

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

**“COMPLICACIONES MATERNAS EN EMBARAZOS DE
ADOLESCENTES”**

SUBTITULO

“Estudio descriptivo transversal sobre las principales complicaciones maternas en embarazos de adolescentes de 10 a 19 años que consultan en el departamento de ginecoobstetricia del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero a septiembre de 2014”.

CLAUDIA DE LEÓN GUTIÉRREZ

CHIQUMULA, GUATEMALA, OCTUBRE 2014.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

**“COMPLICACIONES MATERNAS EN EMBARAZOS DE
ADOLESCENTES”**

SUBTITULO

“Estudio descriptivo transversal sobre las principales complicaciones maternas en embarazos de adolescentes de 10 a 19 años que consultan en el departamento de ginecoobstetricia del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero a septiembre de 2014”.

TRABAJO DE GRADUACIÓN

Sometido a consideración del Honorable Consejo Directivo

Por:

CLAUDIA DE LEÓN GUTIÉRREZ

Al conferírsele el título de

MÉDICA Y CIRUJANA

En el grado académico de

LICENCIADA

CHIQUIMULA, GUATEMALA, OCTUBRE 2014

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO



RECTOR

Dr. Carlos Guillermo Alvarado Cerezo

CONSEJO DIRECTIVO

Presidente:	M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Representante de Profesores:	M.Sc. Edgar Arnoldo Casasola Chinchilla
Representante de Profesores:	Ph.D. Felipe Nery Agustín Hernández
Representante de Graduados:	Lic. Zoot. Alberto Genesio Orellana Roldán
Representante de Estudiantes:	Br. HeidyJeaneth Martínez Cuestas
Representante de Estudiantes:	Br. Otoniel Sagastume Escobar
Secretaria:	Licda. Marjorie Azucena González Cardona

AUTORIDADES ACADÉMICAS

Coordinador Académico:	Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordón
Coordinador de Carrera:	Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés

ORGANISMO COORDINADOR DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN

Presidente y revisor:	Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés
Secretario y revisor:	M.Sc. Carlos Iván Arriola Monasterio
Vocal y revisor:	MA.Mc. Rory René Vides Alonzo
Vocal y revisor:	M.Sc. Christian Edwin Sosa Sancé

Chiquimula, septiembre de 2014

Señores:

Miembros del Consejo Directivo

Centro Universitario de Oriente

Universidad de San Carlos de Guatemala

Chiquimula, Ciudad.

Respetables señores:

En cumplimiento con lo establecido de los estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Centro Universitario de Oriente, presento ante ustedes, el trabajo de graduación titulado **“COMPLICACIONES MATERNAS EN EMBARAZOS DE ADOLESCENTES”**.

Como requisito previo a optar el título profesional de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciatura.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'CDL', is written over a horizontal line.

Claudia De León Gutiérrez

Chiquimula 24 de Septiembre del 2014

M. Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera.

Director.

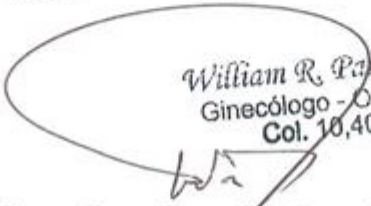
Centro Universitario de Oriente.

Universidad de San Carlos de Guatemala.

Señor Director:

En atención a la asignación por la Comisión de Trabajos de Graduación para asesorar a la Bachiller en Ciencias y Letras, con carné 199813726 en el trabajo de graduación denominado **“Complicaciones maternas en embarazos de adolescentes”** tengo el agrado de dirigirme a usted para informarle que he procedido a revisar el contenido de dicho trabajo.

En este sentido , el tema desarrollado describe las principales complicaciones maternas en embarazos de adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de ginecoobstetricia del Hospital Regional de Zacapa, por lo que en mi opinión reúne los requisitos exigidos por las normas pertinentes, razón por la cual recomiendo su aprobación para su discusión en el Examen General Público de Trabajos de Graduación previo a optar el Título de Médico y Cirujano, en el Grado Académico de Licenciado.



William R. Paredes R.
Ginecólogo - Obstetra
Col. 10,402

William Rene Paredes Ramírez.

Ginecólogo - Obstetra

Colegiado No. 10,402



Chiquimula, 17 de octubre 2014.
Ref. MYCTG-39-2014.

M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Director
Centro Universitario de Oriente

Señor Director:

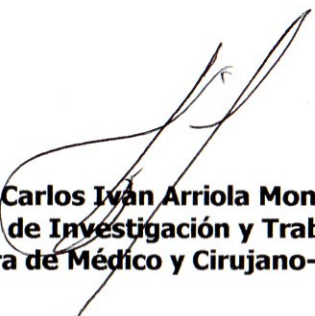
De manera atenta se le informa que la estudiante CLAUDIA DE LEÓN GUTIÉRREZ identificada con el número de carné 199813726, ha finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación Titulado **"COMPLICACIONES MATERNAS EN EMBARAZOS DE ADOLESCENTES"**, el cual fue asesorado por el Médico y Cirujano, especialista en Ginecología y Obstetricia Dr. William René Paredes Ramírez, colegiado 10,402, quien avala y dictamina favorablemente en relación al estudio.

Se considera que el mencionado trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación y las contempladas en el Reglamento del Programa de Tesis de Grado de la Facultad de Ciencias de la Universidad de San Carlos de Guatemala vigente para la Carrera Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, razón por la cual recomiendo su aprobación para autorizar los trámites necesarios para su discusión en el Examen General Público previo a otorgársele el Título de Médica y Cirujana, en el Grado Académico de Licenciada.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente;

"Id y Enseñad a Todos"


MSc. Carlos Iván Arriola Monasterio
Encargado Unidad de Investigación y Trabajos de Graduación
- Carrera de Médico y Cirujano- CUNORI-



"37 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE"

Nota: La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor.



Chiquimula, 17 de octubre 2014.
Ref. MYCTG-40-2014.

M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Director
Centro Universitario de Oriente

Señor Director:

De manera atenta se le informa que la estudiante CLAUDIA DE LEÓN GUTIÉRREZ identificada con el número de carné 199813726, ha finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación Titulado **"COMPLICACIONES MATERNAS EN EMBARAZOS DE ADOLESCENTES"**, el cual fue asesorado por el Médico y Cirujano, especialista en Ginecología y Obstetricia Dr. William René Paredes Ramírez, colegiado 10,402, quien avala y dictamina favorablemente en relación al estudio.

Se considera que el mencionado trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación y las contempladas en el Reglamento del Programa de Tesis de Grado de la Facultad de Ciencias de la Universidad de San Carlos de Guatemala vigente para la Carrera Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, razón por la cual recomiendo su aprobación para autorizar los trámites necesarios para su discusión en el Examen General Público previo a otorgársele el Título de Médica y Cirujana, en el Grado Académico de Licenciada.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente;

"Id y Enseñad a Todos"

Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés
-Coordinador - Carrera de Médico y Cirujano-
Centro Universitario de Oriente



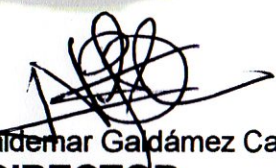
"37 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE"

D-TG-MyC-088/2014

EL INFRASCRITO DIRECTOR DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, POR ESTE MEDIO HACE CONSTAR QUE: Conoció el Trabajo de Graduación que efectuó la estudiante **CLAUDIA DE LEÓN GUTIÉRREZ** titulado **“COMPLICACIONES MATERNAS EN EMBARAZOS DE ADOLESCENTES”**, trabajo que cuenta con el aval de el Revisor y Coordinador de Trabajos de Graduación, de la carrera de Médico y Cirujano. Por tanto, la Dirección del CUNORI con base a las facultades que le otorga las Normas y Reglamentos de Legislación Universitaria **AUTORIZA** que el documento sea publicado como **Trabajo de Graduación** a Nivel de Licenciatura, previo a obtener el título de **Médica y Cirujana**.

Se extiende la presente en la ciudad de Chiquimula, a veinticuatro de octubre de dos mil catorce.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



MSc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
DIRECTOR
CUNORI - USAC



c.c. Archivo

NWGC/ars

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

A MIS PADRES

Vinicio Waldemar De León Aragón

Angelina Susana Gutiérrez Morales

A MI ESPOSO

Juan Carlos Catalán Martínez

A MI HIJA

Camila Catalán De León

A MI HERMANA

Jennifer De León Gutiérrez

A MI FAMILIA EN GENERAL

**COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA Y
CATEDRATICO**

Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés

A MI ASESOR

Dr. William René Paredes Ramírez

AL REVISOR DE LA CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO

Dr. Carlos Iván Arriola Monasterio

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

AL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE

AL HOSPITAL NACIONAL DE CHIQUIMULA

“CARLOS MANUEL ARANA OSORIO”

AL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA

A MI AMADA GUATEMALA

ACTO QUE DEDICO

A DIOS:

Por darme la vida, entendimiento y sabiduría necesaria para concluir mi carrera, y sobre todo darme su amor y fortaleza en esos momentos en los cuales ya no podía continuar, por ello con toda la humildad de mi corazón mi primera dedicatoria es para ti mi Dios.

A MIS PADRES:

Vinicio Waldemar De León Aragón y Angelina Susana Gutiérrez Morales. Por ser los pilares de mi vida, quien con esfuerzo y sacrificio hicieron posible que mi sueño de llegar a ser Médico se hiciera realidad, gracias por creer en mí y por esa infinita paciencia que han tenido en esta larga espera.

A MI ESPOSO E HIJA:

Juan Carlos Catalán Martínez y Camila Catalán De León, por ser una bendición en mi vida. Por ser las personas que fueron un papel importante en mi carrera y les agradezco su amor y apoyo incondicional, y que con este triunfo pueda compensarles un poco todos esos días de ausencia en los cuales no pude compartir con ellos tantos momentos en su diario vivir y poderles decir que sin su ayuda la meta me hubiera sido más lejos de alcanzar; los amo.

A MI HERMANA:

Por su amor y apoyo incondicional, y decirme que sí se puede alcanzar todo en esta vida.

AL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE Y A SUS CATEDRATICOS:

Por brindarme la oportunidad de seguir superándome en mi vida profesional, compartiendo sus conocimientos con exigencia para concluir mi carrera de la mejor manera. En especial agradecimiento a la Dra. Elsa Granados en la etapa más difícil de mi vida siempre me apoyó.

AL HOSPITAL NACIONAL DE CHIQUIMULA “CARLOS MANUEL ARANA OSORIO” Y AL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA:

Por abrirme sus puertas y convertirse en mí segundo hogar, a su distinguido personal médico y de enfermería por su enseñanza apoyo y paciencia en estos años de aprendizaje académico.

FAMILIA CATALÁN MARTÍNEZ:

Gracias por el apoyo brindado en los últimos años de mi carrera.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS:

Gracias por ser parte de mí día a día en esta lucha incansable, y por todos los momentos de alegría, tristeza y felicidad compartidos; con especial agradecimiento Ana Fabiola Portillo Dardón.

Y a todos los que forman parte de mi vida, Gracias.

Claudia De León Gutiérrez

ÍNDICE

RESEUMEN	i
INTRODUCCIÓN	ii
I). PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Antecedentes del problema	1
1.2 Hallazgos y estudios realizados	3
1.3 Definición del problema	6
II). DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO	
2.1 Delimitación teórica	8
2.2 Delimitación geográfica	8
2. 3 Delimitación institucional	9
2. 4 Delimitación temporal	9
III). OBJETIVOS	10
IV). JUSTIFICACIÓN	11
V). MARCO TEÓRICO	
I. Embarazo en niñas y adolescentes	12
II. Factores que influyen en el embarazo de adolescentes	19
III .Consecuencias sociales en embarazo en adolescentes	23
VI). DISEÑO METODOLÓGICO	26
VII) ANÁLISIS DE RESULTADOS	33
VIII) ANÁLISIS	51
IX) CONCLUSIONES	54
X) RECOMENDACIONES	55
X) PROPUESTA	56
XI) BIBLIOGRAFÍA	58
XII) ANEXOS	66

RESUMEN

En este trabajo se estudió las principales complicaciones maternas que poseen las adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Zacapa, durante los meses de enero a septiembre del 2014.

Para obtener la información se realizó una entrevista directa a la joven embarazada y dichos datos se fueron transcribiendo a una boleta de datos de donde se obtuvieron estos resultados: la edad más frecuente es de 19 años 28.57% (19) , siendo el municipio de Zacapa en donde residen mayormente en un 26.43% (74), el 71.43% (200) de las encuestadas se encuentran viviendo en unión libre con sus parejas, el 84.29% (236) son amas de casa, el 58.57% (169) de los casos tienen un nivel educativo primario y dentro de las complicaciones más frecuentes se encuentran desproporción cefalo-pelvica 10.36% (29), amenaza de parto prematuro 7.14% (20) y las infecciones del tracto urinario y los abortos 5% (14) .

Todo esto indica que deben incrementarse los esfuerzos para promover la educación sexual y métodos anticonceptivos, ya que es la única forma que ayuda a disminuir los embarazos tempranos lo cual afecta a cumplir metas a largo plazo y a la vez puede ocasionar complicaciones materno-fetales o la muerte.

INTRODUCCIÓN

Los embarazos en las adolescente es un problema en los últimos años que se ha evidenciado fuertemente en Guatemala, máxime por sus repercusiones sociales y humanas, dentro de ellas la más lamentables los abortos y los recién nacidos abandonados en calles, basureros y Hospitales. Actualmente las estadísticas del país actualmente reflejan los índices más altos de América pues el 25 por ciento del total de partos en el país se reportan en mujeres de 10 a 19 años.

La Organización Mundial de la Salud define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" estableciéndola entre las edades de 10 y 19 años.

En Zacapa se notificaron al Ministerio de Salud 1,029 casos de adolescentes embarazos, y esto motivó a la realización de este estudio descriptivo transversal, donde se encuestó a adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de ginecoobstetricia del Hospital Regional de Zacapa, durante los meses de junio a septiembre del 2014 con la finalidad de poder identificar las principales complicaciones maternas y características sociodemográficas de la joven embarazada.

Al finalizar la investigación se pudo obtener una serie de datos que caracterizan a las jóvenes adolescentes, información valiosa para tener elementos de análisis, pero sobre todo de enfoque de atención, ya que toman en cuenta aspecto socioeconómicos, que regularmente dentro de la atención médica hospitalaria no se aplican, y que al tomarlos en cuenta disminuirían complicaciones y gastos al sistema sanitario.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A. ANTECEDENTES

La etapa de la adolescencia es la etapa que marca el proceso de transformación de niño a adulto; es una etapa con mucha importancia dentro del desarrollo del ser humano. Su definición depende de una variedad de caracteres que la identifican, particulares de cada población. Dichas particularidades forman variables que los adolescentes adoptan en cuanto a sus comportamientos que en algunas veces son muy arriesgados, los cuales sufren cambios biológicos, psicológicos, sexuales y sociales que los exponen a situaciones a las que no se encuentran preparados para afrontar, como es el embarazo (Mejía, 1999 y Federación Internacional de Planificación de la Familia, 1998).

La Organización Mundial de la Salud define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" estableciéndola entre las edades de 10 y 19 años (Meléndez, 1996).

Asimismo, la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconocen la problemática del embarazo adolescente como prioridad debido a falta de información epidemiológica y la poca efectividad de las medidas de atención, con lo cual, en países como el de Guatemala se considera una línea de investigación importante que forma parte de las “Prioridades comunes de investigación en salud”, presentadas por la Comisión interinstitucional de acciones conjuntas del sector salud, integrada por las Facultades de Medicina y Ciencias de la Salud de las universidades de San Carlos de Guatemala, Rafael Landívar y Mariano Gálvez de Guatemala y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2006).

Esta problemática social trae a los adolescentes una serie de factores de riesgo asociados al embarazo, los cuales para su estudio se agrupan en tres categorías así:

1. Factores de riesgo individuales: Menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes

que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.

2. Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.

3. Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes (Hamel, 1993 y Ahued, Lira, Assad, 2001).

La situación de los adolescentes sobre el embarazo es precaria, ya que obtienen escasa información del mismo. El conocimiento sobre medidas anticonceptivas y de fertilidad sigue siendo un tema que los padres y maestros no han podido manejar, aumentando el riesgo de un embarazo sin que tengan una adecuada madurez emocional, empeorando la situación cuando estos son rechazados sin recibir el apoyo y cariño necesarios por parte de su familia (Fernández, Bustos, González, 2000; Díaz, Sanhueza, Yaksic, 2002 y Rangel, Valcristo, Patiño, 2004).

Por los motivos citados, es evidente que el embarazo en los adolescentes es producto en su mayoría por tendencias socioculturales, falta de atención e información preventiva y la atención médica adquirida. Generalmente los futuros padres adolescentes tienen una relación de pareja débil, que los conduce a temores como el rechazo familiar, ocultando el embarazo y provocando una atención médica tardía, la cual en muchas ocasiones genera complicaciones lamentables (Fernández, Bustos, González, 2000 y Molina, 1988).

Los problemas médicos que afectan a la madre adolescente con mayor frecuencia son: Aborto espontáneo, preeclampsia, eclampsia, anemia, distocia del trabajo de parto, parto prematuro, hemorragia genital, sepsis, infecciones urinarias y muerte por complicación del embarazo y aborto legal inducido (Valdés, Bardales 2002; Jiménez, Vargas, Miranda, Lizano, Morales, Morena, 1999 y Issler, 2001).

También entre más joven es la adolescente, mayores son las consecuencias patológicas en el momento del parto (Sáenz, 2006).

B. HALLAZGOS Y ESTUDIOS REALIZADOS

Varios estudios revelan que en América Latina entre un 15-25% de los recién nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años (Lázaro, 1947).

Según la Encuesta Nacional de la Juventud, en el país de Chile, al año 2003 el 35,2% de los adolescentes y el 84,5% de los jóvenes hasta los 24 años de edad se encontraban sexualmente activos. Mientras en otros países como Cuba el 50 % de las adolescentes tiene vida sexual activa y se ha visto un incremento del 10% anual (Hamel, 1993 y López, Flores, Roche, 1996).

También en Chile, el embarazo adolescente es considerado un problema de Salud Pública grave ya que cada año nacen aproximadamente 40,355 recién nacidos vivos hijos de madres adolescentes y 1,175 hijos de madres menores de 15 años. Asimismo en Perú, la incidencia anual del embarazo adolescente es de 16,16%. Se debe poner atención también en las variaciones que presenta entre las distintas regiones registrándose la mayor incidencia anual en la octava región (25%) (Molina, Peña, Quiroz, 1992 y Instituto Nacional de Estadística, 2000).

Un estudio realizado en Perú titulado “Factores de Riesgos Obstétricos en el Embarazo de Adolescentes” de tipo observacional, descriptivo, de prevalencia, realizado de manera retrospectiva en el Hospital Dos de Mayo durante el año 2003; ha generado resultados alarmantes como la infección del tracto urinario, el desprendimiento prematuro de placenta, el trabajo de parto prolongado, la cesárea, y los recién nacidos con puntaje Apgar menor de siete, siendo los únicos con significancia estadística, la anemia, la infección del tracto urinario, el síndrome hipertensivo del embarazo y los recién nacidos grandes para la edad gestacional (Choque, 2004).

