocidos, puede sentirse incómoda, por lo cual usted en cualquier momento puede suspender la entrevista. En ningún momento se dará a conocer el nombre de los encuestados.

Usted no obtendrá ningún beneficio directo por participar en el estudio, ni le será compensado de forma económica; sin embargo el beneficio indirecto del estudio con su participación nos ayudará a determinar las características del embarazo en adolescentes. Además este estudio permitirá la toma de decisiones por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y delegaciones departamentales, así como también fomentará la investigación por parte de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala para que la población adolescente pueda beneficiarse del conocimiento obtenido.

Tal vez le surja la duda de por qué se le ha escogido para participar en este estudio, por lo que aclaramos nuestros criterios para la selección de las participantes: toda mujer adolescente embarazada y madre adolescente de 10 a 19 años que residan y

sean detectadas en las Aldeas El Cerinal, El Naranjo, El Teocinte, El Rinconcito, Estanzuelas, Amberes, El Ahumado y Platanares, del departamento de Santa Rosa durante el período comprendido entre marzo y abril del 2010.

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, su familia, sus antecedentes, su conocimiento acerca de educación sexual. La duración de la entrevista será de aproximadamente de 20 minutos. En ningún momento usted será objeto de algún procedimiento médico que involucre la obtención de muestras para análisis de laboratorio. Finalizada la entrevista los instrumentos serán recolectados y tabulados en una base de datos.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas. Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, sin necesidad de dar ninguna explicación. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar voluntariamente, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento informado, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada. Usted puede cambiar de idea durante la entrevista y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes. Si usted decide no participar esto no limitará de ninguna forma la atención médica que usted recibe en los servicios de salud. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.

DECLARACIÓN Y FIRMA DEL PACIENTE

Yo, _____ he sido enterada del estudio en el que voy a participar, el cual consiste en una encuesta sobre las características del embarazo en adolescentes en el departamento de Santa Rosa, que está siendo realizada por estudiantes del último año de la carrera de Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala; entiendo que mi nombre no será divulgado; que podré retirarme del estudio en cualquier momento y en cualquier situación sin ninguna consecuencia en la atención que podría recibir en los servicios de salud; que fui elegida para el estudio por estar en el grupo entre 10 a 19 años de edad y que los resultados de este estudio me serán informados.

Nombre _____

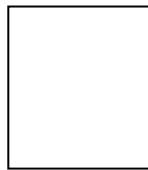
Firma _____

Identificación _____

Fecha _____

Analfabetas

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que la persona ha dado consentimiento libremente.



Huella dactilar del participante

Nombre del testigo _____

Firma _____

Identificación _____

Fecha _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que la persona ha dado consentimiento libremente.

Nombre del investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____

Caracterización del embarazo en adolescentes del Departamento de Santa Rosa
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala



**CARACTERIZACIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES
 EN EL DEPARTAMENTO DE SANTA ROSA
 AÑO 2010**

Fecha: _____

No. Cuestionario _____	ID encuestador: _____
-------------------------------	------------------------------

Buenos días, soy estudiante de sexto año de la carrera de Médico y Cirujano y estamos haciendo esta encuesta para conocer la caracterización del embarazo en la adolescencia, con el objetivo de mejorar su atención por lo que se le solicita contestar algunas preguntas.

I. Identificación General

01. Municipio: _____	02. Aldea: _____
03. Caso entrevistado: Adolescente embarazada <input type="checkbox"/> Madre Adolescente <input type="checkbox"/>	
04. Nombre: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> Apellido paterno _____ Primer nombre </div> <div style="text-align: center;"> Apellido Materno _____ Segundo nombre </div> </div>	
05. Edad: __ __ (años cumplidos)	06. Nivel académico: Sin educación <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Diversificado <input type="checkbox"/>
07. Ocupación: Trabaja <input type="checkbox"/> Estudia <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Si trabaja, especifique: _____	08. Estado civil: Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/>

