

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CULTURALES  
ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES”**

Estudio descriptivo de corte transversal realizado en adolescentes de 10 a 19 años, que asisten a Institutos de los Departamentos de Guatemala, Huehuetenango, Escuintla y Sacatepéquez junio y julio de 2014.

Tesis

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

Jorge Augusto Solís Valladares  
José Manuel Pérez Rodas  
Karin Andrea Archila Eguizábal  
Roberto Emilio Almaraz Villatoro

**Médico y Cirujano**

Guatemala, agosto de 2014



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

Los estudiantes:

Jorge Augusto Solís Valladares	200810040
José Manuel Pérez Rodas	200810320
Karin Andrea Archila Eguizábal	200816999
Roberto Emilio Almaraz Villatoro	200817132

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

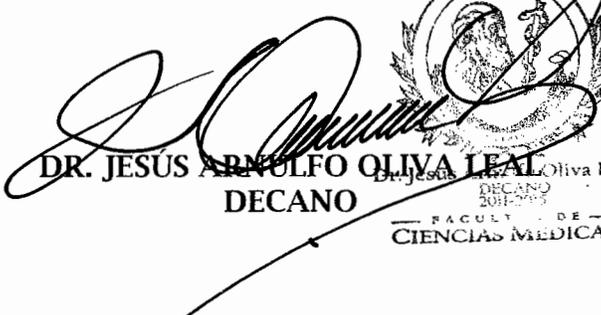
**“Factores sociodemográficos y culturales asociados al embarazo en adolescentes”**

Estudio descriptivo de corte transversal realizado en adolescentes de 10 a 19 años, que asisten a Institutos de los Departamentos de Guatemala, Huehuetenango, Escuintla y Sacatepéquez junio y julio de 2014.

Trabajo tutorado por el Dr. Jorge David Alvarado Andrade y revisado por la Dra. Ada Beatriz Reyes Juárez, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

#### ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, a los veinte y un días de agosto del dos mil catorce.

  
DR. JESÚS ARNULFO OLIVA LEAL  
DECANO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

The official seal of the Faculty of Medical Sciences, featuring a central emblem with a figure and text around the perimeter, including "UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA" and "FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS".



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
COORDINACIÓN DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN**

**El infrascrito Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:**

<b>Jorge Augusto Solís Valladares</b>	<b>200810040</b>
<b>José Manuel Pérez Rodas</b>	<b>200810320</b>
<b>Karin Andrea Archila Eguizábal</b>	<b>200816999</b>
<b>Roberto Emilio Almaraz Villatoro</b>	<b>200817132</b>

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

**“Factores sociodemográficos y culturales asociados al embarazo en adolescentes”**

**Estudio descriptivo de corte transversal realizado en adolescentes de 10 a 19 años, que asisten a Institutos de los Departamentos de Guatemala, Huehuetenango, Escuintla y Sacatepéquez junio y julio de 2014.**

**El cual ha sido revisado y corregido por la Dra. Ada Beatriz Reyes Juárez, y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala el veinte y uno de agosto del dos mil catorce.**

**“ID Y ENSEÑAD A TODOS”**

**Dr. Edgar de León Barillas  
Coordinador**





Guatemala, 21 de agosto del 2014

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

Dr. de León Barillas:

Le informamos que los estudiantes abajo firmantes:

Jorge Augusto Solís Valladares

José Manuel Pérez Rodas

Karin Andrea Archila Eguizábal

Roberto Emilio Almaraz Villatoro

Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

**“Factores sociodemográficos y culturales  
asociados al embarazo en adolescentes”**

**Estudio descriptivo de corte transversal realizado en adolescentes de  
10 a 19 años, que asisten a Institutos de los Departamentos de  
Guatemala, Huehuetenango, Escuintla y Sacatepéquez  
junio y julio de 2014.**

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

**Jorge David Alvarado Andrade**  
GINECOLOGO Y OBSTETRA  
C.O.L. 11.112

**Dr. Jorge David Alvarado Andrade**  
TUTOR  
Firma y sello profesional

**Dra. Ada Beatriz Reyes Juárez**  
REVISOR  
Firma y sello profesional

*Ada Beatriz Reyes Juárez*  
MÉDICO Y CIRUJANO  
Col. 11.642

***De la responsabilidad del trabajo de graduación:***

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

## **LOGRO QUE DEDICO**

**A DIOS**, por darme la vida, escogermme para servir con esta vocación tan maravillosa y permitirme cumplir este sueño.

**A SAN JUAN BOSCO Y MARÍA AUXILIADORA**, por ser mis pilares fundamentales en mi formación espiritual y académica.

**A MIS PADRES**, Jorge Solís y Blanca Valladares, quienes me han enseñado a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia, y todo ello con una dosis de amor y sin pedir nunca nada a cambio. ¡Este triunfo es de ustedes!

**A MI ABUELO** Carlos Solís (+), que yo sé que desde el cielo está celebrando conmigo este logro. Gracias por enseñarme a ser una persona de bien, a estar siempre en el camino correcto y seguir siendo mi modelo a seguir.

**A MI HERMANA** Julia Solís, por brindarme su apoyo incondicional y compartir mi felicidad. Este triunfo también es tuyo.

**A MI FAMILIA**, por haberme apoyado en todo momento y ser mi inspiración para ser mejor cada día.

**A MIS AMIGOS**, por brindarme su amistad, su confianza y hacerme saber que siempre cuento con ustedes.

**A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA Y A LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**, por abrirme las puertas hacia el conocimiento y brindarme lo necesario para mi formación profesional.

Y quiero finalizar con una frase del escritor francés Víctor Hugo: "El futuro tiene muchos nombres. Para los débiles es lo inalcanzable. Para los temerosos lo desconocido. Para los valientes es la oportunidad"

**JORGE AUGUSTO SOLÍS VALLADARES.**

## LOGRO QUE DEDICO

**A DIOS** Por brindarme la sabiduría y las fuerzas necesarias para lograr este sueño. Por estar conmigo en los momentos difíciles y por levantarme cuando lo he necesitado.

**A MIS PADRES** Carlos Pérez y Vilma Rodas. Por darme la vida y ser un ejemplo de lucha y perseverancia. Porque sé que a pesar de las adversidades siempre se han esforzado para darnos lo mejor. Por los desvelos y madrugadas siempre a mi lado. Gracias por su apoyo y amor incondicional, Dios los bendiga siempre y me los regale muchos años más.

**A MIS HERMANOS** Carlitos y Ani porque cada uno con su compañía y amor me han enseñado el camino, me han sabido guiar. Gracias por ser los mejores hermanos mayores.

**A MIS SOBRINAS** Danna, Ana Paula y Brianna saben que las amo y ahora son un nuevo motivo de lucha para mi familia.

**A MIS ABUELITOS** por la bendición de tenerlos conmigo y aprender siempre de ustedes.

**A MIS AMIGOS** Paula, Karen, José Alberto, Fabiola, Silvia, Lucky, Karin, Roberto, Edimael, Josué, Charli, por el apoyo incondicional y por la fuerza que inyectan cada día en mí. Por los momentos buenos y malos. Porque cada momento regalado por Dios es una enseñanza.

**A ESA PERSONA ESPECIAL** por el apoyo estos años, esa entrega y esas bendiciones que pedías todos los días para mí. Por la enseñanza más importante: Dios, amor y bondad. Dios te bendiga siempre. Estoy orgulloso de nosotros.

**A YUBISA MONTENEGRO** por ser la cabeza de grupo vos. Por levantarnos cuando te hemos necesitado y por ser instrumento de Dios para acercarnos a Él. Gracia vos.

**A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA** por acogerme como alma mater y haberme formado como médico.

¡Sé fuerte y valiente! ¡No tengas miedo ni te desanimes! Porque el Señor tu Dios te acompañará dondequiera que vayas. Josué 1:9

**JOSÉ MANUEL PÉREZ RODAS**

## **LOGRO QUE DEDICO**

**A DIOS:** por qué mi mayor motivación ha sido agradarte en cada acción que realizo. Por haber estado conmigo en todo momento y nunca haberme abandonado. Porque reconozco que sin su ayuda, este logro no hubiera sido posible.

**A MI PAPA:** Jorge Archila, por siempre impulsarme a conseguir toda meta que me propusiera, y por nunca dudar en que yo sería capaz de conseguirla, gracias por el amor, los consejos, y apoyo incondicional que desde siempre me ha brindado.

**A MI MAMA:** Himelda Eguizábal por ser siempre un ejemplo de integridad y honestidad en mi vida, por la dedicación, tiempo y amor. Por estar siempre para mí cuando la necesite y anteponer mis necesidades a las suyas.

**A MI HERMANO:** Werner Archila porque siempre estar ahí para cuidarme, por el amor y los consejos que siempre me ha brindado y por qué se que comparte mis alegrías.

**A CRISTY:** Por todo el tiempo que dedico a escucharme y aconsejarme, por que se que a pesar de la distancia, siempre estuvo pendiente de mi.

**A CESAR:** Por ser mi amigo y porque siempre conté con su ayuda, cuando más la necesite.

**A MIS TIOS:** por haberme apoyado cuando los necesite.

**A MIS AMIGAS:** Porque Dios permitió que personas tan especiales fueran parte de mi vida. Porque así como han estado conmigo en los momentos felices también han estado en los momentos difíciles, por los consejos, y por el cariño que siempre me han brindado.

**A LOS MEDICOS QUE MÁS ADMIRO:** Dr. Alfonso Sáenz, Dr. Julio Juárez, Edgar Mora, por inspirarme día con día a ser un mejor medico.

**A MIS PACIENTES:** Porque son la razón por la cual decidí ser médico.

**KARIN ANDREA ARCHILA EGUIZÁBAL**

## **LOGRO QUE DEDICO**

**A DIOS**, por ser la fuerza que me ha permitido superar mis momentos de mayor debilidad, por siempre poner gente especial y de inmenso valor en mi camino.

**A LA SANTÍSIMA VIRGEN MARÍA Y A SAN JUAN BOSCO**, por haberme guiado, siempre de la mano, por no permitir que desviara mi camino, por haberme dado las herramientas para convertirme en un buen cristiano y en un honrado ciudadano.

**A MI MADRE**, Yazmín Villatoro, a quien admiro por su incansable trabajo, su inmensa valentía, por no flaquear ni siquiera en los momentos más difíciles, por haber estado siempre conmigo, riendo en mis momentos más gratos y llorando a mi lado en los momentos más difíciles, siempre con palabras de aliento y de cariño, por haberme dado desde niño la tarea de convertirme en médico, te quiero decir querida madre, que sin ti esto no sería posible, sin tus innumerables cuidados, y sin tus innumerables tazas de café durante mis horas de estudio, a ti y principalmente a ti te tengo que dar gracias el día de hoy, a ti por ser la mujer más importante de mi vida.

**A MIS HERMANOS**, Débora, Luis, y De Marcos, por su cariño, su apoyo, su ingenua admiración, y por ser la razón principal para convertirme en un buen ejemplo a seguir.

**A MIS TÍAS**, Toyita, Mayra, Nilda y Gilda, por su apoyo y por siempre creer en mí, por sus llamadas de atención y por su cariño.

**A MARÍA RENATE HERNÁNDEZ**, por su incondicional apoyo, sus consejos, su cariño y sus palabras de aliento en momentos difíciles.

**A MIS QUERIDOS AMIGOS**, por su amistad sincera, por todos los momentos vividos, por sus consejos y por su apoyo.

**A MIS PACIENTES**, a quienes espero haber servido de buena manera, quienes me enseñaron el valor de la vida, y quienes con cada "gracias" le daban significado a todo mi esfuerzo.

**A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA Y A LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**, por haberme abierto sus puertas, por todo lo aprendido y por haberme brindado mi formación como un profesional.

**ROBERTO EMILIO ALMARAZ VILLATORO**

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Describir los factores sociales, culturales y personales asociados al embarazo en adolescentes de los departamentos de Guatemala, Huehuetenango, Escuintla y Sacatepéquez. **POBLACIÓN Y MÉTODOS:** Estudio de tipo descriptivo transversal. **RESULTADOS:** En el 65% de los hogares no se habla sobre ningún tema de educación sexual. El 84% de las adolescentes entrevistadas refieren no conocer sobre ningún método anticonceptivo. El 14% de las adolescentes tienen una vida sexual activa. El 45% de las adolescentes desconocen la respuesta en la sección donde se evaluaba el conocimiento de la adolescente con respecto a educación sexual. Huehuetenango fue el departamento que en mayor número de ocasiones presentó factores de riesgo que pueden influir en el embarazo adolescente. **CONCLUSIONES:** Se determinó que los factores sociales que se encuentran asociados a embarazos en adolescentes son: desintegración familiar, deserción escolar, empleo y edad de inicio de vida sexual. Así mismo, los factores demográficos que se encuentran asociados a embarazos en adolescentes son: edad de la adolescente, escolaridad de la adolescente, escolaridad de los padres de la adolescente y el estado civil de la adolescente.