También se puede observar las consecuencias en un estudio retrospectivo de caso control “Morbilidad de la madre adolescente” el año 2005, con la finalidad de conocer la morbilidad del embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital "Clodomira Acosta Ferrales" ciudad La Habana, Cuba; desde el 1 de enero de

1999 al 31 de marzo del 2000, en el cual el grupo de estudio fue de 184 adolescentes y se comparó con un grupo control representado por las gestantes de 20 a 24 años atendidas en dicho Centro, en igual período de tiempo, datos referentes a antecedentes patológicos y complicaciones del embarazo, parto y puerperio, se recogieron en una encuesta habilitada al efecto. Entre los resultados más relevantes se destacan: de las 184 adolescentes encuestadas, el 47,9% tenían una condición patológica asociada, mientras que en el grupo control sólo el 12%. Destacan el bajo peso y la anemia presente en el 29,5% y el 9,6% de las menores de 20 años respectivamente. Estos resultados fueron altamente significativos.

Entre las adolescentes predominaron la infección vaginal (19,2%), la anemia (15%) y la hipertensión inducida (6,8%), como complicaciones del embarazo, resultados también estadísticamente significativos. Al valorar las complicaciones durante el parto, se encontró que los desgarros cervicales y la hemorragia en el tercer periodo del parto fueron más frecuentes en las menores de 20 años, las cuales se presentaron en el 8,2% y el 7,5% respectivamente, contra el 2,2% y el 3,5% en el grupo control. La endometritis y la anemia predominaron como complicaciones del puerperio entre las parturientas precoces (Sáenz, 2005).

También en Cuba, en un estudio titulado “Embarazo y adolescencia”: Factores biológicos materno y perinatal más frecuentes de casos y controles de las 2,055 madres menores de 20 años, que tuvieron su parto en el Hospital Provincial Docente “Carlos Manuel de Céspedes” de Bayamón, provincia Granma, en el período comprendido desde el 1 de enero de 1993 hasta el 31 de diciembre de 1997. Se establecieron comparaciones con igual número de madres de 20 a 30 años. Se estudiaron diferentes variables y se encontró que en las adolescentes predominaron, dentro de los antecedentes obstétricos, el bajo peso (9,6%) que fue superior en este grupo y durante el embarazo presentaron mayor desnutrición (24,2%) por defecto, amenaza de parto pretérmino (9,0%) y enfermedad hipertensiva gravídica.(4.2%) Además, partos distócicos, con un 35,7 % de cesáreas, cuyas primeras causas fueron la desproporción céfalo pélvica, el sufrimiento fetal agudo y la inducción fallida. Las complicaciones neonatales

encontradas fueron el bajo peso (10,9 %), el distrés transitorio (10,3 %), la hipoxia (8,5 %) y la aspiración de líquido amniótico meconial (4,4 %), fueron las complicaciones más frecuentes en los recién nacidos de ambos grupos, pero superiores en los productos de las adolescentes, al igual que en el resto de las complicaciones, incluyendo los fallecimientos (Vásquez, Guerra, Herrera, De La Cruz, Alimirall, 2001).

En México, dos terceras partes de madres adolescentes son a su vez hijas de madres que también habían dado a luz en la adolescencia, y como este fenómeno no es exclusivo de sociedades como la de México, Perú o Chile, se podría llegar a la conclusión de que el embarazo adolescente es algo que se puede “aprender” y transmitir dentro de las familias. Varios estudios también permiten concluir que varios factores pueden estar influenciando el hecho de que las madres trasmitan sus preferencias por la maternidad adolescente a sus hijas, incluido el estado civil, el apoyo a las hijas adolescentes embarazadas, las expectativas con respecto a la escolaridad de la hija y aún de la estabilidad de la pareja, concluyendo en general que “madres adolescentes engendran madres adolescentes”. Estos estudios han mostrado que la probabilidad de que el ciclo de maternidad temprana se repita es el doble que en el caso de las adultas. La repetición de la maternidad entre generaciones se ha documentado en varios países de América Latina y también en Estados Unidos (Buvinic, 1998).

En Guatemala, un estudio efectuado por la Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas (2008), revela las características de los embarazos en adolescentes (10-17 años) donde el 40% son madres solteras, el 60% no asisten a la escuela, el 50% se desempeña en la economía informal, mostrando con estos resultados las consecuencias socioeconómicas del problema del embarazo en adolescentes (Meléndez, 2009).

C. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

En los últimos años ha ocurrido un incremento y una mayor precocidad de inicio de la actividad sexual en los jóvenes, provocando un aumento en la incidencia del embarazo adolescente, considerado actualmente un serio problema médico social, como lo establece la Encuesta Nacional Materno Infantil realizada en los años 2008 y 2009, la cual establecieron la existencia en el país de 114 madres de 10 a 20 años, por cada mil habitantes (La Agencia EFE, 2012). También se puede hacer referencia del estudio realizado por la Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas en el año 2008, el cual revela las características de los embarazos en adolescentes (10-17 años) indicando que: el 40% son madres solteras, el 60% no asisten a la escuela, el 50% se desempeña en la economía informal (OSAR, 2011).

Esto trae en las madres adolescentes complicaciones de riesgo tales como: retraso del crecimiento intrauterino, anemia, infección del tracto urinario, rotura prematura de membranas, parto prematuro y complicaciones del parto, entre otros. En Guatemala las adolescentes tienen un alto riesgo propio de su edad; derivada de la falta total o parcial de información sobre la sexualidad. En encuestas realizadas por organizaciones internacionales en adolescentes guatemaltecas traen como resultado que dicho embarazos son ocasionados principalmente por la baja escolaridad, falta de conocimiento del uso de anticonceptivos, así como de la relación cultural principalmente en el área rural, lo que repercute en complicaciones maternas que afecta la salud de la madre y el recién nacido (Ramos, 2002).

El embarazo en la adolescencia está asociado con un mayor índice de morbilidad y mortalidad para la madre y para el bebé, además de las distintas complicaciones medicas que se derivan del mismo. Las adolescentes embarazadas tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones médicas graves durante el embarazo y en el parto, esto a consecuencia de su poca madurez sexual para tal importante periodo.

El embarazo adolescente tiene un gran impacto en la salud tanto de la madre como en la del hijo. Es evidente que el problema es grave, una encuesta realizada por La Encuesta de Salud Materno Infantil en los años 2008 y 2009, dio como resultado que el 67% de las mujeres de 15 a 24 años, tuvieron su primera relación sexual antes de los 18 años, evidenciando el poco acceso a la educación sexual especialmente en las adolescentes sin educación (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2010).

Esta misma encuesta estableció que el grupo de mujeres de 15 a 24 años que tuvieron su primera relación sexual antes de los 13 años, el 41% vivían en unión libre o estaban casadas con la pareja que tuvieron su primera relación sexual (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2010). Además, el 64% de las mujeres entre los 10 a 19 años de edad que están unidas, no utilizan anticonceptivos (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2009).

Con dicho estudio se pretende identificar las principales complicaciones maternas en embarazos de adolescentes que consultan al Hospital Regional de Zacapa a las cuales se predispone.

II. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

II.1. DELIMITACIÓN TEÓRICA

Este es un trabajo epidemiológico que pretende obtener información sobre las complicaciones maternas en embarazo en adolescentes en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Zacapa (HRZ).

II.2. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA

El Departamento de Zacapa, ubicada en la región del Nor-Oriente de la República de Guatemala. Limita al Norte con los departamentos de Alta Verapaz e Izabal; al Sur con los departamentos de Chiquimula y Jalapa; al Este con el departamento de Izabal y la República de Honduras; y al Oeste con el departamento de El Progreso. Su nombre significa sobre el río del zacate o de la yerba; lo conforman 11 municipios.

Su extensión territorial es de 2,690 Km², densidad poblacional de 77,25 habitantes/Km² con una población total de 207,814 habitantes, altitud de 220 metros sobre el nivel del mar, clima cálido donde la mayoría de sus habitantes se dedican a la agricultura y comercio.

En lo que respecta a la población materna durante los años 2011 al primer semestre del 2013 se registraron 135,287 embarazos, y al igual que en el grupo de madres de 10 a 14, los embarazos han ido en constante aumento. En el año 2011 los embarazos registrados fueron 22,510, mientras que en el siguiente año se triplicó la cantidad en 69,051 embarazos, y en el primer semestre del año 2013 la cantidad de embarazos registrados fueron 43,727. En el año 2013 se atendió una total 1,029 embarazos de menores de 14 años que consultaron al Hospital Regional de Zacapa.

II.3. DELIMITACIÓN INSTITUCIONAL

El Hospital Regional de Zacapa fue inaurado el 21 de febrero de 1,959 por el presidente general Miguel Idígoras Fuentes, siendo aperturado al público en forma oficial hasta el 06 de marzo del mismo año; se encuentra ubicado en la 16 ave. Barrio Cementerio Nuevo, zona 3 de Zacapa, brindando a la población los servicios de emergencia, consulta externa, pediatría, traumatología, intensivo pediátrico, ginecología y obstetricia; así como los servicios de apoyo: Radiología, Banco de Sangre, Laboratorio de microbiología.

Actualmente con un médico especialista de cuatro horas durante las mañanas y durante los turnos hay 1 cirujano, 3 médicos generales y la especialidad de ginecología y obstetricia; hay un médico especialista encargado de supervisar a médicos los residentes.

El departamento de Ginecoobstetricia actualmente cuenta con los servicios de maternidad, ginecología, clínica de colposcopia, consulta externa y sala de labor y partos; los cuales esta supervisados por un médico especialista y médicos residentes encargados de brindar un servicio adecuado y de calidad.

El equipo médico conformado por médico especialista y residentes se encarga de atender la consulta externa, así como cubrir la evaluación de pacientes hospitalizados, realizar los procedimientos quirúrgicos electivos y urgencias que se presentan.

II.4. DELIMITACIÓN TEMPORAL

La presente investigación se desarrollará durante los meses de enero a septiembre del 2014.

III. OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar las principales complicaciones maternas en embarazos de adolescentes de 10 a 19 años de edad que son atendidas en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Zacapa durante los meses de junio a septiembre de 2014.

ESPECÍFICOS:

- 1 Establecer las principales características sociodemográficos más frecuentes que se asocian en embarazos de adolescentes. (Grupo etario, lugar de procedencia, estado civil, profesión y nivel académico).
- 2 Identificar la frecuencia que existe entre las complicaciones maternas y el grupo etario.

IV. JUSTIFICACIÓN

El embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, provocando un embarazo precoz.

En América Latina la maternidad en la adolescencia es bastante común. En Guatemala tiene la tasa de fecundidad más elevada de América Latina en las mujeres adolescentes, siendo esta de 139 por 1,000 mujeres de 15 a 19 años y donde se observa un aumento en la frecuencia de complicaciones maternas como la hipertensión, anemia, mayor mortalidad perinatal, entre otras (Organización Panamericana de la Salud, 1991 y Hawkins, 1992).

El embarazo de las adolescentes, en algunas situaciones no es un hecho sorpresivo, sino que es buscado conscientemente como una reacción a la falta de cariño, afecto, comunicación y educación sexual dentro del hogar, así como de los centros educativos. El abandono de la adolescente por la pareja es frecuente, y no más de un 40% de ellas cuenta con el apoyo de su pareja al término del embarazo; este abandono, ocasiona también un rechazo de la familia de la adolescente a su maternidad, ello produce reacciones de angustia y trastorno al desarrollo de la personalidad de la madre adolescente (Kesler, 1986).

Por tal motivo, es de mucha importancia identificar las principales complicaciones maternas en embarazos en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Zacapa para brindar un adecuado manejo hospitalario y a la vez evitar muerte materna.

V. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

I. EL EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES

1.1 La situación actual de la niñez y adolescencia

En base al Derecho de la niñez y la adolescencia, éste especifica el deber de ser protegidos, atendidos y brindarles una protección especial por aquellos que están obligados a hacerlo, como lo son los padres de familia en primer lugar, tutores, el Estado, entre otros. En el marco internacional, la Declaración Universal de los Derechos de Niño establece: “que para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, el niño necesita amor y comprensión” (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1959).

Guatemala es un país con contrastes sociales y diversidad cultural. Según el mapa de proyecciones de Guatemala del año 2011, 7.1 millones son hombres y 7.5 millones son mujeres, donde el 40% de la población se encuentra entre los 0 a los 14 años, el 55.5% entre los 14 a 65 años y, el 3.6% de los 65 en adelante (Instituto Nacional de Estadística, 2011).

Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la vida y es una obligación de los adultos y del Estado crear condiciones para garantizarla. Guatemala es un país que tiene deudas muy altas, por ende, las condiciones de pobreza y exclusión en las que vive la mayoría de la población, entre ellos todos los menores de 18 años, es grave.

El 13.33% de la población se encuentra en condiciones de pobreza extrema, cerca de dos millones de personas, y si la proporción calculada por el INE se mantiene, los menores de 18 años en esta situación son el 19.9%, lo que significa que una quinta parte de los niños, niñas y adolescentes de este país no satisface ni siquiera las necesidades básicas elementales, principalmente la alimentación. En números absolutos equivale a 390,308 niños, niñas y adolescentes, en condición de pobreza extrema (Instituto Nacional de Estadística, 2011).

El 53.71%, más de la mitad de la población, es pobre, es decir más de siete millones y medio de personas; de ellos casi cuatro millones son menores de 18 años. Cinco de cada diez niños menores de cinco años padecen de desnutrición crónica, este tipo de desnutrición es la expresión concreta de las desigualdades sociales y económicas que históricamente han afectado a las poblaciones, principalmente indígenas (Instituto Nacional de Estadística, 2011).

La sociedad en su conjunto cada vez se hace más excluyente respecto a la niñez y juventud. Por ejemplo: durante el 2010 la escuela expulsó al 5.99% de niños y niñas en el nivel primario; el 10.29% en el ciclo básico y el 11.95% en el ciclo diversificado (Ministerio de Educación, 2011). Derivado de la vinculación de jóvenes a pandillas, se les ha estigmatizado; incluso algunas personas han justificado los asesinatos de menores de edad que supuestamente son parte de dichos grupos (Instituto Nacional de Estadística, 2002), lo que pone en evidencia no sólo la falta de oportunidades de desarrollo que les ofrece la sociedad, sino la intolerancia hacia la juventud, particularmente a aquellos que son diferentes.

La falta de seguridad ciudadana, entendida ésta desde un concepto más amplio que el tradicional, impacta negativamente en la niñez y la adolescencia. Durante el año 2011 se han registrado 588 casos de adolescentes con la Ley Penal, además, se registran 480 niños y niñas víctimas de homicidio, entre los peores delitos contra ellos (Centro Nacional de Análisis y Documentación Judicial, 2012).

Los niños, las niñas y adolescentes de Guatemala, necesitan que las instituciones, ministerios, secretarías y organismos del Estado, realicen su mayor y mejor esfuerzo para atenderlos y protegerlos, dándoles así las posibilidades de crecer y desarrollarse integralmente, sin embargo, hace falta mucho por hacer, los problemas que les afectan son innumerables y agudos, por lo que el Estado y la sociedad misma deben de invertir y generar políticas reales que permitan solucionarlos.

1.2 Marco legal en relación al embarazo en niñas y adolescentes

En el marco legal se debe mencionar primeramente a la Constitución Política de la República de Guatemala, en su artículo 2 establece que el Estado se compromete

a proteger a la persona y a la familia, garantizándoles la vida, la libertad, la seguridad, la paz y el desarrollo integral.

Los Acuerdos de Paz se convierten en una plataforma para alcanzar logros sustantivos en materia de desarrollo humano para la niñez, la adolescencia y la juventud. Con base en dichos instrumentos se crea el Consejo Nacional de la Juventud, para facilitar y promover la coordinación interinstitucional gubernamental y la participación de las organizaciones sociales en materia de desarrollo y derechos de la juventud (Organismo Ejecutivo, 1996).

La Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia, garantiza la protección integral de niños y adolescentes hasta los 18 años. En el artículo 2 establece la definición de niñez y adolescencia sobre las que deben basarse las políticas públicas, los deberes del Estado y el interés superior del niño (Congreso de la República de Guatemala, 2003).

La Ley de Desarrollo Social considera a la niñez y adolescencia en situación de vulnerabilidad y como uno de los sectores de mayor atención para que sean tomados en cuenta dentro de las políticas relacionadas con la salud y la educación. Dicha Ley crea el Programa Nacional de Salud Reproductiva, cuyas disposiciones contemplan la planificación familiar, atención a adolescentes y la maternidad saludable (Congreso de la República de Guatemala, 2001).

En cuanto a la maternidad saludable, la ley antes referida, en el artículo 26, numeral 5, inciso f, plantea promover acciones destinadas a la prevención, en la que literalmente dice: “Divulgar los beneficios de posponer o evitar los embarazos a edades muy tempranas o tardías y otros riesgos, así como las ventajas de ampliar el espacio intergenésico a dos o más años (Congreso de la República de Guatemala, 2001).

La Ley del Impuesto sobre Distribución de Bebidas Alcohólicas, Destiladas, Cervezas y Otras Bebidas Fermentadas, en el artículo 25 garantiza parte de los recursos, el 15 %, para programas de salud sexual y reproductiva, planificación familiar del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Congreso de la República de Guatemala, 2004).

La Ley de Maternidad Saludable, señala que el estado tiene la obligación de proteger el proceso reproductivo, reconociendo que todo embarazo está en riesgo, y que es necesario garantizar a todas las mujeres el acceso a los servicios de salud de calidad con calidez y pertinencia cultural. Además, hace referencia al acceso universal a los servicios de salud materna y neonatal a través de los entes responsables (Congreso de la República de Guatemala, 2010).

El artículo 7 de la referida Ley establece las condiciones para un embarazo saludable, estableciendo que: “las instituciones responsables a que se refiere el artículo 6 de la presente Ley, en coordinación con el Ministerio de Educación y la Universidad de San Carlos de Guatemala, están obligadas a promover acciones dirigidas a informar, orientar y educar acerca de condiciones físicas, mentales, emocionales y sociales que contribuyan a la toma de decisiones para prevenir embarazos no deseados” (Congreso de la República de Guatemala, 2010).

Dentro de las acciones inmediatas para mejorar la salud materna considera programas nutricionales a niñas, adolescentes y mujeres mayores embarazadas y lactantes, para prevenir el deterioro de su salud y prevenir el nacimiento de niñas y niños con bajo peso y otras enfermedades; así también la prevención de embarazos no deseados, cuyo reglamento establece el Programa Nacional de Salud Alimentaria para mujeres en edad fértil, con énfasis en niñas y adolescentes (Organismo Ejecutivo, 2012).

1.3 El embarazo en niñas y adolescentes

Según las Academias de Pediatría y Medicina, el embarazo en adolescentes es un embarazo no planeado ni esperado que ocurre en la mujer, la cual no tiene una relación estable, forzándose a interrumpir su vida normal, y que en la mayoría de veces, se ven abandonados por la pareja o la familia y para la cual no han adquirido una madurez ni física y psicológica, tratándose de un estado gestacional de una mujer menor de 14 años (pre-adolescencia) o menor de 19 años (adolescencia) (López, 2013).

UNICEF reporta que 18% de la población mundial se encuentra entre los 10 a 19 años de edad. Dicha cifra varía entre las diferentes regiones, de tal manera que en

los países con mayor índice de desarrollo los adolescentes representan 12% de la población y en los países en vías de desarrollo alcanzan 19%, mientras que en los menos desarrollados esta proporción casi se duplica al 23% (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, 2011).

