

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

CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES QUE CONDICIONAN EL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE
DEL AÑO 2,008 A ABRIL DEL AÑO 2,010.

HILDA PAOLA RIVAS COTTO
AMANDA IXCHEL BARREÑO COLINDRES

Presentada ante las autoridades de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad
de ciencias Médicas Maestría en Ginecología y Obstetricia Para obtener el grado de
Maestra en Ginecología y Obstetricia.

Guatemala, Febrero 2012



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: **Hilda Paola Rivas Cotto**

Carné Universitario No.: **100016357**

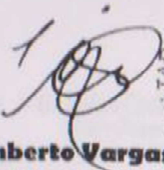
Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis **"Caracterización de los factores que condicionen el embarazo en adolescentes"**.


Que fue asesorado: **Dr. Rafael Godínez**

Y revisado por: **Dr. Luis Carlos Barrios Lupitou**

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para febrero 2012.

Guatemala, 15 de febrero de 2012


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


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

/s/



HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
Departamento de Ginecología y Obstetricia

1ª. Avenida 10-50 zona 1, Guatemala. Telefax: (502) 2253-0463.



Guatemala 14 de febrero 2012

Doctor
Héctor Fong Veliz
Director Maestría en
Ginecología y Obstetricia
Escuela de estudios de Post Grado
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Doctor Fong

Por este medio informo que he revisado el estudio de investigación "CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES QUE CONDICIONAN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2,008 A ABRIL DEL AÑO 2,010 perteneciente a las doctoras Amanda Ixchel Barreno Colindres y Hilda Paola Rivas Cotto y llena los requisitos establecidos por la Escuela de Estudios de Post Grado para informe final de tesis.

Sin otro particular me suscribo


Dr. Rafael Godínez

Dr. Rafael Godínez Valenzuela
Ginecólogo y Obstetra
Colegiado No. 12,924

ASESOR

103



Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

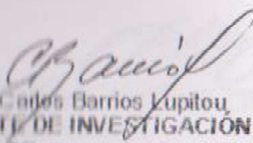
10 de noviembre de 2011

Doctor
Héctor Fong Véliz
DOCENTE RESPONSABLE POST-GRADO
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Escuela de Estudios de Post-grado
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de
Guatemala

Doctor Fong:

Le informo que el Estudio de Investigación "Caracterización de los Factores que condicionan el Embarazo en Adolescentes en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, durante el mes de septiembre del año 2008 a abril del año 2010", perteneciente a las Doctoras Hilda Paola Rivas Colto y Amanda Ischel Barreno Colindres, llena los requisitos establecidos por la Escuela de Estudios de Post-grado para Informe Final de Tesis.

Sin otro particular, me suscribo.


Dr. Luis Carlos Barrios Lupitou
DOCENTE DE INVESTIGACION
Y REVISOR


Dr. Luis Carlos Barrios L.
Médico y Cirujano
Colegiado No. 3693

C.C. archivo

Julia

Hospital General "San Juan de Dios"
Guatemala, C.A.

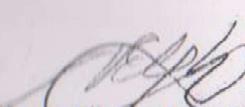
19 de octubre de 2010

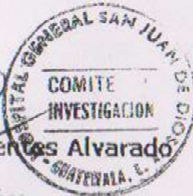
Doctoras
Amanda Ixchel Barreno
Hilda Rivas Cotto
MEDICOS RESIDENTES
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA
Edificio

Doctores:

El Comité de Investigación de este Centro Asistencial, les comunica que el Informe Final de la Investigación titulado: "Características de las Adolescentes Embarazadas Atendidas en el Hospital General "San Juan de Dios", ha sido aprobado para su impresión y divulgación.

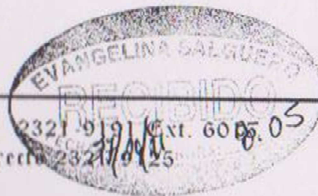
Sin otro particular, me suscribo.


Doctora Mayra-Elizabeth Cifuentes Alvarado
COORDINADORA
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN



c.c. archivo

Teléfonos Planta 2321 9191 Ext. 6005 03
Teléfono directo 2321 9125



-d-

INDICE

Capitulo	Página
I Resumen	1
II Introducción	2
III Antecedentes	3
IV Objetivo	25
V Materiales y Métodos	26
VI Resultados	29
VII Discusión y análisis	33
VIII Referencias Bibliograficas	35
IX Anexos	38

I. RESUMEN

La OMS define adolescencia al “período de la vida donde el individuo adquiere capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a adultez y consolida la independencia socioeconómica”, fijando sus límites entre 10 y 19 años.

Objetivo: Identificar los factores educativos, económicos y psicosociales que condicionaron el embarazo en adolescentes en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, durante Septiembre 2,008 a Abril 2,010.

Método: Se encuestaron mediante entrevista pacientes que acudieron por primera vez a control prenatal en consulta externa del Hospital General San Juan de Dios que accedieron voluntariamente a participar; fueron seleccionadas de forma aleatoria sistemática, realizándoles preguntas cerradas, identificándose características generales.

Resultados: Ingresaron al estudio 179 pacientes, un promedio de edad 17 años, 55.9% refirió estar unida, si agregamos las casadas, 68.7% tenían relación de pareja 41.9% (n=75) la pareja era también adolescente, 78.8% (n=141) tenían una paternidad responsable, 11.7% (n=21) se encontraban bajo dominio masculino y 73% (n=131) vivían en hogar integrado, 3.4% (n=6) indicó que consumió drogas previamente, y 6.1% (n=11) consumió bebidas alcohólicas. El 78.2% (n=140) dependía económicamente de otra persona, y del resto independiente, 12.8% (n=23) se encontraba laborando. El 23.5% (n=42) refirió ingreso precoz al trabajo. El 99% (n=177) eran alfabetas, pero de estas 71.5% (n=128) desertó. El 71.5% refirió tener conocimiento sobre métodos anticonceptivos, siendo el más conocido los inyectables con 38.5%, solo el 31.8% (n=57) indicó que utilizó alguno antes de embarazarse, y el más utilizado fue el preservativo en 64.2%.

II. INTRODUCCION

Los adolescentes son el grupo de población que se encuentran entre 10 y 19 años, según los clasifica la OMS, es una etapa de la vida del ser humano donde se experimentan cambios fisiológicos, psicológicos y de adaptación social, para adquirir la capacidad reproductiva e independencia económica, para así convertirse pronto en un adulto. Se divide en tres periodos: la temprana (10 a 13 años), la media (14 y 16 años) y la tardía (17 a 19 años). (1,2).

La prevalencia de embarazos en adolescentes es muy diversa. En los países desarrollados la prevalencia es baja; Guatemala es un país subdesarrollado, con niveles educativos bajos y presencia de pobreza; la prevalencia en Guatemala para el año 2,002 fue 114 nacimientos por cada mil mujeres entre 10 y 19 años. (3)

El embarazo en la adolescencia se comporta como riesgo elevado, haciéndose necesario el desarrollo de política de salud y sobre todo de educación sexual y sanitaria, que encaminen a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo etéreo garantizando un mejor pronóstico de vida, tanto para la madre como para su descendencia y una recuperación positiva en el desarrollo futuro de la sociedad. (4).

El objetivo de esta investigación fue describir los factores, educativos, económicos y psicosociales en Adolescentes Embarazadas que fueron atendidas en la consulta externa del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, de Septiembre del 2,008 a Abril del 2,010. Se encuestaron mediante entrevista pacientes que acudieron por primera vez a control prenatal a la consulta externa del Hospital General San Juan de Dios y que accedieron voluntariamente a participar. Las pacientes fueron seleccionadas de forma aleatoria sistemática, realizándoles preguntas cerradas, identificándose características generales.