09. Religión:

Católica
 Evangélica
 Otras

II. Situación socioeconómica

10. Número de personas que viven en el hogar: _ _	11. Gasto quincenal aproximado de alimentos en el hogar: _ _ _ _ _ quetzales
12. Gasto quincenal aproximado en otros bienes (no alimentos) en el hogar: _ _ _ _ _ quetzales	

III. Características del embarazo

13. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? _ _ Años	14. ¿Sabía que podía usar algún método anticonceptivo para evitar embarazarse? (haya o no haya quedado embarazada) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
15. ¿Está embarazada al momento de la entrevista? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	16. Si la respuesta anterior fue positiva, ¿cuántas semanas de embarazo tiene? _ _ _ _ _ semanas 00 = no embarazo a la entrevista
17. ¿Ha estado embarazada anteriormente? (incluye a la mujer embarazada al momento de la entrevista) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	18. Si su respuesta anterior fue positiva, ¿cuántos embarazos ha tenido? _ _ _ _ _ embarazos 00 = primer embarazo
19. Si ha estado embarazada, ¿ha llevado control prenatal? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	20. ¿Ha pensado cuántos hijos quiere tener? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuántos: _ _

<p>21. Cuando quedó embarazada, ¿Hubiera preferido retrasar el embarazo?</p> <p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>22. Si su respuesta anterior fue positiva, ¿Cuánto tiempo hubiera querido retrasar el embarazo?</p> <p>_____ meses</p> <p>_____ años</p>
<p>23. ¿Planificó quedar embarazada? (último embarazo):</p> <p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>24. ¿Alguno de sus hijos ha fallecido recién nacido o en el primer año de vida?</p> <p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>25. Si su respuesta anterior fue positiva, ¿cuántos han fallecido?</p> <p>_____ hijos muertos</p> <p>00 = adolescente embarazada</p>	

IV. Métodos anticonceptivos

<p>26. ¿Ha oído hablar sobre los métodos anticonceptivos?</p> <p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>27. ¿Qué métodos anticonceptivos conoce?</p> <p>Ninguno <input type="checkbox"/></p> <p>DIU <input type="checkbox"/></p> <p>Pastillas <input type="checkbox"/></p> <p>Inyección <input type="checkbox"/></p> <p>Condón <input type="checkbox"/></p> <p>Implantes <input type="checkbox"/></p> <p>Operación <input type="checkbox"/></p>
<p>28. ¿A qué edad se enteró de los métodos anticonceptivos?</p> <p>_____ años al enterarse</p>	<p>29. ¿Cómo se enteró de los métodos anticonceptivos?</p> <p>Familiares <input type="checkbox"/></p> <p>Amigos <input type="checkbox"/></p> <p>Personal de Salud <input type="checkbox"/></p> <p>Medios de Comunicación <input type="checkbox"/></p> <p>Escuela – colegio <input type="checkbox"/></p>
<p>30. Si utiliza algún método anticonceptivo, ¿a qué edad inició a utilizarlo?</p> <p>_____ años al inicio de utilización</p> <p>00 = nunca ha utilizado</p>	<p>31. ¿Qué métodos anticonceptivos ha utilizado?</p> <p>Ninguno <input type="checkbox"/></p> <p>DIU <input type="checkbox"/></p> <p>Pastillas <input type="checkbox"/></p> <p>Inyección <input type="checkbox"/></p> <p>Condón <input type="checkbox"/></p> <p>Implantes <input type="checkbox"/></p> <p>Operación <input type="checkbox"/></p>