**Palabras clave:** Adolescencia, fecundidad adolescente, actividad sexual.

## ÍNDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	5
2.1 General	5
2.2 Específicos	5
3. MARCO TEÓRICO	7
3.1 Contextualización del área de estudio	7
3.1.1. Características generales	7
3.1.1.1. Instituciones donde se realizó el estudio	8
3.2. Factores de riesgo en el embarazo	10
3.2.1. Pobreza y desigualdad	10
3.2.2. Analfabetismo	11
3.2.3. Educación	12
3.2.4. Salud	13
3.2.5. Escolaridad y adolescencia	14
3.2.5.1. Educación sobre sexualidad	15
3.2.5.2. Deserción escolar	16
3.2.6. Contexto familiar	17
3.2.6.1. Desintegración familiar	18
3.2.7. Inicio de relaciones sexuales	21
3.2.8. Unión y actividad sexual antes de la unión	22
3.2.9. Conocimientos y creencias	23
3.2.9.1. Conocimiento sobre métodos de planificación familiar	24
3.2.10. Área de procedencia	26
3.2.11. Religión en Guatemala	26
3.2.11.1. Definición de religión	26
3.3. Adolescencia	26
3.3.1. Etapas de la adolescencia	27
3.3.1.1. Adolescencia temprana	27
3.3.1.2. Adolescencia media	27
3.3.1.3. Adolescencia tardía	27
3.4. Embarazo de adolescentes	28
3.5. Epidemiología	29
3.6. Consecuencias de la maternidad adolescente	30

3.6.1. Complicaciones somáticas	30
3.6.1.1. Para la madre	30
3.6.1.2. Para el hijo	33
3.6.2. Complicaciones psicosociales	33
3.7. Leyes en Guatemala	36
3.8. Programas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	33
3.8.1. Programa Nacional de Salud Reproductiva	39
3.8.2. Programa Paternidad y Maternidad Responsable	39
3.8.3. Observatorio de Salud Reproductiva	39
4. POBLACIÓN Y MÉTODOS	40
4.1. Tipo y diseño de investigación	43
4.2. Unidad de análisis	43
4.2.1. Unidad primaria de muestreo	43
4.2.2. Unidad de análisis	43
4.2.3. Unidad de información	43
4.3. Población y muestra	43
4.3.1. Población o universo	43
4.3.2. Marco muestral	44
4.3.3. Muestra	45
4.4. Selección de sujetos de estudio	48
4.4.1. Criterio de inclusión	48
4.4.2. Criterios de exclusión	48
4.5. Enfoque y diseño de la investigación	48
4.6. Medición de variables	49
4.7. Técnicas, procesos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos	51
4.7.1. Técnica de recolección de datos	51
4.7.2. Procesos	52
4.7.3. Instrumentos de medición	53
4.8. Procesamiento de datos	55
4.8.1. Procesamiento	55
4.8.2. Análisis de datos	56
4.9. Límites de la investigación	56
4.9.1. Obstáculos	56
4.9.2. Alcances	57
4.10. Aspectos éticos de la investigación	58
4.10.1. Principios éticos generales	58

4.10.1.1. Respeto por las personas	58
4.10.1.2. Beneficencia	59
4.10.1.3. Justicia	59
4.10.2. Categorías de riesgo	59
4.10.2.1. Estudios categoría uno	59
4.10.3. Consentimiento informado	60
5.RESULTADOS	61
5.1. Factores demográficos de las adolescentes	61
5.2. Factores sociales de las adolescentes	62
5.3. Conocimientos culturales de las adolescentes: Idiosincrasia	63
6. DISCUSIÓN	65
7. CONCLUSIONES	69
8. RECOMENDACIONES	71
9. APORTE	73
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
11. ANEXOS	81

## 1. INTRODUCCIÓN

La adolescencia comprendida entre las edades de 11 y 19 años es un período de muchos cambios físicos, emocionales e intelectuales. En esta etapa, inicia una necesidad de interacción social, ya que los jóvenes empiezan a independizarse de sus padres, así como un aumento de los requerimientos sociales. Estos cambios les hacen susceptibles de afrontar diversos problemas de salud como el embarazo en la adolescencia, el cual es relativamente frecuente en adolescentes entre 15 – 19 años. (1,2)

La problemática asociada al embarazo adolescente se presenta de diferente manera según el nivel de desarrollo de los países o las condiciones culturales dominantes de la región. En los países avanzados, los niveles de fecundidad son generalmente bajos y los métodos anticonceptivos efectivos son más accesibles, las leyes sobre el aborto son menos restrictivas y la mayoría de las parejas practican el control de la fecundidad. Las preocupaciones fundamentales se encuentran en los niveles de embarazos no deseados o no planificados entre los adolescentes en el contexto de cambios en la actitud hacia la conducta sexual y del incremento de la edad al primer matrimonio. Las condiciones específicas del desarrollo sociodemográfico y cultural de cada región son las que deben determinar, en última instancia, la atención que se realiza del embarazo en edades muy jóvenes como problema de investigación. (1)

En América Latina, los principales aspectos del contexto familiar próximo que afectan en el embarazo en adolescentes, se destacan el lugar de residencia de las jóvenes, la disponibilidad de recursos para la atención en salud reproductiva y la anticoncepción, la estructura familiar y la interacción con los padres. (3)

En Guatemala, se examinaron las consecuencias de la maternidad temprana en un censo (realizado por el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá INCAP) de caso de 2,000 mujeres de 20 a 59 años provenientes de siete aldeas de las zonas rurales de habla hispana del país. Las mujeres que dieron a luz por primera vez a los 19 años o antes, se compararon con las que lo hicieron cuando tenían 20 años o más. La tasa de maternidad adolescente, en el 52% de la muestra, no varió a lo largo de los 40 años. Las mujeres que comenzaron a tener hijos después de los 20 años tuvieron un promedio de ocho hijos, las que comenzaron entre los 17 y 19 tuvieron 10 hijos, y

las que comenzaron a los 16 años de edad y menos, un promedio de 11 hijos por mujer. (4)

El Observatorio de Salud Reproductiva ha registrado un aumento en el número de partos en adolescentes guatemaltecas, durante los años del 2009 al 2013. En el año 2009 se reportaron 41,529 casos de embarazos en adolescentes (20% del total de partos registrados), mientras que durante el año 2013 se registraron 47,906 partos en adolescentes. Esto representa una situación desfavorable, ya que un embarazo en adolescentes se asocia a pobreza y detención del desarrollo del país, sin mencionar que no favorece al cumplimiento del cuarto y quinto objetivo del milenio. (5)

Así mismo el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por medio del Sistema de Información General en Salud (SIGSA), nos indica que en el departamento de Guatemala para el año 2013, el total de adolescentes embarazadas que no saben leer ni escribir era de 14,952, lo que representa el 64% del total de embarazadas adolescentes en Guatemala. En el caso del departamento de Huehuetenango, el total de adolescentes embarazadas era de 12,508. El 85% de ellas no sabían leer ni escribir. (6)

Aunque se conoce que existe el problema sobre los embarazos en adolescentes y que estos se encuentran en aumento en el país, la población en general no tiene noción de la problemática que esto conlleva. Existen factores de índole cultural o religiosa, que están arraigados en la población, que permiten y consienten que las niñas y adolescentes se embaracen antes de tener la madurez necesaria para ser madre, siendo necesaria la educación sexual y la prevención de los embarazos en este grupo poblacional.

Conociendo la problemática actual de nuestro país, se formuló como pregunta general de investigación: ¿Cuáles son los factores sociales, culturales y personales asociados al embarazo en las adolescentes? Así mismo se formularon preguntas específicas para delimitar el tema: ¿Cuáles son los factores demográficos de las adolescentes que aumentan el riesgo de embarazo?; ¿Cuáles son los factores culturales que predisponen a las adolescentes a embarazarse?; ¿Cuál es la intención de embarazo en los próximos 12 meses de las adolescentes?

El estudio es de tipo descriptivo transversal realizado con una muestra de 397 adolescentes mujeres, la distribución de la muestra quedó establecida por departamento, de la siguiente forma: Huehuetenango un 20%, Guatemala 35%, Sacatepéquez 30% y Escuintla 15%.

Con este estudio se avanzó en el conocimiento de la situación y el pensamiento de las adolescentes de nuestro país, caracterizando así las diferencias que estas presentan en cada área geográfica, diferencias que influyen en las desigualdades de las tasas de embarazo adolescente en los departamentos estudiados.

Para caracterizar estas diferencias, se elaboró una encuesta que podrá ser utilizada por las diferentes entidades que trabajan con adolescentes para identificar si existen factores de riesgo, basándose en nuestros análisis y conclusiones, la cual además se diseñó para recabar información sobre la intención de embarazo que posee la adolescente. De esta manera se logrará prevenir la incidencia de embarazos adolescentes que hay en el país ya que según las estadísticas de las Naciones Unidas, Guatemala se encuentra entre los tres países a nivel latinoamericano con las tasas más altas de embarazos adolescentes. (8)

Al finalizar el trabajo de campo se determinó que la importancia en la escolaridad de los padres radica en el entorno que les hereda a sus hijos, siendo para los hijos de padres de baja escolaridad un entorno de pobreza y marginación. También se determinó que la desintegración familiar influye en el riesgo para un embarazo a temprana edad, debido a múltiples factores, entre ellos la falta del control de los padres sobre las adolescentes, ya que se pudo correlacionar que los más altos índices de desintegración familiar se encontraron en el departamento de mayor incidencia de embarazo adolescente.

Se estableció que la adolescente guatemalteca carece de educación sexual en casa ya que es un tema tabú y también se estableció que la educación por parte de los establecimientos es inadecuada, ya que muchas de ellas desconocen los aspectos básicos sobre métodos de planificación familiar.

Por lo que este estudio recalca la importancia de conocer la situación socioeconómica individual de cada estudiante y prestarles mayor atención a aquellas estudiantes que pertenezcan a un hogar desintegrado y/o trabajen al mismo tiempo que estudian.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 General:**

Describir los factores sociales, culturales y personales asociados al embarazo en adolescentes de los departamentos de Guatemala, Huehuetenango, Escuintla y Sacatepéquez.

### **2.2 Específicos:**

**2.2.1** Identificar los factores demográficos (edad de la adolescente, escolaridad de la adolescente, escolaridad de los padres de la adolescente y estado civil de la adolescente) asociados al embarazo en adolescentes de los departamentos de Guatemala, Huehuetenango, Escuintla y Sacatepéquez.

**2.2.2** Describir los factores sociales (desintegración familiar, deserción escolar, empleo y edad de inicio de vida sexual) asociados al embarazo en adolescentes de los departamentos de Guatemala, Huehuetenango, Escuintla y Sacatepéquez.

**2.2.3** Describir la intención de embarazo dentro de los próximos 12 meses de las adolescentes de los departamentos de Guatemala, Huehuetenango, Escuintla y Sacatepéquez.



### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1 Contextualización del área de estudio:

##### 3.1.1 Características generales:

El departamento de Guatemala está ubicado en la meseta central del país. Ocupa una superficie aproximada de 2,253 km<sup>2</sup> y su cabecera departamental, la Ciudad de Guatemala, es la capital de la República y se ubica aproximadamente a 1,502 metros sobre el nivel del mar. En 2010, a lo largo de sus 17 municipios vivían poco más de 3 millones de personas que representaban el 22% de la población total del país (estimaciones para el 2013: 3,257,609 habitantes). (11,12) Su población es de predominio joven con una edad mediana de 23 años, y tiene una tasa de fecundidad, para el 2008, de 27.0 nacimientos por cada 1000 mujeres en edad fértil (para el 2013 se ha reducido a 7.0). (13)

El departamento de Huehuetenango está ubicado en la Región VII (Noroccidente) del país. Ocupa una superficie aproximada de 7,403 km<sup>2</sup> y su cabecera departamental, Huehuetenango, se ubica aproximadamente a 1,902 metros sobre el nivel del mar. En 2010, a lo largo de sus 32 municipios vivían poco más de 1.1 millones de personas (estimaciones 2013: 1,204,345 habitantes). (12) Se estima que un 75% de sus habitantes vive en áreas rurales. El 32° municipio de Huehuetenango, La Unión Cantinil, fue creado en 2005 (Decreto 54-2005 del Congreso de la República), por lo que no aparece en todos los cuadros. (14) Su población para el año 2006 era de predominio joven con una edad mediana de 16 años, con una tasa de fecundidad de 41.0 nacimientos por cada 1000 mujeres en edad fértil; la cual para el año 2013 presenta un aumento llegado a 52.5 nacimientos. (13,14)

El departamento de Escuintla está ubicado en la Región V (Central) del país. Ocupa una superficie aproximada de 4,384 km<sup>2</sup> y su cabecera departamental, Escuintla, se ubica aproximadamente a 347 metros sobre el nivel del mar. En 2010, a lo largo de sus 13 municipios vivían poco más de

685 mil personas (estimaciones para el 2013: 731,324 habitantes). (12) Se estima que un 50% de sus habitantes vive en áreas rurales. (15) Su población para el año 2006 era de predominio joven con una edad mediana de 19 años, con una tasa de fecundidad de 3.4 nacimientos por cada 100 mujeres en edad fértil; durante el año 2013 se mantuvo con una tasa en 3.3 nacimientos. (13,15)

El departamento de Sacatepéquez está ubicado en la Región V (Central) del país. Ocupa una superficie aproximada de 465 km<sup>2</sup> y su cabecera departamental, Antigua Guatemala, se ubica aproximadamente a 1,530 metros sobre el nivel del mar. En 2010, a lo largo de sus 16 municipios vivían poco más de 310 mil personas (estimaciones para el año 2013: 327,157 habitantes). (12) Se estima que un 15% de sus habitantes vive en áreas rurales. (16) La tasa de fecundidad, para el año 2008, fue de 3.2 nacimientos por cada 100 mujeres en edad fértil, la cual para el año 2013 se mantiene constante con 3.6 nacimientos. (13,16)

Se estima que en 2010, tres de cada cinco personas habitan en áreas rurales. Además, según proyecciones de población, el 51% de los habitantes son mujeres. Según datos censales de población del año 2002 y las más recientes encuestas de hogares, dos de cada cinco guatemaltecos se consideran pertenecientes a una de las comunidades lingüísticas de los pueblos indígenas: Maya, Garífuna y Xinca, etcétera. El resto son de origen ladino. (16) Huehuetenango es el departamento con mayor diversidad lingüística. (14)

#### **3.1.1.1 Instituciones donde se realizó el estudio:**

Dentro de las instituciones que se tomaron en cuenta para la realización del estudio, encontramos las siguientes:

- Instituto Normal Belén:

El origen de Belén se encuentra en el nacimiento de la Orden Belemita inspirada por el hermano Pedro de San José de

Betancourt, desde su llegada a la Capitanía General del Reino de Guatemala en 1650. Fundó y sostuvo una escuela de primeras letras, a la que llamó Belén. La obra continuó (en el área donde hoy está el instituto) cuando la ciudad se trasladó al Valle de la Ermita a causa de los terremotos de 1773. Como consecuencia de una conspiración descubierta en diciembre de 1813, fue clausurado el convento y la orden, lo cual permitió a la municipalidad fundar una Escuela para Niñas. (17)

La profesora Ana Gilma de Rosales en un documento donde narra la historia del Belén, cuenta que las actividades educativas laicas comenzaron durante el régimen del general Rafael Carrera, cuando la escuela municipal se transformó en un colegio para señoritas de la sociedad capitalina y centroamericana. Se contrató a un grupo de monjas belgas de la Orden de Nuestra Señora de Namuro, quienes prepararon a las señoritas en artes, idiomas y normas sociales. Aparte funcionaba una escuela para niñas de escasos recursos. (17)

Los caudillos de la Revolución de 1871 terminaron con este proyecto el 20 de enero de 1875 con el decreto No. 133, el cual acordó la creación de un colegio superior, para lo cual se contrataron los servicios de maestras europeas. La primera directora fue Otta James, quien lo administró por un período breve. La maestra que le dio mayor impulso y organizó con carácter de instituto fue Lina Stelin como directora y Matilde Belawer como subdirectora y profesora de idiomas (inglés, francés y alemán). (17)

- Instituto Normal Centro América:

El Instituto Normal Centro América surge durante el gobierno revolucionario del Doctor Juan José Arévalo Bermejo, el 13 de mayo de 1946 en la Ciudad Capital; su ubicación entre lo que es la 1ª. y 3ª. Calle entre la 2a. y 3ª. Avenida de la zona 1. (18)

Cabe destacar, que en la misma ubicación del Instituto Normal Centro América, anteriormente se estableció el Liceo Joaquina del 15 de agosto de 1915 hasta el año de 1918, teniendo que suspender actividades por los terremotos que acaecieron en esta época; del año 1918 hasta 1921 se utilizó para prácticas de la Escuela Politécnica; de 1921 a 1938 fue ocupado por la Escuela Normal Central de Profesores (hoy se conoce como Escuela Normal Central para Varones); posteriormente de 1938 a 1946 se estableció la Escuela de Arte y Oficios Femeniles y de Maestras Elementales; en 1946 se funda el Instituto Normal para Señoritas “Centro América”, los ideales que dieron vida a esta nueva entidad fueron los de unión y hermandad Centroamericana, siendo el propósito inicial el de formar Maestras de Educación Primaria Urbana no solo a nivel nacional sino extendiéndose a todo el istmo centroamericano. Hoy, en su sesenta aniversario del Instituto Normal Centro América es una institución de prestigio dentro de la sociedad guatemalteca brindando a la sociedad docentes y bachilleres con un alto grado de preparación académica. (18)

### **3.2 Factores de riesgo en el embarazo:**

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. (19)

#### **3.2.1 Pobreza y desigualdad:**

En 2006, según la estimación de la pobreza en Guatemala, poco más de la mitad (51%) de la población vivía en condiciones de pobreza y 15% en condiciones de extrema pobreza. La definición de pobreza utilizada se basa en el consumo agregado de los hogares en comparación con el costo de una canasta básica de alimentos para la pobreza extrema, o una canasta de bienes y servicios básicos, para la pobreza en general. (12) Debido a la exclusión histórica de la que han sido objeto los pueblos indígenas, sus

índices de pobreza son más alarmantes. (11) El departamento de Guatemala presenta los índices más bajos de pobreza del país, con un 16% de su población que vive pobreza no extrema; no así en Huehuetenango que presenta los mayores índices con un 71% de la población (año 2006), del cual el 22% vive en pobreza extrema. Siendo el grupo indígena el más afectado. (11,12) En Escuintla el índice de pobreza es del 41%, del cual el 5% vive en pobreza extrema y en Sacatepéquez el 37% se encuentra en estado de pobreza con un 5% de pobreza extrema. (13,14)

Muy vinculado al concepto de pobreza está el de desigualdad. La región de América Latina es la más desigual en cuanto al bienestar de sus ciudadanos, en comparación con el resto de regiones del mundo. A su vez, Guatemala presenta indicadores de desigualdad más altos que muchos países de la región. La desigualdad, tanto en relación con los ingresos de que disponen los hogares, como en las condiciones de vida, produce una sociedad profundamente estratificada. (11)

Las condiciones socioeconómicas afectan el nivel y momento de la fecundidad adolescente a través de los determinantes próximos, que incluyen el inicio de las relaciones sexuales, la unión/matrimonio, el uso de anticonceptivos y el aborto. (20)

Las adolescentes de estratos alto permanecen más tiempo en el sistema educativo, se insertan más tarde en el mercado laboral, e inician más tarde sus actividades sexuales y reproductivas, que las adolescentes del estrato bajo. El nivel educativo de la madre también afecta de manera importante la probabilidad de un primer embarazo adolescente. (20)

### **3.2.2 Analfabetismo:**

Una persona analfabeta es aquella que no puede ni leer ni escribir un breve y simple mensaje relacionado con su vida diaria. (11)

Guatemala comenzó el siglo XXI con casi la tercera parte de su población mayor de 15 años carente de la capacidad de leer y escribir. En la primera década del siglo se realizaron importantes esfuerzos para la reducción del analfabetismo. No obstante, resta un 18% de la población en esa condición, que es más grave en las mujeres y en algunos municipios. Las estimaciones aquí presentadas se basan en proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística (INE). (13) Los esfuerzos para disminuir el analfabetismo han tenido resultados positivos, ya que del año 2004 al 2010 en el departamento de Guatemala, el porcentaje se ha reducido de 9.7 a 8.8%; en Huehuetenango de 38.6 a 27.3%, en Escuintla de 21.3 a 16.1% y en Sacatepéquez de 16.7 a 12.3%. (11,12,13,14)

### **3.2.3 Educación:**

La educación es el proceso multidireccional mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar. (11)

En la década de 2000 hubo una ampliación de la cobertura educativa en distintos niveles. La tasa neta de escolaridad expresa la relación entre la población inscrita en la edad escolar para el nivel dado y la población total proyectada en dicha edad. En el nivel primario, casi se alcanzó a nivel nacional una tasa neta de 100%. Tanto en la preprimaria como en niveles más altos, la cobertura es más baja. (11) En el departamento de Guatemala la cobertura a nivel básico fue del 66% y diversificado del 39%. (11) Para el año 2009, Huehuetenango había alcanzado únicamente el 22% de la cobertura a nivel básico y el 11% a nivel de diversificado. (12)

La cobertura educativa es condición necesaria pero no suficiente. La capacidad de retención del sistema educativo y la aprobación de los alumnos inscritos permiten una aproximación a la eficiencia. La tasa de promoción indica la proporción de alumnos que aprueban el grado con relación a los que lo terminan. A nivel nacional, en 2009, el 86% de los alumnos que concluyeron algún grado de primaria logró aprobar. Esta tasa es mucho más baja tanto en el ciclo básico como en el diversificado. (11)

### 3.2.4 Salud:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. Es una de las dimensiones básicas del desarrollo humano es la salud. Dos indicadores en el ámbito de salud que reflejan el estado del desarrollo humano en una sociedad son la mortalidad infantil y la desnutrición en la niñez. En Guatemala, a principios del siglo XXI, por cada mil niños que nacían, 34 morían antes de cumplir un año y 45 antes de llegar a los cinco. Además, casi la mitad de los niños sufre de desnutrición crónica. (14) Durante el año 2013, la tasa de mortalidad infantil en el departamento de Guatemala se redujo a 3.3 muertes por cada 1000 niños menores de 1 año. En Huehuetenango es de 12.5, en Escuintla de 14.8 y en Sacatepéquez de 7.8 muertes por cada 1000 niños menores de 1 año. (16)

Las altas tasas de mortalidad infantil están asociadas principalmente a enfermedades respiratorias y a síntomas de diarrea. Más de la quinta parte de los niños menores de cinco años del país han presentado síntomas, pero solo el 44% de los casos de una infección respiratoria aguda recibe tratamiento, mientras que menos de dos terceras partes de los casos de diarrea son atendidos. También es importante la cobertura de vacunación en niños para la prevención de la mortalidad y morbilidad. Casi una cuarta parte de los niños menores de dos años en el país tienen pendiente una o más vacunas. (11)

Los riesgos para la salud comienzan desde el embarazo. Guatemala tiene una de las tasas de fecundidad más altas de la región. Si se toma en cuenta que una cuarta parte de esa fecundidad es no deseada, se hace evidente el desafío que representa el hecho que menos de la mitad de las mujeres en unión utilicen algún método moderno de planificación familiar. La salud de las mujeres se complica con el hecho de que solo la mitad de las mujeres guatemaltecas tiene sus partos asistidos por personal médico. (11)

### 3.2.5 Escolaridad y adolescencia:

La escolaridad es el período de tiempo que un niño o un adolescente asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria. La escolaridad tiene implicaciones en el comportamiento productivo y reproductivo de las adolescentes, ya que como varios estudios lo documentan, la educación está altamente correlacionada con la fecundidad y la participación de la mujer en la fuerza laboral. (20)

En la región siempre se ha encontrado el embarazo adolescente como una de las causas principales para la baja escolaridad que se presenta en ciertos grupos de la población. Citando estudios en la región centroamericana encontramos que en Costa Rica se define la escolaridad como el grado de educación formal obtenido en las instituciones. En la región de Tejarcillos, en el área de salud de Alajuelita se realizó un estudio aplicando un cuestionario a un grupo de 30 adolescentes, seleccionadas aleatoriamente, en donde se identificó que un 33.3% de las participantes completó la educación primaria; un 26.7% no la completó, para un total de 60%. Un 6.7% poseía secundaria incompleta y más de la mitad tenía bajo grado de escolaridad. (20)

En cuanto a Guatemala se realizó un estudio en 1995 para determinar la escolaridad de las adolescentes embarazadas, que trata sobre el embarazo no deseado en la mujer adolescente en el departamento de Petén, se tomó en cuenta los 11 centros de salud que existen, se encuestaron 580 adolescentes embarazadas que consultaron a los centros de salud de las cuales 242 respondieron que no desean el embarazo ellas fueron el objeto de estudio. (21)

Se realizó un perfil clínico y epidemiológico a las adolescentes que no desean el embarazo y se obtuvo como resultado que 41.72% no desean el embarazo, se observó que es en la adolescencia intermedia en donde más se presenta este problema corresponde a la misma etapa en que las adolescentes quedan embarazadas por primera vez. El 71.49% de las

adolescentes son solteras lo que las obliga a trabajar. De las 146 adolescentes que presentan algún grado de escolaridad 42.47% abandonan sus estudios por falta de recursos económicos, mientras que el 28.77 % los abandonan por causa del embarazo interrumpiendo su educación y limitándolas un mejor nivel de vida. Entre los motivos por los cuales las adolescentes no desean el embarazo tenemos en primer lugar edad muy joven, pobreza, rechazo de los padres, rechazo a ser madre soltera y deseo de superación. (21)

### **3.2.5.1 Educación sobre sexualidad:**

Es difícil encontrar una definición general de la sexualidad, pues incluye planos de orden biológico, psicosocial, de valores, de comportamientos. Claramente, sin diferencia entre ciudades ni por estrato, las adolescentes empiezan a conocer sobre temas sexuales a los 10 años de edad, con el plano biológico, luego sobre relaciones sexuales, el embarazo y por ultimo sobre métodos anticonceptivos. Así, las adolescentes van recibiendo información sobre temas cada vez más complejos. En todos los temas, la principal fuente de información es el colegio, ya sean las profesoras, orientadoras psicológicas, o charlas específicas. (20)

La madre o el padre, pero principalmente la primera, juegan un papel importante también como fuente de información, especialmente en los temas relacionados con el embarazo y las relaciones sexuales. Aunque la mayoría de las adolescentes han obtenido la primera información sobre embarazo a partir de sus padres, sólo un pequeño porcentaje obtiene de ellos la información sobre el aborto. Hay que mencionar también que en muchos hogares por ser temas tabús no se habla sobre esto en el hogar. (20)

### 3.2.5.2 Deserción escolar:

Se define como la actitud que tienen los niños/as en edad escolar (debidamente inscritos en los establecimientos educativos), de ausentarse voluntariamente y de forma definitiva de sus actividades estudiantiles, trayendo como consecuencia un aumento de las altas tasas de analfabetismo con que cuenta el país, concentrado especialmente en las áreas rurales y marginales. El ausentismo escolar se define como la costumbre de ciertos niños/as de edad escolar, debidamente inscritos en las escuelas, de permanecer fuera del establecimiento escolar, en donde se imparte cierta preparación académica, lo que ocasiona mal rendimiento y repitencia, especialmente en la primaria. (24)

Dentro de las causas podemos mencionar las de índole económica, como la pobre alimentación, la falta de vivienda y el pobre acceso a la salud, así también existen causas de índole social, dentro de las cuales encontramos: (23)

- Desintegración Familiar:

Este es uno de los problemas sociales más frecuentes en nuestro medio y que afecta en gran medida tanto a los hijos/as, como a los padres, especialmente a los estudiantes, por no poseer la suficiente capacidad y orientación para afrontarlo. Un hogar desintegrado puede provocar en el estudiante, comportamiento inadecuado, tales como: inclinación a la drogadicción, prostitución, alcoholismo, etc., como suele suceder en el medio. Entre otros efectos de la desintegración familiar pueden mencionarse: falta de atención, agresividad y apatía, provocando malas relaciones entre sus compañeros. (24)

- Alcoholismo, drogadicción y prostitución:

Estos tres factores que se introducen aceleradamente en la sociedad guatemalteca y afectan el sistema educativo en general. Pueden tener dos explicaciones: la primera puede responder al resultado de la formación cultural y moral de generaciones anteriores; la otra, la pérdida de valores sociales que produce un sistema económico, resultado de una sociedad de consumo a la que se pertenece. Sea cual fuere la explicación, lo más importante es que el estudiante está viviendo en ese ambiente, ya sea provocado por padres, por la imitación de culturas, medios de comunicación, o que lo realicen ellos mismos. Estos factores provocan deserción de los niños/as en edad escolar, porque los individuos que se introducen en estos malos hábitos, pierden la noción del tiempo y tergiversan la realidad de las cosas, afectando negativamente al núcleo familiar. Así también en múltiples ocasiones esto puede tener como resultado negativo la concepción de un embarazo no deseado, incrementando de esta manera la deserción escolar. (24)

### **3.2.6 Contexto familiar:**

Desde el punto de vista sociológico toda sociedad reconoce a la familia como la institución y grupo social básico, para el desarrollo de la comunidad. Para la ciencia psicológica, familia es: “La que constituye el campo psicológico más importante de un alumno, ya que es considerada un refugio y una fuente de afectos, de identidad e identificación.” El núcleo familiar necesita buena comunicación, comprensión y colaboración de sus miembros con el propósito de mantenerse unidos. La familia es considerada para algunos sociólogos como: “Una célula social, unidad básica”. Desde el punto de vista de la organización política la familia se define como: “Célula primaria y fundamental de nuestra sociedad”. (23)

### 3.2.6.1 Desintegración familiar:

El contexto y el ambiente familiar han demostrado ser factores que influyen en el desarrollo psicosocial y emocional de los niños, en el nivel de socialización, en el rendimiento escolar, en los logros educativos y en general en los logros en diferentes dimensiones durante su madurez. Dentro del contexto familiar, las características de la madre se consideran de gran importancia, especialmente para las niñas. (20)

Se dice que una familia se desintegra cuando los padres se separan o falta uno de ellos, la desintegración puede darse por: divorcio, separación y muerte. Desde el punto de vista de la sociología la desintegración familiar se define como: “La pérdida de la unidad familiar, significa que uno o más miembros dejan de desempeñar adecuadamente sus obligaciones o deberes”. (23)

Para otros investigadores desintegración familiar es considerada como: “El rompimiento de la unidad familiar, la disolución o funcionamiento de funciones sociales cuando uno o más de los miembros dejan de desempeñar adecuadamente el papel que les corresponde”. (23)

Para otros investigadores la desintegración familiar, es considerada como: “La ruptura de la unidad familiar, la disolución o quebradura de la estructura social de las funciones, cuando dos miembros no pueden desempeñar las atribuciones que legal y moralmente les corresponden”. La desintegración de la familia se origina por distintas causas, siendo las más comunes las que a continuación se explican. (23)

- Separación:

Esta situación se produce cuando uno de los cónyuges manifiesta su deseo de no continuar conviviendo con su pareja.