El promedio de edad de las adolescentes embarazadas fue 17 años, con un 41.9% en que la pareja también era adolescente. La mayoría de las pacientes seguían en relación de pareja durante el embarazo, ya que el 78.8% presentaba una paternidad responsable. Tres cuartas partes de las pacientes provenían del área urbana y la mayoría provenían de un hogar integrado, 78.2% dependía económicamente de otra persona, y del resto que era independiente, el 12.8% se encontraba laborando. El 23.5% refirió ingreso precoz al trabajo. El 99% eran alfabetas, sin embargo la mayoría desertó durante el embarazo. El 71.5% refirió tener conocimiento sobre métodos anticonceptivos, de los cuales el mas conocido fueron los inyectables sin embargo solo el 31.8% indicó que utilizó alguno antes de embarazarse, y el más utilizado fue el preservativo.

III. ANTECEDENTES

Guatemala es un país de contrastes sociales y diversidad cultural, étnica y lingüística, con una población que rebasa los 11.2 millones de habitantes en el 2001 (5) distribuidos en un territorio de 108,889 kilómetros cuadrados. La mayoría de su población (60.6%) vive en el área rural, mientras que el 39.4% vive en el área urbana. El 51% de la población es de sexo femenino y más de la mitad de la población es menor de 18 años.

La política y los servicios de salud para la mujer siguen centrándose en sus funciones reproductivas, en detrimento de enfoques más integrales. Pese a este enfoque, la tasa de mortalidad materna en Guatemala sigue siendo descrita como “alarmante”, situándose en 153 decesos por cada 100.000 nacidos vivos, lo que suscita especial preocupación, ya que muchas de las causas son prevenibles. Los informes señalan que aproximadamente 53% de las muertes se producen por hemorragias, 14% por infecciones, 12% por hipertensión y 10% por complicaciones provocadas por abortos.(3)

El embarazo precoz sigue siendo un grave motivo de preocupación con respecto a las niñas de 15 a 19 años de edad. A los 19 años de edad, casi el 30% de ellas ya han quedado embarazadas. La falta de un incremento significativo de esta cifra en los últimos 15 años se considera como un indicador de la falta de educación sexual y la escasez de servicios de planificación de la familia para las jóvenes. El embarazo precoz plantea varios riesgos: además de los problemas de salud, un mayor riesgo de abortos, en condiciones inseguras, y de interrupción de la educación. (3)

Según el informe nacional de desarrollo humano del PNUD, Guatemala: Desarrollo Humano, Mujeres y Salud, 2002, el género como condicionante de la salud se manifiesta de variadas maneras: los hogares de jefatura femenina tienden a gastar más en salud que los dirigidos por hombres; las mujeres presentan una mayor incidencia de enfermedades o accidentes, pero una menor inasistencia laboral por motivos de salud, lo que constituye otro reflejo de la inequidad laboral de género; y en el desconocimiento de técnicas de planificación familiar, especialmente entre mujeres del área rural o indígena. En materia de acceso a la salud, dicho informe indica que en Guatemala éste depende de los ingresos del hogar y que la utilización del seguro social, público o privado, es más frecuente en los grupos de mayores ingresos, en tanto que la farmacia se ha convertido en el primer proveedor de salud para los

pobres, esto es, para el 56.2% de la población que vive bajo el índice de pobreza en Guatemala. (3)

En el área de educación, Guatemala es el país que tiene la segunda tasa más alta de analfabetismo femenino en América Latina (34.6%)(5), asimismo, la diferencia más marcada en las tasas de alfabetización entre hombres y mujeres. Otros indicadores educativos dan cuenta de que aproximadamente medio millón de niñas entre 7 y 14 años no están inscritas en la escuela primaria en comparación con 300,000 niños que tampoco lo están.

Ha habido un incremento notable de la cobertura educativa en el nivel primario en los últimos años, con una cobertura bruta de 106.4% (109.9% para hombres y 102.7% para mujeres) y una cobertura neta de 87.5% (88.96% para hombres y 85.93% para mujeres). De igual forma, en la última década se ha reducido la brecha de inscripción entre niños y niñas, de 84.23% en 1991 a 87.95% en el 2000. De igual manera, la brecha de género en eficiencia interna ha disminuido considerablemente, excepto en las zonas rurales más pobres, evidenciándose un aumento de las tasas de promoción y una reducción de las tasas de deserción y fracaso escolar de niños y niñas. Las cifras del año 2,000 revelan que en el área urbana 78 de cada 100 niñas asistieron a la escuela, en tanto que, en el área rural la condición de la niña es más dramática ya que de cada 100 niñas, sólo 59 asistieron a la escuela primaria.(6)

En otros niveles educativos como básicos, diversificado y universitario, la presencia femenina se mantiene más baja respecto a la masculina, aunque en las dos últimas décadas ha aumentado relativamente el número de niñas que continúan sus estudios. Cabe destacar que aún persisten en el nivel básico y diversificado tendencias a reforzar los roles tradicionales y estereotipos sexuales masculinos y femeninos, siendo un ejemplo clásico la asignatura de Educación para el hogar, dirigida para la población femenina y la asignatura de Artes Industriales específica para los varones.(6)

Otro aspecto importante a destacar es la calidad de la educación que incluye indicadores relacionados con infraestructura, razón alumnas/os/ maestro/a, salarios a los docentes, acceso a textos escolares. Al respecto el reciente informe "Guatemala: el rostro rural del desarrollo humano" (1,999) plantea algunos avances en cuanto a la infraestructura escolar y

en la introducción de nuevos textos, así como la extensión de programas de educación bilingüe (idiomas mayas / castellano)(5)

La participación femenina en el mercado laboral ha aumentado de 26% en 1989 a 37% en el 2000(5). A pesar de este incremento, los empleos a los que tienen acceso la mayoría de mujeres son de baja productividad, de carácter informal y sin prestaciones. Así mismo, las mujeres comienzan su inserción en el campo laboral a muy temprana edad y en empleos de poca remuneración.

Las principales ramas de la economía en las que participan las mujeres son el comercio y los servicios tanto en el área urbana como en área rural, ya que la mayor parte de ellas no pueden acceder a mejores oportunidades de empleo por el alto nivel de analfabetismo existente y por la falta de oportunidades, producto de la discriminación que viven. Adicionalmente las mujeres trabajadoras, tanto en el campo como en la ciudad, encuentran dificultades para su organización y movilización en demanda de sus derechos. Se reporta que únicamente hay 19,000 mujeres sindicalizadas, con relación a 94,131 hombres(5).

La situación laboral de las mujeres se complica aún más ante los cambios que están ocurriendo en términos de globalización y los procesos ligados al Tratado de Libre Comercio, el Plan Puebla Panamá y el Área de Libre Comercio de las Américas. Estos procesos requieren mayor flexibilización laboral, reducción de empleos y mayor calificación de la mano de obra, dejando a las mujeres al margen de la participación debido a los bajos niveles educativos prevaletentes. (6)

Esto implica que su inserción en el sistema económico siempre es desventajosa, con empleos mal remunerados, sin las garantías mínimas de seguridad social y sin las condiciones mínimas de trabajo que les permitan asumir dichos derechos en todo el proceso de maternidad. Las mujeres en general y las mujeres indígenas en particular que logran incorporarse al mercado de trabajo se enfrentan con una serie de dificultades en el espacio doméstico, por todo lo que significa tener que cumplir con diversos roles que la sociedad como son el de madre, esposa, entre otras.(7)

La violencia en la sociedad guatemalteca sigue siendo uno de los grandes problemas a resolver, principalmente en lo que se refiere a la violencia intrafamiliar y contra las mujeres,

especialmente por el hecho que existe un importante grado de aceptación o tolerancia social, que limita ser reconocido como un problema de interés público(5).

