

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

**“CARACTERÍSTICAS DE LA EMBARAZADA ADOLESCENTE  
Y SUS SABERES DE PREVENCIÓN”**

Estudio descriptivo transversal realizado en comunidades  
rurales del Área de Salud de Zacapa.

diciembre 2012

TESIS

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

POR

**Marilyn Domenica Aguirre Jerez  
Lourdes Guisela Ocaña Arias  
Jorge Estuardo Aceituno Melgar  
Daphne René Araneda Sazo  
Ana María Terraza Pira  
Klinsmann Jozimar Matias Herrera  
Alejandro Nitsch Prado  
Ana Isabel López Castillo  
David Alejandro Armas Eguizábal  
Porfiria Matilde Reyes Méndez  
Lisbeth Esmeralda Fernández García  
María Alejandra Andrino Malín  
Elsa Lucía Galdámez Falla  
Carlos Villanueva Sáenz  
Ana Sofía Oliva Sosa  
María de los Ángeles Rustrián Lara  
Herman Rafael De Matta Quinto  
Cristian David Osorio Figueroa  
Fredie Armando Jordán Galdámez**

**Médico y Cirujano**

**Guatemala, febrero de 2013**



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

**Los estudiantes:**

1. Marilyn Domenica Aguirre Jerez 200410078
2. Lourdes Guisela Ocaña Arias 200640447
3. Jorge Estuardo Aceituno Melgar 200710147
4. Daphne Reneé Aranedá Sazo 200710199
5. Ana María Terraza Pira 200710201
6. Klinsmann Jozimar Matias Herrera 200710213
7. Alejandro Nitsch Prado 200710278
8. Ana Isabel López Castillo 200710341
9. David Alejandro Armas Eguizábal 200710357
10. Porfiria Matilde Reyes Méndez 200710360
11. Lisbeth Esmeralda Fernández García 200710368
12. María Alejandra Andrino Malín 200710387
13. Elsa Lucía Galdámez Falla 200710424
14. Carlos Villanueva Sáenz 200710425
15. Ana Sofía Oliva Sosa 200710455
16. María de los Ángeles Rustrián Lara 200710472
17. Herman Rafael De Matta Quinto 200710531
18. Cristian David Osorio Figueroa 200710539
19. Freddie Armando Jordán Galdámez 200717660

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

**“CARACTERÍSTICAS DE LA EMBARAZADA ADOLESCENTE Y SUS SABERES DE PREVENCIÓN”**

**Estudio descriptivo transversal realizado en comunidades rurales del Área de Salud de Zacapa**

**diciembre 2012**

Trabajo asesorado por el Dr. Herbert Estuardo Díaz Tobar y revisado por el Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

### ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, veinte de marzo del dos mil trece

  
DR. JESUS ARNULFO OLIVARES LEÓN  
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, hace constar que los estudiantes:**

1. Marilyn Domenica Aguirre Jerez 200410078
2. Lourdes Guisela Ocaña Arias 200640447
3. Jorge Estuardo Aceituno Melgar 200710147
4. Daphne Reneé Araneda Sazo 200710199
5. Ana María Terraza Pira 200710201
6. Klinsmann Jozimar Matias Herrera 200710213
7. Alejandro Nitsch Prado 200710278
8. Ana Isabel López Castillo 200710341
9. David Alejandro Armas Eguizábal 200710357
10. Porfiria Matilde Reyes Méndez 200710360
11. Lisbeth Esmeralda Fernández García 200710368
12. María Alejandra Andrino Malín 200710387
13. Elsa Lucía Galdámez Falla 200710424
14. Carlos Villanueva Sáenz 200710425
15. Ana Sofía Oliva Sosa 200710455
16. María de los Ángeles Rustrián Lara 200710472
17. Herman Rafael De Matta Quinto 200710531
18. Cristian David Osorio Figueroa 200710539
19. Freddie Armando Jordán Galdámez 200717660

**han presentado el trabajo de graduación titulado:**

**“CARACTERÍSTICAS DE LA EMBARAZADA ADOLESCENTE  
Y SUS SABERES DE PREVENCIÓN”**

**Estudio descriptivo transversal realizado en comunidades  
rurales del Área de Salud de Zacapa**

**diciembre 2012**

El cual ha sido revisado, corregido y autorizado y, al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se le autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, veinte de marzo del dos mil trece.

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

**Dr. Edgar de León Barillas**  
**Coordinador**





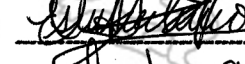
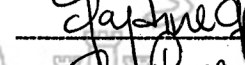
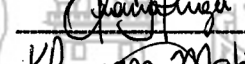
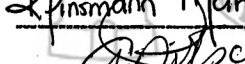



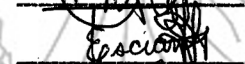
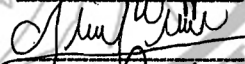



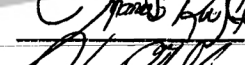
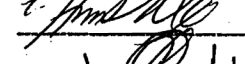



Guatemala, 20 de marzo del 2013

**Doctor**  
**Edgar Rodolfo de León Barillas**  
**Unidad de Trabajos de Graduación**  
**Facultad de Ciencias Médicas**  
**Universidad de San Carlos de Guatemala**  
**Presente**

**Dr. de León:**

**Le informo que los estudiantes abajo firmantes:**

1. **Marilyn Domenica Aguirre Jerez**
2. **Lourdes Guisela Ocaña Arias**
3. **Jorge Estuardo Aceituno Melgar**
4. **Daphne Reneé Araneda Sazo**
5. **Ana María Terraza Pira**
6. **Klinsmann Jozimar Matias Herrera**
7. **Alejandro Nitsch Prado**
8. **Ana Isabel López Castillo**
9. **David Alejandro Armas Eguizábal**
10. **Porfiria Matilde Reyes Méndez**
11. **Lisbeth Esmeralda Fernández García**
12. **María Alejandra Andrino Malin**
13. **Elsa Lucía Galdámez Falla**
14. **Carlos Villanueva Sáenz**
15. **Ana Sofía Oliva Sosa**
16. **María de los Ángeles Rustrían Lara**
17. **Herman Rafael De Matta Quinto**
18. **Cristian David Osorio Figueroa**
19. **Fredie Armando Jordán Galdámez**

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

Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

**"CARACTERÍSTICAS DE LA EMBARAZADA ADOLESCENTE  
Y SUS SABERES DE PREVENCIÓN"**

**Estudio descriptivo transversal realizado en comunidades  
rurales del Área de Salud de Zacapa**

**diciembre 2012**

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 col. 6211



Revisor

firma y sello

Reg. de personal 17912



**USAC**  
TRICENTENARIA  
Universidad de San Carlos de Guatemala



Facultad de Ciencias Médicas  
Coordinación de Trabajos de Graduación  
COORDINADOR

## RESUMEN

**OBJETIVOS:** Describir las características de las adolescentes embarazadas y sus saberes en relación a los niveles de prevención en las comunidades rurales del Área de Salud Zacapa durante el mes de diciembre del 2012. **HIPÓTESIS:** El aumento del embarazo en las adolescentes de 10 a 19 años no sólo se debe a los factores asociados al mismo, sino que también a la deficiencia en los saberes de prevención primaria, secundaria y terciaria. **METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo transversal, se realizó entrevista directa a 1,002 pacientes adolescentes de 10 a 19 años de edad embarazadas y/o que hayan tenido embarazos. **RESULTADOS:** En las adolescentes evaluadas la edad más frecuente es 19 años; 99% de las entrevistadas pertenece al área rural; 52% cuenta con educación primaria, la edad más frecuente de primer embarazo es 16 años; el estado civil más frecuente es unión de hecho con el 59%; el 73% de las entrevistadas ha tenido únicamente una gesta; el 61% tienen casa informal por lo que pertenecen al estrato socioeconómico bajo, 76% son amas de casa. Con respecto a saberes de prevención, el 64% no sabe de prevención primaria; un 67% sí sabe de prevención secundaria y finalmente, el 79% de las adolescentes no sabe de prevención terciaria. **CONCLUSIONES:** Se comprueba que el aumento del embarazo en las adolescentes de 10 a 19 años se debe a los factores asociados al mismo, y a la deficiencia en los saberes de prevención primaria, secundaria y terciaria.

**Palabras clave:** adolescentes, características, embarazo, saberes de prevención.



## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS</b>	<b>3</b>
2.1 Hipótesis	3
2.2 Objetivo General	3
2.3 Objetivos Específicos	3
<b>3. MARCO TEÓRICO</b>	<b>5</b>
3.1 Contextualización del área de estudio	5
3.1.1 Zacapa	7
3.1.2 Estanzuela	7
3.1.3 Río Hondo	8
3.1.4 Gualán	9
3.1.5 Teculután	9
3.1.6 Usumatlán	10
3.1.7 Cabañas	10
3.1.8 Huité	11
3.1.9 San Diego	12
3.2 Definiciones	13
3.2.1 Adolescencia	13
3.2.2 Embarazo adolescente o embarazo precoz	13
3.2.3 Saberes de prevención	13
3.3 Embarazo adolescente como factor de riesgo	13
3.4 Factores asociados al Embarazo Adolescente	15
3.4.1 Biológicos	15
3.4.2 Psicosociales	15
3.4.3 Culturales	16
3.4.4 Psicológicos	17
3.4.5 Sociales	17
3.5 Saberes de prevención	18
3.5.1 Prevención primaria	18
3.5.1.1 Educación Sexual	19
3.5.1.2 Elección y promoción de Métodos Anticonceptivos	21
3.5.2 Prevención secundaria	21

3.5.2.1 Atención durante el embarazo en adolescentes	21
3.5.2.2 Consulta con adolescentes	23
3.5.3 Prevención terciaria	24
3.6 Curriculum de estudio sobre Educación Sexual	26
3.6.1 Cuarto Primaria	26
3.6.2 Quinto Primaria	26
3.6.3 Sexto Primaria	28
3.6.4 Primero Básico	29
3.6.5 Segundo Básico	31
3.6.6 Tercero Básico	33
<b>4. POBLACIÓN Y MÉTODOS</b>	<b>35</b>
4.1 Tipo y diseño de la investigación	35
4.2 Selección de unidad de análisis	35
4.2.1 Unidad primaria de muestreo	35
4.2.2 Unidad de análisis	35
4.2.3 Unidad de información	35
4.3 Población y muestra	35
4.3.1 Población o universo	35
4.3.2 Marco muestral	35
4.4 Selección de los sujetos a estudio	37
4.4.1 Criterios de inclusión	37
4.4.2 Criterios de exclusión	37
4.5 Operacionalización de variables	38
4.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos que se utilizaron en la recolección de datos	44
4.6.1 Técnica	44
4.6.2 Procedimiento	44
4.6.3 Instrumentos	44
4.7 Procesamiento y análisis de datos	44
4.7.1 Procesamiento	44
4.7.2 Análisis	47
4.8 Alcances y límites de la investigación	47
4.8.1 Alcances	47
4.8.2 Límites	47

4.9 Aspectos éticos de la investigación	48
<b>5. RESULTADOS</b>	49
<b>6. DISCUSIÓN</b>	51
<b>7. CONCLUSIONES</b>	57
<b>8. RECOMENDACIONES</b>	59
<b>9. APORTES</b>	61
<b>10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	63
<b>11. ANEXOS</b>	69
Anexo 1 Hoja de Información a la Paciente	69
Anexo 2 Formulario de Consentimiento Menores de Edad	70
Anexo 3 Formulario de Consentimiento Mayores de Edad	71
Anexo 4 Boleta de Recolección de Datos	72
Anexo 5 Cuadro Total de Resultados	76

## 1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad el embarazo en adolescentes ha sido calificado como un problema de salud pública, ya que en los últimos años se ha presentado un incremento del número de jóvenes que son madres antes de cumplir 18 años según la Organización Mundial de la Salud (OMS) por lo que es importante abordar las consecuencias sociales y en salud de los altos niveles de maternidad adolescente. (1)

Muchos de los embarazos no deseados se producen en estas edades y una de las causas principales suele ser el desconocimiento e ignorancia de la juventud de las consecuencias que conlleva el embarazo no deseado y la responsabilidad de ser padres. Hay que recordar que los nacimientos provenientes de madres adolescentes y solteras prevalecen en sociedades con escaso desarrollo y crecimiento económico, donde los índices de escolaridad, salud y condiciones de régimen alimenticio son deficientes. Todo lo anterior, sumado a la desintegración de la familia, conlleva a la vulnerabilidad, en todo sentido, de las adolescentes en estos países subdesarrollados. (1)

Como es sabido, durante la adolescencia ocurren cambios biológicos, psicológicos y sociales en los jóvenes de ambos sexos; en lo biológico, con una adecuada orientación de parte de los padres o en los centros educativos, el conocimiento del desarrollo sexual es uno de los más relevantes, permite al joven identificarse con su sexo, lo ayuda a mantener conductas sexuales sanas y responsables durante el proceso de crecimiento biológico, hasta llegar a ser adultos; en los países subdesarrollados, es en este período de crecimiento biológico donde se manifiesta el embarazo en adolescentes, ocurriendo entre los 10 y 19 años de edad, sin aún reunir condiciones de madurez de una persona adulta, ni desarrollo físico, psicológico ni social para asumir la maternidad y paternidad responsablemente. (2)

Por lo que se formularon las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las características y saberes de prevención que poseen las adolescentes embarazadas en las comunidades rurales del Área de Zacapa? De acuerdo a lo anterior se plantearon los objetivos de identificar las características epidemiológicas de las adolescentes embarazadas y/o que hayan tenido embarazos, e identificar los saberes de prevención primaria, secundaria y terciaria de las mismas. Por lo anterior se planteó la siguiente

hipótesis: el aumento del embarazo en las adolescentes de 10 a 19 años no sólo se debe a los factores asociados al mismo, sino que también a la deficiencia en los saberes de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: en el perfil epidemiológico, la edad más frecuente de las pacientes entrevistadas fue 19 años, la mayoría pertenece al área rural, el estado civil con mayor porcentaje fue unión de hecho, la mayoría cuenta con nivel escolar primario, de las entrevistadas el porcentaje más alto se encontraba en su primera gesta, la ocupación más frecuente fue ama de casa, la edad más frecuente del primer embarazo fue 16 años, la mayoría cuenta con una vivienda informal. Con respecto a los saberes de prevención de las entrevistadas no saben prevención primaria ni terciaria, pero saben prevención secundaria.

Con este estudio se identificaron los factores asociados al embarazo en adolescentes de 10 a 19 años de edad y se determinó cuáles son los saberes acerca de su prevención, comprobando la hipótesis planteada anteriormente. Mientras más joven es una mujer y queda embarazada, mayores son los riesgos que corren ella y el futuro bebé; tomando en cuenta que existe un alto índice de embarazos en adolescentes, se considera necesario coadyuvar a su prevención, aportando información pertinente que oriente a la juventud, para lo cual se debe implementar estrategias adecuadas, que permitan tomar decisiones que contribuyan a disminuir este fenómeno social y que los embarazos sean planificados. (3, 4)

La existencia actual de tal problemática y los factores familiares, económicos y sociales asociados fundamentó la importancia, necesidad y análisis del tema en cuestión. En consecuencia, fue conveniente estudiarlo detenidamente, pues con él se aportó información con la cual se llenó un vacío en la literatura actual, debido a que no existían datos acerca de este tema en las diferentes fuentes de información con respecto al Área de Salud de Zacapa. Además, se contribuyó a dar a conocer la situación actual de un problema relevante de salud pública, aportando información alarmante para la sociedad, con el propósito de mejorar la atención de las adolescentes.