<p>32. Si usted no utiliza ningún método anticonceptivos, ¿porqué no lo está usando? (Marque solo la más importante)</p> <p>Falta de voluntad <input type="checkbox"/></p> <p>Dificultad de acceso servicio de salud <input type="checkbox"/></p> <p>Desconocimiento <input type="checkbox"/></p> <p>Falta de dinero <input type="checkbox"/></p> <p>Miedo de usarlo <input type="checkbox"/></p> <p>Vergüenza <input type="checkbox"/></p> <p>Otros <input type="checkbox"/></p>	<p>33. ¿Piensa utilizar algún método anticonceptivo?</p> <p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Si su respuesta es NO porqué NO:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>34. ¿Cree usted que este embarazo ha afectado su plan de vida en el futuro?</p> <p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>35. Si su respuesta anterior fue positiva, marque la esfera que fue afectada</p> <p>Estudio <input type="checkbox"/></p> <p>Trabajo <input type="checkbox"/></p> <p>Recreación <input type="checkbox"/></p> <p>Relación Familiar <input type="checkbox"/></p> <p>Matrimonio involuntario <input type="checkbox"/></p> <p>Otro <input type="checkbox"/></p> <p>¿Por qué?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Gracias por su participación!!!

CUADROS CORRELACIONALES DE VARIABLES

Cuadro 2

**Relación del nivel académico con el estado civil de las adolescentes embarazadas y madres adolescentes en el departamento de Santa Rosa durante marzo y abril de 2010
Guatemala, junio 2010**

Nivel académico	Estado Civil					Total
	Soltera	Viuda	Divorciada	Unida	Casada	
Diversificado	16	1	1	13	20	51
Primaria Completa	58	3	0	130	91	282
Primaria Incompleta	53	4	1	172	149	379
Secundaria Completa	17	0	1	29	35	82
Secundaria Incompleta	27	0	0	78	23	128
Sin Educación	22	0	1	68	41	132

Fuente: Base de datos 2010.

Cuadro 3

**Relación del nivel académico con ocupación de las adolescentes embarazadas y madres adolescentes en el departamento de Santa Rosa durante marzo y abril de 2010
Guatemala, junio 2010**

Nivel académico	Ocupación			Total
	Estudia	Trabaja	Ama de Casa	
Diversificado	9	11	31	51
Primaria Completa	4	23	255	282
Primaria Incompleta	5	23	351	379
Secundaria Completa	6	9	67	82
Secundaria Incompleta	11	14	103	128
Sin Educación	0	13	119	132

Fuente: Base de datos 2010.

Cuadro 4
Relación del nivel académico con nivel socioeconómico de las adolescentes embarazadas y madres adolescentes en el departamento de Santa Rosa durante marzo y abril de 2010
Guatemala, junio 2010

Nivel académico	Nivel socioeconómico			Total
	No Pobre	Pobreza	Pobreza Extrema	
Diversificado	18	18	15	51
Primaria Completa	53	138	91	282
Primaria Incompleta	67	170	142	379
Secundaria Completa	34	31	17	82
Secundaria Incompleta	40	59	29	128
Sin Educación	14	39	79	132

Fuente: Base de datos 2010.

Cuadro 5
Relación del nivel académico con edad de inicio de relaciones sexuales en las adolescentes embarazadas y madres adolescentes en el departamento de Santa Rosa durante marzo y abril de 2010
Guatemala, junio 2010

Nivel académico	Edad de inicio de relaciones sexuales								Total
	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años	
Diversificado	0	1	1	3	13	9	19	5	51
Primaria Completa	2	9	22	61	76	58	47	7	282
Primaria Incompleta	2	13	41	85	76	86	59	17	379
Secundaria Completa	0	0	4	14	22	19	17	6	82
Secundaria Incompleta	0	2	4	32	36	41	10	3	128
Sin Educación	2	8	31	21	32	17	5	6	132

Fuente: Base de datos 2010.

Cuadro 6
Religión y edad de inicio de relaciones sexuales en las adolescentes embarazadas y madres adolescentes en el departamento de Santa Rosa durante marzo y abril de 2010
Guatemala, junio 2010

Religión	Edad de inicio de relaciones sexuales								Total
	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años	
Católica	4	17	56	127	160	151	106	33	654
Evangélica	1	13	33	73	81	68	51	8	328
Otras	1	3	14	16	14	11	10	3	72

Fuente: Base de datos 2010.

Cuadro 7
Religión y planificación del embarazo en las adolescentes embarazadas y madres adolescentes en el departamento de Santa Rosa durante marzo y abril de 2010
Guatemala, junio 2010

Religión	¿Planificó el embarazo?		
	SI	NO	Total
Católica	184	470	654
Evangélica	98	230	328
Otras	17	55	72

Fuente: Base de datos 2010.