En América Latina y el Caribe, los adolescentes representan 19% de la población, como es el caso de nuestro país con un porcentaje parecido. Es una etapa en la que se establecen relaciones interpersonales que determinan el futuro de los adolescentes, tales como el noviazgo y en algunos casos, la formación de la familia (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, 2011).

La tasa de fecundidad adolescente (TFA), ha ido disminuyendo desde mediados del siglo pasado, pero este descenso es contrario a la tasa de fecundidad general en relación al aumento de madres adolescentes, la cual fue en 1958 del 11.2%, en 1980 del 13.3%, en 1990 de 14.2% y en el año 2000 del 15% (Balderas, 1983).

Estos porcentajes se muestran en tasas más altas en los países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, por lo que hace pensar que entre mayor sea el desarrollo del país y mejores oportunidades de un desarrollo económico y condiciones de vida, la misma podría descender.

En España, a mediados del siglo pasado la tasa de recién nacidos de madres entre los 15 y 19 años era de 7.45 por cada mil mujeres, aumentando progresivamente hasta que según los últimos datos hablan de un 35.43/1000 mujeres en 1993, descendiendo al 32.98 en 1995 y al 30.81 en el 2002 (Castillo, López, Muñoz, Rivera, 1992).

En Estados Unidos a pesar de la disminución de los índices de embarazos adolescentes ocurridos en la última década, 3 de cada 10 jóvenes estadounidenses se embarazan. Entre 1990 y 2005, el índice nacional de embarazo adolescente disminuyó un 41 por ciento, de 116.9 a una disminución récord de 69.5 embarazos por cada 1,000 mujeres entre los 15 y los 19 años de edad. En el 2006, aumentó por primera vez en más de una década a 71.5 embarazos por cada mil mujeres entre las edades de 15 y 19 años, un aumento del tres por ciento (Guttmacher Institute, 2011).

El índice de embarazos entre adolescentes en los EE.UU., no obstante, es el más alto entre los países desarrollados, incluyendo Australia, Canadá, Inglaterra, Francia, Alemania, Italia, Japón, Holanda, Noruega, España y Suecia (Birth, 2001).

En Guatemala, los datos del Sistema de Información Gerencial en Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social revelan que en el año 2010 se reportaron 45 mil 48 partos en niñas, adolescentes y mujeres jóvenes entre 10 y 19 años (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2011).

El Observatorio de Salud Sexual y Reproductivo realizó una presentación pública sobre la situación de los embarazos de adolescentes en la que manifestó que el problema tiene una estrecha relación con la pobreza en el país. Según el OSAR hoy en día 1 de cada 5 niños nacen de una madre adolescente entre los 15 y 19 años. De hecho, esta maternidad temprana que se presenta como única opción de vida para muchas niñas en Guatemala, esconde una situación de falta de garantía al ejercicio de sus derechos fundamentales y es en definitiva un modelo efectivo de reproducción de los patrones de exclusión y la persistencia de la pobreza (Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, 2013).

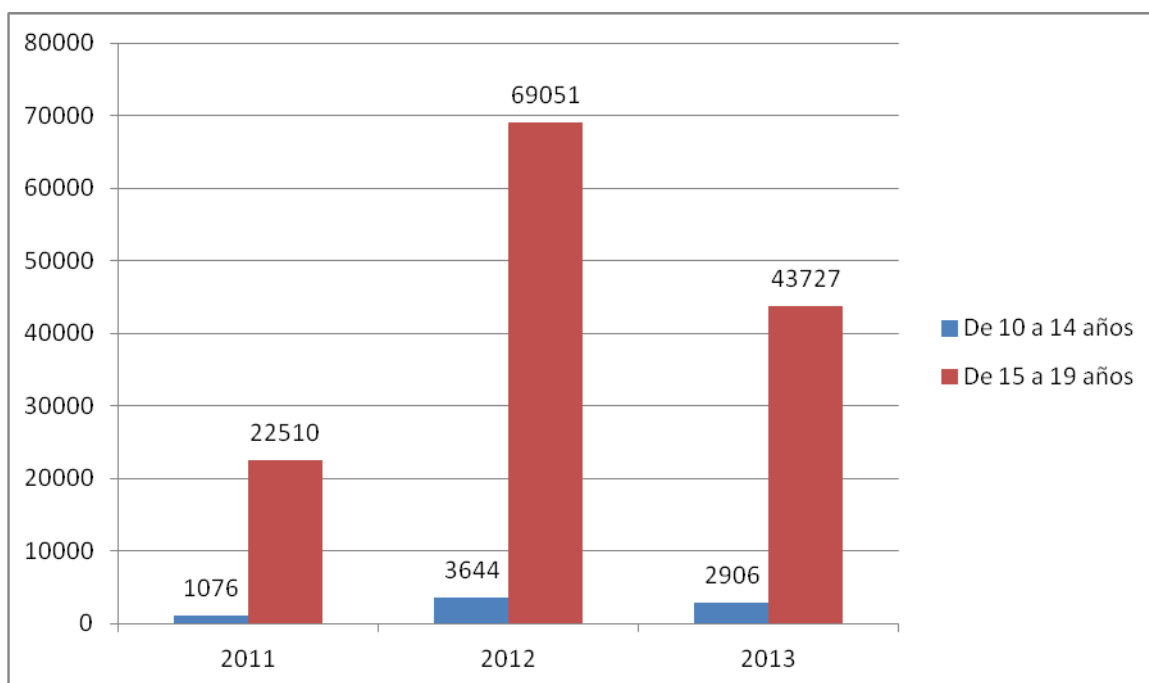
Según el Ministerio de Educación en Guatemala, muchos de los embarazos en niñas y adolescentes se producen por incesto, violaciones, otras por falta de información científica sobre sexualidad y de apropiación de su propio cuerpo, por carecer de un proyecto de vida y sin contar con suficientes recursos emocionales, físicos y materiales para hacer frente a las circunstancias. Lo más lamentable es que ésta situación es un producto de las desventajas sociales en que transcurre la vida de cientos de miles de mujeres jóvenes y adolescentes (Ministerio de Educación, 2011).

1.4 Estadísticas de embarazo en niñas y adolescentes

Los embarazos en niñas, adolescentes y jóvenes constituyen un problema alarmante que afecta el desarrollo de las mujeres guatemaltecas y es un riesgo para la salud sexual y reproductiva de adolescentes entre 10 y 19 años. A continuación se presentan estadísticas de los años 2011 al 2013 sobre la problemática indicada.

Embarazos en niñas y adolescentes 2011-2013

TOTAL: 142,914



Fuente: Elaboración propia con información de SIGSA 2011-2013.

En la gráfica se puede determinar el comportamiento de la problemática sobre las cantidades de embarazos en niñas de 10 a 14 años y adolescentes de 15 a 19 años entre los años 2011 al 2013. En el año 2011 los embarazos registrados en niñas de 10 a 14 años fueron 1,076, triplicándose en el 2012 con una cantidad de 3,644 embarazos.

Las estadísticas son alarmantes, debido a que en el primer semestre del año 2013 los embarazos en niñas de 10 a 14 años llegaron a 2,906 embarazos, registrándose más de la mitad de embarazos en lo que se refiere al años 2012. El total de embarazos registrados en los años 2011, 2012 y el primer semestre del año 2013 hacen un total de 7,627 embarazos en niñas de 10 a 14 años de edad.

En consideración a la estadística de madres adolescentes de las edades de 15 a 19 años, los datos proporcionan cantidades preocupantes de embarazos, la gráfica visualiza que durante los años analizados se registraron 135,287 embarazos, y al igual que en el grupo de madres de 10 a 14, los embarazos han ido en constante aumento. En el año 2011 los embarazos registrados fueron 22,510, mientras que en el siguiente año se triplico la cantidad en 69,051 embarazos, y en el primer semestre del año 2013 la cantidad de embarazos registrados fueron 43,727.

CAPÍTULO II

II. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO DE ADOLESCENTES

Existen varios factores que influyen en el embarazo en los adolescentes, desde aspectos psicosociales a socioculturales que determinan el comportamiento sexual y el embarazo prematuro de los mismos, a continuación veremos los más importantes.

2.1 Disfunción familiar

La familia es uno de los microambientes donde permanece el adolescente y que por lo tanto, es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable. Este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia (Raguz, 2003).

La familia como tal, es una unidad psicosocial sujeta a la influencia de factores socioculturales protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis o en patrones disfuncionales. Es

uno de los factores protectores cuando funciona en forma adecuada, por lo tanto, es uno de los focos de la prevención primordial y primaria (Raguz, 2003).

La mayor parte de las veces los embarazos adolescentes tienen que ver con un problema en la relación familiar o un mal funcionamiento a nivel de la familia y sus integrantes (como por ejemplo problemas de la pareja, problemas entre padres e hijos). Casi siempre detrás de un embarazo hay algún tipo de problema familiar que se debe resolver y es necesario asumir la responsabilidad de todos antes de culpar al hijo (Cruz, 2002).

En una investigación cualitativa realizada entre jóvenes, informan sobre las causas del embarazo adolescente desde la óptica de las propias entrevistadas. Entre una de las causas señalan: los problemas con los padres, principalmente falta de comunicación (Mendoza, 2003).

2.2 Factores culturales

Entre los factores culturales podemos mencionar las costumbres de padres que buscan compañeros de hogar a sus hijas a temprana edad realizando compromisos maritales, esto derivado del machismo y la cultura patriarcal que impera en nuestro país.

Además está muy extendida la idea entre los adolescentes que se deben mantener relaciones sexuales antes de la unión, ya que la ven como una actividad normal de la edad sin medir los riesgos consecuentes de las mismas, los cuales en la mayoría de veces finaliza en un embarazo no deseado, existiendo factores que condicionan a la mujer para que quede embarazada y se decida a tener hijos a muy tierna edad, pues físicamente, se sienten preparados para mantener este tipo de relaciones, aunque no lo estén desde el punto de vista social.

2.3 Factores psicológicos

Como factor de índole psicológica, hay que considerar que muchas adolescentes se involucrarían en relaciones sexuales, entre otras razones, como un modo de independizarse de los padres y de sus valores, comportamiento asociado a sentimientos de rechazo y rebeldía hacia las figuras de autoridad o bien como medio de satisfacer necesidades afectivas. A ello se suma que los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación precoz de la actividad sexual, ya que en la adolescencia media el egocentrismo las hace asumir que a ellas "eso no les va a pasar", la necesidad de probar su fecundidad, hace que se sientan afligidas por fantasías de infertilidad, constituyendo un factor de riesgo para la adolescente (Hidalgo, 1999).

Diversos estudios han revelado ciertos patrones característicos de la embarazada adolescente, señalando que la práctica del acto sexual se inserta dentro de un marco de graves problemas familiares, fracaso escolar y otras formas de expresión de conflictos o conductas rebeldes. Estas jóvenes presentarían también fuertes sentimientos de soledad y la posibilidad de tener una fuente de satisfacción a través de cuidar a un hijo, un deseo de estar más cerca de la propia madre o de escapar de una situación familiar intolerable, aburrimiento y fracaso escolar (Hidalgo, 1999).

2.4 Búsqueda de Identidad

Se han encontrado algunos factores de personalidad que podrían predisponer a un embarazo adolescente. Estas jóvenes pueden presentar una dificultad para establecer metas apropiadas y gratificarse a sí mismas por sus propios logros, escasa tolerancia a la frustración, labilidad emocional, inestabilidad, falla en el control de impulsos, afectividad empobrecida y escaso nivel de madurez emocional. Se señala además la presencia de una autoestima disminuida, habiéndose encontrado en varios estudios que las adolescentes embarazadas mostraban un bajo concepto de sí mismas (Hidalgo, 1999).

2.5 Información preventiva

Otra de las razones que explica la maternidad adolescente es el bajo uso de métodos anticonceptivos. Las adolescentes en general, conocen la existencia de métodos, incluso métodos modernos, pero existen brechas entre adolescentes urbanas y rurales. Las adolescentes rurales en Guatemala y otros países de América Latina, evidencian un menor conocimiento de dónde pueden proveerse de métodos y como utilizarlos.

Las adolescentes en nuestro país pueden tener esta información y, aun así, tener actividad sexual desprotegida o cuidarse de manera poco efectiva, poco consistente o con métodos como el ritmo, cuando un gran porcentaje de ellas desconoce su ciclo menstrual. El ritmo es, precisamente el segundo método empleado por las adolescentes. También debe señalarse que existe una alta discontinuidad de uso de métodos modernos y naturales; es por ello que los embarazos en adolescentes en algunas ocasiones no son por falta de algún método anticonceptivo, sino por el mal uso del mismo.

2.6 Factores socioculturales

Dentro de los factores de índole sociocultural, diversos estudios coinciden que la maternidad adolescente es mayor cuando se vive en pobreza, lo que atestigua las grandes brechas en el acceso a información, educación y servicios, ya que no se trata de una maternidad deseada. No sólo en América Latina, sino en cualquier país del mundo, las mujeres en pobreza y exclusión dentro de un mismo país son quienes tienen más hijos. En nuestro país, la fecundidad adolescente es mayor en las adolescentes con menos educación que, coincidentemente, es mucho mayor en zonas rurales.

El embarazo adolescente suele asociarse con una mala situación económica, con las consecuencias que esto conlleva, como por ejemplo, una composición de familia extendida donde conviven también abuelos,

tíos, e incluso varias familias viviendo en una misma casa como allegados, con el consiguiente hacinamiento físico y psicológico (Hidalgo, 1999).

Así también se plantea además la posibilidad de que el embarazo adolescente sea una forma de escapar del mundo del trabajo y del mundo escolar, si la adolescente no se siente capaz de enfrentar las exigencias escolares y/o laborales. Así, al embarazarse no se le puede exigir como al resto, porque ella ha adquirido otras responsabilidades que pertenecen al mundo de los adultos (Hidalgo, 1999).

CAPÍTULO III

III. CONSECUENCIAS SOCIALES EN EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

3.1 Efectos sociales

Son varias las consecuencias sociales que derivan de los embarazos en niñas y adolescentes. Por un lado, el efecto directo de la pobreza en familias formadas por adolescentes, al limitar su desarrollo personal y familiar. Desde el punto de vista social, los embarazos en adolescentes traen como consecuencia la pobreza intergeneracional o reproducción de la pobreza, pues al existir pocas condiciones para el desarrollo de los padres, estos heredan a los hijos poca calidad de vida.

Otro de los aspectos a considerar es la desnutrición en niños nacidos de mujeres niñas y adolescentes, pues desde el punto de vista biológico dichos embarazos son un alto riesgo pues el cuerpo no cuenta todavía con recursos necesarios para suplir lo que invierte en alimentar al nuevo ser (Ministerio de Educación, 2011), y el riesgo de que niñas y adolescentes mueran en el embarazo, parto o postparto es muy alto.

La baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinserirse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social. El rendimiento escolar de estas adolescentes, durante su permanencia en el sistema es deficiente, puesto que la

repitencia es mayor al promedio general. Por ejemplo en Chile el 100% de las adolescentes embarazadas desertaron durante el embarazo, en tanto que la deserción escolar global, a nivel de enseñanza media, incluyendo a quienes desertaron por razón del embarazo, es de sólo 9,9% (Instituto Nacional de Estadística, 2002). La vergüenza y las complicaciones médicas del embarazo, como el síndrome hipertensivo y el parto prematuro, son las razones específicas de deserción que señalan las adolescentes (Molina, Ferrada, Pérez, 2004).

La maternidad temprana parece tener más efectos económicos y sociales en el caso de las madres pobres que para todas las madres. Influye sobre el tamaño de la familia (familias más numerosas), los arreglos familiares (menos familias nucleares tradicionales) y la transmisión de preferencias de maternidad entre generaciones (las madres adolescentes “engendran” madres adolescentes). Lo que es más importante, la maternidad temprana parece arraigar la pobreza de las mujeres de bajos ingresos (Buvinic, 1998).

El abandono de los estudios es frecuente al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras oportunidades de conseguir un buen empleo y sus posibilidades de realización personal al no terminar sus estudios, también le será difícil conseguir a la madre adolescente un empleo permanente con beneficios sociales.

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia de un hijo, ya que muchas de ellas se formalizan forzosamente por esa situación. Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, empeorando el círculo de pobreza.

3.2 Consecuencias en la salud reproductiva

La población guatemalteca tiene varios problemas serios de salud, muchos de los cuales están ligados a una deficiente salud reproductiva. Las bajas tasas de atención prenatal y del parto y el precario estado general de salud de las mujeres pobres contribuyen la razón de mortalidad materna de 153 muertes maternas por

cada 100.000 nacidos vivos, una de las más altas en la región (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2003).

Las mujeres indígenas sufren de manera desproporcionada, dado que su razón de mortalidad materna es casi el triple que la de las mujeres no indígenas (211 versus 70). La razón entre las mujeres adolescentes en 2000 era de 110 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad infantil en 2002, de 39 muertes infantiles por cada 1.000 nacidos vivos, está entre las más altas en América Central (USAID, 2005).

El aborto inducido es ilegal en Guatemala excepto en el caso necesario para salvar la vida de una mujer embarazada; sin embargo, aproximadamente 27.000 mujeres son hospitalizadas cada año para ser tratadas por complicaciones postaborto (Prada, Kestler, Sten, Dauphinee y Ramírez, 2005). Aunque éstas son complicaciones de abortos espontáneos e inducidos, la mayoría de las pacientes de postaborto en América Latina que declara haber tenido un aborto espontáneo en realidad se ha sometido a un aborto inducido realizado en condiciones de riesgo.

Según la limitada información disponible sobre las características de las mujeres hospitalizadas por tales complicaciones, una quinta parte tiene entre 15 y 19 años, lo cual sugiere que un número importante de adolescentes guatemaltecas recurre cada año al aborto inseguro (Farfán, 2005).

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

6. 1. Tipo de estudio

Estudio descriptivo transversal.

6. 2 Área de estudio

Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Zacapa.

6. 3 Universo y muestra

En el año 2013 en el departamento de ginecología y obstetricia, del Hospital Regional de Zacapa, notificaron al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social un registro de 1,029 adolescentes embarazadas y aplicando la siguiente formula arrojó una muestra de 280 pacientes.

$$n = \frac{0.25 N}{$$

$$(\alpha/z)^2 (N-1)+0.25$$

$$n = \frac{0.25 (1029)}{$$

$$(0.05/1.96)^2 (1029-1)+0.25$$

$$n = 280$$

6.4 Sujeto de estudio

Pacientes adolescentes embarazadas en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Zacapa durante el año 2014.

6.5 Criterios de inclusión

Paciente embarazada que se encuentren en el rango de edad de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Zacapa durante el período de Julio a Septiembre del 2014.

6.6 Criterios de exclusión

- Mujeres embarazadas que no estén comprendidas en el rango de edad del estudio.
- Mujer que no esté confirmado su embarazo, es decir que sea solo amenorrea.
- Mujeres embarazadas comprendidas en el rango de edad pero que consultan otro servicio de salud del Hospital Regional de Zacapa.

6.7 Variables estudiadas

6. 7. 1 Independiente

Pacientes embarazadas adolescentes de 10 a 19 años.

6. 7. 2 Dependiente

Complicaciones maternas en el embarazo.

6.7.3 Intervinientes

Características sociodemográficas.