## **2. HIPOTESIS Y OBJETIVOS**

### **2.1 Hipótesis**

El aumento del embarazo en las adolescentes de 10 a 19 años no sólo se debe a los factores asociados al mismo, sino que también a la deficiencia en los saberes de prevención primaria, secundaria y terciaria.

### **2.2 Objetivo General**

Describir las características de las adolescentes embarazadas y sus saberes en relación a los niveles de prevención en las comunidades rurales del Área de Salud de Zacapa durante el mes de diciembre del 2012.

### **2.3 Objetivos Específicos**

Identificar:

2.3.1 Las características epidemiológicas (edad, residencia, escolaridad, estado civil, número de gestas, edad del primer embarazo, ocupación, tipo de vivienda como reflejo del estrato social) de las adolescentes embarazadas y/o que hayan tenido embarazos en las comunidades rurales del Área de Salud de Zacapa, durante el mes de diciembre del 2012.

2.3.2 Los saberes de prevención primaria (charlas sobre educación sexual, métodos anticonceptivos, uso correcto de métodos anticonceptivos), secundaria (control prenatal, suplementación prenatal, señales de peligro durante el embarazo, personal adecuado para la atención del parto, lugar adecuado para la atención del parto) y terciaria (atención durante el puerperio, suplementación durante el puerperio, señales de peligro durante puerperio, métodos de planificación familiar durante el puerperio, período intergenésico adecuado) que las adolescentes embarazadas y/o que hayan tenido embarazos supieron, en las comunidades rurales del Área de Salud de Zacapa, durante el mes de diciembre del 2012.



### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1 Contextualización del área de estudio

Según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil –ENSMI- 2008-2009. Guatemala se encuentra ubicada entre los 17 países con alto riesgo reproductivo a nivel mundial, siendo el tercer país con más altas tasas de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años de América Latina. Los adolescentes representan el 23.3% de la población. (5)

El promedio de hijos por mujeres es de 3.8, el 9.5% de las jóvenes de 15 a 24 años relató haber tenido su primer embarazo antes de los 15 años, el 48.5% entre los 15 y 17 años, el 25% entre los 18 y 19 años. (5)

Las relaciones sexuales entre adolescentes representan el 63% con esposo o compañero en las edades de 13 y 14 años, mientras que el 54% se comporta en el grupo etario de 15 a 17 años. Las uniones tempranas siguen siendo una problemática en estas edades ya que en la encuesta se obtuvo que el 30% de las adolescentes menores de 13 años tuviera su primera relación sexual con familiares. Los embarazos en edades de 10 a 19 años representan el 51.9% del total de partos atendidos en el hogar, seguido de un 42.7% de partos atendidos en los hospitales. (5)

En el área rural las mujeres con mayor fecundidad son las comprendidas en los grupos de edad de 20 a 39 años. Sin embargo, en los primeros y en los últimos grupos de edad también la fecundidad es mayor, esto incluye a las mujeres de 15 a 19 y de 45 a 49 años de edad. (5)

Las mujeres sin ningún nivel de educación es de 20.2%, un porcentaje menor al observado en la encuesta anterior siendo el 25.5%. En primaria y secundaria completa e incompleta, se observa que en el nivel primario 30.8 por ciento no la concluyen, mientras que la secundaria es un 20.2 por ciento de mujeres que no la termina. El nivel de educación, desagregado por grupos de edad, muestra que los cambios son positivos en los grupos más jóvenes, el grupo más joven de 15 a 19,



sólo 7% no tienen ningún nivel de educación, contrario al último grupo de 45 a 49 donde 38.5 % está en las mismas condiciones. Al comparar el grupo de 15 a 19 años sin ningún tipo de educación, con la ENSMI Del 2002, se observa una reducción de 43% en el transcurso de 6 años. De las mujeres entrevistadas 45.7% residían en el área urbana y 54.3% en el área rural. Por otra parte, 38.4% de las entrevistadas fueron identificadas como pertenecientes al grupo étnico indígena y 61.6 % como no indígena. El nivel de educación es el que muestra la brecha más grande, las mujeres sin ningún nivel de educación tienen 1.2 más nacimientos que las que poseen educación secundaria o superior. (5)

Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano 2009/2010, Guatemala presentó una Tasa de Fecundidad General (TFG) de 121 por 1000 mujeres de 15 a 49 años, una Tasa de Fecundidad Específica de 15 a 19 años de 98 por 1000 mujeres y una Tasa Global de Fecundidad (TGF) de 3.6; el departamento de Zacapa presentó una TFG de 113 por 1000 mujeres de 15 a 49 años, un Tasa de Fecundidad Específica de 15 a 19 años de 111 por 1000 mujeres y una TGF de 3.2.(6)

Además, según el mismo informe, Guatemala presentó una TGF de 3.6 (como se mencionó anteriormente), una TGF deseada de 2.9 y una TGF no deseada de 0.7; el departamento de Zacapa presentó una TGF de 3.2, con una TGF deseada de 2.8 y no deseada de 0.4. (6,7)

El país tiene altas tasas de fecundidad adolescente y de mortalidad materna entre adolescentes y jóvenes. Según la Encuesta Nacional de Salud Materna e Infantil 2008-2009 (ENSMI 2008-2009), del total de mujeres entre los 15 y los 19 años, el 28% ya había tenido su primera relación sexual. Por su parte, de las y los jóvenes hombres entre 15 y 19 años, el 38.2% ya ha tenido relaciones sexuales. En relación con la edad de la madre al momento del nacimiento del primer hijo, del total de mujeres adolescentes entre 15 y 19 años (ENSMI 2008-2009), el 17% ya tuvo su primer hijo. En el caso de los jóvenes hombres, la paternidad inicia más tardíamente: de los jóvenes entre 15 y 19 años solamente el 4.5% ya tuvo su primer hijo. (6)

Durante el período analizado de 1987 al 2008-2009, el porcentaje de fecundidad adolescente (15 a 19 años) se ha mantenido entre 11.6 y 13.6%.(6)

En el Hospital Regional de Zacapa se atendieron un total de partos de 3377 en el año 2009 y de 3591 en el año 2010; en el año 2009 se atendieron 908 partos en mujeres menores de 20 años y 1205 partos en el mismo grupo de edad en el año 2010. (6,7)

### **3.1.1 Zacapa**

Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE), la población del municipio al 2010 es de 67,128 habitantes, donde el 46.51% son hombres y el 53.49% mujeres; el 51% pertenece al área urbana y el 49% al área rural. La densidad poblacional es de 133 habitantes por km<sup>2</sup>; el municipio se caracteriza por tener una población predominantemente no indígena de 99.13% y del grupo étnico indígena 0.87%. La distribución de la población por rangos indica que el 39.75% está entre 0 a 14 años, el 51.81% entre 15 a 59 años, el 2.51% entre 60 y 64 años y, el 5.90% de 65 años o más. (6,7)

Zacapa cuenta con una población adolescente de 10 a 19 años de 16,188 (que representa el 24.1% de la población total), del cual el 51.93% corresponde a población femenina. Según la Memoria de Labores del año 2011, en el año 2010 el municipio de Zacapa presentó una tasa de natalidad de 19.59 y una tasa de fecundidad de 44; el número de partos atendidos en ese mismo año fue de 273 de los cuales 193 correspondieron a partos en mujeres menores de 20 años. (8)

### **3.1.2 Estanzuela**

Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE), la población del municipio para el 2010 es de 11,140 habitantes. De la población estimada para el municipio, el 49% son hombres (5,486) y el 51% son mujeres (5,654). El 99.5% de la población se define como no indígena. Tomando en consideración los datos del censo INE, la densidad poblacional para el 2010 se estableció en 121 habitantes por km<sup>2</sup>, siendo ésta mayor al promedio departamental (79 habitantes por km<sup>2</sup>). (9)

Estanzuela actualmente cuenta con una población adolescente de 2691 personas, que corresponden al 24.15% de la población total (aproximadamente  $\frac{1}{4}$  de la población). De los 2691 adolescentes de 10 a 19 años, 1324 son mujeres, que corresponden al 23.42% de toda la población femenina de Estanzuela. (9)

Según memorias de labores de 2011 en Estanzuela en el año 2009 se reportaron 272 nacimientos, en tanto que en el 2010 se reportaron 213. La tasa de natalidad en el año 2010 fue de 4.41 y la tasa de fecundidad en ese mismo año fue de 69.31. En el año 2010 se reportaron 51 partos en pacientes menores de 20 años, de un total de 212 partos. (8)

### **3.1.3 Río Hondo**

Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE), la población del municipio para el 2010 es de 17,765 habitantes. De la población estimada para el municipio, el 49% son hombres (8,713) y el 51% son mujeres (8,916). El 99.5% de la población se define como no indígena y únicamente el 0.5% (o sea 74 personas) pertenece al grupo Ch'orti', kaqchiquel y Q'eqhchi. Tomando en consideración los datos del censo INE, la densidad poblacional para el 2010 se estableció en 42 habitantes por km<sup>2</sup>, siendo ésta menor al promedio departamental (79 habitantes por km<sup>2</sup>). (10)

Río Hondo actualmente cuenta con una población adolescente de 4291 personas, que corresponden al 24.15% de la población total (aproximadamente  $\frac{1}{4}$  de la población). De los 4291 adolescentes de 10 a 19 años, 2108 son mujeres, que corresponden al 23.4% de toda la población femenina de Río Hondo. (8)

En el año 2009 se reportaron 341 nacimientos, en tanto que en el 2010 se reportaron 316. La tasa de natalidad en el año 2010 fue de 15.06 y la tasa de fecundidad en ese mismo año fue de 61.32. En el año 2010 se reportaron 65 partos en pacientes menores de 20 años, de un total de 316 partos. En el año 2011 se reportaron 364 nacimientos, con una tasa de natalidad de 17.28 y una tasa de fecundidad de 70.7; en ese mismo año hubo 76 partos en pacientes

menores de 20 años, de un total de 364 partos. Durante el año 2012, en Río Hondo se reportaron un total de 63 partos en menores de 20 años. (10)

#### **3.1.4 Gualán**

Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE), la población del municipio para el 2010 es de 39,964 habitantes. De la población estimada para el municipio, el 51% son hombres (20,223) y el 49% son mujeres (19,741). El 100% de la población se define como no indígena. Tomando en consideración los datos del censo INE, la densidad poblacional para el 2010 se estableció en 57 habitantes por km<sup>2</sup>, siendo ésta menor al promedio departamental (79 habitantes por km<sup>2</sup>). (11)

Gualán actualmente cuenta con una población adolescente de 9,441 personas, que corresponden al 23.6% de la población total. De los 9,441 adolescentes de 10 a 19 años, 4,622 son mujeres, que corresponden al 23.41% de toda la población femenina de Gualán. (11)

Según memorias de labores de 2011, en Gualán en el año 2009 se reportaron 1040 nacimientos, en tanto que en el 2010 se reportaron 1006. La tasa de natalidad en el año 2010 fue de 25.17 y la tasa de fecundidad en ese mismo año fue de 80.15. En el año 2010 se reportaron 202 partos en pacientes menores de 20 años, de un total de 884 partos. (8)

#### **3.1.5 Teculután**

Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE), la población del municipio para el 2010 es de 16,673 habitantes. De la población estimada para el municipio, el 45.75% son hombres (7,629) y el 54.25% son mujeres (9,045). El 100% de la población se define como no indígena. Tomando en consideración los datos del censo INE, la densidad poblacional para el 2010 se estableció en 61 habitantes por km<sup>2</sup>, siendo ésta menor al promedio departamental (79 habitantes por km<sup>2</sup>). (12)

Teculután actualmente cuenta con una población adolescente de 4019 personas, que corresponden al 24.10% de la población total

(aproximadamente  $\frac{1}{4}$  de la población). De los 4019 adolescentes de 10 a 19 años, 2118 son mujeres, que corresponden al 23.4% de toda la población femenina de Teculután. (12)

Según memorias de labores de 2011 en Teculután en el año 2009 se reportaron 339 nacimientos, en tanto que en el 2010 se reportaron 368. La tasa de natalidad en el año 2010 fue de 22.07 y la tasa de fecundidad en ese mismo año fue de 69.49. En el año 2010 se reportaron 76 partos en pacientes menores de 20 años, de un total de 368 partos. (8)

### **3.1.6 Usumatlán**

Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE), la población del municipio para el 2010 es de 10.630 habitantes. De la población estimada para el municipio, el 47.25% son hombres (7,629) y el 52.75% son mujeres (9,045). El 100% de la población se define como no indígena. Tomando en consideración los datos del censo INE, la densidad poblacional para el 2010 se estableció en 98 habitantes por km<sup>2</sup>, siendo ésta mayor al promedio departamental (79 habitantes por km<sup>2</sup>). (13)

Usumatlán actualmente cuenta con una población adolescente de 2,567 personas, que corresponden al 24.15% de la población total. De los 2,567 adolescentes de 10 a 19 años, 1,315 son mujeres, que corresponden al 23.45% de toda la población femenina de Usumatlán. (13)

Según memorias de labores de 2011 en Usumatlán en el año 2009 se reportaron 241 nacimientos, en tanto que en el 2010 se reportaron 245. La tasa de natalidad en el año 2010 fue de 18.61 y la tasa de fecundidad en ese mismo año fue de 54.6. En el año 2010 se reportaron 79 partos en pacientes menores de 20 años, de un total de 297 partos. (8)

### **3.1.7 Cabañas**

Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE), la población del municipio para el 2010 es de 11,718 habitantes. De la población estimada para el municipio, el 49% son hombres (5,579) y el 51% son mujeres (5,540).