Cuadro 8
Religión y el conocimiento de métodos anticonceptivos de las adolescentes embarazadas y madres adolescentes en el departamento de Santa Rosa durante marzo y abril de 2010
Guatemala, junio 2010

Religión	¿Conoce métodos anticonceptivos?		
	SI	NO	Total
Católica	342	312	654
Evangélica	186	142	328
Otras	43	29	72

Fuente: Base de datos 2010.

Cuadro 9
Nivel socioeconómico y edad de inicio de relaciones sexuales en las adolescentes embarazadas y madres adolescentes en el departamento de Santa Rosa durante marzo y abril de 2010
Guatemala, junio 2010

Nivel socioeconómico	Edad de inicio de relaciones sexuales								Total
	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años	
No Pobre	0	2	14	47	64	56	37	6	226
Pobre	2	16	45	100	106	100	70	16	455
Pobreza Extrema	4	15	44	69	85	74	60	22	373

Fuente: Base de datos 2010.

Cuadro 10
Relación del nivel socioeconómico con planificación del embarazo en las adolescentes embarazadas y madres adolescentes en el departamento de Santa Rosa durante marzo y abril de 2010
Guatemala, junio 2010

Nivel socioeconómico	¿Planificó el embarazo?		
	SI	NO	Total
No Pobre	72	154	226
Pobre	137	318	455
Pobreza Extrema	90	283	373

Fuente: Base de datos 2010.

Cuadro 11
Relación del nivel socioeconómico con el uso de métodos anticonceptivos en las adolescentes embarazadas y madres adolescentes en el departamento de Santa Rosa durante marzo y abril de 2010
Guatemala, junio 2010

Nivel socioeconómico	¿Ha utilizado métodos anticonceptivos?		
	SI	NO	Total
No Pobre	104	122	226
Pobre	260	195	455
Pobreza Extrema	207	166	373

Fuente: Base de datos 2010.

Cuadro 12
Relación de edad de inicio de relaciones sexuales con el uso de los métodos anticonceptivos en las adolescentes embarazadas y madres adolescentes en el departamento de Santa Rosa durante marzo y abril de 2010
Guatemala, junio 2010

Edad inicio relaciones sexuales	Edad inicio uso de métodos anticonceptivos								Total
	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años	
12 Años	0	0	1	0	0	0	1	1	3
13 Años	0	0	2	4	1	5	5	3	20
14 Años	0	0	4	16	8	10	8	4	50
15 Años	0	0	2	13	31	39	29	3	117
16 Años	1	0	0	3	18	71	25	17	135
17 Años	0	0	0	2	10	27	72	19	130
18 Años	0	0	1	0	1	1	31	63	97
19 Años	0	0	0	1	0	2	4	11	18

Fuente: Base de datos 2010.

Cuadro 13
Relación de edad de inicio de relaciones sexuales con planificación del embarazo en las adolescentes embarazadas y madres adolescentes en el departamento de Santa Rosa durante marzo y abril de 2010
Guatemala, junio 2010

Edad inicio relaciones sexuales	¿Planificó el embarazo?		
	SI	NO	Total
10 Años	0	0	0
11 Años	0	0	0
12 Años	3	3	6
13 Años	7	26	33
14 Años	27	76	103
15 Años	45	171	216
16 Años	59	196	255
17 Años	72	158	230
18 Años	71	96	167
19 Años	15	29	44

Fuente: Base de datos 2010.

Cuadro 14
Relación de planificación del embarazo con conocimiento de métodos anticonceptivos en las adolescentes embarazadas y madres adolescentes en el departamento de Santa Rosa durante marzo y abril de 2010
Guatemala, junio 2010

¿Planificó el embarazo?	¿Conoce los métodos anticonceptivos?		
	SI	NO	Total
SI	202	97	299
NO	447	308	755

Fuente: Base de datos 2010.