En muchas ocasiones esta separación es temporal, pues pasado algún tiempo ambos cónyuges resultan reconciliándose. Sin embargo, no debe dejar de considerarse que en algunas ocasiones, previo a obtener el divorcio es necesaria la separación. (23)

- Divorcio:

Constituye la ruptura total del vínculo matrimonial y a su vez el punto que marca en forma directa la desintegración de la familia. El divorcio es considerado también como: “Una válvula de escape para las inevitables tensiones del matrimonio”. Cuando un sistema familiar no permite el divorcio, las personas se separan y forman otro hogar. (23)

- Muerte:

La muerte natural o violenta cambia el estado civil de la persona y a su vez modifica la organización familiar. Tanto la muerte natural como la violenta de uno de los padres resulta perjudicial para los hijos, especialmente si éstos tienen una edad que no les permita comprender totalmente la pérdida de un ser querido. Regularmente surge un desequilibrio emocional que sólo es posible restablecer a través de una constante comunicación con los demás miembros de la familia y de muestras de afecto por parte de quien se ha quedado al cuidado de los menores, ya sea padre o madre. (23)

A medida que la población de Guatemala crece, también crece, la tasa de divorcios, y para dar a conocer la cantidad de divorcios que llevaron a cabo en los últimos años La Municipalidad de Guatemala muestra los siguientes datos, que son datos estadísticos del registro Civil:

- 1,997 un total de 967 actas de divorcio.
- 1,998 un total de 1,022 actas de divorcio.
- 1,999 un total de 1,907 actas de divorcio.
- 2,000 un total de 1,976 actas de divorcio.
- 2,001 un total de 2,500 actas de divorcio.
- 2,002 un total de 3,100 actas de divorcio.
- 2,003 un total de 3,600 actas de divorcio

Por lo que estos cambios hacia una mayor desintegración familiar (a través de mayores tasas de separación/divorcio y viudez), podrían de alguna manera influir en mayores riesgos de embarazo adolescente debido a factores de tipo afectivo, y/o una mayor flexibilización de los padres en el control de las jóvenes. (20)

En el ambiente familiar podemos encontrar además de la desintegración familiar ciertos componentes como la violencia intrafamiliar, el nivel de comunicación de la adolescente con su madre, y el grado de supervisión familiar ejercida en la adolescente, que sin lugar a dudas afectará en la toma de decisiones de la adolescente. (20)

El grado de control o supervisión que los padres ejercen sobre las hijas ha demostrado ser un factor que influye en el comportamiento sexual de las hijas. La mayoría de las adolescentes informan a los padres dónde está y con quién sale, y muchas adolescentes tienen una hora establecida de llegada a la casa. Sin embargo, estos niveles de supervisión son algo mayores en el estrato alto que en el bajo.(20)

Existen grandes diferencias por estrato en el tipo unión de las madres: en el estrato bajo predomina la unión consensual, mientras que en el alto predomina el matrimonio (legal o religioso). Igualmente, las mayores separaciones y divorcios están asociadas a las uniones consensuales. Por otra parte es más común en los estratos bajos el hogar mono-parental y amplio, entendiéndose por

esto como un sólo padre y más familiares externos al núcleo básico de la familia, mientras que en los estratos medios y altos predomina el hogar nuclear biparental. (20)

Varios estudios han demostrado que la estructura de la familia y las normas y valores predominantes en la sociedad son factores importantes en el comportamiento sexual y reproductivo de las adolescentes (Hogan and Kitagawa, 1995; Vargas y Barrera, 2002; Vargas y Barrera, 2003). Bajo nivel de ingreso, jefatura femenina, bajo nivel educativo de la madre, y la forma de constitución de la familia son factores, entre otros, que aumentan la probabilidad de inicio de actividades sexuales y reproductivas entre las adolescentes. (20)

### **3.2.7 Inicio de relaciones sexuales**

La edad a la cual la mujer inicia las relaciones sexuales (dentro o fuera de la unión marital) usualmente marca el comienzo del período de exposición al riesgo de procreación (embarazo). Para 1995, en América Latina, entre el 18% y el 30% de las mujeres de 15-19 años había tenido relaciones sexuales. (20)

Contrario al inicio de las relaciones sexuales, los niveles y cambios en nupcialidad son menos marcados en los países Latinoamericanos. De una parte, entre el 15% y el 23% de las mujeres de 15-19 años están unidas legal o consensualmente. De otra, comparando cohortes, se evidencia que la proporción de mujeres casadas/unidas antes de los 18 años ha disminuido en unos países, como Perú, Bolivia y Brasil, y ha aumentado levemente en otros como Colombia, Paraguay y Guatemala. (20)

La diferencia entre el inicio de las relaciones sexuales y el inicio del matrimonio legal/consensual muestra patrones diferenciales entre los países de la región latinoamericana. De una parte, en algunos países ese período disminuye, como Perú, Bolivia y Guatemala; en otros, como Brasil, aumenta debido a un aumento en el porcentaje que inicia relaciones

sexuales y un descenso en el porcentaje en unión; y en otros, como Colombia y Paraguay, ese período aumenta debido a un aumento mayor en el porcentaje de inicio de relaciones sexuales frente al aumento en el porcentaje en unión. (20)

### **3.2.8 Unión y actividad sexual antes de la unión:**

La unión de las adolescentes a edades tempranas es uno de los factores que incide en los altos niveles de fecundidad en la adolescencia. Al igual que la fecundidad adolescente, la unión – legal o consensual – es mayor entre las mujeres de las zonas rurales que entre las urbanas.(20)

La exposición al riesgo de embarazo depende no sólo de que exista una unión estable, sino también de la frecuencia de relaciones sexuales premaritales. Aunque por lo general la mayoría de la actividad sexual ocurre dentro de una unión, legal o consensual, también existe una alta proporción de mujeres no unidas que tienen un compañero sexual de forma regular. (20)

En los países en desarrollo, la mayoría de la fecundidad adolescente se da dentro del matrimonio (o unión consensual). En efecto, esos dos factores, unión y fecundidad, están estrechamente relacionados (Singh &Wulf, 1990). En muchos países, la actividad sexual y la procreación comienzan con el matrimonio. En otros, las relaciones premaritales (antes de una unión estable) se aceptan culturalmente como una forma de ‘ensayo’ para el matrimonio. En otras culturas, el embarazo en una mujer soltera puede precipitar la unión o matrimonio debido a las reglas sociales que fuertemente rechazan el madresolterismo. Aunque esta última condición varía entre culturas, en todas ellas se observan casos de mujeres que tienen hijos antes de casarse o unirse de manera estable. Lo que varía es la intensidad de este hecho. (20)

Aunque mucho de la fecundidad adolescente ocurre dentro de la unión (legal o consensual), existe evidencia que la proporción de nacimientos de mujeres solteras está aumentando, especialmente en los países en

desarrollo. Entre las adolescentes con hijos, una proporción significativa tuvo su hijo antes del matrimonio/unión estable: entre 12% y 34% en los países latinoamericanos. Aunque la evidencia sobre la tendencia en la fecundidad adolescente premarital en los países latinoamericanos no permite generalizaciones, en gran parte de los países se observa, de manera creciente, que la maternidad adolescente se trata de una maternidad fuera del matrimonio. (20)

### **3.2.9 Conocimientos y creencias:**

A través de la transmisión de significados y sentidos subjetivos sobre el comportamiento sexual que deben tener los hombres y las mujeres, el contexto cultural puede también influir en las decisiones de iniciar relaciones sexuales o de continuar o no con un embarazo premarital en la adolescencia. (20)

Las adolescentes no sólo son influenciadas por sus familiares, sino también por sus amigos, la pareja, los maestros y los medios de comunicación. La influencia familiar se manifiesta a través de la estructura de la familia, la supervisión parental del comportamiento. (20)

Y aunque en el hogar de los jóvenes se reconoce la importancia de que ellos y ellas reciban educación sexual, aparte de conversaciones esporádicas y poco claras, los padres y madres prefieren delegar esta responsabilidad al colegio o instituto. Y a pesar que en muchas ocasiones las madres plantean en algún momento el tema a sus hijas, nunca lo vuelven a retomar. Esto conlleva a que las jóvenes no desarrollen suficiente confianza con sus madres y, por lo tanto, impide que en la familia se encuentren respuestas claras para resolver sus inquietudes. (20)

Es así como en ausencia de fuentes de información confiables en el medio familiar, y dado que la educación sexual en el colegio o instituto en general ocurre a destiempo, los jóvenes tienen que resolver sus inquietudes en torno a la sexualidad recurriendo a los amigos y a las parejas románticas. Los medios de comunicación, como la televisión, los libros y las revistas, se

convierten también en recursos importantes a través de los cuales los y las jóvenes obtienen información sobre el tema de la actividad sexual. (20)

Por lo que las decisiones de los jóvenes que son determinantes próximos de la fecundidad, dependen de los conocimientos y creencias ya que éstas guiarán el comportamiento. De ahí que para comprender las acciones de las adolescentes y sus parejas consideramos necesario conocer sus conocimientos asociados con la actividad sexual en la adolescencia, el uso de métodos de planificación familiar, la nupcialidad, el embarazo y el aborto. (20)

### **3.2.9.1 Conocimientos métodos de planificación familiar:**

El uso de métodos de planificación familiar es uno de los determinantes próximos de la fecundidad adolescente. Varios estudios han mostrado que los adolescentes, en general, pocas veces practican comportamientos tendientes a proteger su salud, por lo que la anticoncepción no es la excepción. (20)

En la adolescencia se encuentran varias creencias de los y las jóvenes que favorecen la no utilización de métodos de planificación familiar en la primera relación sexual: la convicción de que a su edad las mujeres no van a quedar embarazadas y menos la primera vez, que no es necesario emplear métodos de protección porque los dos son vírgenes, que con el condón no se siente lo mismo, que éste sólo se usa con mujeres que no son vírgenes, o que es un irrespeto usarlo con una persona que se ama y a la que se le tiene confianza. Estos pensamientos explican el por qué el uso de métodos de planificación familiar en la primera relación sexual es tan bajo. Además, de esto se sabe que los adolescentes no emplean métodos de planificación familiar de manera consistente en sus relaciones sexuales posteriores, porque aún persisten creencias infundadas acerca de sus efectos secundarios. (20)

Es frecuente que las jóvenes no utilicen ningún método porque hay confianza mutua y porque el hombre utiliza el método del coito

interrumpido. Otras razones por las cuales las jóvenes prefieren no usar ningún método es debido a los pensamientos de origen popular que existen sobre los métodos anticonceptivos, por ejemplo: que las inyecciones engordan y producen trastornos menstruales; la “T de cobre” no es efectiva, duele mucho su colocación y los bebés nacen con ella adherida al cuerpo; el condón no es útil porque es incómodo y no se siente lo mismo. También se ha encontrado que los jóvenes valoran al condón, como principal método anticonceptivo, y su importancia para prevenir Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Esta cognición permite comprender por qué su uso es más frecuente con parejas casuales o con personas a las que no se les tiene confianza, mientras que con la pareja estable su uso se asocia con el período fértil del ciclo menstrual. Aunque es de suma importancia señalar que la información con la que cuentan las adolescentes y sus parejas sobre el ciclo menstrual en muchos casos es deficiente e incorrecta. (20)

Otra cognición que incide en el uso inconsistente de métodos de protección es la percepción de invulnerabilidad. Tanto las adolescentes como sus parejas creen que el embarazo o una infección de transmisión sexual nunca les van a ocurrir, de ahí que no haya necesidad de cuidarse. Según Cvetkovich, Grote, Bjorseth y Sarkissian (1975) esta percepción de invulnerabilidad se asocia con la incapacidad de los adolescentes para pensar en términos probabilísticos y se deriva de la insistencia de los padres y de los educadores en el riesgo del embarazo y de las infecciones. Estos autores dicen que, a partir de la información que han recibido, los adolescentes más jóvenes tienden a asumir que el embarazo ocurre siempre que se tienen relaciones sexuales. Entonces al observar que sólo una minoría de sus pares, que son sexualmente activos, han tenido que enfrentar un embarazo o una infección, pueden llegar a pensar que eso sólo les ocurre a unos pocos, a aquellos que tienen relaciones sexuales más seguidas o en unas circunstancias muy particulares (por ejemplo, eso no ocurre la primera vez). (20)

### **3.2.10 Área de procedencia:**

La fecundidad adolescente es mayor en las zonas rurales que en las urbanas, lo cual generalmente se ha asociado al mayor acceso que las mujeres urbanas tienen a la educación, las oportunidades de empleo remunerado, y los métodos de planificación familiar. (20)

Así, en el 2013, mientras la tasa de fecundidad para el departamento de Guatemala era de 0.7 nacidos vivos por mil mujeres en edad fértil, en el departamento de Huehuetenango llegaba a 52.5 por mil. Es decir, la tasa de fecundidad rural rebasa en sobremanera a la urbana. (25)

### **3.2.11 Religión en Guatemala:**

#### **3.2.11.1 Definición de religión:**

Es una estructura de discursos y prácticas comunes a un grupo social y referidos a algunas fuerzas (personificadas o no, múltiples o unificadas) a las que los creyentes consideran como anteriores y superiores a su entorno natural y social, frente a las cuales los creyentes expresan sentir una cierta dependencia (creados, gobernados, protegidos, amenazados, etc.) y ante las cuales fuerzas los creyentes se consideran como obligados a una cierta conducta en sociedad con sus "semejantes". (25)

### **3.3 Adolescencia:**

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 socioeconómica" y fija sus límites entre los 10 y 19 años. (26)

### **3.3.1 Etapas de la adolescencia:**

#### **3.3.1.1 Adolescencia temprana (10 a 13 años):**

Biológicamente, es el periodo prepuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo, intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física. (26,27)

#### **3.3.1.2 Adolescencia media (14 a 16 años):**

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. (28,29)

#### **3.3.1.3 Adolescencia tardía (17 a 19 años):**

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. (27,28)

### 3.4 Embarazo en adolescentes:

La adolescencia es la etapa que se encuentra entre el rango de edad de 10 a 19 años. (29) Por lo que la adolescencia es un tiempo de crecimiento y desarrollo, con adquisición de nuevas funciones en las esferas biológica, psicológica y social, sin embargo los cambios no ocurren simultáneamente y el primer evento que se produce es el logro de la capacidad reproductiva. Pero por esa asincronía en la maduración de las diferentes esferas (biológica, psíquica y social), la adolescente tiene la posibilidad de quedar embarazada. (8) Considerando que es en la adolescencia, que la mayoría de jóvenes inician su actividad sexual, los estudios realizados en Guatemala, revelan que de los adolescentes entre los 15 y los 19 años, un 40% de los hombres y un 24% de las mujeres ya han tenido su primera relación sexual. (30)

Y aunque la planificación familiar juega un papel importante, su uso empieza después de que han iniciado relaciones sexuales. Esto debido a la percepción de invulnerabilidad que tienen las adolescentes, en la creencia infundada de efectos secundarios, y en la creencia de que no se necesitan métodos de control en la primera relación. (9) Teniendo en cuenta que el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual, aumenta con la edad a la que ocurre, por lo que, mientras más temprano sea el inicio de las relaciones sexuales, mayor será el riesgo de embarazo, no sólo porque aumenta el tiempo total en que la adolescente estará expuesta a embarazarse, sino porque el porcentaje de las que adoptan conductas preventivas es menor. (3) Por lo que es de esperarse como consecuencia un embarazo no deseado. Siendo el embarazo en adolescentes motivo de preocupación por las implicaciones personales y sociales que este tiene en la adolescente y en su círculo familiar.