Las estadísticas acerca de la dimensión del problema no son completas y sin duda subestimadas, ya que no existe un sistema único de registro que permita observar las tendencias anuales del fenómeno de la denuncia de la violación a derechos. Por otro lado, los datos con que se cuentan son imprecisos y poco fiables para realizar un análisis de la tendencia del impacto. Se puede observar que existen datos que no coinciden entre lo registrado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y los registros de cada instancia que recibe denuncias. PROPEVI reportó que de los 11,598 casos atendidos en 2001, el 58.7% fueron mujeres las víctimas¹. Adicionalmente a esta situación se agrega el aumento de asesinatos de mujeres y en particular de niñas y jóvenes, correspondiente a 978 casos reportados durante el período 2001-2003. De igual manera, las estadísticas para la evaluación de la incidencia e impacto de las leyes y políticas dirigidas a la erradicación de la violencia intra familiar y contra las mujeres son escasas y dispersas.(7)

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

La OMS define como adolescencia al "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 socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años. (8) Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial.

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas (9):

1.– Adolescencia Temprana (10 a 13 años):

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente 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.

2. – Adolescencia media (14 a 16 años):

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

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 apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

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.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes". (9)

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender. Para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda. EE.UU es el país industrializado con mayor tasa de embarazadas adolescentes, con una tasa estable del 11,1% en la década de los '80. Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia, han presentado un acusado descenso de embarazos en adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de los contraceptivos. (10)

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hacen ya unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares. Cuando la adolescente se embaraza inicia un complejo proceso de toma de decisiones y, hasta decidirse por uno, aparece siempre el aborto a veces como un supuesto más teórico que real. En 1985, en EE.UU, el aborto alcanzó el 42%; los matrimonios disminuyeron del 51% al 36%. Hoy, la tendencia es de un aumento de los abortos y disminución de matrimonios, aunque no siempre las decisiones de las adolescentes son conocidas (abortos o adopción) (11).

Salvo que el tener un hijo forme parte de un proyecto de vida de una pareja de adolescentes, el embarazo en ellos es considerado como una situación problemática por los sectores involucrados pero, si se considera al embarazo en la adolescente como un "problema", ello limita su análisis. En todo caso, esta "problematización" se aplicaría a algunas subculturas o a algunos estratos sociales, pero no a todos los embarazos en adolescentes. Además, el considerarlo un "problema", exige aplicar terapéuticas que aporten soluciones sin permitir implementar acciones preventivas adecuadas. Por ello es conveniente encuadrarlo dentro del marco de la "salud integral del adolescente". Esto permite abarcar todos los embarazos que ocurran a esta edad; adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud; brindar asistencia integral a cada madre adolescente, a sus hijos y parejas y aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de los adolescentes. Por todo ello, el embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral biopsicosocial por

un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad – paternidad.

CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES PARA EL AUMENTO DE LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera (12):

- a. – Sociedad Represiva: niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.
- b. – Sociedad Restrictiva: tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.
- c. – Sociedad Permisiva: tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.
- d. – Sociedad Alentadora: para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico.

Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones:

- 1. – Estratos medio y alto: la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.

2. – Estratos más bajos: donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

Etiología y Factores asociados al embarazo en adolescentes

Determinantes de la fecundidad en la adolescencia:

Factores biológicos:

La edad de menarquía es un factor determinante de la capacidad reproductiva, la que está ligada a la proporción de ciclos ovulatorios que alcanzan cerca del 50% 2 años después de la primera menstruación.

Factores psicosociales y conducta sexual:

El adelanto de la menarquía es un factor biológico que se acompaña de actitudes y de comportamientos hacia el sexo opuesto, que pueden conducir a un ejercicio temprano de la sexualidad. Los factores psicosociales que acompañan a la modernización y su influencia en los roles personales y familiares son también contribuyentes, al existir grandes contradicciones: por una parte las características biológicas permiten la reproducción más temprana, por otra, la sociedad retarda la edad en que se considera adulto con todos los derechos y deberes. Este conjunto de elementos hace que aumente el período de exposición al riesgo de embarazo fuera del marco, socioculturalmente aceptado, del matrimonio estableciéndose, además, expectativas poco realistas sobre el comportamiento sexual de los adolescentes.

Conducta sexual:

Hay escasa información respecto a la sexualidad de los adolescentes latinoamericanos, aunque algunos estudios estiman que el 50% de los adolescentes menores de 17 años es sexualmente activo. La observación clínica indica que la relación sexual precoz es extendida en comunidades campesinas, algunas zonas suburbanas y en las clases sociales bajas de las grandes ciudades. El aumento de la población juvenil sexualmente activa no se ha acompañado de un incremento proporcional de contracepción.

La edad media en que se contrae matrimonio es un indicador de las opciones al alcance de las mujeres: cuando pueden elegir, muchas mujeres retrasan el matrimonio para estudiar y/o buscar empleo. Esta orientación al cumplimiento de metas es un factor que favorece un inicio más tardío de la actividad sexual.

Disfunción familiar:

Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una actividad sexual prematura, y un embarazo puede ser visto como la posibilidad de huir de un hogar patológico donde a veces la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto. Como factores de riesgo asociados a la familia se han descrito también la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres.

Psicológicos y Culturales

Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación precoz de la actividad sexual. En la adolescencia media el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas "eso no les va a pasar". La necesidad de probar su fecundidad, estando afligidas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia.

En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa o nula, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo. El "machismo" y la necesidad del varón de probarse, así como la existencia de carencias afectivas y necesidades no satisfechas son factores del comportamiento que también contribuyen al fenómeno.

Sociales

Las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y acceso a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo.

Los medios de comunicación, a través de los mensajes comercializados y estereotipados, han contribuido a la reducción de las barreras culturales que, en el pasado, limitaban la actividad sexual.

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

Anticoncepción y embarazo adolescente

La mitad de los embarazos de adolescentes ocurren durante los seis meses siguientes al inicio de la actividad sexual, y el 20% en el curso del primer mes. De estos adolescentes, no más de un 30% usó algún método anticonceptivo en ese período, aduciendo que estaban convencidos que "eso no iba a pasarles", lo no planificado del momento del coito, ignorancia de los métodos de anticoncepción, temor a ser criticados si usaban un método anticonceptivo, o a que los padres supieran que tenían actividad sexual.

El uso de anticonceptivos en adolescentes es inferior que el de las mujeres de toda edad, aún en las casadas, con tasas de 9% en Guatemala, 30% en Colombia y hasta 50% en Brasil. Las cifras son mas bajas en áreas rurales. Los métodos más utilizados son el coito interrumpido, y el método de calendario, (no siempre bien utilizados) seguido de la píldora.

La literatura señala que durante el año siguiente al parto, el 30% de las adolescentes quedan nuevamente embarazadas, y entre el 25 y 50% durante el segundo año. Como factores de riesgo para la recidiva se han identificado: primer embarazo antes de los 16 años, pareja mayor de 20 años, deserción escolar, estar en un nivel escolar menor al que le correspondería, haber requerido asistencia social en el primer embarazo, haber tenido complicaciones durante el primer embarazo, y haber salido del hospital sin conocer métodos de planificación familiar.

ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES

A. – LA ADOLESCENCIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares.

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija-madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.

También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico.

Así, por temor a perder lo que creen tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan. En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del "abuso sexual", en la mayoría de los casos por su padre biológico.

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias. (13)

B. – ACTITUDES HACIA LA MATERNIDAD

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. (14) Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre. En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos. (7)

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que "dramaticen" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de auto cuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo. (7)

En la adolescencia tardía, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes. (11)

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida.

C. – EL PADRE ADOLESCENTE

Si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el varón para ser padre especialmente porque, en la cultura en que se da la maternidad adolescente, es muy común que el varón se desligue de su papel y las descendencias pasan a ser criadas y orientadas por mujeres.

Esta exclusión del varón provoca en él sentimiento de aislamiento, agravados por juicios desvalorizadores por parte de su familia o amistades ("con qué lo vas a mantener", "seguro que no es tuyo", etc.) que precipitarán su aislamiento si es que habían dudas. Al recibir la noticia de su paternidad, el varón se enfrenta a todos sus mandatos personales, sociales y a sus carencias, exacerbándose todo ello por altruismo, lealtad, etc. como también

por su dependencia económica y afectiva. Por ello, busca trabajo para mantener su familia, y abandona sus estudios, postergando sus proyectos a largo plazo y confunde los de mediano con los de corto plazo, comenzando a vivir las urgencias. A todo esto se agrega el hecho de que la adolescente embarazada le requiere y demanda su atención, cuando él se encuentra urgido por la necesidad de procuración.

En la necesidad de plantearse una independencia frente a su pareja y la familia de ésta, siente que se desdibuja su rol, responsabilizándolo de la situación, objetando su capacidad de "ser padre". Se enfrenta a carencias por su baja capacitación a esa edad y escolaridad muchas veces insuficiente para acceder a trabajos de buena calidad y bien remunerados. Ello lo obliga a ser "adoptado" como un miembro más (hijo) de su familia política, o ser reubicado en su propia familia como hijo – padre.

Esta situación de indefensión hace confusa la relación con su pareja, por su propia confusión, lo que le genera angustia. Por ello es que el equipo de salud deberá trabajar con el padre adolescente, estimulando su compromiso con la situación, o bien posibilitando una separación que no parezca "huida".

D. – CONSECUENCIAS DE LA MATERNIDAD – PATERNIDAD ADOLESCENTE

A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad – paternidad en la segunda década de la vida.

1. – Consecuencias Para La Adolescente

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales. Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia. Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con

intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

2. – Consecuencias Para El Hijo De La Madre Adolescente

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita".

Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional

Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "extramatrimoniales" o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos.

3. – Consecuencias Para El Padre Adolescente

Es frecuente la deserción escolar para absorber la mantención de su familia. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un stress inadecuado a su edad. En general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz.

ENFOQUE DE RIESGO PARA LA ATENCION DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

La primera pregunta a responder es si se considera a las adolescentes gestantes como de alto riesgo obstétrico y perinatal. La segunda pregunta es cómo separar a las adolescentes que son de alto riesgo de las que no lo son. Una tercera pregunta es saber cuáles son esos factores predictores y si son biológicos o psicosociales. La cuarta pregunta es saber si es posible aplicar modelos de atención simples que permitan aplicar los factores predictores de riesgo y concentrar los recursos de mayor complejidad y de mayores costos en las adolescentes más necesitadas.

Para aplicar un modelo de atención basado en factores de riesgo obstétrico y perinatal, conviene dividir a las adolescentes embarazadas en 3 grupos: de alto riesgo, de mediano riesgo y de riesgo corriente o no detectable. (14,15,16)

A. – GRUPO DE ALTO RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL

- Antecedentes de patología médica obstétrica general importante.
- Antecedente de abuso sexual.
- Enflaquecimiento (desnutrición).

- Estatura de 1,50 m o menor.
- Cursando los 2 primeros años de la enseñanza media.
- Pareja estudiante, en servicio militar o con trabajo ocasional.

B. – GRUPO DE MEDIANO RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL

1. Menarca a los 11 años o menos.
2. Actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo.
3. Ser la mayor de los hermanos.

C. – GRUPO DE RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL CORRIENTE O NO DETECTABLE

Incorpora a todas las demás adolescentes hasta la edad que determine el programa. Poseen diferentes normas de control prenatal, en base a nivel de complejidad de la atención. Actualmente no se considera el grupo de mediano riesgo. El factor "actitud negativa" de la adolescente al inicio del embarazo, pasó al grupo de alto riesgo y los otros 2 factores pasaron al grupo de riesgo corriente o no detectable

La aplicación de un programa de estas características en CAPS del norte de la ciudad de Santiago de Chile, ha permitido descender la tasa de mortalidad materna a casi 0 en adolescentes y la de partos pretérmino igualarlos prácticamente a la de la población de adultas (7 a 8% en Chile). (10)

CONTROL DEL EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE

Los problemas que se pueden presentar en los controles prenatales, se los puede agrupar en trimestres.

PRIMER TRIMESTRE

1. -Trastornos Digestivos:

En 1/3 de las gestantes adolescentes se presentan vómitos, proporción bastante semejante a la población de adultas. En algunas circunstancias pueden colaborar otros factores como la gestación no deseada. Un trabajo nigeriano al respecto informa que los vómitos se ocurrieron en el 83,3% de controladas y el 86% de no controladas. (17,18)

2. - Metrorragias: Ocurre en un 16,9% de las adolescentes y en un 5,7% de las adultas.
3. - Abortos Espontáneos: Leroy y Brams detectaron un 28,2% de abortos espontáneos en las adolescentes.
4. -Embarazos Extrauterinos: Según Aumerman ocurren en el 0,5% de las gestantes embarazadas y en el 1,5% de las adultas.

SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE

1. – Anemia

Especialmente en sectores de bajo nivel social y cultural. El déficit nutricional condiciona la anemia ferropénica.

2. – Infecciones Urinarias

Hay discrepancias respecto de si es o no más frecuente esta complicación en la adolescente embarazada. Al parecer habría un discreto aumento de la frecuencia entre las de 14 años pudiendo alcanzar, para algunos autores, un 23,1%.

3. – Amenaza De Parto Pretérmino

Afecta aproximadamente al 11,42% de las gestantes embarazadas y, para algunos autores, no es diferente al porcentaje de las mujeres adultas. No obstante, la adolescencia en sí, es un factor de riesgo para esta complicación.

4. – Hipertensión Arterial Gravídica

Complicación que se presenta entre el 13 y 20% de las adolescentes gestantes, posiblemente es mayor el porcentaje entre las gestantes menores de 15 años, notándose una sensible disminución en la frecuencia de la eclampsia (0,10 a 0,58%), dependiendo en gran medida de la procedencia de la gestante, su nivel social y de la realización de los controles prenatales. En algunos países del 3er mundo puede alcanzar un 18,2% de preeclampsias y un 5% de eclampsias. Para algunos autores, esta incidencia es doble entre las primigrávidas entre 12 y 16 años.

5. – Mortalidad Fetal

No parece haber diferencias significativas entre las adolescentes y las adultas.

6. – Parto Prematuro

Es más frecuente en las adolescentes, con una media de menos una semana respecto de las adultas, cubriendo todas sus necesidades (nutritivas, médicas, sociales, psicológicas).

7. – Crecimiento Intrauterino Retardado

Quizás por inmadurez biológica materna, y el riesgo aumenta por condiciones socioeconómicas adversas (malnutrición) o por alguna complicación médica (toxemia). El bajo peso al nacer se asocia al aumento de la morbilidad perinatal e infantil y al deterioro del desarrollo físico y mental posterior del niño.