6. 8. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	TIPO VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
INDEPENDIENTE Embarazo en adolescentes	Según la OMS se define embarazo en la adolescencia como aquel que se produce entre los 10-19 años.			
DEPENDIENTE Complicación maternas en el embarazo	Mujer que estuvo cerca de la muerte, pero que sobrevivió a una complicación durante el embarazo, parto o puerperio inmediato.	Aborto espontáneo, Embarazo extrauterino, Muerte materna, Anemia, Infección del tracto urinario, Amenaza de parto prematuro, Hipertensión gravídico, Parto prematuro, Desprendimiento	Cualitativa	Nominal

INTERVINIENTES		placentario, Anemia.		
Características sociodemográficas	Conjunto de características biológicas, socioeconómico-culturales que están presentes en la población sujeta a estudio.	Grupo etario, lugar de procedencia, estado civil, religión, profesión y nivel académico.	Cualitativa	Nominal

6.9. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se utilizó una boleta diseñada en base a los objetivos planteados, los cuales están estructurados en dos partes, la primera contiene los datos generales sociodemográficos de la paciente, los cuales están constituidos por 19 ítems y la segunda parte que corresponde a las complicaciones maternas, y está conformada por 13 incisos.

6.10. Procedimientos para la recolección de la información

Durante los meses de julio a septiembre se recolectaron los datos mediante el instrumento (ver boleta de recolección de datos), acudiendo al departamento de ginecoobstetricia del Hospital Regional de Zacapa, en donde fueron entrevistadas las pacientes que fueron seleccionadas al azar y que llenaban los criterios de inclusión.

A cada paciente se le llenó una boleta que contiene datos personales y las principales complicaciones maternas. La boleta recolectora fue leída en voz alta a la paciente en estudio y se le pidió que respondiera en base a la opción con la que ella se sintiera identificada. Este procedimiento se realizó a diario hasta obtener la muestra deseada para este estudio.

6.11. Plan de análisis

Luego de la recolección de datos en la boleta recolectora para el presente protocolo, se procedió a realizar una base de datos en el programa Excel 2007 del grupo Microsoft, la cual sirvió para que el programa Epiinfo 7 del Centro de Control de Enfermedades que es de distribución mundial y gratuita obtuviera los resultados obtenidos mediante tablas de frecuencias simples de las variables descritas. Luego dichos resultados fueron resumidos mediante cuadros y gráficas en el programa Excel 2007 con lo que se logró describir los resultados para el presente trabajo y así cumplir con los objetivos planteados.

6.12. Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación

Se envió solicitud para la aprobación de dicho estudio a la dirección del Hospital Regional de Zacapa, haciendo énfasis en la total confidencialidad del estudio que el nombre de las pacientes solo aparecerá en la boleta recolectora de datos y así evitará que dicha información sea duplicada. Dicha boleta llevará un número de registro de identificación el cual evitará el sesgo de doble registro de los datos.

Así mismo se les explicó de manera oral a las pacientes participantes el motivo de la investigación y que su nombre **NO** aparecerá en los resultados obtenidos y si acepto firmo o coloco huella digital en caso de no poder escribir la hoja de consentimiento informado.

6.13. Cronograma

Mes	ene/14	Feb/14	Mar/14	Abr/14	May/14	Jun/14	Jul/14	Ago/14	Sep/14
Actividades	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Elección de tema									
Elaboración punto de tesis									
Elaboración protocolo									
Recolección de datos									
Análisis de resultados									
Elaboración y presentación de informe final									

6.14 Recursos

6.14.1 Humanos:

- 1 Investigador
- 1 asesor
- 1 revisor

6.14.2. Físicos:

6.14.2.1. Materiales y suministros:

- Biblioteca del Centro Universitario de Oriente (libros, revistas y tesis)
- 1 Modem de Internet.
- Útiles de oficina

6.14.2.2. Mobiliario y equipo:

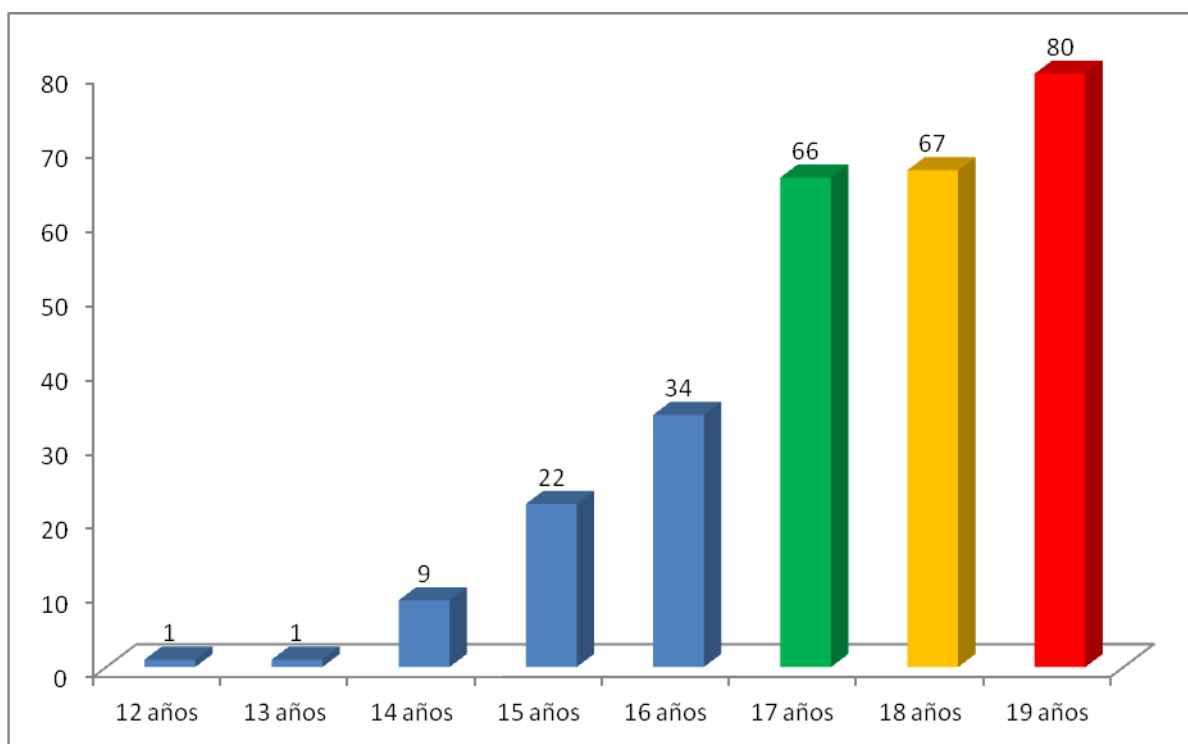
- Una computadora portátil.
- Impresiones de guías borrador.

6.15. Económicos

Para llevar a cabo este trabajo se hizo un presupuesto de 8,000 quetzales aproximadamente, para cubrir gastos de pasaje, impresiones e internet.

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

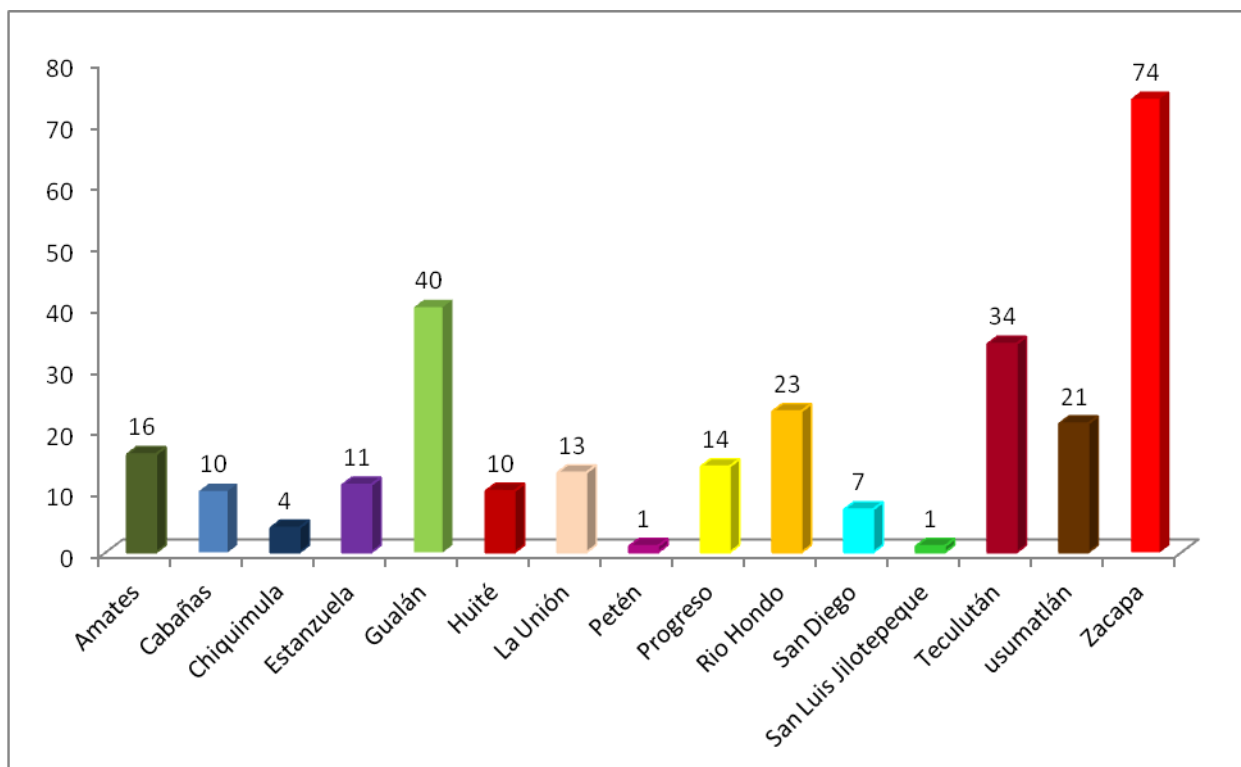
GRÁFICA 1. Distribución por edad de embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa durante los meses de junio a septiembre del 2014.



Fuente: Boleta recolectora de datos de la investigación.

Las 280 embarazadas encuestadas quedaron distribuidas por edad de la siguiente manera: 19 años con 80 casos de adolescentes embarazadas (28.57%), 18 años con 23.93% (67), 17 años con 23.57% (66) seguido de las adolescentes de 16 años con 12.14% (34).

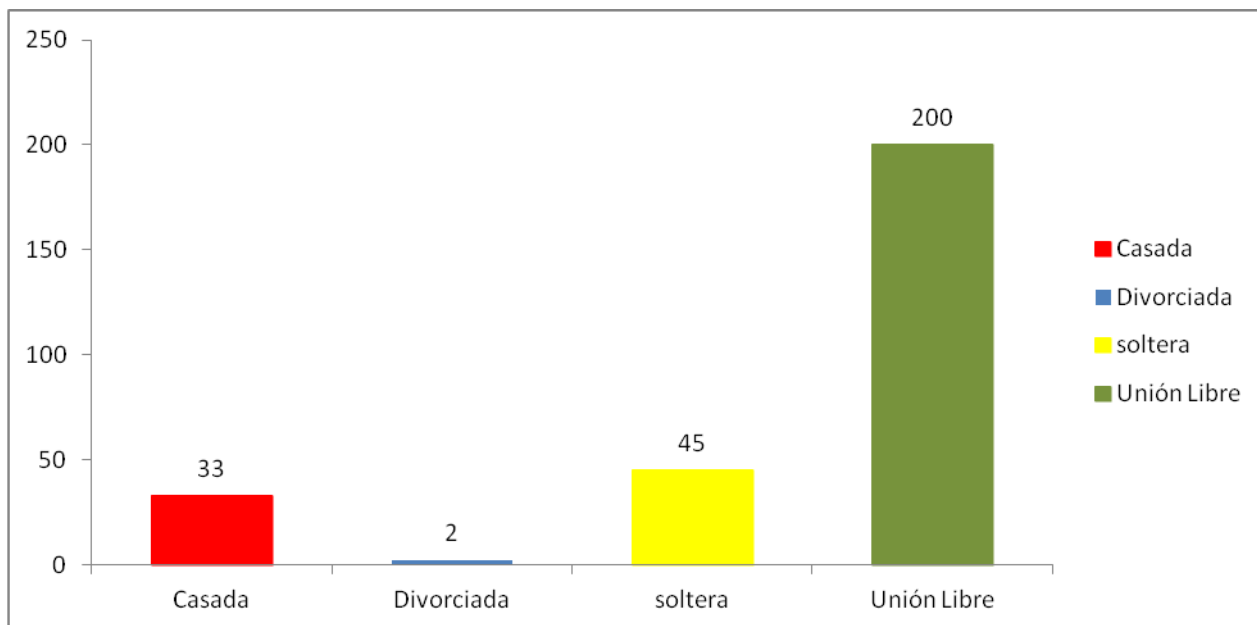
GRÁFICA 2. Distribución del lugar de residencia de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Zacapa “durante los meses de junio a septiembre del 2014.



FUENTE: Boleta recolectora de datos de la investigación.

De las 280 embarazadas encuestadas, 74 (26.42%) residen en el municipio de Zacapa, 40 (14.29%) residen en el municipio de Gualán, en Teculután según los resultados residen 34 (12.13%) pacientes, del municipio de Río Hondo fueron atendidas 23 (8.21%) pacientes.

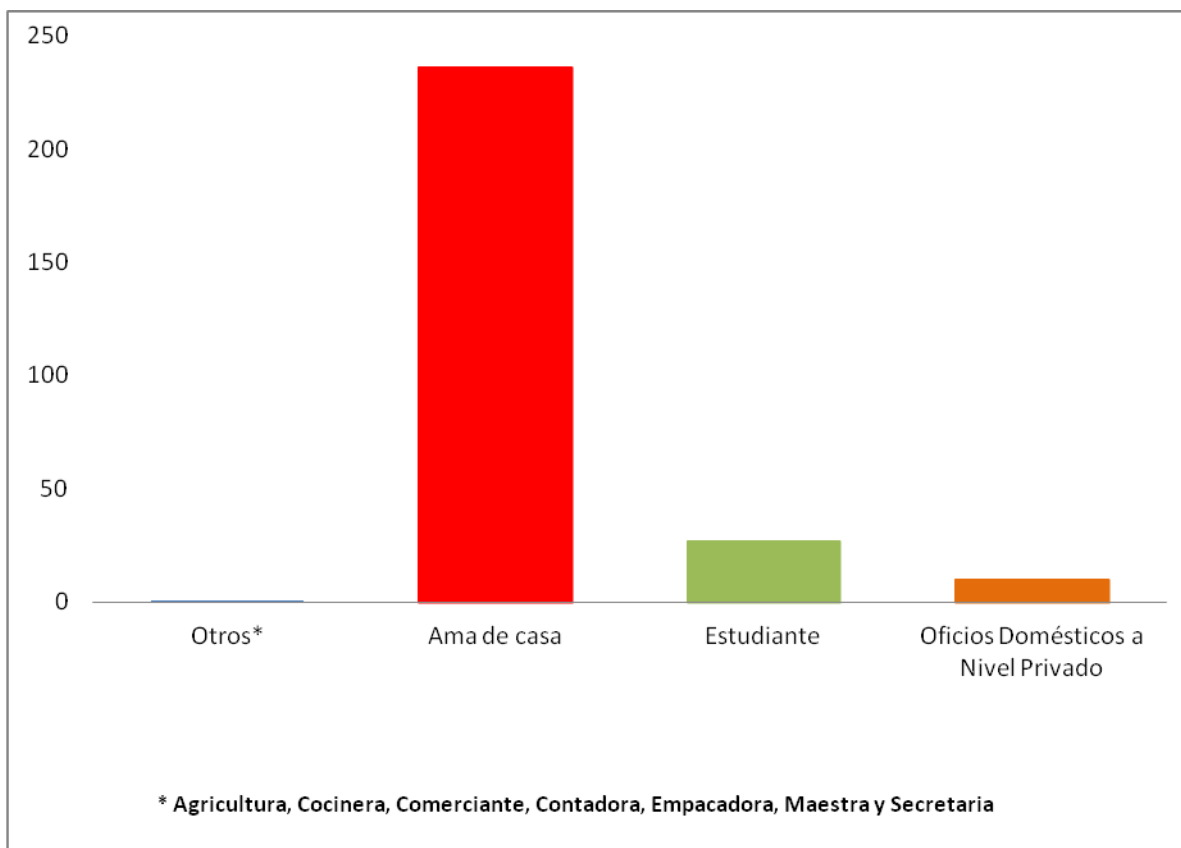
GRÁFICA 3. Distribución del estado civil de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa durante los meses de junio a septiembre del 2014.



FUENTE: Boleta recolectora de datos de la investigación.

De los resultados obtenidos, se estableció que un 11.78% (33) están legalmente casadas, el 0.71% (2) se encuentran divorciadas, el 16.07% (45) se encuentran solteras y el 71.42% (200) se encuentran en unión libre.

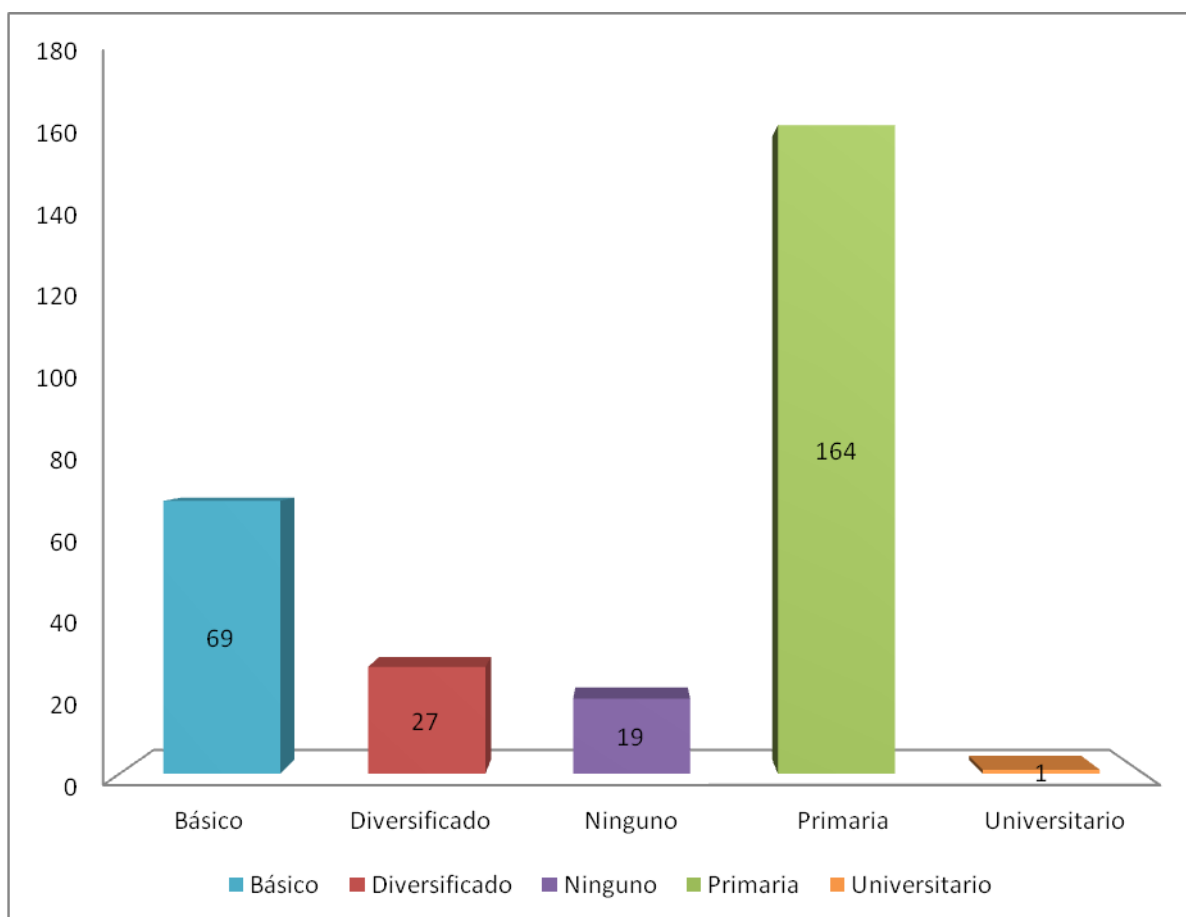
GRÁFICA 4. Distribución según profesión u oficio de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa durante los meses de junio a septiembre del 2014.