El 99.86% de la población se define como no indígena. Tomando en consideración los datos del censo INE, la densidad poblacional para el 2010 se estableció en 86 habitantes por km<sup>2</sup>, siendo ésta mayor al promedio departamental (79 habitantes por km<sup>2</sup>). (14)

Cabañas actualmente cuenta con una población adolescente de 2655 personas, que corresponden al 22.65% de la población total. De los 2655 adolescentes de 10 a 19 años, 1274 son mujeres, que corresponden al 23% de toda la población femenina de Cabañas. (14)

Según memorias de labores de 2011 en Cabañas en el año 2009 se reportaron 299 nacimientos, en tanto que en el 2010 se reportaron 326. La tasa de natalidad en el año 2010 fue de 29.32 y la tasa de fecundidad en ese mismo año fue de 79.86. En el año 2010 se reportaron 77 partos en pacientes menores de 20 años, de un total de 133 partos. (8)

### **3.1.8 Huité**

Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE), la población del municipio para el 2010 es de 10,065 habitantes. De la población estimada para el municipio, el 51.34% son hombres (5,121) y el 48.66% son mujeres (4,944). Tomando en consideración los datos del censo INE, la densidad poblacional para el 2010 se estableció en 115 habitantes por km<sup>2</sup>, siendo ésta mayor al promedio departamental (79 habitantes por km<sup>2</sup>). (15)

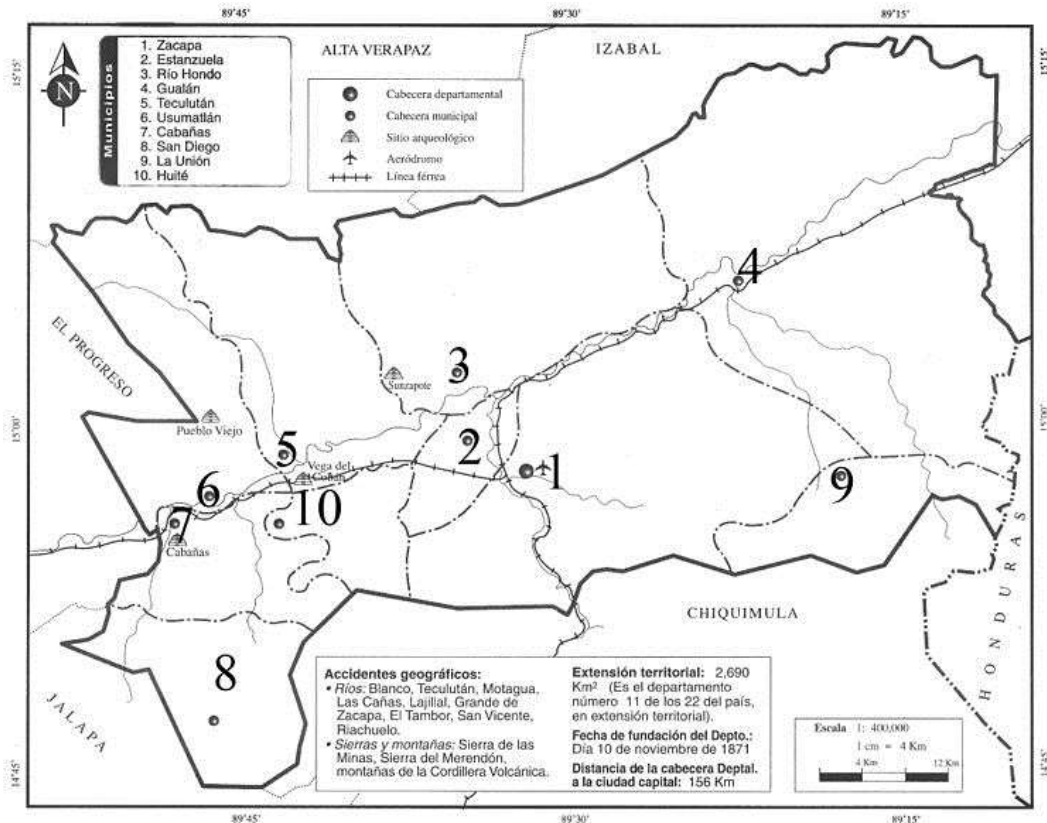
Huité actualmente cuenta con una población adolescente de 2,414 personas, que corresponden al 25% de la población total. De los 2,414 adolescentes de 10 a 19 años, 1,153 son mujeres, que corresponden al 23.43% de toda la población femenina de Huité. (15)

Según memorias de labores de 2011 en Huité en el año 2009 se reportaron 290 nacimientos, en tanto que en el 2010 se reportaron 241. La tasa de natalidad en el año 2010 fue de 25.15 y la tasa de fecundidad en ese mismo año fue de 42.15. En el año 2010 se reportaron 51 partos en pacientes menores de 20 años, de un total de 214 partos. (8)

### 3.1.9 San Diego

Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE), la población del municipio para el 2010 es de 5,854 habitantes. De la población estimada para el municipio, el 50.02% son hombres (2,928) y el 49.98% son mujeres (2,926). Tomando en consideración los datos del censo INE, la densidad poblacional para el 2010 se estableció en 52 habitantes por km<sup>2</sup>, siendo ésta menor al promedio departamental (79 habitantes por km<sup>2</sup>). (16)

San Diego actualmente cuenta con una población adolescente de 1414 personas, que corresponden al 24.15% de la población total. De los 1,414 adolescentes de 10 a 19 años, 685 son mujeres, que corresponden al 23.39% de toda la población femenina de San Diego. (16) Según memorias de labores de 2011 en San Diego en el año 2009 se reportaron 174 nacimientos, en tanto que en el 2010 se reportaron 138. La tasa de natalidad en el año 2010 fue de 23.57 y la tasa de fecundidad en ese mismo año fue de 73.4. En el año 2010 se reportaron 23 partos en pacientes menores de 20 años, de un total de 125 partos. (16,8)



Fuente: Memoria de Labores 2011, Zacapa

## **3.2 Definiciones**

### **3.2.1 Adolescencia**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transitan los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica; fija sus límites entre los 10 y 19 años. La adolescencia constituye un período de la vida donde ocurren una serie de cambios con rapidez vertiginosa que se reflejan en la esfera anatomofisiológica, social y cultural. (6)

### **3.2.2 Embarazo adolescente o embarazo precoz**

Es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia. (17,18) En general el término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen. (3)

### **3.2.3 Saberes de prevención**

Es la información que se tiene sobre el conjunto de medidas que tienden a evitar que se produzca un embarazo; si se tiene un embarazo cómo llevarlo a cabalidad saludablemente; y de las acciones para disminuir el impacto de las repercusiones a corto, mediano y largo plazo del embarazo subsecuente. (3)

## **3.3 Embarazo adolescente como factor de riesgo**

La maternidad temprana es reconocida en el mundo como un factor que afecta el bienestar y la salud reproductiva de las mujeres jóvenes, así como el ritmo y la dirección del desarrollo de un país. (3)



En Guatemala, donde los recursos muy limitados moldean las vidas de muchas personas jóvenes aún sin la carga adicional de la paternidad, es imperativo abordar las consecuencias sociales y en salud de los altos niveles de maternidad adolescente. Por varios motivos, es crucial comprender el contexto y las consecuencias de la conducta sexual y reproductiva de los adolescentes. Por ejemplo, la gente joven representa una alta proporción de la población guatemalteca: aproximadamente una cuarta parte de los guatemaltecos está entre los 10 y 19 años. Las consecuencias de la escogencia de vida que esta gente adopte seguirán repercutiendo en la sociedad guatemalteca por muchos años. Asimismo, el momento de la unión y de la maternidad tiene implicaciones para toda la vida de las jóvenes y para el desarrollo económico y social del país. Si las jóvenes guatemaltecas han de desempeñar un papel activo en ese desarrollo y si han de prepararse adecuadamente para el futuro, necesitan educación y capacitación—necesidades que con frecuencia no son satisfechas si asumen las responsabilidades de la vida en unión y de la maternidad a una edad temprana. Dar a luz a una edad temprana puede reducir la autonomía social y económica de una mujer a largo plazo, desviar sus perspectivas educativas y poner en peligro su salud y la de su recién nacido. Para abordar el asunto de manera efectiva, es importante comprender el contexto en el cual tiene lugar la maternidad temprana. Por ejemplo, las mujeres que dan a luz siendo adolescentes probablemente son pobres y la maternidad temprana puede crear una mayor situación de desventaja económica y social. Las mujeres que comienzan la maternidad a una corta edad tienden a tener familias más numerosas que aquellas que posponen la maternidad, y las madres muy jóvenes y sus hijos que inician sus vidas en la pobreza son a menudo incapaces de salir de esa pobreza. (3)

Además, la maternidad temprana puede restringir seriamente las oportunidades educativas de las jóvenes y, por consiguiente, limitar sus perspectivas de empleo. En contraste, dado que la educación se relaciona cada vez más con el mejoramiento de las perspectivas de vida, las mujeres que aplazan su primer nacimiento hasta después de la adolescencia pueden permanecer más tiempo en la escuela, lo cual les permite jugar un papel más directo en la determinación de su propio futuro y el de sus hijos. Además, la maternidad temprana puede empeorar las condiciones de salud de la madre y el hijo cuando éstas son ya deficientes. Por

ejemplo, dar a luz antes de la completa madurez física (es decir, a la edad de 16 años o menos) puede poner en peligro la salud de la joven y aumentar el riesgo de que su hijo contraiga una enfermedad o muera en la infancia; estos riesgos se agravan en las adolescentes pobres, quienes tienen pocas probabilidades de tener una adecuada nutrición y acceso a la atención médica.(4)

### **3.4 Factores asociados al Embarazo Adolescente**

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir cierta situación, enfermedad, lesión, etc. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo y otros. (19)

#### **3.4.1 Biológicos**

- Edad de la pubertad: la edad de la pubertad ha declinado desde 17 años en el siglo XIX a alrededor de 12-13 años actualmente. Las adolescentes son fértiles a una edad menor. Las adolescentes con una edad de menarquía precoz están más expuestas al riesgo de embarazarse.
- El período entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales. Muchas sociedades en las que se ha intercalado una década entre la menarquía/espermarquía y la independencia económica y laboral, han dejado vago y ambiguo el rol de los jóvenes estableciendo expectativas poco realistas sobre su comportamiento sexual.
- El uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes latinoamericanos sigue siendo bajo. (20)

#### **3.4.2 Psicosociales**

- Disfunción familiar: Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura. Una adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de la relación sexual y, además puede encontrar alivio a la soledad y el abandono a través de un embarazo que le permite huir de un hogar

patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto. Se han descrito como factores de riesgo asociados a la familia; la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres. (20,21)

- La residencia en un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa o nula, es frecuente el fatalismo y el locus de control externo. Bajo estas circunstancias, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo. (20,21)
- Las condiciones de pobreza agudizan este problema, dado que a la escasez de recursos de toda índole, las adolescentes que se embarazan disminuyen las expectativas de prolongar su educación y por lo tanto la probabilidad de mejorar las condiciones económicas, de esta manera se contribuye a perpetuar el ciclo de pobreza y la “feminización de la miseria”. Se puede afirmar que el impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial, en la medida que afecta tanto el individuo como a su entorno, en este sentido es posible clasificar los factores involucrados en tres niveles: individual, familiar y social. Todos ellos ejercen una influencia en las manifestaciones de la sexualidad de los adolescentes, cuyo resultado puede ser favorable o desfavorable para la prevención del embarazo.(22,23)

El 44% de las mujeres de 20 a 24 años son madres antes de los 20 años, la proporción más alta está en las mujeres jóvenes sin educación (68%) y en las mujeres indígenas (54%). La gran mayoría de mujeres unidas de 15 a 19 años no desea tener un hijo en los dos años siguientes, sin embargo sólo el 18% usa un método anticonceptivo efectivo. Esto tiene mucho que ver con el acceso a la educación, es decir, la proporción de mujeres que dio a luz siendo adolescente es tres veces mayor entre las mujeres sin educación que entre aquellas que tenían, por lo menos siete años de escolaridad.

### **3.4.3 Culturales**

- Pensamientos mágicos: Propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean. (24,25)

- Fantasías de esterilidad: Comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles. (24,25)
- Falta o distorsión de la información: Es común que entre adolescentes circulen “mitos” como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc. (24,25)

#### **3.4.4 Psicológicos**

Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia media el egocentrismo de la etapa les hace asumir que a ellas eso no le va a pasar, pues eso solamente les ocurre a otras. La necesidad de probar su fecundidad, estando afligidas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso en la adolescencia. (25)

#### **3.4.5 Sociales**

- Las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfunciones, 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 contribuidos a la reducción de las barreras culturales que limitaban la actividad sexual. La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente.
- Bajo nivel educativo: Con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.(25,26)

- Migraciones recientes: Con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.(27)
- Estado civil: Por lo regular las adolescentes al ser madres cambian su estado civil, muchas se casan obligadas e influenciadas por la familia. 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.
- Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras oportunidades 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.
- 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 intervalo intergenésico más corto, eternizando el círculo de la pobreza.(28)

### **3.5 Saberes de prevención**

Ante el problema descrito, es necesario plantearse una serie de medidas preventivas para tratar de frenar estas cifras de embarazos adolescentes no deseados. A la hora de hablar sobre la prevención del embarazo adolescente hay que distinguir entre la prevención primaria (disminuir las conductas sexuales de riesgo), la prevención secundaria (atención sanitaria para prevenir y tratar sus complicaciones) y la prevención terciaria (reinserción social de las madres adolescentes y sus hijos). (29)

#### **3.5.1 Prevención primaria**

Es el conjunto de medidas que tienden a evitar que llegue a producirse un fenómeno no deseable. En este nivel hay que evitar el embarazo. Deben

realizarse medidas de orden general, educativas o sociales, dirigidas a todos los jóvenes.

Abordarse desde un área mucho más amplia, a nivel comunitario, para modificar ciertos comportamientos sociales que fomentan la actividad sexual y los embarazos de las jóvenes. Se debe dirigir la acción hacia los que tienen la responsabilidad educativa (familia, maestros). Entre las medidas generales es necesario trabajar sobre la educación de la responsabilidad sexual y el poner a disposición de los jóvenes medios de control de fertilidad.

La puesta en práctica de medidas particulares, destinadas a ciertos grupos de adolescentes más concretamente expuestos al riesgo de la concepción y de embarazo, supone que se detecten los sujetos o grupos de alto riesgo. Este esfuerzo puede ser concebido de forma distinta según el grupo.

A parte de estas estrategias es necesario un cambio de mentalidad con respecto a los jóvenes dándoles a estos las responsabilidades sociales que les permite su desarrollo biológico. (30)

#### 3.5.1.1 Educación Sexual

La educación sexual de los adolescentes se debería tomar desde un punto de vista integrador, que englobe a padres y sanitarios junto con los programas educativos en las escuelas e institutos, puesto que así se consigue llegar a la práctica totalidad de los adolescentes. (30)

- La relación de los adolescentes con sus padres.

La educación sexual debería incluir a los padres; sin embargo, en la práctica, éstos delegan en terceros (hasta el 57% no hablan de sexualidad con sus hijos<sup>8</sup>). Además un 48.9% de los adolescentes hallan dificultades a la hora de hablar de sexualidad con sus padres. (31)

- La educación sexual como materia escolar. Los programas preventivos de educación en el medio escolar están considerados como una recomendación de grado A en los

programas de Salud Pública y la única intervención contraproducente es la promoción de la abstinencia. (32)

- El papel del personal de salud.

Pueden ejercer su labor de informador y orientador sexual en dos niveles:

- En los centros de atención primaria: como primer contacto dentro de los exámenes de salud programados que se hacen desde la infancia a la adolescencia. Empatía, confidencialidad, apoyo, no juzgar. Información verbal y escrita sobre anticoncepción y elegir la más adecuada según sus preferencias, conocimientos y habilidades. Consejos individualizados. Consejo sobre la importancia de planificar la protección desde la primera relación. Recomendaciones a los padres.
- En los centros de planificación familiar: Los adolescentes que acuden a centros de planificación, lo hacen en su mayoría como medida de urgencia ante la posibilidad de un embarazo no deseado, para obtener la anticoncepción postcoital. Un buen centro de planificación familiar debería promover que los adolescentes se acerquen para informarse adecuadamente sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, para prevenir embarazos no deseados e ITS. Para ello es necesario la creación de una serie de servicios y que éstos tengan como características: gratuidad, atención inmediata, confidencialidad y atención multidisciplinaria. También es importante que se publiciten, para que los adolescentes sepan de su existencia y puedan acudir en caso de necesidad. Es necesario que el centro de planificación familiar tenga programas específicamente dirigidos a los adolescentes, como talleres de educación sexual y actividades dirigidas al alumnado de centros educativos, con profesionales entrenados en el trato con adolescentes.