8. – Presentaciones Fetales Distólicas

Las presentaciones de nalgas afecta del 1,9% al 10% de las adolescentes. Para algunos autores, al 3%.

9. – Desproporciones Cefalopélvicas

Es muy frecuente en adolescentes que inician su embarazo antes de que su pelvis alcance la configuración y tamaño propios de la madurez.

10. Tipo De Parto

En algunas publicaciones se informa una mayor frecuencia de extracciones fetales vaginales instrumentales y no tanta cesárea. En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca, la prevalencia de cesáreas en adolescentes es del 18,9%, mientras que en nuestro servicio del Hospital Dr. José Ramón Vidal de Corrientes Arg., la prevalencia del parto por cesárea es sensiblemente mayor. (19,20)

11. – Alumbramiento

Se comunica una frecuencia del 5,5% de hemorragias del alumbramiento en adolescentes, frente a un 4,8% en las mujeres entre 20 y 24 años. Por lo tanto, la hemorragia del alumbramiento no es específica del parto de la adolescente.

12. – Otras Complicaciones

La prevalencia del test de Sullivan y la curva de glucemia positiva es posible que ocurra en un 38,4% de las adolescentes gestantes.

RECIENTE NACIDO DE MADRE ADOLESCENTE

A. – PESO

No existen diferencias significativas con relación a las mujeres adultas, aunque parece existir entre las menores de 15 años, debiendo diferenciarse claramente los nacimientos pretérmino de los retardos del crecimiento fetal, con definidas repercusiones sobre la morbimortalidad perinatal. Entre las menores de 17 años hay mayor frecuencia de bajos pesos, con una prevalencia cercana al 14% de RN con menos de 2500 g. (21)

B. – INTERNACION EN NEONATOLOGIA

Los hijos de adolescentes registran una mayor frecuencia de ingresos a Neonatología sin diferencias entre las edades de las adolescentes. (22)

C. – MALFORMACIONES

Se informa mayor incidencia entre hijos de adolescentes menores de 15 años (20%) respecto de las de mayor edad (4%), siendo los defectos de cierre del tubo neural las malformaciones más frecuentes, y con un número importante de retrasos mentales de por vida.

D. – MORTALIDAD PERINATAL

Su índice es elevado entre las adolescentes, disminuyendo con la edad (39,4% hasta los 16 años y 30,7% entre las mayores de 19 años).(20)

PRONOSTICO

A. – MATERNO

Condicionado por factores físicos, sociales y psicológicos. El corto intervalo intergenésico es frecuente con sus consecuencias psicofísicas y sociales. El 50 a 70% abandonan las escuelas durante el embarazo y el 50% no la retoman más y si lo hacen, no completan su formación. Sólo un 2% continúan estudios universitarios.

B. – FETAL

Entre un 5 y 9% de los hijos de adolescentes, son abandonados al nacer. (23)

PREVENCION

A. – PRIMARIA

A realizarse antes de la actividad sexual.

B. – SECUNDARIA

Dirigida a adolescentes en actividad sexual que no desean embarazos.

C. – TERCIARIA

Dirigida a adolescentes embarazadas, para buen control de la gestación en lo médico, en lo fisiológico y en lo alimenticio, en busca de disminuir las complicaciones.

ATENCIÓN INTEGRAL DE LA ADOLESCENTE

A. – EL ENFOQUE DE RIESGO

Estrategia que tiene en cuenta: factores protectores y factores de riesgo psicosociales para implementar una intervención adecuada y oportuna para evitar un daño.

a. Factores protectores: son recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de un daño. Para un adolescente, una familia continente (aunque uniparental), un diálogo fluido con adulto referente, un rendimiento escolar satisfactorio y un grupo de pares con conductas adecuadas, son factores protectores. (23)

b. Factores de riesgo: son características o cualidades de una persona o comunidad unidas a una mayor probabilidad de sufrir daño en salud. Hay algunos que son más frecuentes e importantes y que deben ser buscados en la entrevista pudiendo ser divididos en psicosociales y biológicos, aunque e siempre se asocian. El enfoque de riesgo se caracteriza por ser:

1. Anticipatorio: permitiendo aplicar medidas preventivas.
2. Integral: abarcando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo.

El enfoque de riesgo en la adolescente es muy importante ya que los comportamientos ante la morbilidad predominante en la adolescencia comparten la toma de riesgo y hay que investigarlos sistemáticamente, por lo que requiere de un equipo interdisciplinario.

B. – LA CONSULTA CON ADOLESCENTES

Debe recordarse que el embarazo no madura a la adolescente a la adultez, especialmente en los casos de adolescencia temprana o media y, para ello deberán tenerse en cuenta algunos elementos:

1. – Características de la adolescente que las diferencia de la mujer adulta

- a. La adolescente tiene poca conciencia de salud, resultándole muy difícil asumir un auto cuidado debido a las circunstancias en que ocurrió el embarazo y las dificultades que éste le plantea. No tiene tiempo para pensar que debe concurrir regularmente a la consulta, ni comprende la importancia de los estudios complementarios, interpretándolos como castigo. Por ello hay que explicarle muy cuidadosamente para qué sirven y cómo se los realizarán.
- b. La adolescente no ha elaborado aún la identidad de género: si no puede comprender cabalmente lo que es ser mujer, menos comprenderá el significado de tener un hijo. Puede manifestarse contenta por ello, siendo más una idealización de la maternidad que una visión real de ella.
- c. Una característica de la niñez y de la adolescencia temprana y media es el pensamiento mágico, convencimiento de que las cosas vana a ocurrir o no según sus deseos (ej.: "el parto no me va a doler"; "nos vamos a vivir juntos y nos vamos a mantener con lo que él gana"), lo que puede poner en riesgo a la adolescente y/o a su hijo.
- d. Tiene temor a los procedimientos invasivos, incluso para los estudios complementarios.
- e. Tienen menos información sobre todo el proceso, ya que las vicisitudes del embarazo, parto y crianza no son temas de conversación a esa edad. No han conversado con adultas

comparando síntomas, por lo que el médico deberá brindar toda la información lo más clara posible.

2. – Dificultad para el vínculo con el hijo

- a. Tienen dificultades para discriminarse del bebé, estableciendo vínculos simbólicos con él y, cuando esta vinculación las agobia, pueden descuidar al niño e incluso maltratarlo.
- b. Priorizan sus necesidades sobre las del niño, ya que ellas son aún demandantes, y no tienen capacidad de contener a su hijo.
- c. Toleran muy poco las frustraciones, ya que no comprenden que el bebé no es como ellas quieren que sea, ni hace los que ellas quieren en el momento que quieren. Pueden llegar al enojo con el niño, poniéndolo en riesgo.

3. – Perfil deseable del médico para atender adolescentes

- a. Tener idoneidad: no solo en perinatología, sino en características biopsicosociales particulares de la adolescencia.
- b. Saber escuchar: permitir que la adolescente plantee sus dudas y temores, alentándola con preguntas respetuosas. Debe ser buen observador de gestos, y saber contener sus actitudes y entrenarse en el contenido de sus palabras, sin reemplazar al psicólogo.
- c. Saber respetar: aceptando los valores de la adolescente cuando difieren de los suyos.
- d. Ser capaz de registrar: las diferentes sensaciones que pueden provocar las palabras de la adolescente y tenerlas en cuenta. Algunas veces, las manifestaciones de la adolescente o la misma situación, provoca rechazo, enojo e impotencia que pueden generar, en el médico, actitudes punitivas o paternalistas poco operativas. Si estima que la situación lo supera, deberá buscar ayuda en otro miembro del equipo. Estas situaciones se plantean más intensamente en el parto, especialmente si la adolescente es muy chica o se descontrola, cuando se necesita mayor tolerancia y comprensión, para no provocar daño emocional con secuelas futuras.