FUENTE: Boleta recolectora de datos de la investigación.

Según los resultados de las encuestas, es notable la ocupación de la mayoría de las pacientes, donde el 84.29% (236) de las adolescentes embarazadas atienden el hogar de una manera permanente y rutinaria, 9.64% (27) de las encuestadas son estudiantes y el 3.57% (10) se dedican a los oficios domésticos en casas particulares.

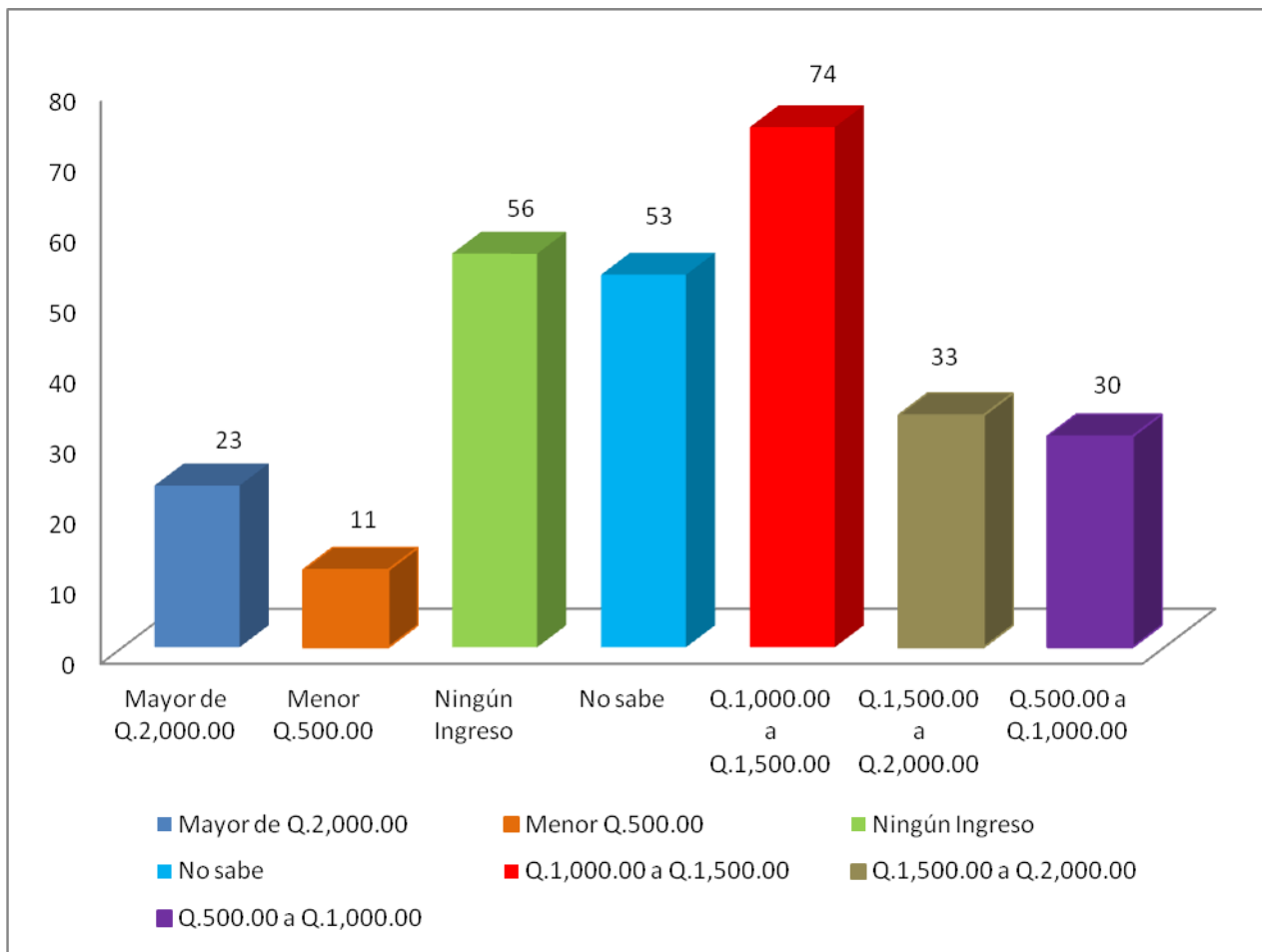
GRÁFICA 5. Distribución del nivel académico de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa durante los meses de junio a septiembre del 2014.



FUENTE: Boleta recolectora de datos de la investigación.

El nivel educativo que presentan las embarazadas adolescentes encuestadas fue: 58.57% (164) habían terminado solo la educación primaria, 24.64% (69) acudieron nada más al terminar el nivel básico y el 9.64% (27) llegaron a un nivel diversificado.

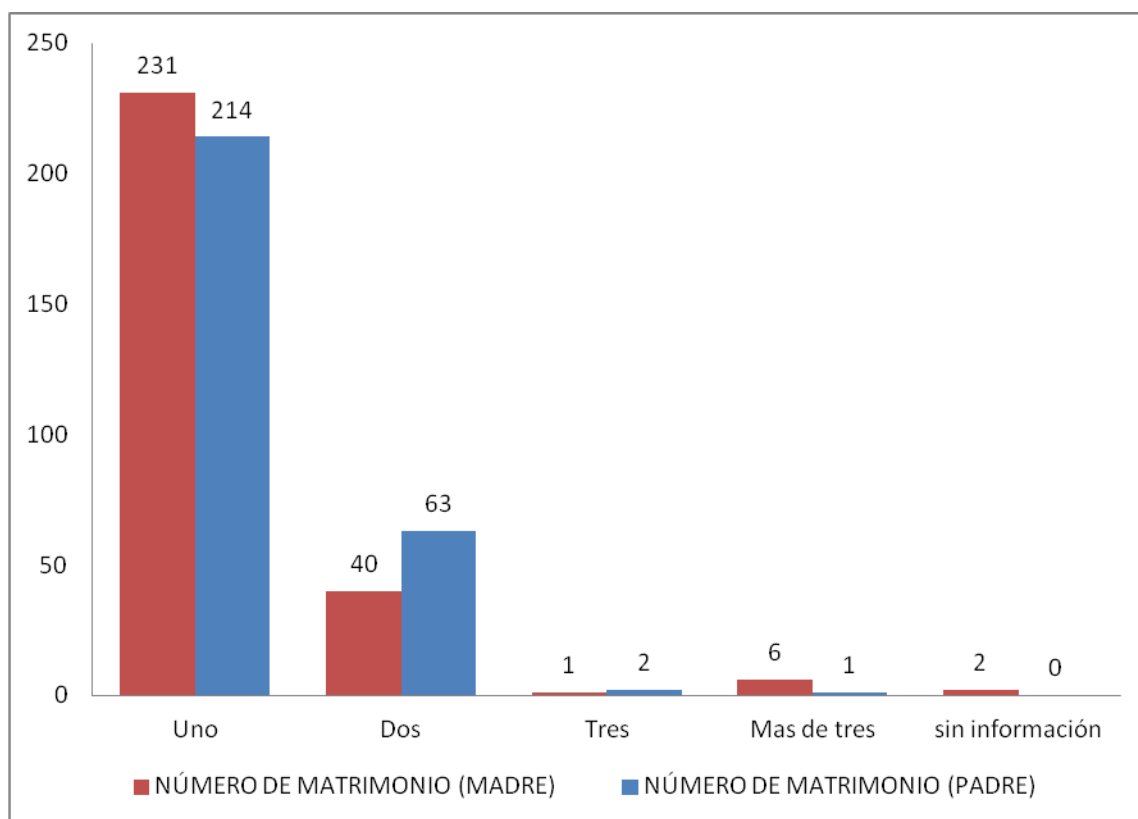
GRÁFICA 6. Distribución del nivel económico de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa durante los meses de junio a septiembre del 2014.



FUENTE: Boleta recolectora de datos de la investigación.

En la gráfica 6, se establecen los resultados obtenidos en cuanto al nivel económico de las pacientes encuestadas, donde 26.43% (74) adolescentes embarazadas perciben un ingreso mensual en un rango de Q1.000.00 a Q1,500.00, 20% (56) no hay ningún ingreso, 18% (53) de las adolescentes embarazadas desconocen el ingreso mensual y 11.97% (33) pacientes tienen un ingreso mensual entre Q.1,500.00 a Q.2,000.00.

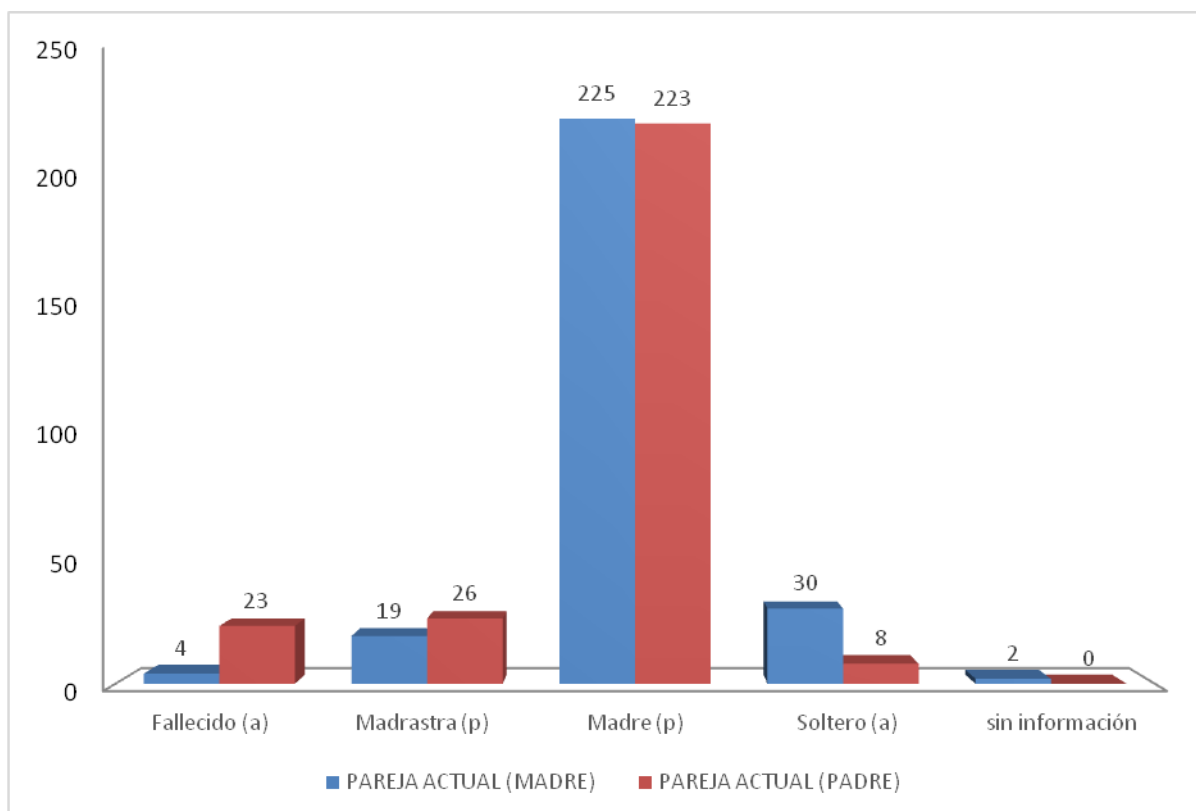
GRÁFICA 7. Distribución del número de matrimonios de la madre y del padre de las embarazadas adolescente de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa durante los meses de junio a septiembre del 2014.



FUENTES: Boleta recolectados de datos de la investigación.

En la gráfica 7, se puede observar que tanto la madre 82.50% (231) y el padre 76.43% (214) han tenido un matrimonio únicamente; mientras 14.29% (40) han tenido dos parejas la madre y 22.50% (63) han sido el padre.

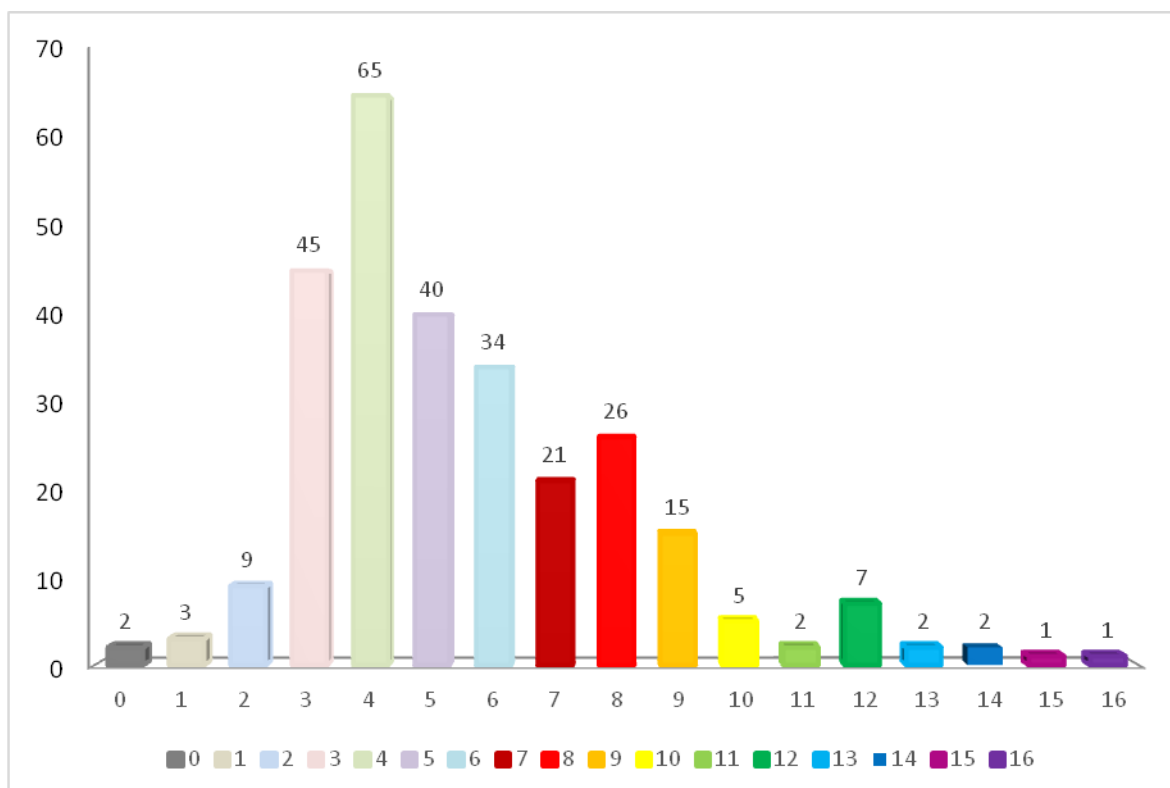
GRÁFICA 8. Distribución según pareja actual de la madre y del padre de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa durante los meses de junio a septiembre del 2014.



FUENTE: Boleta recolectora de datos de la investigación.

La distribución de la pareja actual se obtuvo los siguientes resultados la madre son 225 (80.36%) que aún están con su esposo, del padre son 223 (79.64%) que aún están con su esposa, 19 (6.7%) es el padrastro y 26 (9.29%) es la madrastra.

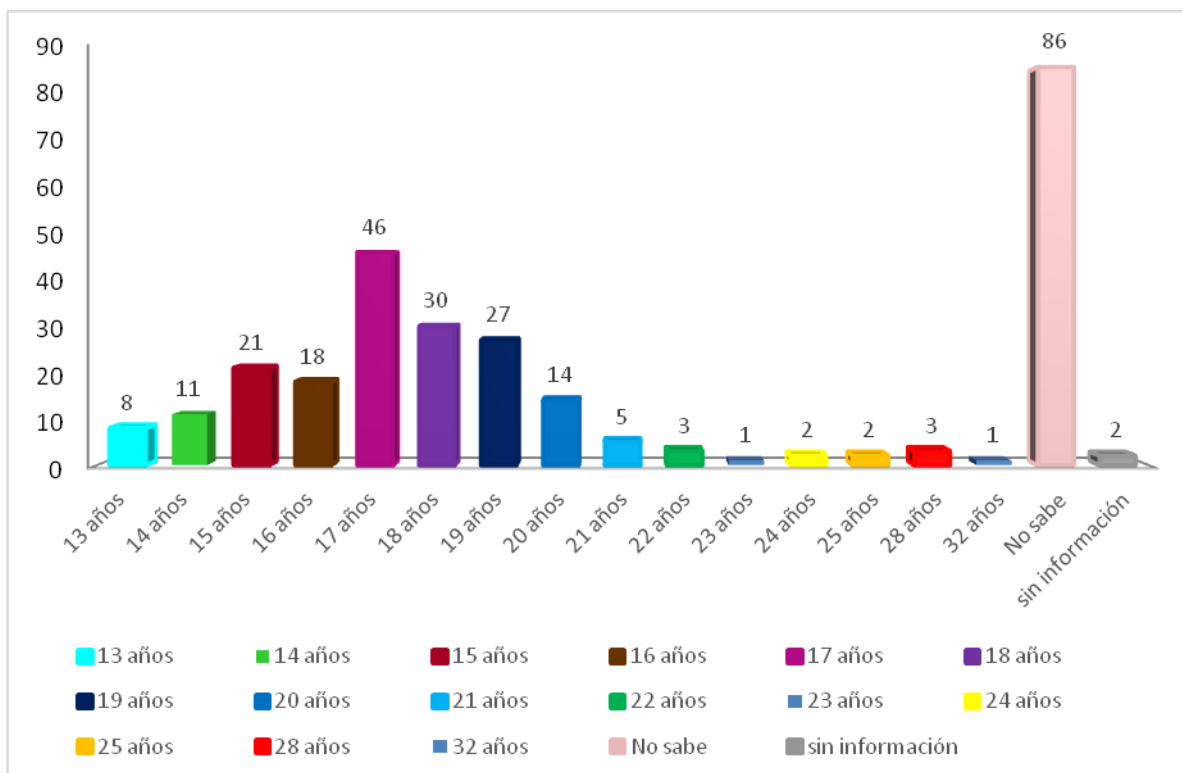
GRÁFICA 9. Distribución del número de gestas de la madre de la embarazada adolescente de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa durante los meses de junio a septiembre del 2014.