### 3.5.1.2 Elección y promoción de Métodos Anticonceptivos

La educación sexual se ha de complementar con una disponibilidad y buen uso de los métodos anticonceptivos. Las razones por las que no se usan son: las características de las relaciones sexuales a estas edades (espontaneidad y falta de planificación), la desmotivación, la falta de información y la escasa percepción del riesgo o la dificultad para conseguirlos. (32,33) Al hablar de los métodos anticonceptivos preferibles en adolescentes tenemos que tener en cuenta distintos requisitos: que sea efectivo, reversible, de fácil adquisición, barato, de uso sencillo y adecuado a su actividad sexual. (32,33) Se debe ofrecer la posibilidad de elegir libremente el método anticonceptivo para el cumplimiento correcto del mismo.

En base a estos requisitos, la FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) clasifica los métodos anticonceptivos para adolescentes en:

- Preferentes: preservativo y anticoncepción hormonal oral.
- Aceptables: diafragma y esponja vaginal, espermicidas y anticoncepción hormonal inyectable o intradérmica.
- Menos aceptables: DIU, abstinencia periódica y contracepción quirúrgica.
- De emergencia: intercepción postcoital. (33) Al ser un método de emergencia no se recomienda su uso en adolescentes de forma sistemática, pero sí que puede resultar una buena vía para contactar con los adolescentes y proporcionarles información acerca de otros métodos anticonceptivos más útiles.

Los expertos recomiendan el uso combinado del preservativo y la anticoncepción hormonal oral, conocido como el doble método, que es de elección puesto que previene simultáneamente los embarazos no deseados y las ITS. (32,33)

## 3.5.2 Prevención secundaria

### 3.5.2.1 Atención durante el embarazo en adolescentes:

Se entiende por control prenatal a la serie de contactos, entrevistas, o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo



de salud, con el objetivo de vigilar, la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

Con el control prenatal se persigue:

- la detección de enfermedades maternas subclínicas,
- la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo,
- la vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal,
- la disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo,
- la preparación psicofísica para el nacimiento,
- la administración de contenidos educativos para la salud, la familia y la crianza. (34,35)

Un control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos: precoz, periódico, completo, de amplia cobertura. Lo mínimo son 5 controles prenatales; según normas del Ministerio de Salud Pública. Suplementación durante el embarazo: con sulfato ferroso y ácido fólico, de acuerdo al siguiente cuadro:

**Cuadro 3.1**

Suplementación durante el embarazo

<b>Suplemento</b>	<b>Presentación</b>	<b>Dosis</b>	<b>Frecuencia de entrega</b>
HIERRO	Tabletas de 300 mg de sulfato ferroso	2 tabletas de 300 mg cada 8 días	Entregar 24 tabletas en cada control
ACIDO FOLICO	Tabletas de 5 mg de ácido fólico	1 tableta de 5 mg cada 8 días	Entregar 12 tabletas en cada control

**Fuente:** Normas de Atención en salud 2.010. (35)

### Cuadro 3.2

#### Señales de Peligro durante el Embarazo

1er. Trimestre	2do. Trimestre	3er. trimestre
-- Hemorragia vaginal -- Presencia de flujo vaginal (fétido, de color amarillo, verde o blanco, espeso) -- Molestias urinarias -- Fiebre -- Dolor tipo cólico en región pélvica	-- Hemorragia vaginal -- Dolor de cabeza frecuente -- Flujo vaginal -- Molestias urinarias -- Presión arterial mayor o igual a 140/90 mm/Hg o elevación de más de 15 mm/Hg en la presión sistólica y más de 10 mm/Hg en la presión diastólica, comparada con la presión anterior -- Sensación de múltiples partes fetales -- Salida de líquido por la vagina -- Disminución o ausencia de movimientos fetales -- Fiebre	-- Hemorragia vaginal -- Dolores tipo parto -- Edema de cara y manos -- Salida de líquido por la vagina -- Presión arterial alta mayor o igual de 140/90 mmHg o elevación de más de 15 mm/Hg en la presión sistólica y más de 10 mm/Hg en la presión diastólica, comparada con la presión anterior -- Dolores de cabeza -- Trastornos visuales (se le nubla la vista, ve puntos negros o puntos de luz) -- Disminución o ausencia de movimientos fetales -- Fiebre

Fuente: Normas de Atención en salud 2.010. (35)

#### 3.5.2.2 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:

- La adolescente tiene poca conciencia de salud, resultándole muy difícil asumir un autocuidado 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.

- 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.
- Una característica de la niñez y de la adolescencia temprana y media es el pensamiento mágico, convencimiento de que las cosas van 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.
- Tiene temor a los procedimientos invasivos, incluso para los estudios complementarios.
- 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. (36)

### **3.5.3 Prevención terciaria**

Son acciones con el fin de lograr disminuir el impacto de las repercusiones a corto, mediano y largo plazo del embarazo subsecuente, es necesario lograr la inserción o reinserción tanto escolar como laboral de la madre adolescente. Así, se mejorarían las condiciones socio-económicas de la madre/pareja, aumentando su autoestima y sobretodo, obteniendo un proyecto de vida digno, condiciones básicas para obtener una salud sexual y reproductiva óptima para prevenir un segundo embarazo no deseado y/o concebir en un periodo intergenésico corto. (37)

Algunas de estas acciones son:

- Asesoramiento adecuado a ambos progenitores para que puedan regular su fertilidad, evitando la reiteración impulsiva de los embarazos con intervalo intergenésico corto.

- Creación de pequeños hogares maternales para los jóvenes sin apoyo familiar que, además de alojarlas, las capaciten para enfrentar la situación de madre soltera y la prevención de un nuevo embarazo no deseado.
- Vigilancia del vínculo madre-hijo, padre-hijo, prestando atención a signos de alarma.
- Promoción de la inserción laboral de la madre y el padre si corresponde.
- Seguimiento médico integral del joven padre, sea cual fuere en la situación en la que se haya ubicada frente a su compañera y su hijo. (22)

Durante el puerperio debe de tenerse una suplementación con sulfato ferroso para la prevención de la deficiencia de hierro (anemia) y ácido fólico, por vía oral durante 6 meses postparto, según el cuadro siguiente:

**Cuadro 3.3**

Suplementación en el Puerperio

<b>Suplemento</b>	<b>Presentación</b>	<b>Dosis</b>	<b>Frecuencia de Entrega</b>
HIERRO	Tabletas de 300 mg de sulfato ferroso	2 tabletas de 300 mg cada 8 días	Entregar 24 tabletas cada tres meses
ACIDO FOLICO	Tabletas de 5 mg de ácido fólico	1 tableta de 5 mg cada 8 días	Entregar 24 tabletas cada tres meses

**Fuente:** Normas de Atención en salud 2.010. (35)

De la misma manera debe de informarse de los síntomas y signos de peligro durante el embarazo, que son los siguientes:

- Hemorragia vaginal, convulsiones, cefalea fuerte, visión borrosa, o dolor fuerte en la boca del estómago
- Dificultad para respirar
- Temperatura mayor de 38° C (35)

### **3.6 Curriculum de estudio sobre Educación Sexual**

#### **3.6.1 Cuarto Primaria**

Relaciona la sexualidad con el desarrollo psíquico, físico y afectivo, teniendo en cuenta las diferencias de género teniendo en cuenta los factores que le permiten una vida plena y feliz comparando el crecimiento físico de la mujer y del hombre analizando las manifestaciones sociales y emocionales. (38)

- Identifica la estructura y funcionamiento del aparato reproductor y los demás órganos y sistemas del cuerpo humano.
- Identifica su sexualidad y las manifestaciones físicas y sociales de su desarrollo.
- Identifica el VIH/SIDA como una infección de transmisión sexual.
- Ubicación de lugares proclives al contagio de enfermedades infecciosas.
- Definición de infección de transmisión sexual.
- Enumeración de las infecciones de transmisión sexual.
- Comparación entre infección de transmisión sexual y las enfermedades venéreas. (38)

#### **3.6.2 Quinto Primaria**

Identifica la función sexual humana y su impacto en las relaciones sociales y afectivas.

- Caracteriza la sexualidad como parte del crecimiento y desarrollo humano.
  - Descripción de las principales características anatómicas y fisiológicas de la mujer.
  - Descripción de las principales características anatómicas y fisiológicas del hombre.
  - Demostración de la forma en que las hormonas masculinas y femeninas determinan conductas sociales.
  - Identificación de las principales hormonas masculinas y femeninas.
  - Identificación de la función de las feromonas en la relación entre la mujer y el hombre. (38)
- Relaciona la sexualidad con la reproducción.
  - Descripción de los órganos del aparato reproductor masculino y su cuidado.

- Identificación de las implicaciones y conductas éticas de la sexualidad humana.
  - Descripción de los órganos del aparato reproductor femenino y su cuidado.
  - Identificación en forma gráfica de la maternidad responsable como parte de la sexualidad femenina.
  - Identificación en forma gráfica de la paternidad responsable como parte de la sexualidad masculina.
  - Descripción del embarazo y desarrollo embrionario. (38)
- Identifica la función de las hormonas en el comportamiento sexual.
    - Función de las hormonas que producen los ovarios en la determinación de las características físicas y comportamientos femeninos.
    - Función de las hormonas que producen los testículos, determinan las características físicas y los comportamientos masculinos. (38)
- Explica el proceso de reproducción.
    - Comparación de los procesos de reproducción de los animales ovíparos, vivíparos y ovovivíparos (como el ornitorrinco).
    - Elaboración de modelos que ilustren el proceso de reproducción de las plantas desde la germinación.
    - Diferenciación entre las formas de reproducción de las plantas: sexual (semilla) y asexual (bulbo, esqueje, injerto y acodo).
    - Diferenciación entre fecundación, embarazo y gestación, (cuidados pos parto a la madre y al nuevo ser).
    - Relación entre embarazo y gestación.
    - Descripción de la importancia de la reproducción como una de las formas para conservar las especies. (38)
- Explica las causas y efectos de las infecciones de transmisión sexual.
    - Identificación de síntomas en el cuerpo que podrían constituir señales de una infección de transmisión sexual y que requieren de consulta en un servicio de salud.

- Descripción de las causas que originan las infecciones de transmisión sexual y las formas de prevención.
  - Descripción de los efectos que tienen en el ser humano las infecciones de transmisión sexual. (38)
- Describe las consecuencias de la pandemia del SIDA.
    - Descripción de las etapas de desarrollo de la infección del VIH.
    - Demostración del trato ético que debe brindarse a personas que viven con el VIH y el SIDA. (38)

### **3.6.3 Sexto Primaria**

Describe la reproducción y el comportamiento ético con relación a la sexualidad como forma de conservar la salud y proteger la vida.

- Describe la estructura y funcionamiento del aparato reproductor masculino y femenino.
- Descripción de la estructura del aparato reproductor masculino: glándulas seminíferas, conductos eferentes, glande, entre otros.
- Descripción de la estructura del aparato reproductor femenino: ovarios, trompas de Falopio y sus conductos, útero y vagina.
- Diferenciación de las funciones de los aparatos reproductores masculino y femenino.
- Descripción de los comportamientos éticos y los hábitos de higiene que deben observarse en el cuidado de los órganos del aparato reproductor masculino y femenino. (38)
- Relaciona la sexualidad con el embarazo.
  - Diferenciación entre ovogénesis y espermatogénesis.
  - Ilustración de la forma en la que la célula sexual masculina fecunda a la célula sexual femenina.
  - Relación entre fecundación y embarazo.
  - Diferenciación entre los períodos de gestación de algunos animales y el ser humano. (38)
- Argumenta a favor de la ética en la sexualidad humana.

- Descripción de comportamientos éticos en la sexualidad femenina: pudor y maternidad responsable.
  - Concepción ética del matrimonio y la procreación.
  - Ilustración de eventos que representan la equidad de género. (38)
- Identifica formas de prevenir infecciones de Transmisión sexual, conservar la salud y proteger la vida.
    - Utilización de diversos medios para ilustrar las formas de prevención ante las infecciones de transmisión sexual.
    - Descripción de los efectos que tienen, las infecciones de transmisión sexual en la familia y la sociedad. (38)
- Explica los efectos y consecuencias del VIH-SIDA.
    - Diferenciación entre VIH y el SIDA.
    - Ilustración de las diferentes formas en que se puede adquirir la infección (VIH).
    - Descripción de las distintas formas de prevención del VIH-SIDA.
    - Identificación del trato afectivo que debe brindarse a personas infectadas con el VIH-SIDA. (38)

#### **3.6.4 Primero Básico**

En el área de Ciencias Naturales se observa como competencia de grado: describe el proceso de reproducción y herencia como funciones vitales del ser humano. Como indicadores de logro:

- Describe los cambios que suceden en el ciclo de vida del ser humano.
- Comunica información sobre los cuidados prenatales, postnatales y lactancia materna.
- Describe la función biológica de la sexualidad humana y la responsabilidad que implica.
- Como contenidos declarativos se encuentra:
- Estructura de los sistemas reproductor masculino y reproductor femenino.
- Procesos de formación de gametos: espermatogénesis y ovogénesis.
- Etapas del desarrollo del ser humano: la infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez.



- Reproducción humana: el ciclo menstrual
- Reproducción humana: fecundación, embarazo y parto.
- Cuidados prenatales y postnatales (dieta, ejercicio, control médico).
- Lactancia materna
- Sexualidad como función biológica
- Sexualidad responsable
- Métodos de planificación familiar.
- El aborto

Contenido procedimentales:

- Representación gráfica de los elementos del sistema reproductor masculino y reproductor femenino humanos, así como de los procesos de espermatogénesis y ovogénesis.
- Descripción de las fases del ciclo menstrual.
- Análisis de similitudes y diferencias en la percepción del ciclo menstrual desde el punto de vista de las diferentes culturas.
- Argumentación documentada con respecto al proceso de formación del cigoto, embrión, feto y nacimiento.
- Descripción de los principales cuidados pre y post natales.
- Argumentación documentada con respecto a los riesgos a los que se expone la madre al no tomar en cuenta las medidas adecuadas para conservar la salud antes, durante y después del parto.
- Argumentación sobre los beneficios de la lactancia materna para la madre y el niño o niña recién nacido.
- Descripción de las formas de transmisión de la enfermedad y sus formas de prevención.
- Investigación sobre tópicos relacionados con la sexualidad.
- Descripción de las prácticas que constituyen una sexualidad responsable.
- Exposición con relación a los riesgos del embarazo en edades tempranas de la adolescencia.
- Comparación de los métodos de planificación familiar y su efectividad.
- Argumentación documentada sobre las ventajas y desventajas de los diferentes métodos de planificación familiar.
- Investigación con relación al aborto.