4. – Contexto de la maternidad adolescente

Por lo general el equipo de salud se enfrenta a las siguientes circunstancias:

- a. Embarazo no planificado.
- b. Pareja ambivalente o ausente.
- c. Familia disfuncional o que, en principio no acepta la situación.
- d. Condiciones económicas desfavorables.
- e. Escaso espacio social frente al problema, con autoridades escolares que la separan de la institución, empleadores que la despiden y dificultades para constituir una familia.

5. – Objetivos del equipo de salud

- a. Ayudar a la adolescente a aceptar su embarazo.
 - b. Fortalecer los vínculos familiares.
 - c. Conseguir actitudes comprensivas en el personal de la institución.
 - d. Brindar atención perinatal integral.
6. – Estrategias del equipo de salud
- a. Atención por equipo interdisciplinario (obstetra, obstétrica, psicólogo, asistente social).
 - b. Participación de la atención al padre y a los familiares cercanos que la adolescente desee.
 - c. Brindar atención y seguimiento a la familia y al padre del niño en espacio diferente al de la atención prenatal.
 - d. Trabajar con personal de la institución (médicos residentes, personal de guardia, enfermeras y otros) que intervengan en la atención.

IV. OBJETIVO

3.1. Objetivo General:

- Identificar los factores educativos, económicos y psicosociales que condicionan el embarazo en Adolescentes en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios

V. MATERIALES Y METODO

4.1. Tipo de estudio: Descriptivo

4.2.. Unidad de análisis: Mujeres embarazadas entre 10 y 19 años

4.3. Población: Embarazadas entre 10 y 19 años que asistieron por primera vez a la consulta externa de Gineco-obstetricia del Hospital General San Juan de Dios.

4.4. Muestra: De una población total de 480 pacientes que acuden por primera vez a la consulta externa, se extrajo una muestra de 179 pacientes con un nivel de confianza de 95% y una precisión del 5%, que se seleccionaron de forma aleatoria sistemática, donde se escogieron a una de cada dos pacientes que llenaron los criterios de inclusión.

4.5. Criterios de Inclusión

Embarazadas entre 10 y 19 años que asistieron por primera vez a la consulta externa de Gineco-obstetricia del Hospital General San Juan de Dios.

4.6. Criterios de exclusión

Embarazadas entre 10 y 19 años que rehusarán participar en la encuesta.

4.7. Instrumento de recolección de datos

Se diseñó un cuestionario con preguntas cerradas que permitirá obtener resultados cuantificables.

El instrumento se estructuró de acuerdo con la información requerida. La técnica que se utilizara será la entrevista.

4.8. Variables:

Características Sociodemográficas: Aspectos relacionados con la situación social y demográfica de las adolescentes embarazadas.

- Edad
- Estado civil
- Pareja adolescente

- Paternidad responsable
- Procedencia
- Hábitos

Características Familiares: Unidades básicas de desarrollo y experiencia en donde el individuo adquiere elementos para enfrentar el mundo que lo rodea que condicionan el punto desde donde el joven empieza socialmente su experiencia vital, su clase social y probabilidades.

- Hogar integrado
- Hacinamiento
- Violencia Familiar
- Historia de Abuso

Características Económicas: Aspectos relacionados con la fuente de ingresos a través de un empleo para tener acceso a las necesidades básicas del ser humano como los son la alimentación, vivienda, educación y recreación.

- Dependencia económica
- Situación laboral
- Condición económica
- Ingreso precoz a la fuerza de trabajo

Características Educativas: Aspectos que se desarrollan en el entorno del ser humano creando herramientas que le sirvan de base para su desempeño personal y social.

- Alfabetismo
- Nivel de escolaridad
- Deserción
- Conocimientos sobre Salud Reproductiva

4.9. Procedimiento para recolección de datos

La recolección de datos se obtuvo por medio de una encuesta realizada a todas las adolescentes embarazadas que consultaron por primera vez a la consulta externa de la clínica número ocho juvenil; de lunes a viernes en los horarios de siete a tres de la tarde y que aceptaron que se les realizaría la encuesta.

Luego se organizó la información, se tabularon los datos y se analizó la información.

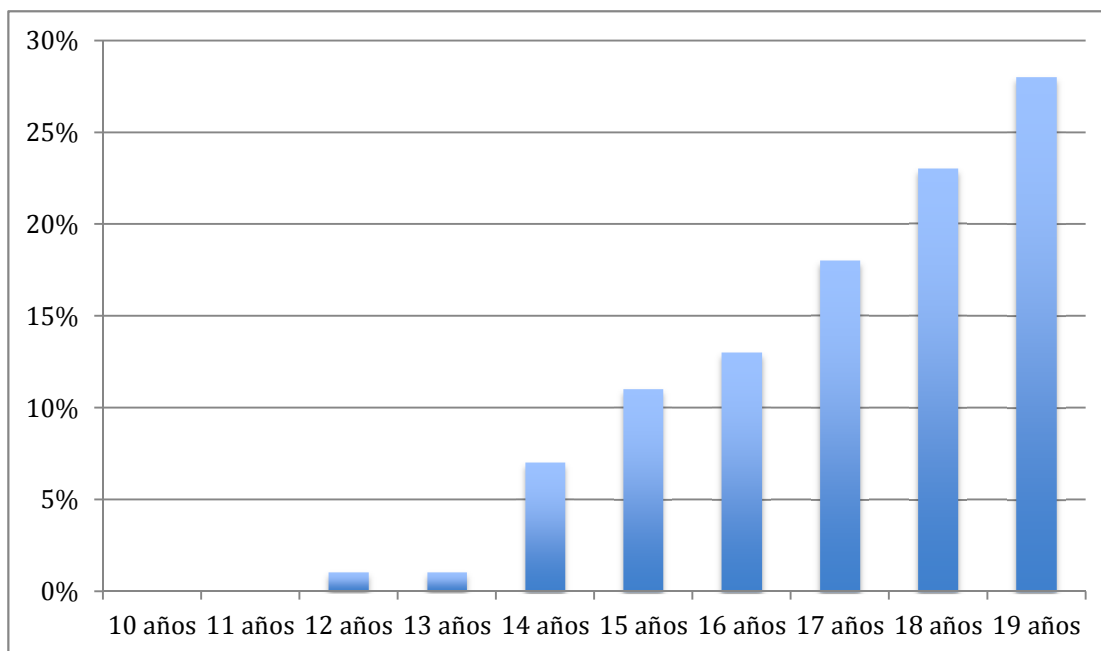
4.10. Aspectos éticos:

Se le explicó a las pacientes que se les incluiría en un estudio, pero que su participación era totalmente voluntaria, asegurando la confidencialidad de la información. Si no estaban de acuerdo, no serían incluidas.

VI. RESULTADOS

Se encuestaron 179 adolescentes embarazadas, el promedio de edad fue 17 años, la menor de 12 la mayor de 19 años, observándose un incremento en el número de casos conforme aumenta la edad, como se presenta en la Gráfica 1.