Ha de hacerse también la mención de que un embarazo no sólo puede ser el producto relación sexual consensuada, sino también, en ocasiones, ser producto de una violación. (8) Las adolescentes que son más propensas a quedar embarazadas son aquellas con estado nutricional inadecuado y condiciones socioeconómicas desfavorables. (10)

Y es fundamental tener en cuenta que una adolescente no madura a la adultez por el simple hecho de estar embarazada. Seguirá siendo una adolescente, que tendrá que hacerse cargo de un hijo. (8)

### **3.5 Epidemiología:**

A pesar de que la tasa de fecundidad general ha disminuido de forma marcada desde los años 50, la *tasa de fecundidad adolescente* ha disminuido pero de forma menos sensible, por lo que esto ha condicionado un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. (30) Hay que tener en cuenta que en algunos países debido a la alta incidencia del aborto inducido, puede estar subestimando la verdadera incidencia de embarazo adolescente. (8)

También considerar que según el significado que se le dé al embarazo en la adolescencia entre diferentes culturas, hará que haya una variación en la incidencia, como por ejemplo en algunos países de África Sub-Sahariana como en el caso de Camerún cuya tasa de fecundidad adolescente es de 165 por mil, el embarazo en la adolescencia constituye un prerrequisito para el matrimonio y las adolescentes que no conciben a un hijo no tienen pareja. Del mismo modo, en áreas islámicas de África el matrimonio temprano es favorecido con la finalidad de prevenir los embarazos prematrimoniales. Por lo que en muchos países en desarrollo el embarazo en la adolescencia no solo es aceptado incluso es fomentado. (8)

En cambio, en la mayoría de los países desarrollados, donde el embarazo adolescente se observa de forma completamente distinta. La mayoría de ellos tienen bajas tasas de embarazo adolescente como en el caso de Holanda, Italia y España (cuyas tasas se estiman en 12 por mil) y el resto de los países de Europa Occidental, Canadá y Australia, con tasas entre 20 y 50 por mil. Pero no en todos los países desarrollados la incidencia del embarazo en la adolescencia es baja. Por ejemplo, se encuentra a un grupo de países desarrollados, representados principalmente por Estados Unidos, con tasas superiores a 50 por mil. (8)

En América Latina y el Caribe no existe un patrón único de fecundidad, ya que presenta una gran heterogeneidad tanto entre países como dentro de éstos. Por lo que lo dividiremos por grupos, en el primer grupo de países se observan las tasas más elevadas presentando tasas por encima de 100 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años, encontrando es entre estos los países centroamericanos (con exclusión de Costa Rica), República Dominicana, Jamaica y Belice. La elevada frecuencia de embarazos tempranos en estos países es parte de un patrón tradicional de uniones y relaciones sexuales iniciadas a temprana edad. De hecho, en estos países, entre un 3 y un 6 por ciento de las mujeres tienen sus hijos antes de los 15 años, cifra que alcanza cerca de un 10 por ciento en mujeres sin educación, lo que las expone de este modo a riesgos de muerte mucho más altos tanto para ellas como para sus hijos. Un segundo grupo con tasas entre 75 y 100 por mil: Bolivia, Paraguay, Ecuador, Panamá, Colombia, Costa Rica, Brasil, Venezuela, Haití, México y Perú. Finalmente, los países con tasas por debajo de 75 por mil son: Cuba, Trinidad y Tobago, Barbados, Guyana y Suriname, y aquellos del Cono Sur cuya transición de una fecundidad alta a una baja se inició muy tempranamente en el siglo pasado. (8)

### **3.6 Consecuencias de la maternidad adolescente:**

En el último tiempo ha disminuido la edad en que los jóvenes se inician sexualmente y de esta manera ha aumentado además, de forma preocupante, el embarazo no deseado en las adolescentes. Esto ha implicado que en este grupo etario específico se presenten una serie de consecuencias que de manera simple se agruparon en dos grandes grupos: somáticas y psicosociales. (7)

#### **3.6.1 Complicaciones somáticas:**

##### **3.6.1.1 Para la madre:**

La mortalidad materna del grupo de 15 a 19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20 – 34 años.

Con respecto a la morbilidad materno fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la preeclampsia. La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro. (7)

	EMBARAZOS ADOLESCENTES	EMBARAZOS ADULTOS
Anemia	49.36%	43.67%
Infección tracto urinario	13.29-23.2%	6.96%
Retardo crecimiento intrauterino	12.02%	5.69%
Parto prematuro	8.3 – 8.86%	2.8 – 4.43%
Recién Nacido de bajo peso	6.32 – 6.9%	3.16 – 10.1%
Complicaciones en el parto (hemorragia, desgarros cervicales)	10.75 – 15.7%	5.69 – 5.7%
Parto Instrumental	4.9 – 8.22%	2.1 – 10.12%

Tabla no. 1: Comparación de complicaciones somáticas en embarazo de la mujer adolescente y de la mujer adulta.

Las verdaderas diferencias entre ambos grupos se producen principalmente por la edad de las adolescentes embarazadas, siendo el grupo de mayor riesgo el de las pacientes con edades menores de 16 años, donde se producirían con mayor frecuencia las variables analizadas. Otro factor relevante y quizás más difícil de controlar, es la deteriorada condición biopsicosocial que frecuentemente presentan las adolescentes, destacándose en la

revisión como el factor determinante en la aparición de patologías relacionadas con el embarazo adolescente. (7)

Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar las diversas afecciones propias del embarazo adolescente, el cual corresponde a una falla de los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo lo que se conoce como *Síndrome de mala adaptación circulatoria*, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí a nivel materno y/o fetal. (7)

El aborto como una medida de solución para estas jóvenes no deja de tener sus complicaciones. Sin embargo, se tiene tres problemas por resolver a) la insuficiencia de los hospitales para la solución de estos problemas, b) utilizarlo como método anticonceptivo y c) a practicarse otro aborto aún de forma clandestina. En el mundo cada año se efectúan unos veinte millones de abortos inseguros. (31)

Complicaciones del aborto:

- Trombosis de la vena ovárica.
- Desgarros cervicales.
- Perforación uterina.
- Restos de placenta provocando infecciones.
- Placenta previa.
- Partos prematuros.
- Estrés postraumático

Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Cada año a nivel mundial 1 de cada 20 adolescentes puede adquirir una infección de este tipo. Aspecto asociado a la falta de asistencia a los centros de salud, por parte de las parejas en caso de presentar una ETS, cabe señalar que en la mayoría de los casos las parejas ya han tenidos parejas anteriores lo que origina un problema mayor y más alarmante ya que en los últimos años se han elevado las cifras de la

clamidia, herpes, la gonorrea y VIH, (en una población de 976 alumnos universitarios el 3% afirmó haber contraído alguna de estas infecciones. (31)

#### **3.6.1.2 Para el hijo:**

El recién nacido de madre adolescente no tiene diferencias significativas respecto a las mujeres adultas, aunque si existen diferencias si la madre es menor a 15 años, ya que se han presentado una mayor incidencia de malformaciones especialmente las del cierre del tubo neural. El hecho de que las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquia y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables. (7)

La Mortalidad Infantil. Los niños de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de morir durante los primeros cinco años de vida que aquellos niños nacidos de mujeres de 20 a 29 años de edad. (32)

#### **3.6.2 Complicaciones Psicosociales:**

Uno de los principales problemas para las madres adolescentes es la deserción escolar. La baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinsertarse 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 nacional. El 100% de las adolescentes embarazadas desertaron durante el embarazo, en tanto que la deserción escolar global en Chile, a nivel de enseñanza media, incluyendo a quienes desertaron por razón del embarazo, es de sólo 9.9%. La vergüenza y las complicaciones médicas del embarazo, como el síndrome hipertensivo y el parto prematuro, son las razones específicas de deserción que señalaron las adolescentes. (7)

Cambio de roles dentro de la sociedad y la familia: La adolescente madre además debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto aún más en el caso de la primera adolescencia.

Desintegración familiar: La maternidad adolescente duplica con creces las posibilidades que tiene una mujer de vivir como allegada y reduce a la mitad la probabilidad de que viva con el padre de su hijo o en una familia nuclear durante el quinto año después del nacimiento de su primer hijo. La probabilidad de que el padre biológico del hijo provea apoyo financiero en forma constante o esporádica al hijo de una madre adolescente es la mitad de la observada en una madre adulta. (7)

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de equilibrio familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración. Si lo habitual es que todo el grupo familiar se deba adaptar para recibir a un nuevo miembro, esto es mucho más evidente en la adolescencia, ya que las familias de las adolescentes suelen ser más complejas, al incluir a sujetos en diversas etapas del desarrollo; los que probablemente no están esperando la llegada de un nuevo integrante. (7)

Efectos económicos: La maternidad temprana parece tener más efectos económicos que sociales y efectos más serios para 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. (7)

Aborto: En España, se ha publicado un estudio que describe los trastornos por estrés postraumáticos secundarios a un aborto principalmente cuando

existen problemas afectivos previos (distermia, depresión, ansiedad y otros) así como baja autoestima, violencia de género o trastornos de personalidad concomitantes. (7)

Dar al hijo en adopción: Es sin duda una decisión difícil para un adulto para una menor de edad todavía más. En un 34% se sabe que con los años los padres biológicos desean revocar la decisión. (7)

Rechazo hacia el producto: Por las restricciones y limitaciones que representa el cuidado de un bebé y por la variación de planes de vida. Por otro lado las hijas de madres solteras generalmente repiten la misma historia. (31)

Estrés tanto en las mujeres y hombres: Otro aspecto que viven las dos partes aún en el caso que deciden tener a su hijo apoyados por sus familiares, no deja de ser un problema:

- Económico.
- Desajuste en la organización familiar. (31)

Estado civil: Estas madres jóvenes, tienden a ser: madres solteras, madres separadas, divorciadas o mantenerse en unión libre con muchas precariedades económicas que las llevan a sujetarse a las condiciones e imposiciones de alguna de las dos familias. (31)

Rechazo por parte de sus familiares: Los padres cuando son sabedores de estas noticias se sienten afectados. Saben que de una manera u otra son ellos los que tendrán que resolver el problema tanto económico como en el de crianza. Asimismo, son ellos quienes en ocasiones toman la decisión de someter a su hija a un aborto, o peor aún de registrar al niño como propio anulando la responsabilidad y derechos de la hija. (31)

Dificultad para integrarse a la sociedad: Aislamiento de sus amistades, por que adquieren compromisos de adultos siendo apenas adolescentes. (31)

Discriminación: Los compañeros son los primeros en no aceptar en sus reuniones a mujeres que ya no tienen los mismos intereses y en algunas escuelas las jóvenes embarazadas no son admitidas para continuar con una educación escolarizada (principalmente en escuelas privadas). (31)

El promedio de escolaridad: de las madres trabajadoras adolescentes es el equivalente al tercer año de secundaria, motivo por el cual, les es difícil encontrar trabajo bien remunerado y competitivo (28%). En términos generales, se ha comprobado que a menor grado de educación mayor será el número de hijos procreados por este grupo de mujeres. (31)

### **3.7 Leyes en Guatemala:**

#### **Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.**

##### **Decreto número 87-2005**

##### **El Congreso de la República de Guatemala**

##### **Capítulo I**

##### **Disposiciones Generales**

Artículo 1. Objeto. La presente Ley tiene como objeto asegurar el acceso de la población a los servicios de planificación familiar, que conlleve la información, consejería, educación sobre salud sexual y reproductiva a las personas y provisión de métodos de planificación familiar. Además establecer mecanismos dirigidos a la consecución de nuevas fuentes de financiamiento local, reduciendo la dependencia histórica de los servicios de planificación familiar de donantes internacionales. (32)

Artículo 2. Observancia. Las disposiciones de la presente Ley deben ser aplicadas en el ámbito nacional en todos los establecimientos de educación primaria y secundaria, y en todos los establecimientos de la red pública de salud, incluyendo al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en adelante denominado IGSS, entidades privadas y las Organizaciones No Gubernamentales, en adelante

denominadas ONG's, que prestan servicios básicos de salud en el primer nivel de atención. (32)

Artículo 3. Destinatarios/as. Son destinatarios de la presente Ley: la población en general, especialmente las mujeres, adolescentes, parejas y hombres del área rural, que no tengan acceso a servicios básicos de salud, promoviéndose y asegurándose el acceso equitativo de servicios de planificación familiar. (32)

### **Capítulo III**

#### **Comunicación para el cambio de comportamiento**

Artículo 10. Formación integral del adolescente. El MSPAS, en coordinación con el Ministerio de Educación y otras organizaciones públicas y privadas sectoriales, deben incluir en la currícula de formación contenidos sobre: derechos y responsabilidades para la promoción y auto cuidado de la salud, sexualidad y el embarazo precoz y no deseado, como factores de riesgo que contribuyen y afectan la morbilidad materno-infantil. (32)

Artículo 11. Decisión libre e informada. El MSPAS, como rector de la salud, debe garantizar que las usuarias y usuarios de métodos tradicionales y modernos de espaciamiento de los embarazos en los establecimientos de salud, reciban la consejería completa que las ayude a seleccionar el método más adecuado, asegurando la disponibilidad del método elegido por la usuaria o usuario. Ninguna persona podrá ser obligada a utilizar ningún método tradicional o moderno de espaciamiento de los embarazos y es punible la coacción que pueda ejercerse en tal sentido. (32)