Contenidos actitudinales:

- Propone voluntariamente formas para el cuidado del sistema reproductor.
- Se adhiere voluntariamente al criterio de vivir a su tiempo las etapas de desarrollo del ser humano.
- Apreciación del ciclo menstrual como proceso natural de la vida.
- Asume una postura de defensa al derecho a la vida desde su concepción.
- Toma de conciencia de los riesgos que implica la falta de cuidados pre y post natales.
- Actitudes positivas hacia los cuidados prenatales, y postnatales, y hacia la lactancia materna.
- Participa voluntariamente en campañas que promueven la lactancia materna como principal alimento del niño y la niña durante el primer año de vida.
- Confiere importancia a los riesgos de contagio del VIH en prácticas sexuales irresponsables o en el uso de agujas contaminadas, otras.
- Justifica el principio de una sexualidad responsable a partir de su cosmovisión.
- Confiere importancia a los riesgos que implica el embarazo en los y las adolescentes.
- Asume una actitud crítica con relación a los métodos de planificación familiar, desde su cosmovisión.
- Confiere importancia a los métodos naturales de planificación familiar promovidos desde su cultura.
- Asume una postura crítica con relación al tema del aborto, desde su cosmovisión. (38)

### **3.6.5 Segundo Básico**

En el área de Ciencias Naturales se observa como competencia de grado: establece relaciones entre funcionamiento e interacciones de los sistemas del cuerpo humano en los procesos de reproducción y herencia; contrasta los hábitos de su familia y de su comunidad con las prácticas que contribuyen a la preservación y el mejoramiento de la salud.

Como indicadores de logro:

- Describe los procesos de reproducción humana.

- Organiza campañas de promoción de la lactancia materna.
- Describe la función biológica de la sexualidad humana y la responsabilidad que implica.

Como contenidos declarativos se encuentra:

- Ovogénesis y espermatogénesis.
- Fecundación. Desarrollo del cigoto, del embrión y del feto.
- El parto: parto normal y por cesárea. Cuidado médico, función de la comadrona certificada y efectos psicológicos de los cambios hormonales.
- Lactancia materna y nutrición.
- Sexualidad como función biológica.
- Sexualidad responsable.
- Métodos de planificación familiar.
- El aborto.

Contenido procedimentales:

- Representación de los procesos de reproducción humana, de ovogénesis y de espermatogénesis.
- Descripción del proceso del desarrollo humano desde la fecundación hasta el momento del nacimiento.
- Descripción de parto normal y por cesárea y los cuidados correspondientes.
- Descripción del valor nutritivo de la lactancia materna y de los beneficios que aporta a la niña o niño recién nacido en las primeras etapas de su desarrollo.
- Debate sobre tópicos relacionados con la sexualidad.
- Debate sobre prácticas que constituyen una sexualidad responsable.
- Investigación sobre métodos de planificación familiar en centros de APROFAM y centros de salud.
- Comparación de los distintos métodos de planificación familiar según su efectividad y otras características.
- Emisión de juicio sobre el tema del aborto con base en documentación. (38)

Contenidos actitudinales:

- Apreciación de la complejidad del proceso de reproducción humana.

- Apreciación del parto como una etapa natural del ciclo de vida humana y de su significado cultural.
- Valoración de la lactancia materna como alimento primordial de la niña o niño recién nacido.
- Actitud de respeto y apertura en discusiones.
- Toma de conciencia de los riesgos que implica la práctica de la sexualidad sin responsabilidad.
- Confiere importancia a la planificación familiar. (38)

### **3.6.6 Tercero Básico**

En el área de Ciencias Naturales se observa como competencia de grado: promueve prácticas de vida saludable en la comunidad, tomando en cuenta las estadísticas de salud, los recursos disponibles y la diversidad cultural.

Como indicadores de logro:

- Fomenta la práctica de hábitos adecuados para el mantenimiento de la salud a nivel individual, familiar y colectivo.
- Relaciona la función biológica de la sexualidad con la sexualidad responsable y la planificación familiar.

Como contenidos declarativos se encuentra:

- Sexualidad como función biológica.
- Sexualidad responsable.
- Factores que intervienen en la sexualidad humana (edad, religión, cultura, medios de comunicación, etc.).
- Métodos de planificación familiar, la maternidad y paternidad responsables.

Contenido procedimentales:

- Argumentación documentada sobre la sexualidad responsable en el desarrollo individual y colectivo.
- Análisis de los factores que intervienen en la sexualidad humana.
- Argumentación documentada sobre los métodos de planificación familiar, maternidad y paternidad responsable.

Contenidos actitudinales:

- Toma de conciencia respecto a la sexualidad responsable.
- Toma de conciencia sobre el papel de la planificación familiar y de la maternidad y paternidad responsables. (38)

## 4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

### 4.1 Tipo y diseño de la investigación:

Estudio descriptivo transversal.

### 4.2 Selección de unidad de análisis:

**4.2.1 Unidad primaria de muestreo:** Pacientes adolescentes de sexo femenino en las comunidades rurales del Área de Salud de Zacapa.

**4.2.2 Unidad de análisis:** Datos proporcionados por las adolescentes que fueron registrados en el instrumento diseñado para el efecto.

**4.2.3 Unidad de información:** Adolescentes embarazadas y/o que hayan tenido embarazos de las comunidades rurales del Área de Salud de Zacapa, las cuales se describen a continuación:

- Zacapa: Santa Rosalía y Santa Lucía
- Gualán: Juan Ponce, Santiago y El Lobo
- Usumatlán: El Jute, Pueblo Nuevo y La Palmilla
- Teculután: San José Teculután, El Arco y La Vega de Cobán
- Río Hondo: El Rosario y Santa Cruz
- Cabañas: San Vicente y Rosario Cabañas
- San Diego: San Antonio Las Lomas y Pampur
- Huité: La Reforma
- Estanzuela: Guayabal y San Nicolás

### 4.3 Población y muestra:

**4.3.1 Población o universo:** Pacientes adolescentes embarazadas y/o que hayan tenido embarazos, que hayan habitado en las comunidades rurales del Área de Salud de Zacapa, durante el mes de diciembre de 2,012.

**4.3.2 Marco muestral:** La muestra se calculó con base al número total de las adolescentes que osciló entre 26 y 251 adolescentes de las comunidades rurales del Área de Salud de Zacapa, durante el periodo de diciembre 2,012. La población comprende un total de 2,402 adolescentes.

La muestra se calculó de la siguiente manera:

Determinar el tamaño de la muestra:

$$n = \frac{z^2 (p) (q)}{e^2}$$

Se aplicó la fórmula correctora para la población de cada aldea:

$$\text{Muestra} = \frac{n_c}{1 + \frac{n_c}{P}}$$

MUNICIPIO	ALDEA	POBLACIÓN DE 10 A 19 AÑOS	MUESTRA
Zacapa	Santa Rosalía	251	152
	Santa Lucía	116	89
Gualán	Juan Ponce	68	57
	Santiago	80	66
	El Lobo	168	117
Usumatlán	El Jute	247	150
	Pueblo Nuevo	111	86
	La Palmilla	95	76
Teculután	San José Teculután	146	106
	El Arco	123	93
	La Vega de Cobán	80	66
Río Hondo	El Rosario	161	113
	Santa Cruz	179	122
Cabañas	San Vicente	155	110
	Rosario Cabañas	57	50
San Diego	San Antonio Las Lomas	101	80
	Pampur	43	38
Huité	La Reforma	171	118

Estanzuela	Guyabal	26	24
	San Nicolás	26	25
<b>TOTAL</b>		2,402	1,739

Métodos y técnicas de muestreo: Muestra probabilística al azar, por medio de una lista de las pacientes embarazadas o que hayan tenido un embarazo, utilizando la tabla de números aleatorios escogiendo del marco muestral.

#### **4.4 Selección de los sujetos a estudio:**

##### **4.4.1 Criterios de inclusión:**

- Todas las pacientes adolescentes que estaban embarazadas o que estuvieran comprendidas entre 10 a 19 años y hayan tenido embarazos que estuvieron en las comunidades rurales del Área de Salud de Zacapa.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio.
- Pacientes que se encontraban en el lugar de estudio al realizar el trabajo de Campo.

##### **4.4.2 Criterios de exclusión:**

- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.
- Pacientes con limitación física y/o mental que impidieron el interrogatorio.



#### 4.5 Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
Características de las adolescentes	Cualidad que presentan las personas comprendidas entre 10 a 19 años	<b>Edad</b> Es el término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido una persona.	Cuantitativa	Razón	Boleta de recolección de datos
		<b>Residencia</b> Estar establecido en un lugar.	Cualitativa	Nominal	
		<b>Escolaridad</b> Tiempo durante el que una persona asiste a un centro de enseñanza	Cualitativa	Ordinal	
		<b>Estado civil</b> Condición del individuo dentro del orden jurídico, que influye en sus facultades, capacidad y obligaciones.	Cualitativa	Nominal	
		<b>Número de gestas</b> Cantidad de embarazos que ha tenido una mujer, hijos vivos, mortinatos, abortos y el embarazo actual.	Cuantitativa	Razón	
		<b>Edad del primer embarazo</b> Término que se utiliza para hacer mención al tiempo en que una mujer tuvo su primera gesta.	Cuantitativa	Razón	
		<b>Ocupación</b> Modo natural y originario de adquirir la propiedad de ciertas cosas que carecen de dueño.	Cualitativa	Nominal	

Saberes de prevención	<p>Es la información que se tiene sobre el conjunto de medidas que tienden a evitar que se produzca un embarazo; si se tiene un embarazo como llevarlo a cabalidad saludablemente; y de las acciones para disminuir el impacto de las repercusiones a corto, mediano y largo plazo del embarazo subsecuente.</p>	<p><b>Tipo de vivienda como reflejo de la clase social</b> Lugar cerrado y cubierto para ser habitado por personas como forma de estratificación social.</p>	<p>Se preguntó a la paciente las características de su vivienda: material de las paredes, de techo, de suelo, de agua, así como los servicios básicos (agua, luz y drenaje) que posee. Si presenta las siguientes respuestas se clasificó como <b>formal</b>, y por ende clase social <b>medio o alto</b>: paredes de block; techo de terraza o lámina con cielo falso; suelo con piso o torta de cemento; servicios básicos de agua, luz y drenaje. Si presenta las siguientes respuestas se clasificó como <b>informal</b>, y por ende clase social <b>bajo</b>: paredes de adobe, lámina, bajareque u otro; techo de lamina, palma u otro; suelo de tierra; servicios básicos de agua, luz o drenaje.</p>	Cualitativa	Ordinal	
		<p><b>Saberes de Prevención primaria</b> Conjunto de informaciones sobre las actividades sanitarias destinadas a la promoción en la salud y la prevención del embarazo en adolescentes</p>	<p>Datos anotados en la boleta de recolección de datos sobre los saberes de prevención primaria, los cuales incluyen charlas sobre educación sexual, métodos anticonceptivos, y uso correcto de métodos anticonceptivos. Se clasificó de la siguiente manera:  <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Sí sabe:</b> si obtiene un puntaje mayor o igual a 75 puntos (pts)</li> <li>○ <b>No sabe:</b> Si obtiene un puntaje menor o igual a 50 puntos.</li> </ul> <p><b>Charlas sobre Educación sexual</b> Se preguntó a la paciente si ha recibido charlas sobre educación sexual. De ser afirmativa la respuesta obtenía un puntaje de 50 puntos si es negativa fue de 0 puntos.</p> <p><b>Métodos Anticonceptivos</b> Se preguntó a la paciente si sabe qué métodos existen para no quedar embarazada, los cuales se listan a continuación: orales, inyectables, de barrera, intrauterino y naturales. Si mencionaba 3 de las 5 opciones, se dio un puntaje de 25 puntos; si mencionaba menos de 3 el puntaje fue de 0 puntos.</p> <p><b>Uso Correcto de Métodos Anticonceptivos</b> Se preguntó a la paciente si sabe la frecuencia y el uso correcto de los siguientes métodos anticonceptivos: orales, inyectables, de barrera, intrauterinos y naturales. Si mencionó tres de las cinco opciones, se le dio un puntaje de 25 pts; si mencionaba menos de tres el puntaje fue de 0 puntos.</p> </p>	Cualitativa	Nominal	

		<p>Datos anotados en la boleta de recolección de datos sobre saberes de prevención secundaria, los cuales incluyen: control prenatal, suplementación durante el embarazo, señales de peligro durante el embarazo, personal adecuado para la atención del parto y lugar adecuado para la atención del parto. Se clasificará de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> <b>Sí sabe:</b> Si obtenía un puntaje <math>\geq</math> a 60 pts.</li> <li><input type="radio"/> <b>No sabe:</b> Si obtenía un puntaje <math>\leq</math>40 pts.</li> </ul> <p><b>Control Prenatal:</b> Se preguntó a la paciente si sabe cuántas visitas de control prenatal deben realizarse durante el embarazo, incluyendo las siguientes opciones</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 1 visita</li> <li><input type="radio"/> 2 a 3 visitas</li> <li><input type="radio"/> <math>\geq</math>4 visitas</li> <li><input type="radio"/> No sabe</li> </ul> <p>Si la paciente contestó <math>\geq</math>4 visitas, se le dio un puntaje de 20 puntos, de lo contrario se dará 0 puntos.</p> <p><b>Suplementación durante el embarazo :</b> Se le preguntó a la paciente qué vitaminas sabe que debe recibir una embarazada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Ácido fólico</li> <li><input type="radio"/> Sulfato ferroso</li> <li><input type="radio"/> Tabletas prenatales</li> <li><input type="radio"/> No sabe</li> </ul> <p>Si la paciente contesta dos de las tres opciones se le dio un puntaje de 20 pts. De lo contrario se le dio el puntaje será de 0 puntos.</p> <p><b>Señales de peligro durante el embarazo</b> Se preguntó a la paciente qué señales de peligro en el embarazo sabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Contracciones uterinas</li> <li><input type="radio"/> Sangrado</li> <li><input type="radio"/> Ausencia de movimientos del bebé</li> <li><input type="radio"/> Salida de líquido por la vagina</li> <li><input type="radio"/> Visión borrosa</li> <li><input type="radio"/> Dolor en la boca del estómago</li> <li><input type="radio"/> Fiebre</li> </ul>	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>	
<p><b>Saberes de Prevención Secundaria</b> Conjunto de medidas a tomar cuando la adolescente ya está embarazada.</p>				

		<p><input type="radio"/> No sabe</p> <p>Si la paciente mencionaba 5 de las 7 opciones, se dio un puntaje de 20 pts. Si mencionaba menos de 5 el puntaje fue de 0 puntos.</p> <p><b>Personal adecuado para la atención del parto.</b></p> <p>Se preguntó a la paciente a quién debe acudir para la atención del parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Comadrona</li> <li><input type="radio"/> Enfermera/o</li> <li><input type="radio"/> Médico</li> <li><input type="radio"/> No sabe</li> </ul> <p>Si la paciente contestaba la opción "Médico" se le dio un puntaje de 20 pts. Si mencionaba otra opción el puntaje será de 0 puntos.</p> <p><b>Lugar adecuado para la atención del parto.</b></p> <p>Se preguntó a la paciente cuál es el lugar correcto para la atención del parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Casa</li> <li><input type="radio"/> Hospital / Centro de Salud</li> <li><input type="radio"/> No sabe</li> </ul> <p>Si la paciente contestaba "Hospital/ Centro de Salud", se le dio un puntaje de: 20 pts. Si mencionaba otra opción el puntaje fue de 0 puntos.</p>			
	<p><b>Saberes de Prevención Terciaria</b></p> <p>Conjunto de actividades destinadas al restablecimiento de la salud y prevención de complicaciones y secuelas.</p>	<p>Datos anotados en la boleta de recolección de datos sobre saberes de prevención terciaria los cuales incluyen: atención durante el puerperio, suplementación durante el puerperio, señales de peligro durante el puerperio, métodos de planificación familiar durante el puerperio y periodo intergenésico adecuado.</p> <p>Se clasificó de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> <b>Sí sabe:</b> Si obtuvo un puntaje <math>\geq 60</math> pts.</li> <li><input type="radio"/> <b>No sabe:</b> Si obtuvo un puntaje <math>\leq 40</math> pts.</li> </ul> <p><b>Atención durante el puerperio</b></p> <p>Se le preguntó a la paciente si sabe cuántas consultas con el doctor o al puesto de salud debe realizar después de haber tenido a su bebé:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 1 visita.</li> <li><input type="radio"/> 2 visitas.</li> <li><input type="radio"/> 3 ó más visitas.</li> </ul>			