FUENTE: Boleta recolectora de datos de la investigación

Se obtuvo que la madre de la adolescente embarazada tiene un 23.21% (65) que está conformada su familia de cuatro hijos, 16.07% (45) tienen 3 hijos y 14.29% (40) tienen 5 hijos.

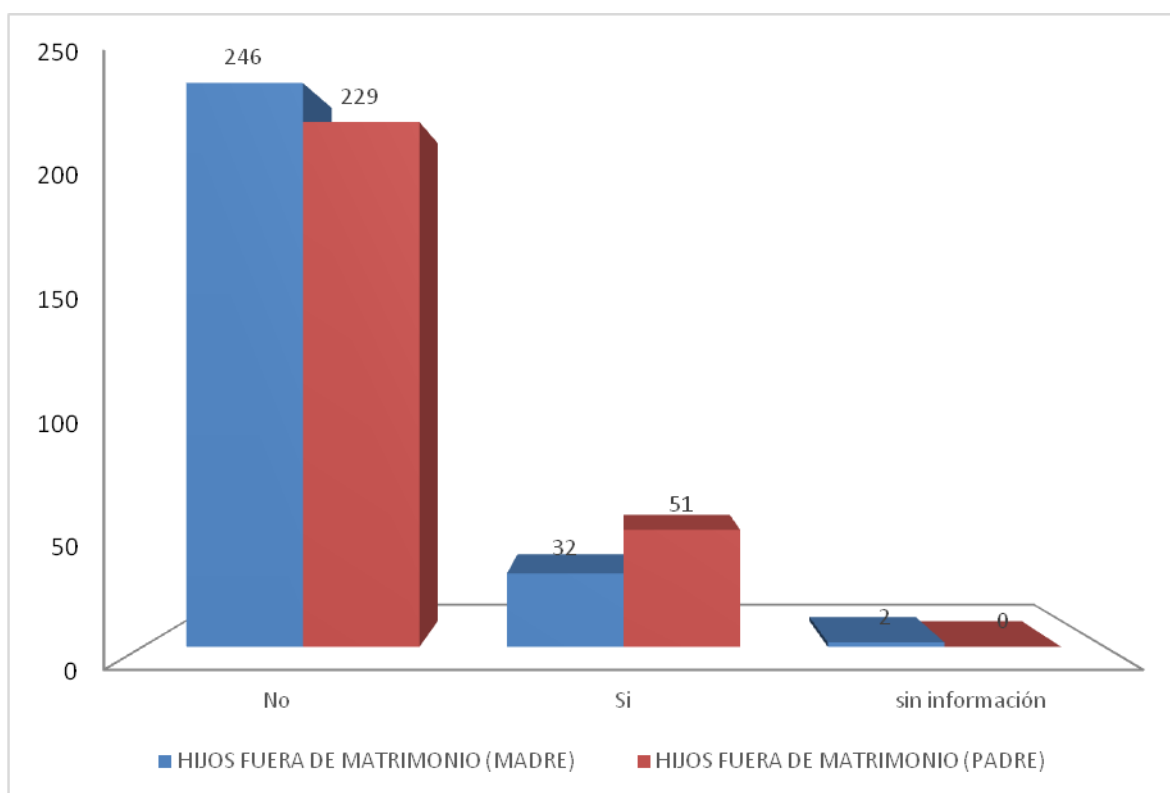
GRÁFICA 10. Distribución de la edad del primer embarazo de las madres de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa durante los meses de junio a septiembre del 2014.



FUENTE: Boleta recolectora de datos de la investigación.

Según datos obtenidos las embarazadas adolescentes desconoce la edad del primer embarazo de su madre se registraron así: 30.71% (86) no saben a qué edad fue, el 16.43% (46) fue a los 17 años y el 10.71% (30) fue a los 18 años.

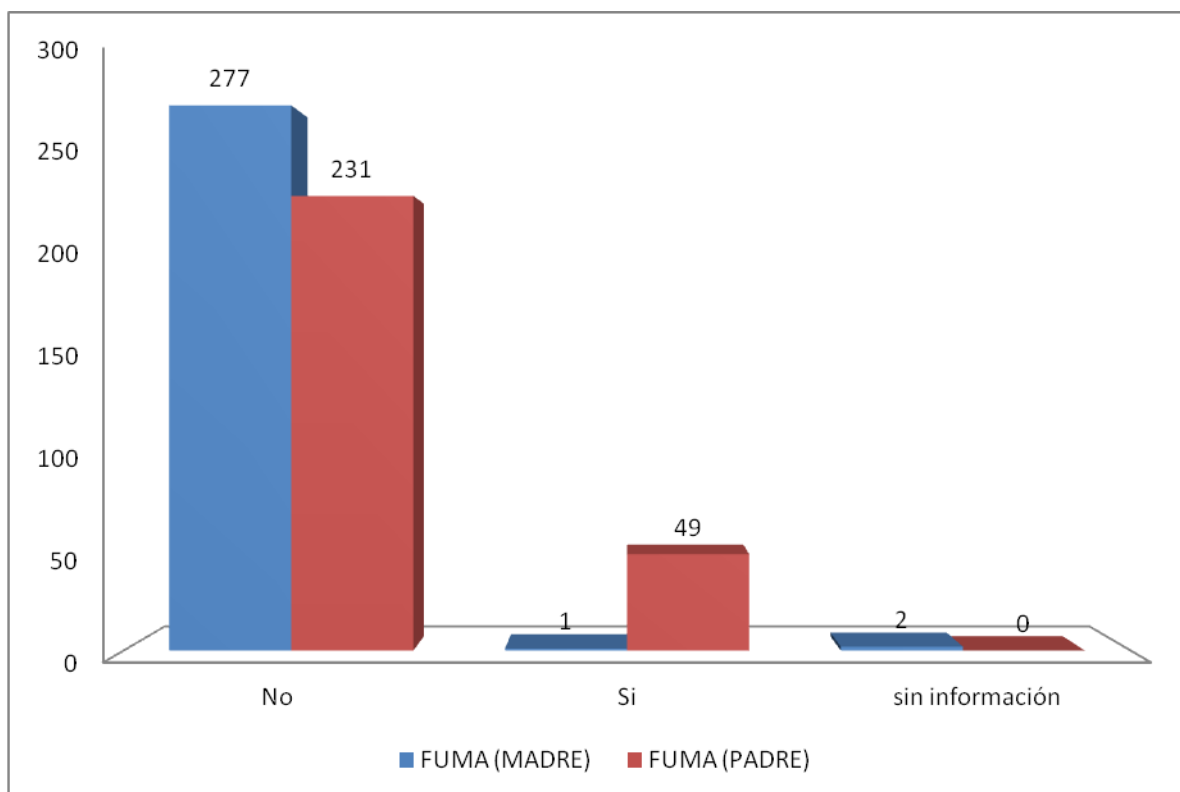
GRÁFICA 11. Distribución de los hijos fuera de matrimonio de la madre y padre de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa durante los meses de junio a septiembre del 2014.



FUENTE: Boleta recolectora de datos de la investigación.

Los hijos fuera de matrimonio por las madres de las adolescentes embarazadas se registraron que el 87.86% en el caso de la madre (246) y el 18.21% (229) en el caso del padre de las adolescentes embarazadas no tienen hijos fuera de matrimonio mientras que el 11.43% (32) de las madre y de los padres en un 18.21% (51) si tienen hijos fuera de matrimonio mientras

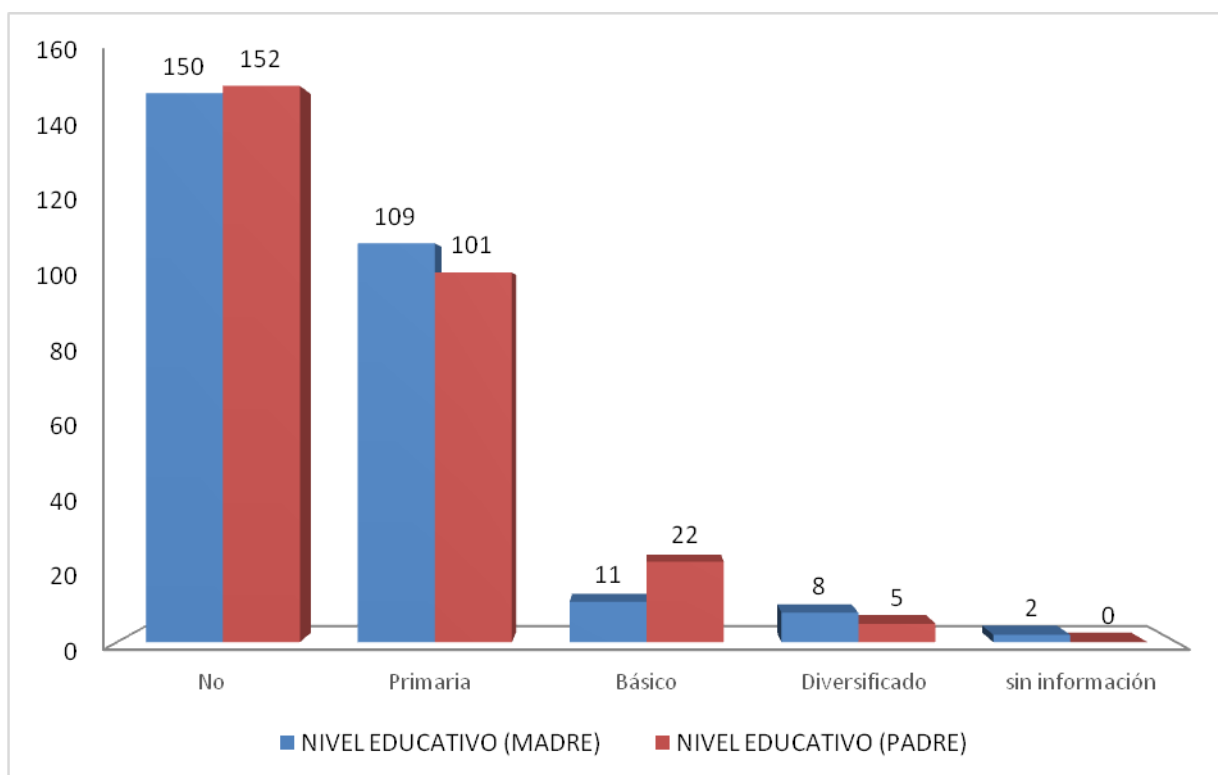
GRÁFICA 12. Distribución de la madre y del padre que fuman de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa durante los meses de junio a septiembre del 2014.



FUENTE: Boleta recolectora de datos de la investigación.

Según datos obtenidos la mayoría no consumen cigarro en un 98.93% en el caso de las madres de las adolescentes embarazadas y en el caso del padre un 82.50% (23).

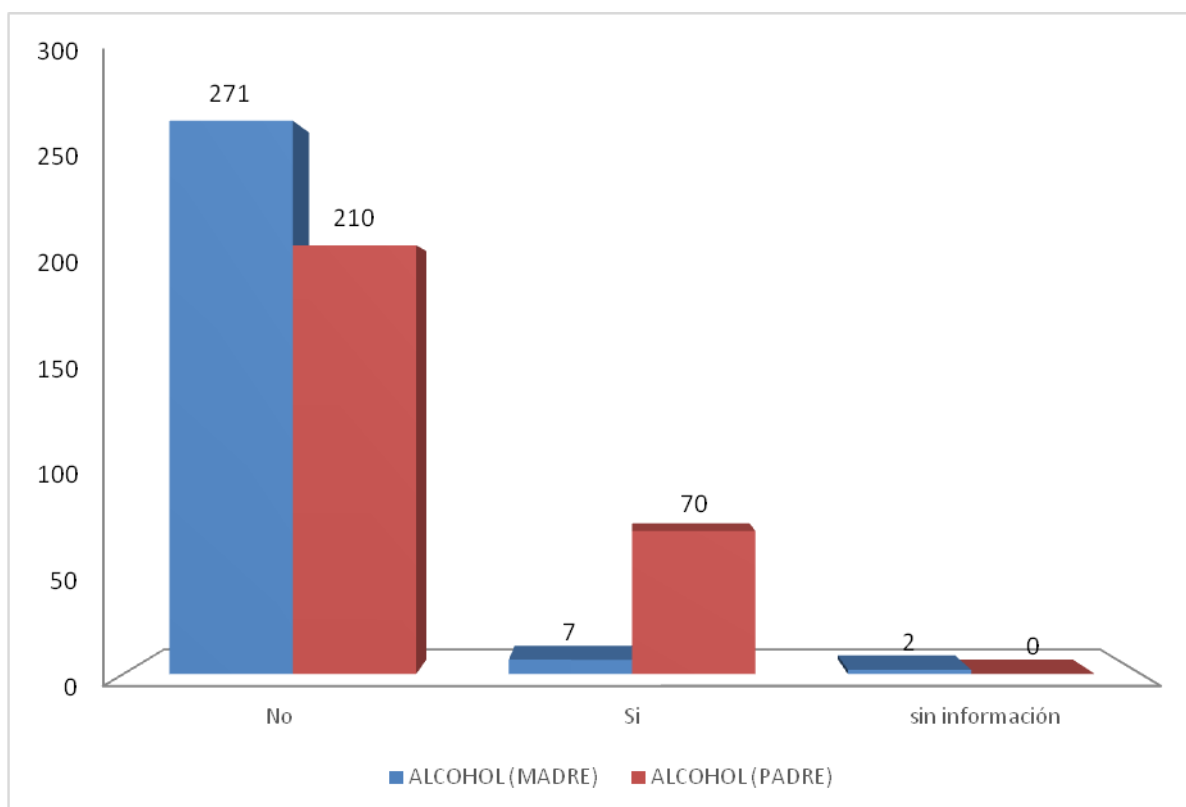
GRÁFICA 13. Distribución del nivel académico de la madre y del padre de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa durante los meses de junio a septiembre del 2014.



FUENTE: Boleta recolectora de datos de la investigación.

Como se observa en los datos obtenidos la mayoría no tuvieron la oportunidad de recibir ningún nivel educativo de los padres de las adolescentes embarazadas obteniendo un 53.57% (150) de las madres y un 54.29% (152) de los padres, seguido de un 38.93% (109) tuvo acceso educación primaria en referencia a las madres y un 36.07% (101) de los padres.

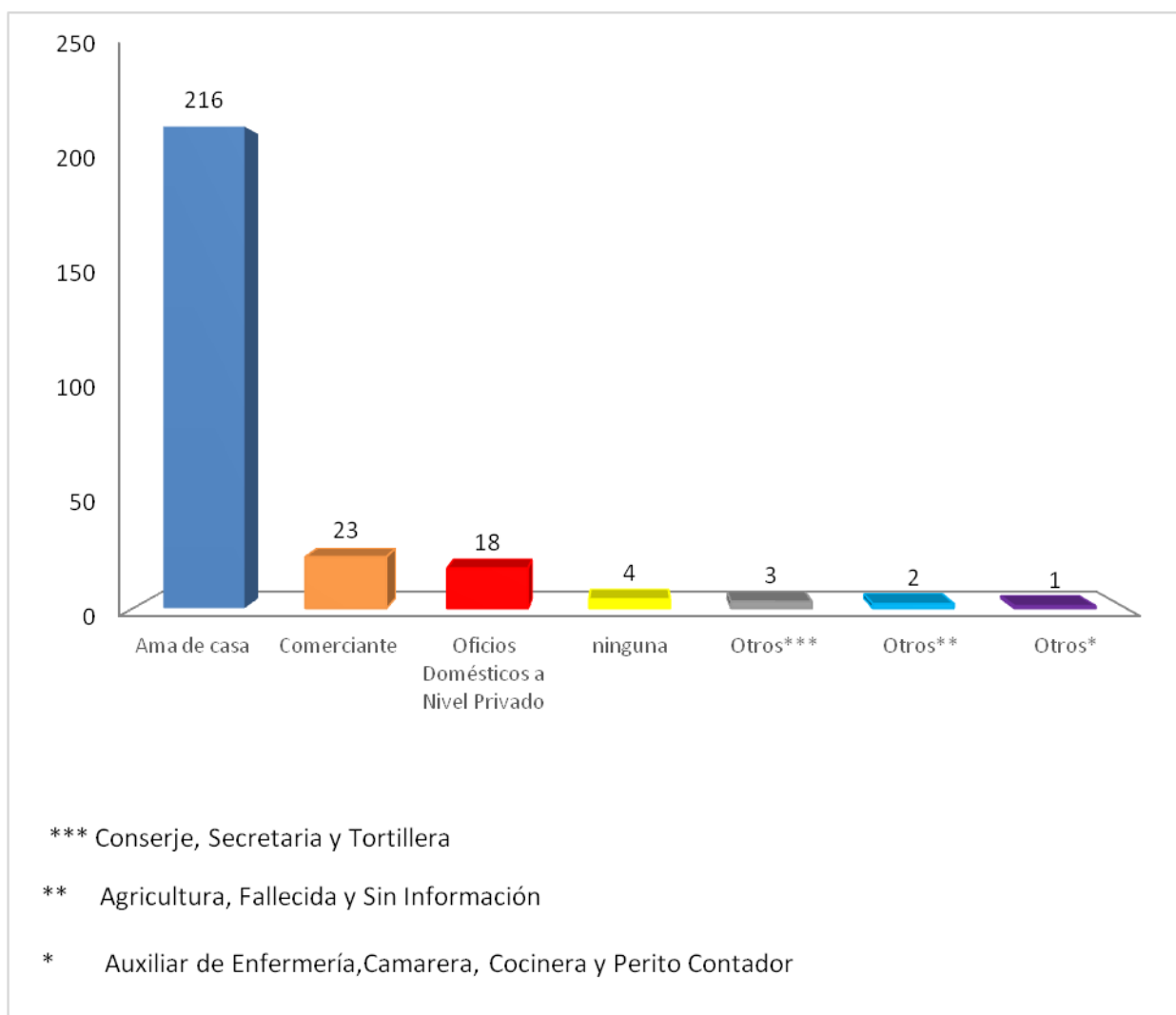
GRÁFICA 14. Distribución del consumo de alcohol de los padres de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa durante los meses de junio a septiembre del 2014.



FUENTE: Boleta recolectora de datos de la investigación.

Como se observa en la gráfica la mayoría de los padres no consumen alcohol registrándose un 96.97% (271) de las madres y un 75% (210) de los padres; seguido de un 2.50% (7) en el caso de las madres y un 25% (70) en el caso de los padres que si consumen alcohol.