Artículo 12. Competencia de técnica de proveedores. El MSPAS debe instituir un programa de desarrollo profesional para fortalecer las competencias técnicas de los y las proveedoras, para asegurar que conozcan y apliquen los criterios de elegibilidad de todos los métodos de espaciamiento de embarazos de acuerdo a normas internacionales, con el fin de eliminar las barreras médicas a la planificación familiar. (32)

Artículo 13. Consejería. El MSPAS, el IGSS y otras organizaciones públicas y privadas que brinden servicios de planificación familiar a la población, deben asegurar que el personal responsable desarrolle la consejería personalizada en un ambiente que garantice la privacidad del usuario o usuaria, y en ningún caso inducirán ni coaccionarán a las personas a utilizar métodos en contra de su voluntad. (32)

Artículo 14. Calidad de la consejería. El MSPAS, el IGSS y otras organizaciones públicas y privadas deben contar con conocimientos, habilidades y destrezas para desarrollar la consejería, además contar con material educativo de apoyo para facilitar la comprensión de la población, de acuerdo al contexto sociocultural. (32)

Artículo 15. Comunicación y difusión. El MSPAS y el IGSS, en coordinación con otras organizaciones públicas y privadas sectoriales vinculadas con la prestación de servicios de planificación familiar, deben realizar campañas masivas de información y comunicación dirigidas a la población en general, sobre los métodos tradicionales y modernos de planificación familiar, sus ventajas, desventajas y lugares de abastecimiento, tomando en cuenta el contexto sociocultural y educativo de las mismas. Debe informarse además acerca de los factores de riesgo relacionados con los embarazos no deseados y embarazos en ambos extremos de la vida fértil de la mujer, multiparidad, período intergenésico y su contribución al incremento de la tasa de morbilidad materna y el impacto socioeconómico en la población. (32)

Artículo 16. Monitoreo y disminución de barreras médicas. El MSPAS, en coordinación con el IGSS y otras organizaciones públicas y privadas, diseñará, validará e implementará herramientas para monitorear la prestación de servicios de planificación familiar y su integración al programa de salud reproductiva, asegurando que puedan incorporarse indicadores que permitan monitorear y evaluar la disminución de las barreras médicas. (32)

### **3.8 Programas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:**

#### **3.8.1 Programa Nacional de Salud Reproductiva:**

El Objetivo principal del Programa Nacional de Salud Reproductiva es proporcionar los lineamientos Técnico-Normativos para que el personal de salud de los diferentes niveles de atención provean servicios de salud reproductiva a la población, con la finalidad de que las personas, las parejas, familias y sociedad en su conjunto disfruten de una vida reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, disminuyendo la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal; asegurando el pleno respeto a sus características lingüísticas y socioculturales. (33)

Las Funciones del PNSR, principalmente se basan en las políticas y principios de:

- Código de Salud.
- Plan Nacional de Salud.
- Políticas y prioridades de Salud.
- Ley de Desarrollo Social.
- Reglamento Interno del Ministerio de Salud.
- Acuerdos de Paz.
- Plan de Desarrollo Social.
- Salas Situacionales.
- Investigaciones Diagnósticas. (33)

#### **3.8.2 Programa Paternidad y Maternidad Responsable:**

Apoyar al fortalecimiento de la Salud Reproductiva con acciones de promoción, prevención, atención y recuperación; con enfoque de equidad, en nuestro contexto, respecto a los derechos y obligaciones como Padres y Madres Responsables y como producto de las conductas sexuales y reproductivas, mediante la participación de todos los actores y sectores involucrados para el abordaje integral. (34)

Motivar y estimular la participación del hombre para involucrarlo en las acciones de la Salud Reproductiva. Incidir en los factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos, políticos y legales para fomentar la Paternidad y Maternidad Responsable. (34)

Diseñar e implementar estrategias con participación multidisciplinaria y multisectorial para promover y fomentar integralmente el ejercicio de la Paternidad y Maternidad Responsable. (34)

### **3.8.3 Observatorio de Salud Reproductiva:**

Los indicadores de salud reproductiva de Guatemala, la muerte materna, alto embarazo en adolescentes, incidencia de VIH, muestran la urgente necesidad de monitorear la implementación del marco legal y asumir los retos que aún están pendientes para lograr la equidad en el acceso a los servicios de salud y el impacto deseado en la población. (35)

La red de Observatorios en Salud Reproductiva, constituida por 21 miembros, es un mecanismo democrático para la rendición de cuentas, fundamentan su trabajo sobre la base del seguimiento sistemático y la aplicación de herramientas para la construcción de indicadores y recolección de datos que permitan contar con información oportuna y de calidad sobre el avance y desafíos de los procesos de implementación de las políticas. (35)

El Observatorio de Salud Reproductiva en Guatemala, surge en marzo del 2008, en el contexto: “El Congreso de la República de Guatemala, en cumplimiento de su función de fiscalización, en alianza con la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud de la Universidad Mariano Gálvez, el Instituto Universitario de la Mujer de la USAC, la Instancia por la Salud y el Desarrollo de las Mujeres, el Colegio de Médicos y Cirujanos, la Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas y la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala impulsa la formación de un Observatorio en salud sexual y reproductiva, con el fin de monitorear y fiscalizar la

implementación de las políticas públicas relacionadas con la salud sexual y reproductiva. (35)

Los Observatorios de Salud Reproductiva, como foro permanente, son una oportunidad para la participación de mujeres, sociedad civil, profesionales e investigadores-as, que contribuyan a generar información para reducir las desigualdades en el sistema de salud, principalmente en la salud reproductiva. Cuenta con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud OPS, el Fondo de Población de Naciones Unidas FNUAP y de la Agencia Internacional para el desarrollo de los Estados Unidos USAID / PASCA Iniciativa de Políticas en Salud Reproductiva. (35)



## **4. POBLACIÓN Y MÉTODOS**

### **4.1 Tipo y diseño de investigación:**

Se efectuó un estudio observacional pues se identificó que aspectos sociales y demográficos predisponen a las adolescentes a quedar embarazadas. De corte transversal descriptivo, pues todos los elementos a investigar ya se encuentran en el presente, y no requieren de un seguimiento prolongado en el futuro.

### **4.2 Unidad de análisis:**

#### **4.2.1 Unidad primaria de muestreo:**

Adolescentes femeninas de 10 a 19 años embarazadas o no, que asisten a Instituto Normal Centro América (INCA) e Instituto Normal Belén en la Ciudad de Guatemala, Guatemala; Instituto Normal Mixto “Alejandro Córdova” e INEB adscrito al INMAC en Huehuetenango, Huehuetenango; Instituto Básico por Cooperativa Colonia el Progreso e Instituto Nacional de Educación Básica “Simón Bergaño Villegas” en Escuintla, Escuintla; Instituto Normal para señoritas “Olimpia Leal” y Colegio “Liceo Rosales” en La Antigua Guatemala, Sacatepéquez.

#### **4.2.2 Unidad de análisis:**

Respuestas obtenidas con la boleta de recolección de datos.

#### **4.2.3 Unidad de información:**

Adolescentes femeninas de 10 a 19 años embarazadas o no, que asisten a los diferentes institutos, antes descritos, de las cabeceras departamentales de Guatemala, Huehuetenango, Escuintla y Sacatepéquez.

### **4.3 Población y muestra:**

#### **4.3.1 Población o universo:**

La población o universo de estudio corresponde a 5,845 estudiantes adolescentes de 10 a 19 años de edad que asisten a los diferentes institutos de los departamentos antes mencionados.

Se distribuyen de la siguiente manera:

<b>DEPARTAMENTO</b>	<b>INSTITUTO</b>	<b>NÚMERO TOTAL DE ESTUDIANTES</b>
Guatemala	Instituto Normal Centro América (INCA)	1,115
	Instituto Normal Belén	975
Huehuetenango	Instituto Normal Mixto "Alejandro Córdova"	625
	INEB adscrito al INMAC	530
Escuintla	Instituto Básico por Cooperativa Colonia el Progreso	450
	Instituto Nacional de Educación Básica "Simón Bergaño Villegas"	400
Sacatepéquez	Instituto Normal para señoritas "Olimpia Leal"	1,000
	Colegio "Liceo Rosales	750
<b>TOTAL</b>		<b>5,845</b>

#### 4.3.2 Marco muestral:

Para la realización de este trabajo no se tomó en cuenta un marco muestral, ya que por motivos de proteger la identidad de cada estudiante, los diferentes institutos prefirieron no proporcionar un listado con los nombres de las estudiantes. Tomando en cuenta las preferencias de las directoras de cada instituto, fueron asignados determinados salones de clase, en los cuales se explicó a las estudiantes las características del estudio, y que no se asociarían sus nombres con las respuestas proporcionadas en cada encuesta, brindando a cada una la libertad de participar o no en el estudio.

De la población total de adolescentes, que corresponde a 5,845, la selección de las adolescentes participantes en el estudio fue determinada por el cumplimiento de los criterios de inclusión

### 4.3.3 Muestra:

El muestreo se realizó según la conveniencia de los investigadores, y no de las características de la investigación.

La población total de las adolescentes de 10 a 19 años de edad que asisten a los diferentes institutos de los departamentos antes mencionados, corresponde a 5,845 estudiantes.

Para obtener el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{NZ^2pq}{e^2(N-1)+Z^2pq} \quad (36)$$

En donde:

- $n = 397$  incluyendo el 10% de pérdidas.
- $N = 5,845$
- $Z = 1.96$
- $p = 0.5$
- $q = 0.5$
- $e = 0.05$

Por lo que la muestra es de 397 estudiantes.

La distribución de la muestra se realizó de acuerdo al porcentaje que representa el número de estudiantes de cada instituto en el total de la población. Para ello, se ha dividido el total de la población de cada uno de los establecimientos educativos entre la población total de los institutos (valor correspondiente a 5,845) para obtener el porcentaje de cada establecimiento educativo. Luego a la muestra obtenida (valor correspondiente a 397) se le ha calculado el porcentaje correspondiente de cada establecimiento educativo, obteniendo así el valor de la muestra proporcional a cada establecimiento.

Se seleccionaron a las participantes por conveniencia en cada uno de los institutos para señoritas de los diferentes departamentos, con previa autorización de sus padres para realizar el estudio (para lo cual se dio el consentimiento informado un día antes, y tener con una copia ya firmada el día que se realizó el cuestionario).

En el Instituto Normal Centro América se repartieron 1,115 consentimientos informados, al siguiente día se eligieron las primeras 75 estudiantes que entregaron el consentimiento informado firmado por sus padres y aceptaron participar en el estudio.

En el Instituto Normal Belén se entregaron 975 consentimientos informados (según el tamaño de la población), al siguiente día se eligieron las primeras 64 estudiantes que entregaron el consentimiento informado firmado por sus padres y aceptaron participar en el estudio.

En el Instituto Normal Mixto “Alejandro Córdova”, Huehuetenango, se entregaron a las estudiantes un total de 625 consentimientos informados (según el tamaño de la población), al siguiente día se eligieron las primeras 44 estudiantes que entregaron el consentimiento informado firmado por sus padres y aceptaron participar en el estudio.

En el INEB adscrito al INMAC, Huehuetenango, se entregaron a las estudiantes un total de 530 consentimientos informados (según el tamaño de la población), al siguiente día se eligieron las primeras 32 estudiantes que entregaron el consentimiento informado firmado por sus padres y aceptaron participar en el estudio.

En el Instituto Nacional de Educación Básica “Simón Bergaño Villegas”, Escuintla, se entregaron a las estudiantes un total de 450 consentimientos informados (según el tamaño de la población), al siguiente día se eligieron las primeras 32 estudiantes que entregaron el consentimiento informado firmado por sus padres y aceptaron participar en el estudio.

En el Instituto Básico por Cooperativa Colonia El Progreso, Escuintla, se entregaron a las estudiantes un total de 400 consentimientos informados (según el tamaño de la población), al siguiente día se eligieron las primeras 28 estudiantes que entregaron el consentimiento informado firmado por sus padres y aceptaron participar en el estudio.

En el Instituto Normal para Señoritas “Olimpia Leal”, Sacatepéquez, se entregaron a las estudiantes un total de 1,000 consentimientos informados (según el tamaño de la población), al siguiente día se eligieron las primeras 66 estudiantes que entregaron el consentimiento informado firmado por sus padres y aceptaron participar en el estudio.

En el Colegio “Liceo Rosales”, Sacatepéquez, se entregaron a las estudiantes un total de 750 consentimientos informados (según el tamaño de la población), al siguiente día se eligieron a las primeras 52 estudiantes que entregaron el consentimiento informado firmado por sus padres y aceptaron participar en el estudio.

<b>DISTRIBUCIÓN MUESTRAL</b>				
<b>Departamento</b>	<b>Establecimiento educativo</b>	<b>Población</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Muestra estratificada</b>
Guatemala	Instituto Normal Centro América	1,115	19	75
	Instituto Normal Belén	975	16	64
Huehuetenango	Instituto Normal Mixto “Alejandro Córdova”	625	11	44
	INEB adscrito al INMAC	530	9	36
Escuintla	Instituto Nacional de Educación Básica “Simón Bergaño Villegas”	450	8	32
	Instituto Básico por Cooperativa Colonia el Progreso	400	7	28
Sacatepéquez	Instituto Normal para señoritas “Olimpia Leal”	1,000	17	66
	Colegio “Liceo Rosales”	750	13	52
<b>TOTAL</b>		<b>5,845</b>	<b>100</b>	<b>397</b>

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

La selección de los sujetos de estudio se basó en los siguientes criterios:

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

Adolescentes femeninas de 10 a 19 años de edad; no embarazadas y/o embarazadas; que asistan a los establecimientos educativos de las cabeceras departamentales de Guatemala, Huehuetenango, Escuintla y Sacatepéquez ya descritos; quienes sus padres acepten el consentimiento informado y ellas el asentimiento.

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

Adolescentes femeninas menores de 10 años y mayores de 19 años de edad; que no asistan a los centros educativos de las cabeceras departamentales ya descritos; quienes sus padres no acepten el consentimiento informado y ellas no acepten el asentimiento.

#### **4.5 Enfoque y diseño de la investigación:**

El enfoque del estudio es cuantitativo.