Gráfica No. 1
Grupo Etéreo de las Adolescentes Embarazadas
Hospital General San Juan de Dios
Septiembre 2008 a Abril 2010



El 55.9% refirió estar unida, si le agregamos las casadas, el 68.7% tenían relación de pareja. En el 41.9% (n=75) la pareja era también adolescente, es decir menores de 18 años. El 78.8% (n=141) tenían una paternidad responsable, 11.7% (n=21) se encontraban bajo dominio masculino y 7.3% (n=13) tenían historia de abuso, como se observa en la Tabla 1.

Tabla No. 1
Características Psico-Sociales de las Adolescentes Embarazadas
Hospital General San Juan de Dios
Septiembre 2008 a Abril 2010

Características		Numero	Porcentaje
Estado Civil	Casada	23	12.80%
	Soltera	54	30.20%
	Unida	100	55.90%
	Otra	2	1.10%
Pareja Adolescente	Si	75	41.90%
	No	104	58.10%
Paternidad Responsable	Si	141	78.80%
	No	38	21.20%
Dominio Masculino	Si	21	11.70%
	No	158	88.30%
Historia de Abuso	Si	13	7.30%
	No	166	92.70%

En cuanto al área de residencia, la mayoría de las pacientes provenían del área urbana con un 72.6% (n=130). El 73.2% (n=131) vivían en hogar integrado. Respecto a los hábitos, 3.4% (n=6) indicó que consumió algún tipo de droga previo a su embarazo y 6.1% (n=11) consumió bebidas alcohólicas.

El 78.2% (n=140) indicó que dependía económicamente de otra persona, y del resto que era independiente, el 12.8% (n=23) se encontraba laborando en el momento de la encuesta. El 23.5% (n=42) refirió ingreso precoz al trabajo, es decir cuando eran menores de 18 años. Las características económicas se presentan en la Tabla 2.

Tabla No. 2
Características Económicas de las Adolescentes Embarazadas
Hospital General San Juan de Dios
Septiembre 2008 a Abril 2010

Característica		Numero	Porcentaje
Dependencia			
Económica	Si	140	78.20%
	No	39	21.80%
Situación laboral			
	Empleada	23	12.80%
	Desempleada	156	87.20%
Ingreso precoz al trabajo			
	Si	42	23.50%
	No	137	76.50%

El 99% (n=177) eran alfabetas, sin embargo el 44.7% (n=80) sólo cursaron el nivel primaria, como se observa en la Tabla 3. Del total de adolescentes que cursaba algún nivel de escolaridad el 71.5% (n=128) indicó que desertó de sus estudios por múltiples razones.

Tabla No.3
Características Educativas de las Adolescentes Embarazadas
Hospital General San Juan de Dios
Septiembre 2008 a Abril 2010

Característica		Numero	Porcentaje
Nivel de Educación			
	Alfabeta	177	98.90%
	Analfabeta	2	1.10%
Nivel de Escolaridad			
	Primaria	80	44.70%
	Secundaria	66	38.90%
	Diversificado	30	16.80%
	Otros	3	1.70%
Deserción Escolar			
	Si	128	71.50%
	No	51	28.50%
Conocimiento de Salud Reproductiva			
	Si	128	71.50%
	No	51	28.50%

Respecto a la educación sexual, el 71.5% (n=128) refirió tener conocimiento sobre métodos anticonceptivos, de los cuales el más conocido fueron los inyectables con 38.5%, seguido de los anticonceptivos orales con 32.6% y el preservativo con 18.4%.

Sin embargo a pesar de esto solamente 31.8% (n=57) indicó que utilizó algún método antes de embarazarse, y el más utilizado fue el preservativo con un 64.2%, seguido por los inyectables 14% y los anticonceptivos orales con 11.7%.

VII. DISCUSION Y ANALISIS

El embarazo de la adolescente es un proceso fisiológico que se presenta en los primeros años en que la mujer inicia su vida reproductiva, y la adolescencia esta comprendida entre 10-19 años es una etapa donde el ser humano experimenta cambios fisiológicos, psicológicos y de adaptación social, para adquirir la capacidad reproductiva e independencia económica, para así convertirse en un adulto. (1,2)

En todos los países del mundo se encuentra una prevalencia variada de embarazos en la adolescencia, siendo más frecuente en los países en desarrollo por las características de pobreza, analfabetismo, falta información sobre educación sexual, altos indicadores de morbi-mortalidad, que hacen que se agrave la situación en general (8).

Al analizar los hallazgos encontramos que el grupo etáreo que más consultó fue el comprendido entre los 17 a 19 años, que corresponde a la adolescencia tardía, dichos porcentajes coinciden con otros países de América latina (3).

Respecto al estado civil, en su mayoría estaban unidas, lo que concuerda con lo descrito por otras investigaciones de otros países (8), donde refieren que la unión inestable, como es el caso de pareja temporal, es la que caracteriza en la etapa de la adolescencia.

La mayoría provenía de hogares integrados lo que se contradice con lo descrito en algunas publicaciones que describen la familia desintegrada (5).

La violencia en la sociedad guatemalteca sigue siendo uno de los grandes problemas a resolver, principalmente en lo que se refiere a la violencia intrafamiliar y contra las mujeres, especialmente por el hecho que existe un importante grado de aceptación o tolerancia social, que limita ser reconocido como un problema de interés público (5); sin embargo se encontró una baja frecuencia de violencia familiar.

En Guatemala la mayoría de población 60.6% vive en el área rural, mientras que el 39.4% vive en el área urbana. En cuanto a las pacientes de este estudio la mayoría provenían del área urbana con un 72.6% (n=130).

La participación femenina en el mercado laboral ha aumentado de 26% en 1989 a 37% en el 2,000 (5). A pesar de este incremento, los empleos a los que tienen el acceso la mayoría de mujeres son de baja productividad, de carácter informal y sin prestaciones. Así mismo, las mujeres comienzan su inserción en el campo laboral a muy temprana edad y en empleos de poca remuneración. En nuestro estudio encontramos un 12.8%, con trabajo estable y una cuarta parte había iniciado en el trabajo de manera precoz.

En el área de educación, Guatemala es el país que tiene la segunda tasa más alta de analfabetismo femenino en América Latina (34.6%) (5), asimismo, la diferencia más marcada en las tasas de alfabetización entre hombres y mujeres, las cifras del año 2,000 revelan que en el área urbana 78 de cada 100 niñas asistieron a la escuela, en tanto que, en el área rural la condición de la niña es más dramática ya que de cada 100 niñas, sólo 59 asistieron a la escuela primaria; sin embargo considerando que debido a que este estudio se efectuó en el área urbana el porcentaje de analfabetismo fue bajo, aunque el porcentaje de deserción fue alto.

La mitad de los embarazos de adolescentes ocurren durante los seis meses siguientes al inicio de la actividad sexual, y el 20% en el curso del primer mes. De estos adolescentes, no más de una tercera parte usó algún método anticonceptivo en ese período (3,24).

El uso de anticonceptivo en adolescentes es inferior que el de las mujeres de toda edad, aún en las casadas, en este estudio fue del 31.8% comparados con los reportados en el informe nacional de desarrollo humano en Guatemala con tasas de 9% en Guatemala, 30% en Colombia y hasta 50% en Brasil. Las cifras son más bajas en áreas rurales (3). Los métodos más utilizados son el coito interrumpido, y el método de calendario, (no siempre bien utilizado) seguido de la píldora.