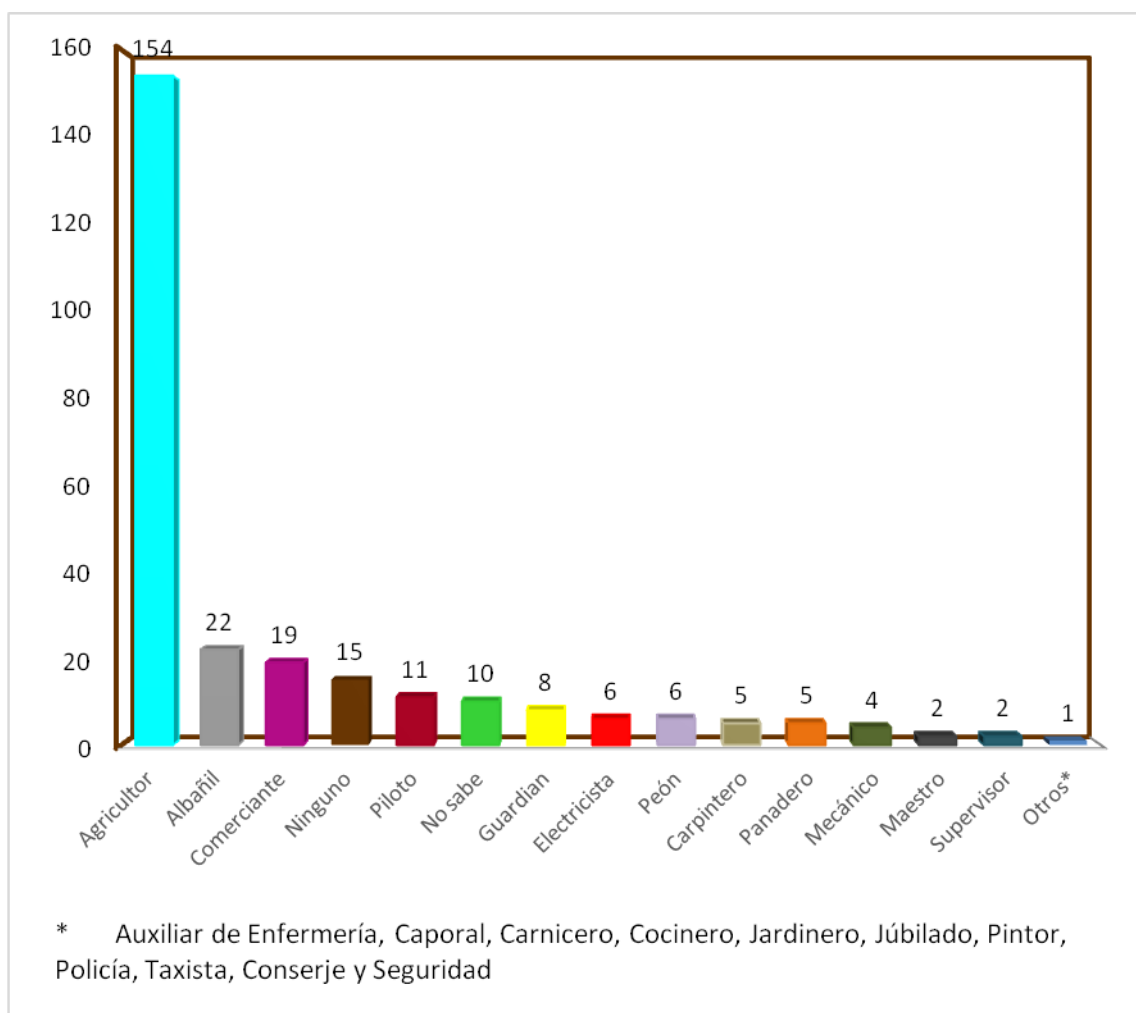
GRÁFICA 15. Distribución de la profesión u oficio actual de la madre de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa durante los meses de junio a septiembre del 2014.



FUENTE: Boleta recolectora de datos de la investigación.

La mayoría de las madres de las adolescentes embarazadas no ejercen ninguna profesión u oficio siendo 216 (77.14%) amas de casa, seguido de 23 (8.21%) que son comerciantes y 18 (6.43%) realizan oficios domésticos.

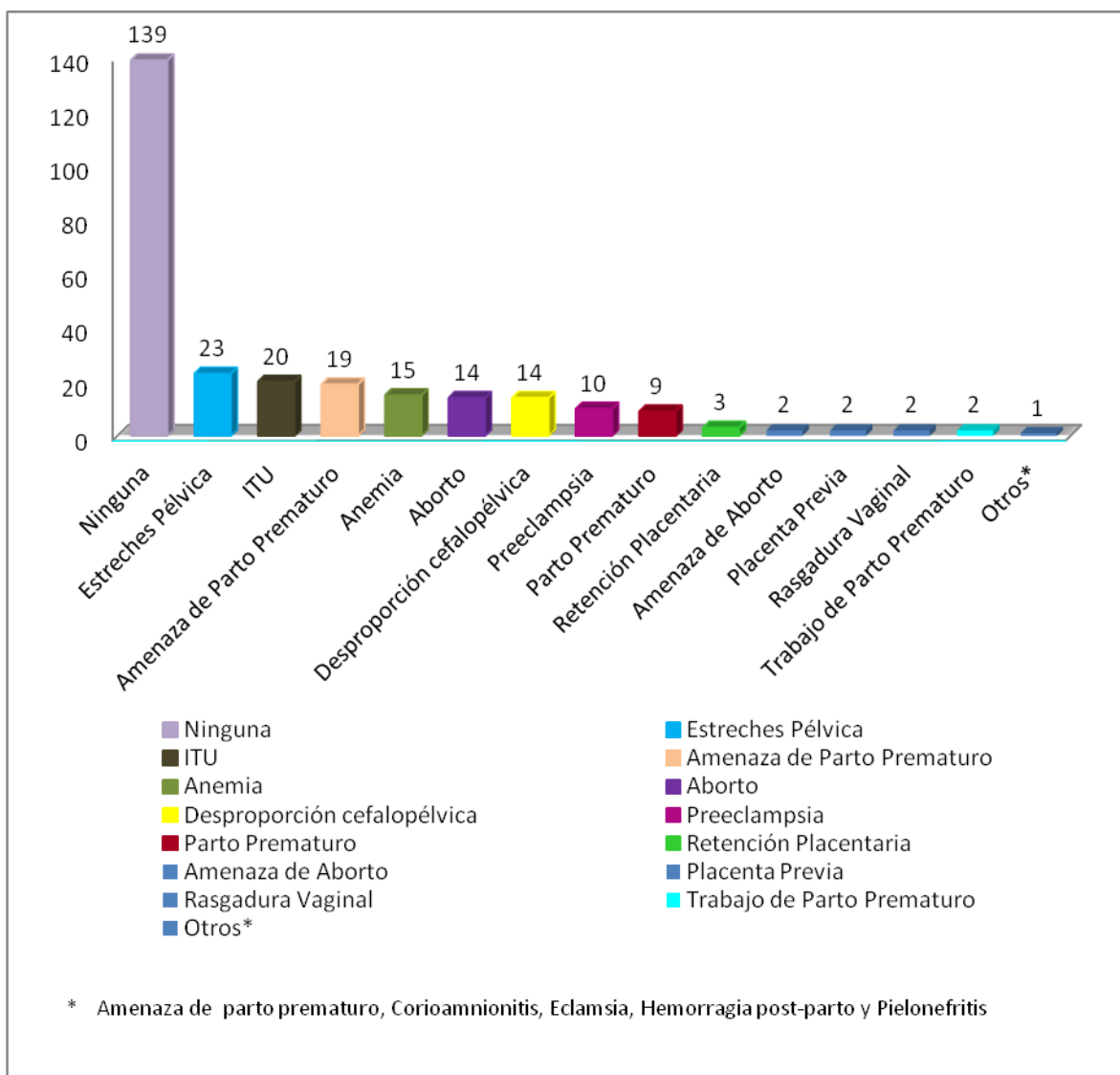
GRÁFICA 16. Distribución de la profesión u oficio actual del padre de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa durante los meses de junio a septiembre del 2014.



FUENTE: Boleta recolectora de datos de la investigación.

Como se observa la mayor parte de los padres de las embarazadas adolescentes se encuentran representados con un 55% (154%) que son agricultores, seguido de un 7.86% (22) que son albañiles y un 6.79% (19) son comerciantes.

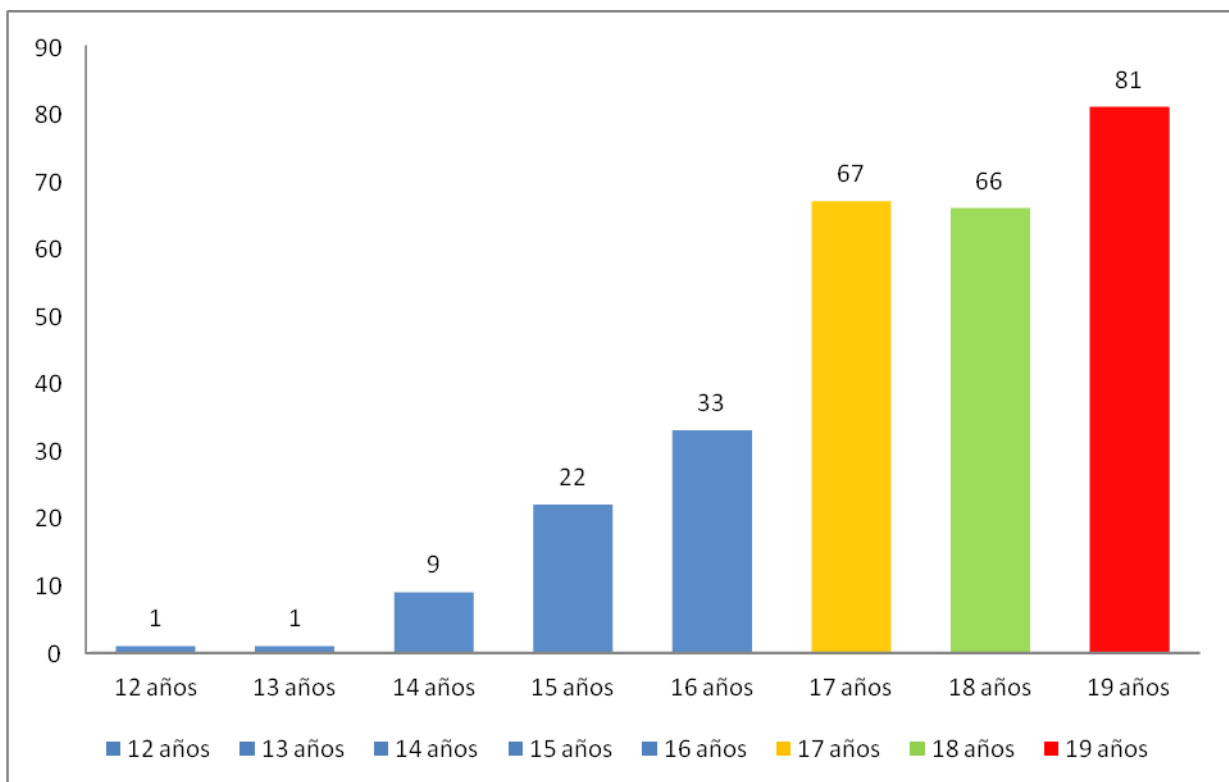
GRÁFICA 17. Distribución de las principales complicaciones maternas en embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa durante los meses de junio a septiembre del 2014.



FUENTE: Boleta recolectora de datos de la investigación.

Según los resultados se obtuvo 52.50% (147) de las adolescentes encuestadas no presentaron complicaciones maternas; un 10.36% (29) adolescentes presentaron desproporción cefalo-pélvica; Infección del tracto urinario y amenaza de parto prematuro se registraron un 7.14% (20) respectivamente y abortos en un 5% (14).

GRÁFICA 18. Distribución de la relación existente entre las complicaciones maternas y el grupo etario de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que consultaron al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa, durante los meses de junio a septiembre del 2014.



FUENTE: Boleta recolectora de datos de la investigación.

Respecto a la frecuencia de las complicaciones maternas y el grupo etario de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años, se registraron los resultados siguientes: 19 años se registraron en un 28.93% (81) casos de adolescentes embarazadas que manifestaron complicaciones maternas de la edad de 17 años se registraron un 23.93% (67) casos; las adolescentes de la edad de 18 años se reportaron 23.57% (66) casos y a los 16 años se registraron 11.79% (33) casos.

VIII. ANÁLISIS

Durante los meses de junio a septiembre del presente año se entrevistó a 280 adolescentes comprendidas entre 10 y 19 años de edad, con el objetivo de conocer las principales complicaciones derivadas del embarazo en este grupo etario.

Según se observó en el total de las encuestadas, la edad más frecuentes de embarazos son las jóvenes comprendidas en 19 años, registrándose 28.57% (80) de las adolescentes en estudio, lo que demuestra que las jóvenes que empiezan con vida sexual activa ya sea casadas o en unión libre simplemente; seguido las jóvenes de 18 años en un 23.93% (67). El cuadro demuestra que entre los rangos de edades estudiados, entre mayor es la edad de la paciente, existe mayor frecuencia al embarazo.

La mayor parte de las adolescentes atendidas fueron del municipio de Zacapa con un 26.43% (74), posiblemente fue debido al fácil acceso que tienen a los servicios médicos por residir en el lugar. Otro de los municipios que mayor porcentaje manifiesta es Gualán, del cual fueron 14.29% (40) pacientes.

Según las encuestas realizadas, también se reportaron adolescentes de los municipios de Teculután, Rio Hondo, La Unión, Huité, Cabañas y Estanduela del departamento de Zacapa, las cuales decidieron recibir la asistencia médica en el Hospital Nacional de Zacapa, argumentando que la asistencia se recibía de una mejor manera que en los centros de salud de su localidad.

Se puede observar que de las adolescentes embarazadas 200 de ellas se encuentran en unión libre, lo cual es muy común en Guatemala, debido a las diferentes causas, entre ellas está la económica, donde los sectores de menos ingresos prefieren vivir en unión de hecho, y en la mayoría de las veces sin declararla legalmente.

Además, se estableció según los resultados de la encuesta, que el 11.78% de las encuestadas se encuentran casadas y un 0.71% han decidido disolver el

matrimonio, por lo que el embarazo deberán enfrentarlo solas, en el mejor de los casos podrán recibir ayuda de sus padres.

El 20 por ciento de las pacientes, manifestaron que su principal ocupación es la de atender el hogar. Es notable el análisis de dicha variable, donde se puede argumentar que el porcentaje de los embarazos tienden a aumentar si las mujeres se dedican a los quehaceres de la casa, posiblemente porque sienten que además de los oficios domésticos, la labor de reproducirse es la función principal de su relación afectiva con la pareja.

Dicha característica se confirma cuando se relacionan con los demás resultados de la encuesta, que demuestran que porcentajes de adolescentes que tienen una ocupación diferente a la de los oficios domésticos, tienden a tener mejor o menor riesgo de embarazo, los resultados relacionados al nivel educativo de las adolescentes encuestadas se manifiesta que entre menos ingresos económicos tiene la adolescente, existe mayor riesgo de embarazo. Los resultados indican que de las 280 encuestadas, un 58.57% (164) de las adolescentes acudieron a nivel primario.

Así se establece en forma ascendente el riesgo según el nivel educativo, donde 26.64% (69) de las encuestadas solo llegó al nivel medio, 9.64% (27) al nivel diversificado y la mayoría 0.36% (1) paciente argumento que cursa en una casa de estudios superiores.

En relación al nivel económico de las pacientes encuestadas, donde un 26.43% (74) de las adolescentes embarazadas manifestaron que perciben un ingreso mensual en un rango de Q1.000.00 a Q1,500,00; 20% (56) de ellas indicaron que no reciben ningún ingreso por parte de su pareja y 18.93% (53) comentaron que no reciben y que tampoco saben cuál es el ingreso mensual de su pareja.

Esto demuestra que entre menos independiente es la adolescente en cuanto a la administración de los recursos económicos en el hogar, manifiestan mayores riesgos de embarazos, quizá por la tendencia de creer que el hombre es el que debe de realizar dicha función porque ellas no son aptas para hacerlo, dicha

manifestación emocional repercute en relación a que es el hombre también es el que decide cuantos hijos van a tener o a la negación de anticonceptivos para evitarlos.

Se pudo encontrar que un 49.64% (139) de las adolescentes encuestadas no presentaron complicaciones maternas, de las demás adolescentes, las principales complicaciones que se presentaron al momento de ser atendidas fueron 10.36% (29) desproporción cefalo-pélvica y amenaza de parto prematuro en un 7.15% (20) respectivamente cada una.

Casi el 50% del total de las adolescentes encuestadas no presentaron complicaciones maternas, esto se debe a que la mayoría reside en el municipio de Zacapa, por lo cual las mismas reciben asistencia médica durante el embarazo en el Hospital Regional de Zacapa o en los centros de salud locales.

IX. CONCLUSIONES

1. En las 280 adolescentes embarazadas sometidas a estudio las complicaciones más frecuentes que se encontraron en las jóvenes adolescentes fueron: Desproporción cefalo-pélvica en un 10.36% (29) y amenaza de parto prematuro en un 7.15% (20).
2. El ser joven adolescente es un factor predisponente al desarrollo de las complicaciones durante el embarazo y parto en las adolescentes.
3. Según la edad la frecuencia de embarazo en adolescentes se presentó con mayor frecuencia a los 19 años (81), a los 18 años (67) y a los 17 años (66).
4. Los embarazos en las adolescentes se percibe de manera normal y natural debido al patrón de costumbre vivido en el hogar, donde muchas madres de las jóvenes han vivido situaciones similares.
5. El control prenatal y la atención del parto debe de ser diferenciado en las jóvenes adolescentes, con un enfoque de riesgo y no como un embarazo o parto corriente.

X. RECOMENDACIONES

1. Al Ministerio de Salud Pública y colaboración del Ministerio de Educación fortalecer la atención primaria en salud a través de la promoción y educación sobre los embarazos en las niñas y adolescentes desde que manifiesten madurez sexual, realizando programas educativos sobre sexualidad, salud reproductiva, higiene mental, estilos de vida saludables; dirigidos tanto a padres de familia como adolescentes por medio de campañas, asambleas comunitarias, formación de grupos de adolescentes y visitas a centros educativos.
2. A las autoridades del Hospital Regional de Zacapa que tomen en cuenta los resultados de la presente investigación con el objetivo de que se puedan realizar campañas de asistencia prenatal y fomentar la gestación saludable, especialmente en las adolescentes, para que los porcentajes de pacientes que no presentan complicaciones maternas, siga en ascenso, y así mermar las dificultades que se prestan con solo el hecho de ser madre adolescente.
3. Al departamento de estadística del Hospital Regional de Zacapa realizar registros permanentes en relación a las complicaciones maternas de pacientes adolescentes que están en gestación y que asisten al centro asistencial, para que puedan crearse programas actualizados orientados a disminuir los embarazos en adolescentes y sobre la importante asistencia médica prenatal.

XI. PROPUESTA

PROPUESTA PARA EDUCAR Y CONCIENTIZAR A LOS ADOLESCENTES SOBRE LA MADUREZ SEXUAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA

OBJETIVO:

Disminuir el embarazo en la población adolescente y las complicaciones maternas de los embarazos en proceso.

DESARROLLO DEL PROGRAMA

1. Se propone solicitar permiso al canal de televisión local docevisión de Zacapa un espacio abierto en el cual se comente la problemática de los embarazos en adolescentes y así poder evidenciar la magnitud del problema y porque no decir de las complicaciones o muerte a las que puede estar sometido al tener un embarazo a temprana edad y poder hacer ver el futuro incierto que le espera a esta madre adolescente y a su bebé.
2. Para lograr esta propuesta se conversó con las autoridades del canal televisivo y están dispuestos a realizar un programa tipo foro donde se pueda presentar el tema, que aunque sigue siendo un tabú en la población, lo ven de suma importancia por la magnitud el problema.
3. Dicho programa será en directo y transmitido en el canal docevisión en horario de 7 de la noche en el programa personajes, donde existe un rankin de audiencia considerable.
4. No se estructura un guion porque el presentador prefiere hacerlo de manera natural, usando una conversación.