		<p><input type="radio"/> No sabe</p> <p>Si la paciente contesta 2 o más visitas se le dio un puntaje de 20 pts, de lo contrario se le otorgó 0 puntos.</p> <p><b>Suplementación durante el puerperio</b></p> <p>Se le preguntó a la paciente si sabe qué vitaminas debe tomar después de haber tenido a su bebé:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Sulfato ferroso</li> <li><input type="radio"/> Acido fólico</li> <li><input type="radio"/> No sabe</li> </ul> <p>Si la paciente contesta las primeras dos opciones se le dio un puntaje de 20 pts. Si menciona solo una el puntaje fue de 0 puntos.</p> <p><b>Señales de peligro durante el puerperio</b></p> <p>Se le preguntó a la paciente qué señales de peligro después de haber tenido a su bebé sabe que existe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Fiebre.</li> <li><input type="radio"/> Sangrado.</li> <li><input type="radio"/> Flujo vaginal maloliente.</li> <li><input type="radio"/> Visión borrosa.</li> <li><input type="radio"/> Dolor en la boca del estómago.</li> <li><input type="radio"/> No sabe</li> </ul> <p>Si la paciente contesta 3 de las primeras 5 opciones se le dio un puntaje de 20 pts. Si menciona menos de 3 el puntaje fue de 0 puntos.</p> <p><b>Métodos de planificación familiar durante el puerperio</b></p> <p>Se le preguntó a la paciente si sabe cómo prevenir un nuevo embarazo después de haber dado a luz:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Inyectables</li> <li><input type="radio"/> Orales</li> <li><input type="radio"/> Naturales</li> <li><input type="radio"/> De barrera</li> <li><input type="radio"/> Intrauterinos</li> <li><input type="radio"/> No sabe</li> </ul> <p>Si la paciente contesta 3 de las primeras 5 opciones se le dio un puntaje de 20 pts. Si menciona menos de 3 el puntaje fue de 0 puntos.</p>		
--	--	--	--	--

			<p><b>Periodo Inter-genésico adecuado</b>  Se le preguntó a la paciente si sabe cuál es el tiempo adecuado para tener un embarazo después del último parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> &lt; 1 año</li> <li><input type="radio"/> 1 a &lt;3 años</li> <li><input type="radio"/> 3 a 5 años</li> <li><input type="radio"/> No sabe</li> </ul> <p>Si la paciente contesta la opción "3 a 5 años" se le dio un puntaje de 20 pts. Si menciona otra opción el puntaje fue de 0 puntos.</p>			
--	--	--	---	--	--	--

#### **4.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos que se utilizaron en la recolección de datos:**

**4.6.1 Técnica:** Se realizó entrevista directa.

#### **4.6.2 Procedimiento:**

4.6.2.1 Se convocó a las adolescentes embarazadas y/o que hayan estado embarazadas que fueron seleccionadas aleatoriamente del marco muestral, por medio de carteles, anuncios por medio de líderes religiosos, COCODE y grupos organizado. Si no se cumplió con la muestra establecida se procedió a una búsqueda activa de las adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión casa por casa de las comunidades.

4.6.2.2 Se informó a las participantes sobre los objetivos y la contribución de su participación.

4.6.2.3 Se solicitó el consentimiento informado de cada participante.

4.6.2.4 Se realizó una entrevista directa.

**4.6.3 Instrumentos:** Se utilizó un cuestionario el cual constó de cuatro partes donde se proporcionó los datos necesarios para realizar la caracterización y la evaluación de los saberes sobre la prevención primaria, secundaria y terciaria. Dicho instrumento de recolección de datos se muestra en los anexos.

#### **4.7 Procesamiento y análisis de datos:**

**4.7.1 Procesamiento:** La información obtenida en la boleta de recolección de datos se ponderó por cada uno de los investigadores para establecer las características de las adolescentes y sus saberes de prevención, con lo que se generó una base de datos.

4.7.1.1 Las características se procesaron de la siguiente manera:

<b>Característica</b>	<b>Clasificación</b>
Edad	Años
Residencia	Rural Urbano
Escolaridad	Primaria Básicos

	Diversificado Universitario Ninguna
Estado civil	Soltera Unida Casada Divorciada Viuda
Número de gestas	Número absoluto.
Edad del primer embarazo	Años
Ocupación	Estudiante Ama de casa Agricultura Comerciante Empleada Doméstica Otros
Tipo de vivienda como reflejo de la clase social	Formal = Clase media o alta. Informal = Clase baja.

4.7.1.2 Los saberes de prevención se evaluaron por medio de un cuestionario en tres apartados; cada apartado se dirigió a evaluar los saberes de los distintos niveles de prevención. A cada apartado se le asignó un puntaje de 100 puntos, para el cual se requirió una ponderación mínima para establecer si sabía o no sabía el nivel de prevención evaluado. A continuación se presenta una tabla en la que se especifica los aspectos evaluados en cada saber de prevención y la ponderación asignada a cada aspecto:

Saber de prevención	Aspecto a evaluar	Puntaje asignado	Clasificación del puntaje obtenido
Prevención primaria	Charlas sobre educación sexual	50 pts.	Sí sabe: ≥ 75 pts.



	Métodos anticonceptivos	25 pts.	No sabe: ≤ 50 pts.
	Uso correcto de los métodos anticonceptivos	25 pts.	
Prevención secundaria	Control prenatal	20 pts.	Sí sabe: ≥ 60 pts.  No sabe: ≤ 40 pts.
	Suplementación durante el embarazo	20 pts.	
	Señales de peligro durante el embarazo	20 pts.	
	Personal adecuado para la atención del parto	20 pts.	
	Lugar adecuado para la atención del parto	20 pts.	
Prevención terciaria	Atención durante el puerperio	20 pts.	Sí sabe: ≥60 pts.  No sabe: ≤40 pts.
	Suplementación durante el puerperio	20 pts.	
	Señales de peligro durante el puerperio	20 pts.	
	Métodos de planificación familiar durante el puerperio	20 pts.	
	Período intergenésico adecuado	20 pts.	

La información se procesó en computadora COMPAQ Presario CQ56 con sistema operativo Windows 7 Starter, con paquete de Microsoft Office 2,010, realizando tabulación de los datos a través del programa Excel 2,010. Se verificó que la información se trasladara de manera completa y sin errores.

**4.7.2 Análisis:** Dicha base de datos, fue la fuente de la información para la elaboración de cuadros, con la respectiva discusión de resultados. A continuación se presenta una tabla en la cual se especifica la medida de frecuencia relativa que se utilizó con cada variable.

<b>Variable</b>	<b>Medida de frecuencia relativa</b>
Edad	Moda
Residencia	Porcentaje
Estado civil	
Número de gestas	
Edad del primer embarazo	
Ocupación	
Tipo de vivienda como reflejo de la clase social	
Saberes de prevención primaria	
Saberes de prevención secundaria	
Saberes de prevención terciaria	

#### **4.8 Alcances y límites de la investigación:**

**4.8.1 Alcances:** En el presente informe se delimitan claramente los temas investigados los cuales son la caracterización de las adolescentes y los saberes sobre prevención primaria, secundaria y terciaria, enfocando el trabajo hacia la descripción de las características epidemiológicas de las pacientes adolescentes de las comunidades rurales del Área de Salud de Zacapa.

**4.8.2 Límites:** Durante el trabajo de campo no se logró recolectar el 100% de la muestra establecida, ya que hubo cierto número de pacientes que se

rehusaron a participar en el estudio, así como otro número que emigró hacia otras comunidades.

#### **4.9 Aspectos éticos de la investigación:**

La investigación tomó en cuenta los siguientes puntos:

- De acuerdo a los tres principios fundamentales de la ética en investigación con personas, los cuales son; *Autonomía*, *Beneficencia* y *Justicia*, estos principios individuales y colectivos se respetaron a cabalidad, se realizó consentimiento informado para cada paciente con lo fueron incluidas dentro del estudio (ver anexos).
- Debido a la metodología utilizada para la obtención de los datos a través de entrevista directa, este estudio en humanos es de Categoría I o sin riesgo.

## 5. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de las 1,002 adolescentes entrevistadas:

**Cuadro 5.1**

Características de las pacientes entrevistadas de las comunidades rurales del Área de Zacapa, en diciembre del 2,012

<b>CARACTERÍSTICAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS</b>		
<b>EDAD EN AÑOS</b>		<b>Frecuencia</b>
19		429
<b>CARACTERÍSTICA</b>		<b>Porcentaje</b>
<b>RESIDENCIA</b>	Rural	99%
<b>ESCOLARIDAD</b>	Primaria	52%
<b>EDAD 1ER EMBARAZO</b>	16	24%
<b>ESTADO CIVIL</b>	Unida	59%
<b>NUMERO DE GESTAS</b>	1	73%
<b>VIVIENDA</b>	Informal	61%
<b>OCUPACIÓN</b>	Ama de Casa	76%

Fuente: Instrumento de recolección de datos, Zacapa, diciembre 2,012.

**Cuadro 5.2**

Saberes de prevención de las pacientes entrevistadas de las comunidades rurales del Área de Zacapa, en diciembre del 2,012

<b>SABERES</b>	<b>Si sabe</b>		<b>No sabe</b>	
<b>PRIMARIA</b>	365	36%	637	64%
<b>SECUNDARIA</b>	672	67%	330	33%
<b>TERCIARIA</b>	210	21%	792	79%

Fuente: Instrumento de recolección de datos, Zacapa, diciembre 2,012



## 6. DISCUSIÓN

Luego de observar los resultados presentados en el cuadro 5.1 acerca de los caracteres de las adolescentes entrevistadas se realiza la siguiente discusión:

La edad más frecuente de las pacientes entrevistadas fue la de 19 años, seguida de la edad de 18 años, disminuyendo en frecuencia directamente proporcional con la edad. No se obtuvo casos de 10-11 años. Una posible causa de este fenómeno es que la población comprendida entre las edades de 15 a 19 años es mayor que las adolescentes comprendidas de 10 a 14 años, por lo que es de esperarse mayor número de embarazos en pacientes comprendidas en el primer rango de edad mencionado. (1, 35, 8, 10, 11, 12, 13, 14)

El 99% de las adolescentes entrevistadas residen en el área rural y el resto en área urbana con 1%; esto concuerda con las estadísticas que indican que la tasa de fecundidad entre las adolescentes rurales es mucho más alta que la de las adolescentes urbanas. Lo que se debe a que todas las comunidades a estudio se encuentran en áreas rurales. (20,21)

El estado civil más frecuente de las pacientes entrevistadas es unión de hecho representando el 59% del total de los casos, seguida de soltera con un 23% y por último, las adolescentes casadas con 17%. Se relaciona con estudios anteriores ya que las adolescentes tienen relaciones de menor duración y con mayor inestabilidad, esto puede hacer que en la unión de hecho no haya ataduras legales para continuar con la relación de una manera forzada (28). Aunado a esto, es probable que la causa de este fenómeno sea que los embarazos no fueron planeados por lo que las adolescentes no se encuentran emocionalmente preparadas para adquirir un compromiso. (24)

La escolaridad más frecuente en las adolescentes entrevistadas es primaria representando un 52% del total, seguido de básicos con un 24%, la escolaridad de diversificado representa el 8%, y el 15% de las adolescentes refirió ninguna escolaridad. La mayoría de las entrevistadas se encuentran dentro de un nivel de primaria, por lo que no cuentan con adecuados saberes de prevención de un embarazo; sumándole a todo esto el porcentaje significativo de las personas que no tienen ningún tipo de escolaridad,

comprobando que la bibliografía indica, que a menor sea la escolaridad de las pacientes mayor será la probabilidad de esperar un embarazo. (7)

El 73% de las entrevistadas han tenido solamente un embarazo, el 23% han presentado dos embarazos durante la adolescencia y únicamente el 3% han tenido tres gestas (ver cuadro de resultados, anexos). El hecho que las mujeres hayan tenido únicamente un embarazo puede deberse a que prefieren dejar un período intergenésico adecuado ya que la situación personal y social se torna dificultosa al encontrarse al cuidado del primer hijo, decidiendo utilizar algún método de anticoncepción efectivo para no tener un nuevo embarazo. El porcentaje de adolescentes que reportó haber tenido dos embarazos se puede justificar a que probablemente no recibieron información correcta acerca de los distintos métodos sobre planificación familiar, o que el método utilizado no haya sido efectivo. (3)

Se observa que la ocupación más frecuente de las adolescentes entrevistadas es ama de casa, con un 76% y luego le siguen: estudiante 17%, comerciante 3%, empleada doméstica 2%, agricultora y otras ocupaciones 1%. Un gran porcentaje de las entrevistadas son amas de casa, no encontrándose cifras significativas en otros tipos de empleos con un verdadero aporte económico, esto puede deberse a que la maternidad a temprana edad, como es el caso de nuestro grupo de estudio, puede restringir ciertas oportunidades de continuar con los estudios, dificultando la opción de desempeñar un buen empleo o de alcanzar objetivos al no cursar carreras de su elección. Las demás ocupaciones que puedan desempeñarse no están siendo ocupadas por un porcentaje de adolescentes que sea relevante. (25, 26, 28)

La mayoría de las pacientes adolescentes entrevistadas tuvo su primer embarazo a una edad de 16 años representando el 24% del total de entrevistadas; las adolescentes cuyo primer embarazo sucedió a los 17 años representan el 18%; quienes indicaron que su primer embarazo sucedió a los 18 años representan el 16% del total, y aquellas que indicaron que sucedió a los 14 y 19 años representan cada uno un 11% del total; las entrevistadas cuyos embarazos sucedieron a los 13 años representan el 3%; y las adolescentes cuyo embarazo ocurrió a los 12 años, el 1% del total. No se encontraron casos de adolescentes embarazadas o con un embarazo previo en edades de 10 a 11 años.

Se puede considerar que la mayoría de las adolescentes encuestadas presentó su primer embarazo durante la adolescencia tardía representado el 85% de los casos, según la define la OMS como el periodo comprendido entre los 15 a los 19 años. La menarquía, es la primera menstruación, tiende a presentarse a los 11 o 12 años. La bibliografía indica que las adolescentes con una edad de menarquía precoz están más expuestas al riesgo de embarazarse, aunque de las adolescentes encuestadas solo el 1% indicaron haber estado embarazadas antes de los 12 años. Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano 2009/2010, Guatemala presentó una Tasa de Fecundidad Específica en las edades de 15 a 19 años de 98 por 1000 mujeres; el departamento de Zacapa presentó 111 por 1000 en las mujeres dentro del mismo rango de edad, ocupando el séptimo lugar a nivel nacional, lo cual se correlaciona con las adolescentes que participaron en este estudio, ya que se encontraban en este rango de edad al presentar su primer embarazo, representando más del 85% de las encuestadas, (Ver cuadro de resultados, anexos). Según la Encuesta Nacional de Salud Materna e Infantil (ESMI 2008-2009), del total de mujeres entre los 15 y los 19 años, el 28% ya había tenido su primera relación sexual. La bibliografía indica que en los primeros y en los últimos grupos de edad la fecundidad es mayor, lo que incluye a las mujeres de 15 a 19 y de 45 a 49 años de edad. Basándose en la evidencia que indica que durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia tardía, el egocentrismo de la etapa hace asumir a las adolescentes que no existe una consecuencia de tales actos, y si las hay, solamente les ocurre a otras personas. La necesidad de probar su fecundidad, estando afligidas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso en la adolescencia, lo cual puede inducirlas a tener relaciones sexuales a temprana edad.