La literatura señala que durante el año siguiente al parto, el 30% de las adolescentes quedan nuevamente embarazadas, y entre el 25 y 50% durante el segundo año, como factores de riesgo para la recidiva primer embarazo antes de los 16 años, pareja mayor de 20 años, deserción escolar, estar en un nivel escolar menor al que le correspondería y haber salido del hospital sin conocer métodos de planificación.(3,25)

En la investigación se encontró que casi tres cuartas partes de las adolescentes si conocía algún tipo de método anticonceptivo, de estos los más conocidos por ellas fueron los inyectables y los anticonceptivos orales, sin embargo se encontró que solo una tercera parte de las pacientes utilizó algún método, y de estos el más utilizado por ellas es el preservativo, algo contradictorio pues se reporta un porcentaje alto a pesar que la mayoría contestó que no conoce este método, esto podría corresponder a una mala interpretación.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alfonso Fraga JC. La fecundidad en adolescentes. Algunos elementos sobre su comportamiento en Cuba en la última década. La Habana, 1994.
2. American Academy of Pediatrics, 1999: Adolescent Pregnancy. Current Trends and Issues <http://www.aap.org/policy/re9828>
3. PNUD, Informe Nacional de Desarrollo Humano *Guatemala: Desarrollo Humano, Mujeres y Salud, 2002*, pág. XXVI.
4. Cerruti, S. Educación de la sexualidad en el contexto de la salud integral en la adolescencia. Organización Panamericana de la Salud. Fundación W. K. Kellogg. Mayo 1997.
5. INE, Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) 2000-2001, Guatemala, 2001
6. PNUD, Informes Nacionales de Desarrollo Humano. Indicadores Básicos de Desarrollo Humano, Guatemala, enero 2004.
7. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Organización de los Estados Americanos. Capitulo V. La Situación de la Mujer www.cidh.org/countryrep/Guatemala2003sp/capitulo5
8. Declaración conjunta OMS/FNOAP/UNICEF. Higiene de la reproducción en la adolescencia. Estrategia de acción. OMS, Ginebra; 1989.
9. Botting B, Rosato M, Wood R. Teenage mothers and the health of their children. *Population Trends* 1998; 93:19-28
10. Organización Panamericana de la Salud. Fecundidad en la adolescencia, causas, riesgos y opciones. Cuaderno Técnico No. 12. Washington, 1998.
11. Dr. Ramiro Molina C. y cols. Normas para la atención de la adolescente embarazada. En: MANUAL DE MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA. Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud N° 20. Editores: Tomás J. Silber, Mabel M. Munist, Matilde Maddaleno, Elbio N. Suárez Ojeda. Capítulo XXII pp 486-501
12. Dres. María Inés Romero, Matilde Maddaleno, Tomás J. Silber y Mabel Munist. Embarazo en la adolescencia. En: MANUAL DE MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA. Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud N° 20. Editores: Tomás J.

- Silber, Mabel M. Munist, Matilde Maddaleno, Elbio N. Suárez Ojeda. Capítulo XXII pp 473-482
13. Coll A.: "Embarazo en la adolescencia" – Clínicas Perinatológicas Argentinas, N° 4, 1997 – Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER)
 14. Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual. Recomendaciones del seminario sobre Educación Sexual y Salud Reproductiva. Documento 1. Varadero, Cuba. Junio de 1994.
 15. Atquín LC. El embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe: causas y consecuencias sicosociales. Oaxaca, México, 1989
 16. Brown, R. Adolescent sexuality at the dawn of the 21st century. Adolescent Medicine. State of the Art Reviews. Vol 11. N°1. Feb. 2000
 17. Del Rosario Lauza M, Bembibre Taboada R, Soto Cantero A, Martín Llamas G. Impacto del Programa "Crecer en la adolescencia". Rev.Cub.Med.Gen.Integral 1999;15(1):32-5.
 18. Dres. Gustavo A. Girard, Ana Coll. Maternidad y paternidad en la adolescencia. En: MANUAL DE MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA. Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud N° 20. Editores: Tomás J. Silber , Mabel M. Munist, Matilde Maddaleno, Elbio N. Suárez Ojeda. Capítulo XXII pp 482-485
 19. García Sánchez M. H., Hernández Hernández M. L., Manjon Sánchez A.: "Embarazo y adolescencia" - Dto. Obst. y Ginec. Hptal. Clín. Univers. de Salamanca – Rev. sobre Salud Sexual y Reproductiva N° 2, año 2, junio 2.000, pág. 10-12 – Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva (AASSER).
 20. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la Población Mundial. 1995. New York,1995.
 21. Issler Juan R. Dr. "Embarazo en la adolescencia". Post grado de la cátedra Vía Medicina (publicación periódica en línea) 2001 agosto , 11-23 p. <http://med.unne.ar/revista>
 22. Hofmann, A.D, Greydanus D.E. (Eds) Adolescent Medicine. 3rd. Ed. Stamford, C.T. Appleton & Lange. 1997. Pp. 337-412
 23. Lewis Melvin, Desarrollo Psicológico del Niño conceptos evolutivos y clínicos. 2 ed. México: interamericana, 1984, 429 p
 24. García Nápoles José Erasmo. Atención al adolescente. En: Álvarez Sintés Roberto. Temas de medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Medicas;2001.

25. Molina R.: "Adolescencia y embarazo" – Pérez Sánchez A., Donoso Siña E.:
Obstetricia, Cap. 14, 2ª Edic. 1992 – Publicac. Técnicas MEDITERRANEO – Santiago
de Chile.

IX. ANEXO 1

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DEPARTAMENTO DE GINECO-BSTETRICIA
PROGRAMA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICA
FASE IV PROGRAMAS DE ESPECIALIDADES MEDICAS
DR. HECTOR FONG

FECHA ____/____/____

PACIENTE: _____

No. De Historia _____

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

I. FACTORES PSICOSOCIALES

1. Edad: ____

2. Estado Civil:

Soltera ____ Casada ____ Unida ____ Otra ____

3. Pareja adolescente:

Si ____ No ____

4. Paternidad responsable:

Si ____ No ____

5. Lugar de Vivienda:

Rural ____ Urbana ____

6. Historia de Abuso Sexual:

Si ____ No ____

7. Dominio bajo el genero maculino:

Si ____ No ____

8. Hábitos:

Consumo de:

Drogas _____ Alcohol _____

II. FACTORES FAMILIARES

9. Hogar Integrado:

Si _____ No _____

10. Hacinamiento:

Si _____ No _____

11. Violencia familiar

Si _____ No _____

12. Historia Familiar de Embarazo en Adolescencia:

Si _____ No _____

Hermana _____ Madre _____ Otra _____

III. FACTORES ECONOMICOS

13. Dependencia económica

Si _____ No _____

14. Situación laboral

Empleada _____ Desempleada _____

15. Condición económica

Favorable _____ Desfavorable _____

16. Ingreso precoz a la fuerza de trabajo

Si _____ No _____

IV. FACTORES EDUCATIVOS

17. Nivel de educación

Alfabeta _____ Analfabeta _____

18. Nivel de escolaridad

Primaria _____ Secundaria _____

Diversificado _____ Otros _____

19. Deserción escolar

Si _____ No _____

20. Conocimientos sobre salud reproductiva

Conoce algún método anticonceptivo

Si _____ No _____ Cual:

Preservativo _____
Anticonceptivos Orales _____
Anticonceptivos Inyectables _____
T de Cobre _____
Diafragma _____
Implantes (Norplant) _____

21. Ha usado algún método anticonceptivo

Si _____ No _____ Cual:

Preservativo _____
Anticonceptivos Orales _____
Anticonceptivos Inyectables _____
T de Cobre _____
Diafragma _____
Implantes (Norplant) _____

PERMISO DE LOS AUTORES

Los autores conceden permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada “CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES QUE CONDICIONAN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2,008 A ABRIL DEL AÑO 2,010” para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.