5. Una vez se haga conciencia de la problemática a nivel del departamento de Zacapa esto ayudará desde el núcleo familiar a fortalecer una adecuada comunicación con el adolescente, y de esta manera sea la primera escuela en relación a su sexualidad, seguido del Ministerio de Educación y Salud.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Ahued, J; Lira J, Assad, L. 2001. La adolescente embarazada; un problema de salud pública. Cirugía y Cirujanos 69:300-303.
2. Alvarado, F; Arévalo, F; Barillas, E. 1996. Problemática y opciones para la niñez y la adolescencia en el sector salud en Guatemala. Guatemala, Redd barna. p. 23-24.
3. Asamblea General de las Naciones Unidas, US. 1959. Declaración universal de los derechos de niño. New York, US, Editor Ejournal USA. p. 33-36.
4. Balderas, L. 1983. Administración de los servicios de enfermería. 2 ed. México, Interamericana. p. 56-59.
5. Birth, J. 2001. Abortion and pregnancy rates for developed countries, ages 15–19 (en línea). Revista Ginecología, Obstetricia y Fertilidad 33 (6). Consultado 23 abr. 2013. Disponible en: http://www.washingtonpost.com/wpsrv/health/daily/051606/indepth_teenagepregnancy.html.
6. Buvinic, M. 1998. Costos de la maternidad adolescente en Barbados, Chile, Guatemala y México. Washington, US, Population Council, Studies in Family Planning. p. 1-18.
7. Castillo, C; López, C; Muñoz, C; Rivera, J. 1992. Una aproximación a la conflictiva de la adolescente soltera embarazada. San José, CR, DEGEC. p. 61-66.
8. CENADOJ (Centro Nacional de Análisis y Documentación Judicial, GT). 2012. Documentación y estadística judicial. Guatemala. p. 23-28.

9. Choque, F. 2004. Factores de riesgos obstétricos en el embarazo de adolescentes. Lima, PE, Hospital Nacional Dos de Mayo, Biblioteca de la Universidad Mayor de San Marcos. p. 55-59.
10. Congreso de la República de Guatemala. 2001. La ley de desarrollo social: decreto número 42-2001. Guatemala. p. 2-8.
11. _____. 2003. La ley de protección integral de la niñez y la adolescencia: decreto número 27-2003. Guatemala. p. 2-5.
12. _____. 2004. La ley del impuesto sobre distribución de bebidas alcohólicas, destiladas, cervezas y otras bebidas fermentadas: decreto número 21-2004. Guatemala. p. 2-7.
13. _____. 2010. La ley de maternidad saludable. decreto número 32-2010. Guatemala. P: 2-5.
14. Cruz, X. 2002. Embarazo en adolescentes. Chile, Ediciones Universidad Católica de Chile. p. 34-40.
15. Díaz, A; Sanhueza, P; Yaksic, N. 2002. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 67:481-487.
16. Farfán, O; Prada, E; Remez, L. 2005. Información y consejería en planificación familiar postaborto: experiencia en cuatro hospitales de Centro América. Revista Centro Americana de Ginecología y Obstetricia 9 (8): 22-27.
17. Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental, US. 1998. Adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean. Nueva York, US. p. 43-46.

18. Fernández, I; Bustos, I; González, L. 2000. Creencias, actitudes y conocimientos en educación sexual. *Revista Médica Chilena* 128: 574-583.
19. Guttmacher Institute, US. 2011. Teenage pregnancies, births and abortions: national and state trends and trends by race and ethnicity. New York, US. p. 44-49.
20. Hamel, P. 1993. Crónica de un embarazo anunciado: criterios de riesgo en adolescentes populares urbanas. *Revista De Familias y Terapias* 15 (18): 44-62.
21. Hawkins, C. 1992. Comprender a los adolescentes. Londres, UK; Federación Internacional Planificación de la Familia. p. 39-44.
22. Hidalgo, C. 1999. Salud familiar: un modelo de atención integral en la atención primaria. Chile, Ediciones Universidad Católica de Chile. p. 22-30.
23. INE (Instituto Nacional de Estadística, CL). 2000. Fecundidad juvenil en Chile. Boletín Informativo Enfoques Estadísticos del Instituto Nacional de Estadísticas no. 9: 33-38.
24. _____. 2002. Encuesta nacional sobre el embarazo en adolescentes. Chile. p. 12-23.
25. INE (Instituto Nacional de Estadística, Guatemala). 2011. Encuesta nacional de condiciones de vida de población joven. Guatemala, ENCOVI, Programa Juventud UE. p. 8-17.
26. _____. 2011. Mapa de proyecciones de Guatemala. Guatemala. p. 33-34.

27. Instituto de Estudios Comparados en Ciencias Penales de Guatemala. 2009. Memoria de labores 2008-2009. Guatemala, Unidad de Registro. p. 15-19.
28. Issler, R. 2001. Embarazo en la adolescencia. Revista Médica Post-Gestación 107:11-23.
29. Jiménez, M; Vargas, A; Miranda, M; Lizano, M; Morales, A; Morena, F. 1999. Manual para la atención integral de la adolescente embarazada. San José, CR, CENOEISS, EDNASSS. p. 54-62.
30. Kesler, KAK. 1986. Adolescentes, ginecología, obstetricia. Chicago, US, Departamento de ginecología y obstetricia. p. 23-32.
31. La Agencia EFE (Fehaciente, Fidedigno y Fácil, ES). 2012. Embarazo adolescente: creciente drama en América Latina (en línea). España, La Opinión. Consultado 12 mar. 2013. Disponible en: http://www.laopinion.com/embarazo_adolescente_creciente_drama_america_latina
32. Lázaro, L. 1947. Las escuelas ante el embarazo adolescente (en línea). Madrid, ES, Editorial Blass. p. 2-3. Consultado 15 jul. 2013. Disponible en: www.salutia.com
33. López Moreno, DJ. 2013. Atención integral del adolescente menor de 15 años embarazada (en línea). México, Catálogo de Servicios Institucionales del Sistema Interinstitucional de Canalización al Trabajo Social. p. 10-14. Consultado 15 abr. 2014. Disponible en: http://www.alape.org/docs/Present_Cart/15.Diva-Moreno_Protocolo_atención.pdf
34. López Nodarse, M; Flores Madan, L; Roche Pérez C. 1996. Embarazo en la adolescencia: resultado de dos. Revista Sexología y Sociedad 2:12-6.

35. Mejía Cruz, L. 1999. Embarazo en la adolescente. 2 ed. Guatemala, Aprofam. p. 1-30.
36. Meléndez, D. 1996. Contexto cultural de la maternidad y paternidad en adolescentes en Costa Rica. San José, CR, OPS/OMS. p. 23-30.
37. Meléndez, I. 2009. Características de los embarazos en adolescentes en los hospitales Roosevelt, Cuilapa y Antigua del 2003-2008. Tesis MC. Guatemala, USAC. p. 36-39.
38. Mendoza, A. 2003. Salud mental de la gestante adolescente. Revista de la Academia Peruana de Salud 15 (11): 18-27.
39. Ministerio de Educación, GT. 2011. Unidad de estadística. Guatemala. p. 10-16.
40. Molina, M; Ferrada, C; Pérez, R. 2004. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. Revista Médica 3 (46): 34-38.
41. Molina, M; Peña, I; Quiroz, M. 1992. Embarazo precoz. Revista Trabajo Social 7 (11):8-21,59.
42. Molina, R. 1988. Sistemas de atención para adolescentes embarazadas: la salud del adolescente en Chile. Chile, Ediciones Florenzano, Magdaleno y Bobadilla. p. 195-231.
43. MSPAS (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, GT). 2003. Informe anual ministerial: línea basal de mortalidad materna para el año 2000, ciudad de Guatemala. Guatemala. p. 8-10.

44. _____. 2006. Los desafíos de salud y desarrollo. Guatemala, Subcomisión de Investigación Prioridades Comunes de Investigación en Salud. p. 12-17.
45. _____. 2009. Encuesta nacional de salud materno infantil, 2008-2009. Guatemala, Módulo Fecundidad. p. 13-18.
46. _____. 2010. Sala situacional de salud reproductiva. Guatemala, Programa Nacional de Salud Reproductiva. p. 13-18.
47. _____. 2011. Sistema de información gerencial en salud. Guatemala. p. b7-11.
48. OPS (Organización Panamericana de la Salud, GT). 1991. Estudio básico del sector salud: informe anual. Guatemala. p. 9-15.
49. Organismo Ejecutivo, GT. 1996. Acuerdo gubernativo 405-96. Guatemala. p. 2.
50. _____. 2012. Acuerdo gubernativo 65-2012. Guatemala. p. 3.
51. OSAR (Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva, GT). 2011. Embarazo en niñas y en adolescentes en Guatemala (en línea). Boletín OSAR no. 1: 1-6. Consultado 18 abr. 2013. Disponible en: http://www.osarguatemala.org/userfiles/boletin%20correcciones%205-4-11-1_opt.pdf.
52. _____. 2013. Presentación sobre la situación de embarazos en niñas y adolescentes en Guatemala. Guatemala. p. 11-14.
53. Prada, E; Kestler, E; Sten, K; Dauphinee, L; Ramírez, L. 2005. Aborto y atención postaborto en Guatemala: informe de profesionales de la salud e instituciones de salud, Guatemala. Guatemala, Instituto Guttmacher. p. 12-22. (Informe no. 18.).

54. Raguz, M. 2003. Problemas de la adolescencia en el mundo. Revista de la Academia Peruana de Salud 2 (23): 22-31.
55. Ramos Escobar, AL. 2002. Perfil clínico y epidemiológico de la mujer adolescente con embarazo no deseado (en línea). Tesis MC. Guatemala, USAC. p. 43. Consultado 12 abr. 2014. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0193.pdf
56. Rangel, J; Valcario, L; Patiño, J; García, M. 2004. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM 47:24-27.
57. Sáenz, V. 2005. Morbilidad de la madre adolescente. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 31 (2): 21-24.
58. _____. 2006. Embarazo y adolescencia resultados perinatales. Revista Cubana Obstetricia Ginecología 9 (10): 23-27.
59. UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, GT). 2011. Salud reproductiva en adolescentes de Guatemala, un análisis cualitativo y cuantitativo. Guatemala. p. 56-63.
60. USAID (Agency for International Development, US). 2005. Guatemala: health and education (en línea). Estados Unidos de América. Consultado 23 abr. 2014. Disponible en: http://www.usaid.gov/gt/health_education.htm
61. Valdés, D; SE; Bardales, M. 2002. Embarazo en la adolescencia: incidencia, riesgos y complicaciones. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 33 (15): 14-19.

62. Vázquez, A; Guerra, C; Herrera, V; De La Cruz, F; Alimirall, A. 2001. Embarazo y adolescencia: factores biológicos maternos y perinatales más frecuentes. Revista Cubana Obstetricia Ginecología 23 (33): 13-21.



XII. ANEXOS



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
MÉDICO Y CIRUJANO
CENTRO DE UNIVERSITARIO DE ORIENTE CHIQUIMULA
PRINCIPALES COMPLICACIONES MATERNAS EN EMBARAZOS DE
ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA**



PARTE I. DATOS PERSONALES Y CARACTERISTICAS SOCIOCULTURALES:

Edad:

- a. 10 años
- b. 11 años
- c. 12 años
- d. 13 años
- e. 14 años
- f. 15 años
- g. 16 años
- h. 17 años
- i. 18 años
- j. 19 años

2. Lugar de residencia

3. Estado civil

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Unida
- d. Divorciada
- e. Viuda

4. Nivel educativo y grado de nivel académico

- a. Primaria

- b. Básico
 - c. Diversificado
 - d. Universitario
- 5. Profesión u oficio
 - a. Estudiante
 - b. Ama de casa
 - c. Trabajadora
- 6. Con quien vive actualmente
 - a. Esposo
 - b. Padres
 - c. Otros
- 7. Ingreso mensual que recibe en quetzales
 - a. Menor de 500.00
 - b. 500.00 a 1000.00
 - c. 1000.00 a 1500.00
 - d. 1500.00 a 2000.00
 - e. Mayor de 2000.00
- 8. ¿Tiene conocimiento sobre métodos anticonceptivos?
- 9. ¿Ha utilizado algún método anticonceptivo?

11. Datos de la madre

- a. Número de matrimonios
- b. Pareja actual es padre o padrastro de paciente en estudio
- c. Numero de gestaciones
- d. A qué edad fue su primer embarazo
- e. Hijos fuera de matrimonio
- f. Nivel educativo
- g. Profesión u oficio actual
- h. Fuma
- i. Ingiere bebidas alcohólicas

12. Datos del padre

- j. Número de matrimonios
- k. Pareja actual es madre o madrastra de paciente en estudio
- l. Nivel educativo
- m. Profesión u oficio actual
- n. Ingreso mensual
- o. Fuma
- p. Ingiere bebidas alcohólicas
- q. Hijos fuera de matrimonio

PARTE II. COMPLICACIONES MATERNAS

- a. Aborto espontáneo
- b. Embarazo extrauterino
- c. Muerte materna
- d. Anemia
- e. Infección del tracto urinario
- f. Amenaza de parto prematuro
- g. Hipertensión gravídica
- h. Parto prematuro
- i. Desprendimiento placentario
- j. Placenta previa
- k. Anemia Infección del tracto urinario

Otras Cuál _____

RESULTADOS DE LA BOLETA DE RECOLECCION

Edad de las embarazadas adolescentes que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Zacapa.

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
12 años	1	0.36 %
13 años	1	0.36 %
14 años	9	3.21 %
15 años	22	7.86 %
16 años	34	12.14 %
17 años	66	23.57 %
18 años	67	23.93 %
19 años	80	28.57 %
TOTAL	280	100.00 %

Lugar de residencia de las adolescentes embarazadas que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Zacapa.

LUGAR DE RESIDENCIA	Frecuencia	Porcentaje
Amates	15	5.36 %
Cabañas	10	3.57 %
Chiquimula	4	1.43 %
Estanzuela	11	3.93 %
Gualán	40	14.29 %
Huité	10	3.57 %
La Unión	14	5.00 %
Morales	1	0.36 %
Petén	1	0.36 %
Progreso	13	4.64 %
Rancho	1	0.36 %
Rio Hondo	23	8.21 %
San Diego	7	2.50 %
San Luis Jilotepeque	1	0.36 %
Teculután	34	12.14 %
Usumatlán	21	7.50 %
Zacapa	74	26.43 %
TOTAL	280	100.00 %

Estado civil de las embarazadas adolescentes que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Zacapa.

ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje
Casada	33	11.79 %
Divorciada	2	0.71 %
Soltera	45	16.07 %
Unida	200	71.43 %
TOTAL	280	100.00 %

Escolaridad de las embarazadas adolescentes que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Zacapa.

NIVEL EDUCATIVO	Frecuencia	Porcentaje
Básico	69	24.64 %
Diversificado	27	9.64 %
Ninguno	19	6.79 %
Primaria	164	58.57 %
Universitario	1	0.36 %
TOTAL	280	100.00 %

Profesión u oficio de las embarazadas que consultaron al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Zacapa.

PROFESIÓN U OFICIO	Frecuencia	Porcentaje
Agricultura	1	0.36 %
Ama de casa	236	84.29 %
Cocinera	1	0.36 %
Comerciante	1	0.36 %
Contadora	1	0.36 %
Empacadora	1	0.36 %
Estudiante	27	9.64 %
Maestra	1	0.36 %
Oficios Domésticos	10	3.57 %
Secretaria	1	0.36 %
TOTAL	280	100.00 %

Donde quien vive actualmente las embarazadas adolescentes que consultaron en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Zacapa.

CON QUIEN VIVE ACTUALMENTE	Frecuencia	Porcentaje
Esposo	163	58.21 %
Otros	4	1.43 %
Padres	75	26.79 %
Suegros	38	13.57 %
TOTAL	280	100.00 %

Ingreso mensual de las embarazadas adolescentes que consultaron en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Zacapa.

INGRESO MENSUAL	Frecuencia	Porcentaje
Mayor de Q.2,000.00	23	8.21 %
Menor Q.500.00	11	3.93 %
Ninguno	56	20.00 %
No sabe	53	18.93 %
Q.1,000.00 a Q.1,500.00	74	26.43 %
Q.1,500.00 a Q.2,000.00	33	11.79 %
Q.500.00 a Q.1,000.00	30	10.71 %
TOTAL	280	100.00 %

Conocimiento y que método anticonceptivo han usado las embarazadas adolescentes que consultaron en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Zacapa.

CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	F	%	MÉTODO ANTICONCEPTIVO	F	%
No	172	61.43 %	ACOS	11	3.93 %
Si	108	38.57 %	Barrera	2	0.71 %
			Depoprovera	26	9.29 %
			Inyección mensual	13	4.64 %
			No	228	81.43 %
TOTAL	280	100.00%	TOTAL	280	100.00 %

Complicaciones encontradas en las embarazadas adolescentes que consultaron en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Zacapa.

COMPLICACIONES MATERNAS	Frecuencia	Porcentaje
Aborto	14	5.00%
Amenaza de Aborto	2	0.71%
Amenaza de parto prematuro	20	7.14%
Anemia	15	5.36%
Corioamnionitis	1	0.36%
Desproporción cefalo-pélvica	29	10.36%
Eclampsia	2	0.71%
hemorragia post-parto	1	0.36%
ITU	20	7.14%
Ninguna	147	52.50%
Parto Prematuro	11	3.93%
Pielonefritis	1	0.36%
Placenta Previa	2	0.71%
Preeclampsia	10	3.57%
Rasgadura Vaginal	2	0.71%
Retención Placentaria	3	1.07%
TOTAL	280	100.00%

Zacapa 03 de octubre de 2014.
Señora: Claudia De León Gutiérrez.
Presente.

Por este medio hago constar que fue recibida la SOLICITUD de transmisión de un espacio informativo por su persona, a efecto de transmitir el tema **COMPLICACIONES MATERNALES EN EMBARAZO DE ADOLESCENTES**, haciendo mención a la actual situación en nuestro departamento Zacapa.

Siendo de mucha importancia en la función social e información que se pueda trasladar a los televidentes, le informo que fue **APROBADO** dicho espacio televisivo sin costo alguno, para que lo pueda transmitir en nuestra red de cable.

La empresa de Cable **TELECOM ZACAPA**. Está ubicada en el departamento de **ZACAPA**, con cobertura en la cabecera departamental y lugares aledaños con una programación variada en el Canal Local. NSE: A, B, C, D.

Atentamente,


Christian B. Santiago Cordón
Jefe De Producción – Docevisión.

IMAGEN NITIDA, S.A.
17 av. 7-56 Zona 1
Av. Selma Alabama Barrio
Tamarindal, Zacapa
Tels.: 7941-0496 / 7941-5813

DOCEVISIÓN
 Christian B. Santiago Cordón
Jefe de Producción y Mercadeo
17 Av. 7-56 Zona 1, Av. Selma Alabama, Zacapa
Tels.: 79415813 / 79410496

17 Avenida 7-56, Barrio el Tamarindal Zona 1 Zacapa.
Teléfonos: 7941 – 5813 Fax: 7941 -0496.