(6)

El 61% del total de viviendas de las entrevistadas son de carácter informal, reflejando las malas condiciones en que viven debido a que no tienen una buena base económica además la mayoría de estas pacientes son desempleadas y/o son amas de casa con lo que no pueden mejorar sus condiciones de vivienda. Para efectos de este estudio, se tomó la variable "tipo de vivienda" como reflejo del estrato socioeconómico; el tipo de vivienda formal refleja un estrato socioeconómico medio o alto, en tanto que el tipo de vivienda informal refleja un estrato socioeconómico bajo. (20, 21) Al igual que como lo manifiesta la literatura, en este estudio se comprobó que el embarazo adolescente se



presenta con mayor frecuencia en los sectores de pobreza y extrema pobreza. Una posible explicación de ello, es que dichos sectores son menos favorecidos con respecto al acceso de educación y servicios de salud. Esta población es un sector altamente vulnerable por la dificultad que las adolescentes presentan al no tener un fácil acceso a las múltiples necesidades que requieren satisfacer, tales como permanencia en el sistema escolar, que trae consigo el desconocimiento y una nulidad de las responsabilidades que implica ser madre.

Luego de observar los resultados presentados en el cuadro 5.2 acerca de los saberes de prevención (primaria, secundaria y terciaria) de las adolescentes entrevistadas se realiza la siguiente discusión:

El 36% de las pacientes sí saben acerca de prevención primaria y el 64% desconoce aspectos de prevención primaria. La mayoría de las pacientes entrevistadas no saben sobre prevención primaria; a pesar del extenso contenido curricular de educación sexual, impartido desde cuarto primaria a básicos dado en las escuelas públicas del Gobierno de Guatemala. (37,38) Este contenido puede no estar adecuado a las personas que la reciben, o no hay una enseñanza correcta. Así mismo no hay una forma de evaluar la retención de estos conocimientos por parte de la población adolescente, donde inician con una educación sexual, cambios fisiológicos, sexualidad responsable, etc. Podemos observar que es deficiente la enseñanza de estos tanto a nivel de escuelas y en los servicios de salud, donde también les corresponde enseñar acerca de saberes de prevención primaria.

Con respecto a la prevención secundaria, nuestro estudio mostró que el 67% de las pacientes saben de prevención secundaria, y el 33% restante no saben (ver cuadro 5.2). Los resultados anteriores pueden ser explicados gracias a que, dado que las pacientes estaban o habían estado embarazadas antes, adquieren experiencia durante el embarazo sobre prevención secundaria. Además de la experiencia adquirida, se suman los planes educacionales proporcionados por los servicios de salud, así como la información proporcionada durante la formación primaria y básica por parte del ministerio de educación. (38) La tercera parte de la población entrevistada no sabe sobre prevención secundaria; esto puede ser explicado debido a que las pacientes son analfabetas y desconocen la información que se les brinda por parte de los centros educativos; también

porque es el primer embarazo y no tienen la experiencia ni la información oportuna; o porque no llevaron control prenatal en los embarazos previos, por lo que perdieron la oportunidad de recibir la información que se proporciona por parte del personal de salud.

El 21% de las pacientes conocen los aspectos evaluados en prevención terciaria, por el contrario el 79% los desconoce. La frecuencia de desconocimiento que se tiene sobre la prevención terciaria es alta, esto puede deberse a que la educación que se imparte a las jóvenes acerca del embarazo, según el Currículum Nacional Base inicia a partir de sexto primaria, (37) sin embargo, no es sino hasta la educación básica que se contempla dentro de los contenidos los cuidados prenatales, natales, postnatales y planificación familiar (38). Por lo tanto si la población que terminó secundaria es del 24% se esperaría que sea ésta la que posee los conocimientos de prevención terciaria, siendo el porcentaje actual de 21%, lo cual se asemeja al porcentaje esperado.

Como consecuencia del desconocimiento de prevención terciaria, se esperaría mayor cantidad de complicaciones maternas, si se toman en cuenta las variables, suplementación, señales del peligro y el número de consultas ideales durante el puerperio. El número de consultas se ve afectado debido que la mayor cantidad de la población reside en el área rural (99%) (Ver cuadro 5.1), por lo cual no asisten a los servicios de salud, tampoco pueden recibir consejería adecuada y su respectiva suplementación.

Lo importante de extender los conocimientos de prevención terciaria durante la consulta, contribuiría a aumentar los saberes de las adolescentes que no pueden adquirir éstos durante la educación secundaria, ya que no poseen el acceso. Esto incluiría darles opciones a las madres adolescentes a una rápida atención y consejería con el objetivo de ayudarles a conocer métodos de planificación familiar, para lograr un periodo intergenésico adecuado y así evitar un nuevo embarazo.



## 7. CONCLUSIONES

- 7.1 Las características de las adolescentes embarazadas fueron las siguientes: la edad de las entrevistadas que mayor frecuencia presentó fue 19 años; el 99% de las entrevistadas pertenece al área rural; el 52% cuenta con educación primaria; la edad del primer embarazo es a los 16 años; el 59% se encuentran en unión de hecho; el 73% de las entrevistadas ha tenido únicamente una gesta; las adolescentes cuentan con una vivienda informal, y finalmente, el 76% son amas de casa.
- 7.2 En cuanto a los saberes de prevención de las adolescentes embarazadas, el 64% no sabe de prevención primaria, el 67% sabe de prevención secundaria y el 79% de las adolescentes no sabe de prevención terciaria.
- 7.3 Se comprueba la hipótesis planteada al inicio de la investigación, concluyendo que el aumento del embarazo en las adolescentes de 10 a 19 años no sólo se debe a los factores asociados al mismo, sino que también a la deficiencia en los saberes de prevención primaria, secundaria y terciaria.



## **8. RECOMENDACIONES**

- 8.1 Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, capacitar al personal que labora en los servicios de salud del primer nivel de atención, de tal forma que provean información específica, a los y las consultantes, sobre cómo prevenir los embarazos, así como la conducta a tomar al momento de una mujer estar embarazada y durante el puerperio; además evaluar los conocimientos del personal de salud para asegurar que la información proporcionada sea la correcta.
- 8.2 Al Ministerio de Educación, verificar el cumplimiento del contenido curricular de cada grado específico, ya que en él se incluye contenido sobre educación sexual, con el que estaría reforzando los saberes de prevención.
- 8.3 Que se trabaje conjuntamente entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, junto con otras entidades para que intervengan con los jóvenes a fin de fortalecer programas y actividades comunitarios destinados a la prevención del embarazo.



## **9. APORTES**

Con la presente investigación se llenó un vacío en la literatura actual, debido a que no existían datos acerca de este tema en las diferentes fuentes de información, con respecto al Área de Salud de Zacapa.

Además, se contribuyó a dar a conocer la situación actual de un problema relevante de salud pública, aportando información alarmante para la actual sociedad guatemalteca, con el propósito de mejorar la atención de las adolescentes.





## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Guatemala: ¿Un país de oportunidades para la Juventud?: Informe Nacional de Desarrollo Humano 2011/2012. Guatemala: PNUD; 2012.
2. Figueroa W, López F, Remez L, Prada E, Drescher J. Maternidad Temprana en Guatemala: un desafío constante. N.Y.: guttmacher.org; 2006 (No. 5).
3. Issler JR. Embarazo en la adolescencia. RevMedPostg [en línea] 2001 Ago [accesado 27 Oct 2012]; 107(1):11-23. Disponible en: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html)
4. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1995. Guatemala: MSPAS, INE, UVG; 1996.
5. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Adolescentes de Zacapa. Guatemala: MSPAS; 2011.
6. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Guatemala: hacia un Estado para el desarrollo humano: Informe Nacional para el Desarrollo Humano 2009/2010. Guatemala: PNUD; 2010.
7. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sala Situacional Zacapa, enero a julio 2012. Zacapa: MSPAS; 2012.
8. Centro de Salud de Zacapa. Memoria de Labores 2011. Zacapa: Centro de Salud; 2011.
9. Consejo Municipal de Desarrollo Estanzuela. Secretaría de Programación y Planificación de la Presidencia. Dirección de Planificación Territorial. Plan de desarrollo Estanzuela, Zacapa [en línea] Guatemala: SEGEPLAN/ DPT; 2010 [accesado 23 Oct 2012] (serie PDM SEGEPLAN: 1902) Disponible en:

[http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com\\_k2&view=itemlist&task=category&id=348:estanzuela&Itemid=333](http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com_k2&view=itemlist&task=category&id=348:estanzuela&Itemid=333)

10. Consejo Municipal de Desarrollo Río Hondo. Secretaría de Programación y Planificación de la Presidencia. Dirección de Planificación Territorial. Plan de desarrollo Río Hondo, Zacapa [en línea] Guatemala: SEGEPLAN/ DPT; 2010 [accesado 23 Oct 2012] (serie PDM SEGEPLAN: 1903) Disponible en: [http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com\\_k2&view=itemlist&task=category&id=352:rio-hondo&Itemid=333](http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com_k2&view=itemlist&task=category&id=352:rio-hondo&Itemid=333)
11. Consejo Municipal de Desarrollo Gualán. Secretaría de Programación y Planificación de la Presidencia. Dirección de Planificación Territorial. Plan de desarrollo Gualán, Zacapa [en línea] Guatemala: SEGEPLAN/ DPT; 2010 [accesado 23 Oct 2012] (serie PDM SEGEPLAN: 1904) Disponible en: [http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com\\_k2&view=itemlist&task=category&id=349:gualan&Itemid=333](http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com_k2&view=itemlist&task=category&id=349:gualan&Itemid=333)
12. Consejo Municipal de Desarrollo Teculután. Secretaría de Programación y Planificación de la Presidencia. Dirección de Planificación Territorial. Plan de desarrollo Teculután, Zacapa [en línea] Guatemala: SEGEPLAN/ DPT; 2010 [accesado 23 Oct 2012] (serie PDM SEGEPLAN: 1905) Disponible en: [http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com\\_k2&view=itemlist&task=category&id=354:teculutan&Itemid=333](http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com_k2&view=itemlist&task=category&id=354:teculutan&Itemid=333)
13. Consejo Municipal de Desarrollo Usumatlán. Secretaría de Programación y Planificación de la Presidencia. Dirección de Planificación Territorial. Plan de desarrollo Usumatlán, Zacapa [en línea] Guatemala: SEGEPLAN/ DPT; 2010 [accesado 23 Oct 2012] (serie PDM SEGEPLAN: 1906) Disponible en: [http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com\\_k2&view=itemlist&task=category&id=355:usumatlan&Itemid=333](http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com_k2&view=itemlist&task=category&id=355:usumatlan&Itemid=333)
14. Consejo Municipal de Desarrollo Cabañas. Secretaría de Programación y Planificación de la Presidencia. Dirección de Planificación Territorial. Plan de desarrollo Cabañas, Zacapa [en línea] Guatemala: SEGEPLAN/ DPT; 2010

[accesado 23 Oct 2012] (serie PDM SEGEPLAN: 1907) Disponible en: [http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com\\_k2&view=itemlist&task=category&id=347:caba%C3%B1as&Itemid=333](http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com_k2&view=itemlist&task=category&id=347:caba%C3%B1as&Itemid=333)

15. Consejo Municipal de Desarrollo Huité. Secretaría de Programación y Planificación de la Presidencia. Dirección de Planificación Territorial. Plan de desarrollo Huité, Zacapa [en línea] Guatemala: SEGEPLAN/ DPT; 2010 [accesado 23 Oct 2012] (serie PDM SEGEPLAN: 1910) Disponible en: [http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com\\_k2&view=itemlist&task=category&id=350:huite&Itemid=333](http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com_k2&view=itemlist&task=category&id=350:huite&Itemid=333)
16. Consejo Municipal de Desarrollo San Diego. Secretaría de Programación y Planificación de la Presidencia. Dirección de Planificación Territorial. Plan de desarrollo San Diego, Zacapa [en línea] Guatemala: SEGEPLAN/ DPT; 2010 [accesado 23 Oct 2012] (serie PDM SEGEPLAN: 1908) Disponible en: [http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com\\_k2&view=itemlist&task=category&id=353:san-diego&Itemid=333](http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com_k2&view=itemlist&task=category&id=353:san-diego&Itemid=333)
17. Abad ML. ¿Cómo cambiará su cuerpo con la pubertad? [en línea] Alicante: Fundación Salud Infantil; 1997 [accesado 12 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.fundacionsaludinfantil.org/documentos/C098.pdf>
18. Rodríguez M. Mesa redonda: adolescencia- necesidad de creación de unidades de adolescencia. Zaragoza: AnPediater. 2003; 58 Supl 2: 104-106. [accesado 23 Oct 2012]. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13048412&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=37&ty=86&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=37v58nSupl.2a13048412pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13048412&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=37&ty=86&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=37v58nSupl.2a13048412pdf001.pdf)
19. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. Mujeres. Guatemala: MSPAS, INE, UVG; 2003.

20. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud: factores de riesgo. [en línea] Ginebra: OMS; 2012. [accesado 28 Oct. 2012]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](http://www.who.int/topics/risk_factors/es/)
21. Reeder S, Martin L, Koniak D. Adolescencia: sexualidad, embarazo y crianza de los hijos. En: enfermería materno-infantil. 17º ed. México: Interamericana McGraw-Hill; 1995: p. 3-4.
22. Nuñez H, Rojas A. Embarazo en la adolescencia en Costa Rica: con énfasis en comunidades urbanas pobres. RevCostarr de Salud Pública. [en línea] 1999 Jul [accesado 23 Oct 2012]; 14 (8):3847. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-14291999000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-14291999000100003&script=sci_arttext)
23. Redondo Figuero CG, Galdó Muñoz G, García Fuentes M. Atención al adolescente. Santander: Ediciones de la Universidad de Cantabria; 2008.
24. Baeza B, Poo A, Vásquez O, Muños S. Comprendiendo los factores asociados al embarazo precoz, desde la perspectiva de adolescentes nuligestas. RevSogia (Chile). [en línea] 2005 [accesado 10 Oct 2012]; 12(2): 41-48. Disponible en: <http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2005/XII2comprendiendo.pdf>
25. Valdés D, Sigfrido E, Bardales M. Embarazo en la adolescencia: incidencia, riesgos y complicaciones. Rev Cubana ObstetGinecol. [en línea] 2002 Ene-Abr [accesado 30 Oct 2012]; 28(2):84-8. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol28\\_2\\_02/gin04202.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol28_2_02/gin04202.pdf)
26. Contreras J, Guzmán J, Falconier M. La adolescencia y la salud reproductiva. En: Guzmán J, Hakkert R, Contreras J, Falconier M. Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe. México D.F.: UNFPA; 2000: p.12-41.
27. Arillo Santillán GI. El inicio de vida sexual en adolescentes mexicanas: una aproximación teórica y un análisis de datos de la Encuesta Nacional de Salud

- Reproductiva -2003. [tesis de Maestría en Estudios De Población y Desarrollo Regional] [en línea] Cuernavaca: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Facultad de Arquitectura; 2008. [accesado 23 Oct 2012]. Disponible en: <http://132.248.35.1/bibliovirtual/Tesis/Arillo/contenido.pdf>
28. Torres C. Factores de riesgo en adolescentes embarazadas. La Ventana (Perú) [en línea] 2002 [accesado 24 Oct 2012]; 16(1): 96-129. Disponible en: <http://148.202.18.157/sitios/publicacionesite/pperiod/laventan/Ventana16/16-5.pdf>
29. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. Planificación familiar conocimientos y uso de métodos. Guatemala: MSPAS, INE, UVG; 2009.
30. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria [en línea]. Valencia: PrevInfAd; 2003 [actualizado 10 Oct 2003; accesado 20 Oct 2012]. De Colomer Revuelta J. Prevención de embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual en adolescentes; [15 p.] Disponible en: [http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad\\_endits.pdf](http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_endits.pdf)
31. Lete I, de Pablo JL, Martínez C, Parrilla JJ. Embarazo en la adolescencia. En Buil C. editor: Manual de la salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. Zaragoza: Sociedad Española de Contracepción. 2001. p. 817-35
32. González Tallón AI, Gutiérrez Vozmediano A, López González J, Martín Alonso R, De la Torre Martín H, Zazo Lázaro MP. Epidemiología y prevención del embarazo no deseado en adolescentes. [en línea]. En: XIX Congreso de Estudiantes de Medicina Preventiva: salud pública, compromiso de todos; Madrid: 2007 17 May. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública; 2007. p. 1-5 [accesado 23 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/>
33. Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ. Revised birth and fertility rates for the 1990s and new rates for the Hispanic populations, 2000 and 2001. NatlVitalStatRep [en

línea] 2003 Aug [accesado 26 Oct 2012]; 51 (12): 1-94. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12918931>

34. Antona Rodríguez A. Sexualidad y contracepción. *Pediatrí Integral (Madrid)*[en línea] 2005 [accesado 27 Oct 2012]; 9(2): 92- 100. Disponible en:  
[http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/\\_USER\\_/Sexualidad\\_anticoncepcion\(1\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Sexualidad_anticoncepcion(1).pdf)
35. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Salud Reproductiva. Zacapa: MSPAS; 2012.
36. Molina R, Sandoval J, Luengo X. *Obstetricia y perinatología: salud sexual y reproductiva del adolescente*. 2ª ed. Asunción [Paraguay]: EFACIM-EDUNA; 2000.
37. Ecuador. Servicio de Atención Integral para Adolescentes. Fundación Internacional para la Adolescencia [en línea]. Salud sexual y reproductiva: su abordaje desde la interdisciplinariedad. En: V Curso Internacional de Adolescencia SAIA-FIPA, XIII Curso Internacional de la Fundación Internacional para la Adolescencia; Quito 2008 Abr 28-30. Quito: SAIA-FIPA; 2008 [accesado 23 Oct 2012]. Disponible en:  
[http://www.adolescenciasema.org/index.php?menu=tablon&apartado=ver\\_anuncio&id=123](http://www.adolescenciasema.org/index.php?menu=tablon&apartado=ver_anuncio&id=123)
38. Guatemala. Ministerio de Educación. Curriculum Nacional Base. Guatemala: MINEDUC, DIGECUR; 2009.



## 11. ANEXOS

### ANEXO 1

#### Hoja de Información a la Paciente

Los estudiantes de sexto año de la facultad de ciencias médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que actualmente nos encontramos en el ejercicio profesional supervisado en diferentes puestos de salud en el departamento de Zacapa, estamos realizando una investigación titulada CARACTERICAS DE LA EMBARAZADA ADOLESCENTE Y SUS SABERES DE PREVENCIÓN.

Estamos invitando a formar parte de éste estudio, a las adolescentes de 10 a 19 años que asisten a consulta o que habiten en las diferentes comunidades del departamento de Zacapa donde se encuentre realizando Ejercicio Profesional Supervisado Rural estudiantes de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de San Carlos De Guatemala durante el periodo de noviembre a diciembre de 2012.

Con base a la información que nos proporcionen, podremos establecer las características de las adolescentes, así como los conocimientos que poseen de las medidas de prevención sobre embarazo tanto primaria, secundaria y terciaria. Los datos que nos proporcionen serán confidenciales, en ningún momento se verá afectada por los resultados de la investigación.

El procedimiento que se llevara a cabo es el siguiente:

- ✓ Se le realizara la entrevista directa con la cual se llenara el cuestionario.
- ✓ Luego se recopilara la información para poder realizar la caracterización de las adolescentes y los saberes de prevención.

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar como si no, continuarán todos los servicios que recibe en esta institución y nada cambiara. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aún cuando haya aceptado antes.





## ANEXO 2

### Formulario de Consentimiento Menores de Edad

He sido invitada a participar en la investigación “CARACTERISTICAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y SUS SABERES DE PREVENCIÓN”. Entiendo cómo se llevara a cabo la investigación.

He leído o me han leído la información proporcionada y la he comprendido. He tenido la oportunidad de preguntar por más información y se me han aclarado dudas sobre la misma. ACEPTO voluntariamente participar en esta investigación como paciente y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento, sin ser afectado de ninguna manera en mi atención que se me presta en el puesto de salud.

Yo, \_\_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_ años de edad, \_\_\_\_\_ originaria de  
\_\_\_\_\_ identificándome con  
cédula o DPI no. \_\_\_\_\_ Autorizo la participación  
voluntaria de: \_\_\_\_\_ en este  
estudio que forma parte del trabajo de Investigación de los médicos EPS Rurales del  
área de Zacapa

Por lo anteriormente expuesto, firmo a continuación.

---

Firma o Huella Digital de la/el encargado

Zacapa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año 2012.



### ANEXO 3

#### Formulario de Consentimiento Mayores de Edad

He sido invitada a participar en la investigación “CARACTERISTICAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y SUS SABERES DE PREVENCIÓN”. Entiendo cómo se llevara a cabo la investigación.

He leído o me han leído la información proporcionada y la he comprendido. He tenido la oportunidad de preguntar por más información y se me han aclarado dudas sobre la misma. ACEPTO voluntariamente participar en esta investigación como paciente y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento, sin ser afectado de ninguna manera en mi atención que se me presta en el puesto de salud.

Yo, \_\_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_ años de edad, \_\_\_\_\_ originaria de  
\_\_\_\_\_ identificándome con  
cédula o DPI no. \_\_\_\_\_ acepto la participación  
voluntaria en este estudio que forma parte del trabajo de Investigación de los  
médicos EPS Rurales del área de Zacapa

Por lo anteriormente expuesto, firmo a continuación.

---

Firma o Huella Digital de la participante

Zacapa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año 2012.

## ANEXO 4

### Boleta de Recolección de Datos

#### Características de las embarazadas adolescentes y sus Saberes de Prevención

---

Municipio	
Puesto de Salud:	
Responsable de la Información:	

#### Características De las Adolescentes Embarazadas

1. Edad en años: \_\_\_\_\_
2. Residencia: **Caserío**  **Cantón**  **Aldea**  **Municipio**
3. Escolaridad : **Primaria**  **Básicos**  **Diversificado**  **Universitario**   
**Ninguna**
4. Estado civil:  
**Soltera**  **Unida**  **Casada**  **Divorciada**  **Viuda**
5. Número de gestas:  
\_\_\_\_\_
6. Edad del primer embarazo:  
\_\_\_\_\_
7. Ocupación  
**Estudiante**  **Ama de casa**  **Agricultora**  **Comerciante**   
**Empleada doméstica**  **Otros**
8. ¿De qué material son las paredes de su casa?  
**Block**  **Adobe**  **Lamina**  **Bajareque**  **Otro**
9. ¿De qué material es el techo de su vivienda?  
**Terraza**  **Lamina con cielo falso**  **Lamina**  **Palma**  **Otro**
10. ¿De qué material es el suelo de su vivienda?  
**Piso**  **Torta de cemento**  **Tierra**

11. ¿Con qué servicios básicos cuenta su vivienda?

**Agua**

**Luz**

**Drenaje**

### Saberes de Prevención Primaria

12. ¿Ha recibido charlas sobre educación sexual?

**Sí**

**No**

**/50**

\*\*de ser afirmativo, el puntaje es de 50 puntos.

13. ¿Sabe Qué métodos existen para no quedar embarazada?

**No sabe**  **Anticonceptivos orales**  **Dispositivo intrauterino**

**Anticonceptivos inyectados**  **De barrera**  **Método natural**  **/25**

\*\*si menciona 3 de 5 opciones, el puntaje es de 25 puntos

14. Sabe la frecuencia y el uso correcto de los métodos para no quedar embarazada

Método anticonceptivo	Frecuencia	Uso correcto	Respuestas
No tener relaciones sexuales	Siempre	No aplica	<input type="checkbox"/>
Preservativo	En cada acto sexual	Colocarlo antes de tener relaciones, con el pene erecto	<input type="checkbox"/>
Anticonceptivos orales	Diariamente	Iniciar el primer día de la menstruación	<input type="checkbox"/>
Dispositivo intrauterino	Cada 3, 5 u 8 años dependiendo del tipo	Consultar al médico durante el primer año de uso más de dos veces.	<input type="checkbox"/>
Anticonceptivos inyectados	Cada mes o cada 3 meses	Iniciar entre el primer y séptimo día luego del inicio de la menstruación	<input type="checkbox"/>
Métodos naturales	Lactancia Materna	Si está dando lactancia materna y no ha visto su menstruación, puede tener relaciones sexuales.	<input type="checkbox"/>

\*\* si menciona 3 de las cinco opciones, el puntaje es de 25 puntos.

/25

PREVENCIÓN PRIMARIA:

SI SABE

NO SABE

Más de 75 pts

50 pts o menos

**Saberes de Prevención Secundaria**

15. Sabe ¿Cuántas visitas de control prenatal debe realizarse durante el embarazo al médico?

**1 consulta**  **2 a 3 consultas**  **4 o más consultas**  **No sabe**  **/20**

\*\* Si contesta "≥4 visitas", se le dará un puntaje de 20 puntos.

16. Sabe ¿Qué vitaminas debe tomar mientras este embarazada?

**Ácido fólico**  **Sulfato ferroso**  **No sabe**  **/20**

\*\*Si contesta las dos primeras opciones, se le dará un puntaje de 20 puntos.

17. Sabe ¿Qué señales de peligro que se presentan durante el embarazo sabe?

**Contracciones uterinas**  **Ausencia de movimientos del bebe**  **Salida de líquido por la vagina**  **Fiebre**  **sangrado**  **Visión Borrosa**  **Dolor en la boca del estómago**  **No sabe**  **/20**

\*\* Si menciona 5 de las 7 opciones, el puntaje es de 20 puntos.

18. Sabe ¿A quién debe acudir para la atención del parto?

**Comadrona**  **Enfermera/o**  **Médico**  **No sabe**  **/20**

\*\*Si contesta "Médico", el puntaje es 20 puntos.

19. Sabe ¿Cuál es el lugar correcto para la atención del parto?

**Casa**  **Hospital / Centro de salud**  **No sabe**  **/20**

\*\*Si contesta "Hospital/Centro de Salud" el puntaje es de 20 puntos.

PREVENCIÓN SECUNDARIA:

SI SABE

NO SABE

Más de 60 pts.

Menos de 40pts.

**Saberes de Prevención Terciaria**

20. Sabe ¿Cuántas consultas con el doctor o al puesto de salud debe realizar después de haber tenido a su bebé?

**1 consulta**  **2 consultas**  **3 o más consultas**  **No sabe**  **/20**

\*\*Si contesta "2 consultas" o "3 o más consultas", se le dará un puntaje de 20 puntos.

21. Sabe ¿Qué vitaminas debe tomar después de tener a su bebé?

**Ácido fólico**  **Sulfato ferroso**  **No sabe**  **/20**

\*\*Si contesta las primeras dos opciones, se le dará un puntaje de 20 puntos.

22. Sabe ¿Qué señales de peligro después de haber nacido su bebé sabe que existen?

**Flujo vaginal maloliente**  **visión borrosa**  **dolor en la boca del estómago**

**Fiebre**  **sangrado**  **No sabe**  **/20**

\*\*Si contesta 3 de las 5 primeras opciones, se le dará un puntaje de 20 puntos.

23. ¿sabe cómo prevenir un nuevo embarazo después de haber dado a luz?

**Anticonceptivos orales**  **Anticonceptivos inyectables**  **Dispositivo**

**intrauterino**  **De barrera**  **Método natural**  **No sabe**  **/20**

\*\*Si la paciente contesta al menos 3 de las primeras 5 opciones, se le dará un puntaje de 20 puntos.

24. Sabe ¿Cuál es el tiempo adecuado para tener un nuevo embarazo luego del último parto?

**Menos de 1 año**  **1 a < 3 años**  **3 a 5 años**  **No sabe**  **/20**

\*\*Si la paciente contesta "3 a 5 años", se le dará un puntaje de 20 puntos.

PREVENCIÓN TERCIARIA:

SI SABE <input type="checkbox"/>	NO SABE <input type="checkbox"/>
Más de 60 pts	Menos de 40pts

**ANEXO 5**

**Cuadro de resultados**

Características de las pacientes entrevistadas de las comunidades rurales del Área de Salud de Zacapa, en diciembre del 2,012

<b>CARACTERÍSTICAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS</b>			
<b>EDAD EN AÑOS</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Total</b>
10		0	1002
11		0	
12		2	
13		10	
14		26	
15		73	
16		78	
17		154	
18		230	
19		429	
<b>CARACTERÍSTICA</b>		<b>Porcentaje</b>	<b>Total</b>
<b>RESIDENCIA</b>	Rural	99%	100%
	Urbana	1%	
<b>ESCOLARIDAD</b>	Primaria	52%	100%
	Básicos	24%	
	Diversificado	8%	
	Universitario	0%	
	Ninguna	15%	
<b>EDAD DE 1ER EMBARAZO</b>	10	0%	100%
	11	0%	
	12	1%	
	13	3%	
	14	11%	
	15	16%	
	16	24%	
	17	18%	
	18	16%	
	19	11%	

Continuación del Cuadro de resultados

<b>ESTADO CIVIL</b>	Soltera	23%	100%
	Unida	59%	
	Casada	17%	
	Divorciada	0%	
	Viuda	0%	
<b>NUMERO DE GESTAS</b>	1	73%	
	2	23%	
	3	3%	
	4	0%	
	5	0%	
<b>VIVIENDA</b>	Formal	39%	100%
	Informal	61%	
<b>OCUPACIÓN</b>	Estudiante	17%	100%
	Ama de Casa	76%	
	Agricultora	1%	
	Comerciante	3%	
	Empleada doméstica	2%	
	Otros	1%	

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos, Zacapa, diciembre 2,012.