#### 4.6 Medición de variables:

Macrovariable	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
Factores demográficos	Edad de la adolescente	Tiempo que un individuo ha vivido desde su nacimiento hasta un momento determinado. En la adolescencia fase específica entre los 10 años y los 19 años.	Edad en años anotado en la encuesta.	Cuantitativa discreta	Razón	Años
	Escolaridad de la adolescente	Tiempo durante el cual un alumno asiste a un centro de enseñanza.	Último nivel de educación formal obtenido por la adolescente anotado en la encuesta.	Cualitativa Politómica	Nominal	Sexto primaria 1ero básico 2do básico 3ero básico 4to bach. 5to bach. 4to magisterio 5to magisterio 6to magisterio 4to perito 5to perito 6to perito
	Escolaridad de los padres	Tiempo durante el cual el padre del alumno asiste a un centro de enseñanza.	Último nivel de educación obtenido por los padres de la adolescente anotado en la encuesta.	Cualitativa Politómica	Ordinal	Ninguna Preprimaria Primaria Básica Diversificada Universitaria
	Estado civil de la adolescente	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Estado actual de la adolescente anotado en la encuesta.	Cualitativa Politómica	Nominal	Soltera Casada Unida Viuda Divorciada
	Etnia	Conjunto de personas que comparten rasgos culturales, idioma, religión, celebración de ciertas festividades, expresiones artísticas (como música), vestimenta, nexos históricos, tipo de alimentación, y, muchas veces, un territorio.	Comunidad lingüística a la que pertenezca la adolescente anotado en la encuesta.	Cualitativa Politómica	Nominal	Ladina Kaqchikel K'iche' Mam K'eqchi Ixil Otra

Macrovariable	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
<b>Factores demográficos</b>	Religión	Conjunto de dogmas, normas y prácticas relativas a una divinidad.	Credo que refiere la adolescente en la encuesta.	Cualitativa Politómica	Nominal	Ninguna Católica Protestante Testigo de Jehová Mormona Otra
	Área geográfica	Es una extensión de territorio que comparte las mismas características de suelo, clima, vegetación, fauna, etc. Que no tiene por qué coincidir con las divisiones políticas (provincias, departamentos, estados, etc.).	Dato determinado por el investigador dependiendo de la ubicación de residencia de la adolescente.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Área rural (aldea, caserío) Área urbana (cabecera departamental)
<b>Factores sociales</b>	Desintegración familiar	Rompimiento de la unidad familiar y la insatisfacción de las necesidades primarias que requieren sus miembros.	Dato proporcionado en la encuesta por la adolescente según la insatisfacción de sus necesidades primarias.	Cualitativa politómica	Nominal	Padre y madre Sólo padre Sólo madre No hay padre ni madre
	Deserción escolar	Situación en la que el alumno después de un proceso acumulativo de separación o retiro, finalmente, comienza a retirarse antes de la edad establecida por el sistema educativo sin obtener un certificado.	Se obtendrán datos del abandono de la escuela entre los planes de la adolescente a futuro.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sin intención de abandono escolar Con intención de abandono escolar
	Empleo	Trabajo realizado en virtud de un contrato formal o de hecho, individual o colectivo, por el que se recibe una remuneración o salario.	Dato de situación laboral de la adolescente actualmente proporcionado en la encuesta.	Cualitativa politómica	Nominal	Si trabaja No trabaja Sin intención de trabajar

Macrovariable	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
<b>Factores sociales</b>	Edad propicia para quedar embarazada	Etapa fértil de la mujer en la que según factores individuales propios y contexto social puede estar embarazada.	Edad en años que considera propicia la adolescente para quedar embarazada anotada en la encuesta.	Cuantitativa	Razón	Años
	Edad de inicio de vida sexual	Momento en el que se inician las relaciones sexuales.	Edad en años e la cual se inició la vida sexual.	Cuantitativa	Razón	Años
	Embarazo en la adolescente	Período de tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide hasta el momento del parto	Estado de gestación de la adolescente contestado en la encuesta.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si embarazada No embarazada
<b>Factores culturales</b>	Conocimientos de la adolescente	Información adquirida a través de la experiencia o la educación	Respuestas proporcionadas por la adolescente según su conocimiento sobre educación sexual.	Cualitativa politómica	Nominal	Se realizará pregunta directa en la encuesta a la adolescente.

#### 4.7 Técnicas, procesos e instrumentos utilizados en la recolección de datos:

##### 4.7.1 Técnicas de recolección de datos:

Se utilizó para la recolección de datos, una encuesta dirigida a adolescentes de sexo femenino de 10 a 19 años de edad, embarazadas o no, que asisten a los establecimientos educativos de las cabeceras departamentales de Guatemala, Huehuetenango, Escuintla y Sacatepéquez ya descritos, quienes sus padres aceptaron el consentimiento informado y ellas el asentimiento.

#### 4.7.2. Procesos:

Para la recolección de datos se realizó la elección en base a la representatividad de los departamentos a estudio, siendo estos Huehuetenango, Guatemala, Sacatepéquez y Escuintla. Las poblaciones de las adolescentes se establecieron en base a los datos brindados por los directores de los institutos escogidos de las cabeceras departamentales siendo en Huehuetenango 1,155 adolescentes, Guatemala 2,090 adolescentes, Sacatepéquez 1,750 adolescentes y 850 adolescentes en Escuintla.

Se realizó un muestreo respetando las proporciones de cada población que corresponden a Huehuetenango un 20%, Guatemala 35%, Sacatepéquez 30% y Escuintla 15%.

Se realizó de la siguiente manera:

1. De acuerdo al tamaño de la muestra de cada departamento se definieron los días necesarios para la realización del número total de encuestas correspondientes.
2. Una vez definido el número de la muestra en cada departamento, se distribuyeron equitativamente el número de participantes en el número de días anteriormente definidos.
3. Se seleccionó a las participantes por conveniencia en cada uno de los institutos para señoritas de los diferentes departamentos, con previa autorización de sus padres para realizar el estudio (para lo cual se dio el consentimiento informado un día antes, y tener con una copia ya firmada el día que se realizó el cuestionario).
4. Se informó a la participante sobre los objetivos y la contribución de su participación.
5. Se solicitó el consentimiento y asentimiento informado de cada participante. (Anexo 11.1 y 11.2)

6. Se realizó la encuesta dirigida proporcionada por el investigador.

#### **4.7.3 Instrumento de medición:**

Se realizó una encuesta, la cual contenía los datos necesarios para determinar el conocimiento actual de la adolescente guatemalteca. (Anexo 11.3)

La encuesta que se utilizó para la recolección de datos se validó por medio de una prueba piloto en un grupo de adolescentes con características similares a las que participaron en la investigación. Luego de la prueba piloto, se realizaron las modificaciones necesarias en la encuesta para lograr una adecuada comprensión de la misma.

La boleta de recolección de datos aplicada consta de 28 preguntas. Las preguntas 0, 2-7 corresponden a los “factores demográficos”. Las preguntas 1, 8, 15-16, 26-27 corresponden a los “factores sociales”. Las preguntas 9-14 evalúan los “factores culturales” de la adolescente. Las preguntas 17 a la 25 corresponden a las preguntas que evalúan el conocimiento de la adolescente. La pregunta 28 evalúa la intención de embarazo que tiene la adolescente en los próximos 12 meses.

La encuesta consta de 28 preguntas que evalúa el conocimiento cultural de la adolescente sobre educación sexual. Los datos de información general obtenidos por medio del instrumento de recolección de datos se clasificaron de la siguiente manera:

<b>DATOS GENERALES</b>	<b>CLASIFICACIÓN</b>
Edad de la adolescente	Años
Religión	Católica Protestante Testigo de Jehová Mormona Ninguna Otra
Estado Civil	Soltera Casada Unida Divorciada Viuda
Etnia	Ladina Kaqchikel K'iche' Mam K'eqchi Ixil
Área de Procedencia	Cabecera departamental Aldea Caserío
Escolaridad de la Adolescente	Sexto Primaria 1ero Básico 2do Básico 3ero Básico 4to Bachillerato 5to Bachillerato 4to Magisterio 5to Magisterio 6to Magisterio 4to Perito 5to Perito 6to Perito
Escolaridad de los Padres	Preprimaria Primaria Básicos Diversificado Universitario Ninguna

Las preguntas sobre factores sociales permiten evidenciar el riesgo en el que se encuentra la adolescente, según el contexto en el que se encuentra.

Las preguntas sobre conocimientos culturales de la adolescente también permiten evidenciar el riesgo que tiene el adolescente de un embarazo a temprana edad, debido al desconocimiento sobre procesos fisiológicos.

NO. DE PREGUNTA	CONOCIMIENTO CULTURAL	SIN RIESGO	CON RIESGO
17	¿Se puede quedar embarazada en la primera relación sexual?	Verdadero	Falso, No sé.
18	¿Es posible quedar embarazada mientras se está menstruando?	Verdadero	Falso, No sé.
19	¿Se puede quedar embarazada si hay penetración completa?	Verdadero	Falso, No sé.
20	Si se interrumpe el coito ¿Se puede quedar embarazada?	Verdadero	Falso, No sé.
21	¿Bañarse o lavarse el área genital después del coito previene el embarazo?	Falso	Verdadero, No sé.
22	¿Si no se tiene condones, una vejiga es igual de efectiva para prevenir el embarazo?	Falso	Verdadero, No sé.
23	¿Saltar, toser o estornudar después de la relación sexual previene el embarazo?	Falso	Verdadero, No sé.
24	¿Es posible quedar embarazada si no se tiene un orgasmo?	Verdadero	Falso, No sé.
25	¿Si no se desea, se puede quedar embarazada después del coito?	Falso	Verdadero, No sé.

#### 4.8 Procesamiento de datos:

##### 4.8.1 Procesamiento:

Los datos recolectados fueron tabulados en Excel y se realizó una base de datos para luego ser analizados en el programa EPIINFO, de esta manera se realizó en cada uno de los departamentos.

#### **4.8.2 Análisis de datos:**

El análisis de datos se realizó de la siguiente manera:

- Análisis univariado:

En esta etapa se realizó el análisis estadístico de los datos tabulados de cada una de las variables, tanto cualitativas como cuantitativas; generando proporciones y porcentajes en base a las medidas de tendencia central (media, mediana y moda), que distribuyó la población estudio en diferentes subgrupos, y de esta manera se realizó un análisis más específico. Dentro de estas variables para efecto de esta investigación se encuentran:

- Edad de la adolescente
- Escolaridad de la adolescente
- Escolaridad de los padres
- Estado civil de la adolescente
- Etnia
- Religión
- Desintegración familiar
- Deserción escolar
- Empleo
- Edad de inicio de vida sexual
- Edad para embarazarse
- Conocimientos culturales de la adolescente

#### **4.9 Límites de la investigación:**

##### **4.9.1 Obstáculos (riesgos y dificultades):**

La investigación se realizó en adolescentes embarazadas o no, que asistieron a los institutos antes mencionados, en las cabeceras departamentales de Guatemala, Huehuetenango, Escuintla y Sacatepéquez. Hemos de considerar que debido a que la adolescencia es

una etapa comprendida entre las edades de 10 y 19 años, es un período de muchos cambios físicos, emocionales e intelectuales. Estos cambios hacen que los adolescentes sean susceptibles de afrontar diversos problemas de salud como el embarazo en adolescentes. La herramienta para la recolección de datos se realizó de una manera simple y con lenguaje adecuado a las edades de las adolescentes entrevistadas, de modo que fue sencilla la realización de la misma.

Previamente se solicitó autorización a los directores de los institutos y con ayuda de los profesores asignados, se tuvo colaboración para la realización de la encuesta. El principal obstáculo fue la realización del consentimiento informado por parte de los padres, ya que un día antes de la realización de las encuestas se les proporcionó a las adolescentes el consentimiento informado, para que sea autorizado posterior a la entrevista con las adolescentes.

Debido a limitaciones económicas de los investigadores, el estudio se limitó únicamente a las adolescentes que estudian en: Instituto Normal Centro América (INCA) e Instituto Normal Belén en la Ciudad de Guatemala; Instituto Normal Mixto “Alejandro Córdova” e INEB adscrito al INMAC en Huehuetenango, Huehuetenango; Instituto Básico por Cooperativa Colonia el Progreso e Instituto Nacional de Educación Básica “Simón Bergaño Villegas” en Escuintla, Escuintla; Instituto Normal para señoritas “Olimpia Leal” y Colegio “Liceo Rosales” en Antigua Guatemala, Sacatepéquez.

#### **4.9.2 Alcances:**

Con el estudio se estudiaron los factores sociodemográficos y culturales asociados al embarazo en adolescentes. Todo ello a partir de que la problemática asociada al embarazo adolescente se presenta de diferente manera según el nivel de desarrollo de los países o las condiciones culturales dominantes de la región.

Para la recolección de los datos se realizó la elección en base a los datos estadísticos de los departamentos a estudio, siendo estos Guatemala,

Huehuetenango, Sacatepéquez y Escuintla. Las poblaciones de las adolescentes se establecieron en base a los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Posteriormente se realizó el estudio en los Instituto Normal Centro América (INCA) e Instituto Normal Belén en la ciudad de Guatemala; Instituto Normal Mixto “Alejandro Córdova” e INEB adscrito al INMAC en Huehuetenango, Huehuetenango; Instituto Básico por Cooperativa Colonia el Progreso e Instituto Nacional de Educación Básica “Simón Bergaño Villegas” en Escuintla, Escuintla; Instituto Normal para señoritas “Olimpia Leal” y Colegio “Liceo Rosales” en Antigua Guatemala, Sacatepéquez.

Una vez finalizado el estudio se brindará la información suficiente, para que el Ministerio de Educación, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y todas las instituciones que trabajan con jóvenes, puedan realizar planes de intervención y proyectos para fortalecer y solucionar aquellos aspectos en donde detectemos que existen riesgos que favorezcan el embarazo en adolescentes.

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

##### **4.10.1 Principios éticos generales:**

###### **4.10.1.1 Respeto por las personas:**

Se brindó a las adolescentes participantes la capacidad de decidir y deliberar sobre si desean participar en el estudio en mención, mediante el asentimiento informado que fue llenado, así como el consentimiento informado por parte de sus padres y/o personas responsables, como los maestros o las autoridades del centro de estudios correspondientes.

#### **4.10.1.2 Beneficencia:**

Se guardó este principio ya que no se realizó daño de ningún tipo a los sujetos de estudio, primero protegiendo su identidad, ya que no se solicitaron nombres y posteriormente se buscará el máximo beneficio utilizando el estudio como prevención del embarazo en adolescentes, mediante la divulgación de la información hallada en el mismo.

#### **4.10.1.3 Justicia:**

Se representa con el hecho de que las cargas en la investigación fueron iguales para todas las personas estudiadas, ya que ninguna encuesta tuvo mayor peso que la otra, principalmente por el hecho de no contar con nombres, siempre y cuando se mantenga la relación entre las participantes de un mismo grupo de edad.

#### **4.10.2 Categorías de riesgo:**

##### **4.10.2.1 Estudios Categoría 1 (Sin Riesgo):**

- No se realizó ninguna manipulación de los datos.
- No se consideraron datos que vulneren aspectos éticos de las adolescentes entrevistadas.
- Se solicitó el consentimiento informado al tutor o encargado de la adolescente como primera autorización para poder realizar el estudio.
- Se le solicitó un asentimiento informado a la adolescente, donde voluntariamente aceptó responder la encuesta.
- Fue indispensable contar con el consentimiento y asentimiento autorizados para realizar la entrevista a la adolescente.
- Se le indicó a la participante que los resultados son confidenciales y que no se tomó ningún resultado como bueno y malo.

#### **4.10.3 Consentimiento informado:**

La investigación se realizó en adolescentes femeninas no embarazadas de 10 a 19 años de edad a quienes previamente se les autorizó por parte de sus padres firmando el consentimiento informado y el asentimiento firmado por la adolescente. (Anexo 11.1, 11.2)

## 5. RESULTADOS

Factores sociodemográficos y culturales asociados al embarazo en adolescentes que asisten al Instituto Normal Centro América (INCA) e Instituto Normal Belén en la Ciudad de Guatemala, Guatemala; Instituto Normal Mixto “Alejandro Córdova” e INEB adscrito al INMAC en Huehuetenango, Huehuetenango; Instituto Básico por Cooperativa Colonia el Progreso e Instituto Nacional de Educación Básica “Simón Bergaño Villegas” en Escuintla, Escuintla; Instituto Normal para señoritas “Olimpia Leal” y Colegio “Liceo Rosales” en Antigua Guatemala, Sacatepéquez (n=397).

**Cuadro 1**

Factores demográficos de las adolescentes encuestadas en Guatemala, Huehuetenango, Escuintla y Sacatepéquez.  
Junio a julio de 2014.

Factores demográficos	Sacatepéquez		Escuintla		Huehuetenango		Guatemala		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>Edad</b>										
16 a 18	98	83	12	19	46	57	95	68	<b>250</b>	<b>63</b>
<b>Religión</b>										
Católica	79	67	19	30	33	40	72	51	<b>203</b>	<b>51</b>
<b>Estado Civil</b>										
Soltera	116	98	59	99	71	88	135	97	<b>381</b>	<b>96</b>
<b>Etnia</b>										
Ladina	69	58	54	90	54	68	121	87	<b>298</b>	<b>75</b>
<b>Procedencia</b>										
Urbana	90	75	56	94	53	66	115	83	<b>314</b>	<b>79</b>
<b>Escolaridad de la adolescente</b>										
Diversificado	95	81	8	15	49	61	54	39	<b>206</b>	<b>52</b>
<b>Escolaridad de los padres</b>										
Diversificado	39	33	21	35	21	27	46	33	<b>127</b>	<b>32</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos  
Total de la muestra: 397 adolescentes.

## Cuadro 2

Factores sociales de las adolescentes encuestadas en Guatemala, Huehuetenango,  
Escuintla y Sacatepéquez.  
Junio a julio de 2014.

Factor Social	Sacatepéquez		Escuintla		Huehuetenango		Guatemala		Total	
	f	%	f	%	F	%	f	%	f	%
<b>Integración familiar</b>										
Padre y Madre	94	80	41	69	51	64	96	69	<b>282</b>	<b>71</b>
<b>Deserción escolar</b>										
Sin intención de abandonar la escuela	117	99	59	99	73	91	132	96	<b>381</b>	<b>96</b>
<b>Situación laboral</b>										
No trabaja	106	90	53	89	67	84	123	89	<b>349</b>	<b>88</b>
<b>Embarazo en la adolescente</b>										
No embarazada	118	100	60	100	75	93	136	98	<b>389</b>	<b>98</b>
<b>Edad propicia para iniciar la vida sexual</b>										
21 a 25 años	67	57	43	72	50	62	86	62	<b>246</b>	<b>62</b>
<b>Relaciones sexuales</b>										
No	110	93	58	97	55	69	118	85	<b>341</b>	<b>86</b>
<b>Edad de inicio de vida sexual</b>										
16 a 18 años	80	68	60	100	54	68	83	60	<b>266</b>	<b>67</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Total de la muestra: 397 adolescentes.

### Cuadro 3

Conocimientos culturales de las adolescentes encuestadas en Guatemala, Huehuetenango, Escuintla y Sacatepéquez.  
Junio a julio de 2014.

Conocimiento cultural de la adolescente	Total		
	V (%)	F (%)	NS (%)
¿Se puede quedar embarazada en la primera relación sexual?	282 (71)	32 (8)	83 (21)
¿Es posible quedar embarazada mientras se está menstruando?	143 (36)	139 (35)	115 (29)
¿Se puede quedar embarazada si hay penetración completa?	262 (66)	24 (6)	111 (28)
Si se interrumpe el coito ¿Se puede quedar embarazada?	87 (22)	68 (17)	242 (61)
¿Bañarse o lavarse el área genital después del coito previene el embarazo?	36 (9)	143 (36)	218 (55)
¿Si no se tiene condones, una vejiga es igual de efectiva para prevenir el embarazo?	36 (9)	183 (46)	178 (45)
¿Saltar, toser o estornudar después de la relación sexual previene el embarazo?	24 (6)	206 (52)	167 (42)
¿Es posible quedar embarazada si no se tiene un orgasmo?	79 (20)	79 (20)	239 (60)
¿Si no se desea, se puede quedar embarazada después del coito?	75 (19)	64 (16)	258 (65)

Fuente: Instrumento de recolección de datos.  
Total de la muestra: 397 adolescentes.



## 6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El presente estudio se realizó para describir los factores sociodemográficos (sociales, culturales y personales) asociados al embarazo en adolescentes de los departamentos de Guatemala, Huehuetenango, Escuintla y Sacatepéquez. Factores que influyen en que las tasas de embarazo a temprana edad sean desiguales a pesar de pertenecer a un mismo país. El instrumento de recolección permitió caracterizar las diferencias socio demográficas de las adolescentes entrevistadas y compararlas entre las adolescentes de los departamentos previamente elegidos.

El 63% de las adolescentes encuestadas se encontraban en un rango de edad entre los 16 y 18 años, esta es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual, por lo que es la edad en la cual la adolescente se encuentra en mayor riesgo, como lo indica Issler en el documento “Embarazo en la adolescencia”.

La religión Católica prevaleció en todos los departamentos, siendo un total del 51% de las encuestadas, la religión Protestante ocupó el segundo lugar entre las encuestadas con un 25% del total de la muestra, los resultados fueron sumamente similares en todos los departamentos, a pesar de las diferencias étnicas propias de cada uno de ellos. Los datos anteriores estarían en concordancia con los datos más recientes respecto a religión en Guatemala, que evidencian que del total de la población guatemalteca, el 54% están posicionados como cristianos católicos, y el 46% como cristianos protestantes.

La encuesta permitió evidenciar el porcentaje de adolescentes solteras el cual fue del 96% del total de la muestra, un 4% de las adolescentes se encontraban casadas o unidas al momento de la recolección de los datos. Los resultados fueron sumamente similares en los departamentos a excepción de Huehuetenango donde un 12% de las encuestadas se encontraban casadas o unidas, situación que favorece el embarazo a una temprana edad y evidencia el consentimiento de las uniones a temprana edad por parte de la sociedad.

El 75% del total de las encuestadas respondieron pertenecer a la etnia ladina, se observaron ciertas variaciones en los diferentes departamentos, siendo Guatemala y Escuintla los departamentos con un mayor porcentaje de población ladina.

Sacatepéquez y Huehuetenango fueron los departamentos con los más altos índices de población Indígena, observándose en Sacatepéquez que el 38% de las encuestadas pertenecían a la etnia Kaqchikel, mientras que en el Departamento de Huehuetenango se registró que el 17% respondieron pertenecer a la etnia Mam.

La mayor parte de las encuestadas respondieron proceder del área urbana, solo el 21% de las encuestadas respondió que pertenecían al área rural. En cuanto a la escolaridad de la adolescente el 52% de las encuestadas se encontraba cursando diversificado, en comparación de un 46% que se encontraba cursando los básicos. Dichos datos concuerdan con lo que describe C Flórez en su documento “Fecundidad adolescente en Colombia: incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida” que indica que las mujeres que habitan un área urbana tienen mayor acceso a la educación, lo que conlleva a mayor cantidad de grados académicos cursados.

La escolaridad de los padres también fue medida con esta boleta de recolección, donde solo el 13% del total de los padres tenían educación universitaria, en comparación con el 32% del total de los padres que poseían un nivel diversificado. También se pudo constatar que en Huehuetenango el 31% de los padres sólo alcanzaron el nivel básico de educación. La baja escolaridad de un padre, hereda a sus hijos un nivel socioeconómico bajo.

La desintegración familiar puede influir en un mayor riesgo de embarazo adolescente debido a la falta del control de los padres sobre ellas. De las adolescentes encuestadas 28% del total respondió pertenecer a un hogar desintegrado. El departamento de Huehuetenango tenía el más alto porcentaje de hogares desintegrados con un 35%, en comparación con Sacatepéquez donde sólo el 20% de los hogares se encontraban desintegrados, esto concuerda con los resultados de las tasas de fecundidad adolescente, donde Sacatepéquez es el departamento con menor incidencia de embarazo adolescente y Huehuetenango es uno de los departamentos con más alto índice de embarazo adolescente, esto se puede relacionar con el dato que describe Flórez en su documento “Fecundidad adolescente en Colombia: incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida”, que indica que la desintegración familiar causa múltiples cambios de índole emocional en la vida de los niños y adolescentes, lo que puede estar relacionado con el rendimiento

escolar, sus logros a nivel educativo y sus características de comportamiento dentro de la sociedad, y por ende estar propiciando una frecuencia mayor de embarazos en edad adolescente.

La encuesta reveló que el 9% de las encuestadas del departamento de Huehuetenango y el 4% de las encuestadas del departamento de Guatemala, desean abandonar la escuela, se observa una diferencia al compararse estos departamentos con los departamentos de menor incidencia de embarazo adolescente siendo Escuintla y Sacatepéquez ambos con una intención de abandono del 1%.

Se ha descrito en estudios que la situación laboral influye en el embarazo adolescente, esto puede deberse en parte a que la adolescente se ve expuesta en el ámbito laboral a situaciones riesgosas como el acoso sexual y/o a un trasfondo de pobreza y marginación que obliga a una adolescente a trabajar. El departamento de Huehuetenango posee un 16% de adolescentes que trabajan y estudian al mismo tiempo, este departamento sobresale al compararse con los demás departamentos, ya que se observa que sólo 11% de las adolescentes en los tres departamentos estudiados, trabajan y estudian.

Para evaluar como los factores culturales afectan la forma de pensar en las adolescentes, se les preguntó según su criterio cuál era la edad ideal para el inicio de una vida sexual activa. El 62% del total de las encuestadas respondió que la edad ideal era de los 21 a 25 años. Pero al comparar de nuevo el departamento con mayor incidencia con el de menor incidencia encontramos nuevamente diferencias que explican la heterogeneidad en las tasas de fecundidad adolescente. En Huehuetenango el 9% de las encuestadas respondió que la edad ideal para iniciar una vida sexual activa era de los 16 a los 20 años, mientras que en Sacatepéquez sólo el 3% respondió que la edad ideal se encontraba en ese rango. También ha de destacarse que el departamento de Sacatepéquez fue el departamento con el más alto porcentaje de adolescentes que respondieron que la edad ideal para iniciar la vida sexual activa es después de los 25 años, con un 40%.

Al preguntarle a la adolescente si era sexualmente activa, Huehuetenango sobresale al evidenciar que el 31% de las encuestadas son sexualmente activas, seguidas de las adolescentes del departamento de Guatemala con un 15%, pueden observarse la

marcada diferencia al compararse con departamentos de menor incidencia, como Sacatepéquez y Escuintla con un 7% y un 3% respectivamente. Se interrogó a la adolescente que respondió ser sexualmente activa a qué edad inicio su vida sexual, y el 26% de las encuestadas respondió que entre los 13 a los 15 años de edad. Se enfatizó en este resultado, debido a que a esta edad la inmadurez psicológica aunada al desconocimiento sobre educación sexual incrementa el riesgo de embarazo a temprana edad.

Respecto a los conocimientos culturales de las adolescentes que participaron en el estudio, se puede evidenciar que el 71% de las entrevistadas respondieron correctamente a la primera pregunta, que desea averiguar si saben que se puede quedar embarazada en la primera relación sexual. La siguiente pregunta se relaciona con el conocimiento de si se puede quedar embarazada durante el periodo menstrual, a la cual solamente el 35% respondió de manera acertada; posteriormente se buscaba saber si sabían que si había penetración completa se puede quedar embarazada, a dicha pregunta un total de 66% de las entrevistadas contestó como verdadero, la cual era la respuesta correcta.

La siguiente pregunta era: “Si se interrumpe la relación sexual, ¿se puede quedar embarazada?”, a la cual el 61% desconoce la respuesta, mientras que solo el 22% contestaron correctamente; posteriormente se encuentra la pregunta: “¿Bañarse después de una relación sexual previene el embarazo?”, a la cual solamente el 36% de las encuestadas contestaron correctamente. Al preguntar sobre si una vejiga era igual de efectiva que un preservativo para evitar el embarazo, un 46% de las encuestadas contestaron “falso”, lo cual es correcto, mientras que un 45% refieren desconocer la respuesta. Al preguntar si saltar o toser evitaba el embarazo, el 52% de las encuestadas contestaron correctamente. Al preguntar a las adolescentes si se podía quedar embarazada sin tener un orgasmo, solamente el 20% contestaron de forma correcta. La siguiente pregunta era: “¿Si no se desea, se puede quedar embarazada?”, ante dicha pregunta se les aclaró a las estudiantes que se refería al deseo o al pensamiento de “no querer quedar embarazadas”, posteriormente a dicha aclaración solamente un 16% contestó de manera acertada, mientras que un 65% refirió no saber la respuesta.

## **7. CONCLUSIONES**

- 7.1** Los factores sociales que se encuentran asociados a una mayor susceptibilidad de embarazos en adolescentes son: desintegración familiar, deserción escolar, empleo y edad de inicio de vida sexual.
- 7.2** La desintegración familiar está íntimamente relacionada con el riesgo que tiene la adolescente para tener un embarazo a temprana edad, esto debido a múltiples factores, entre ellos la falta de control de los padres sobre las adolescentes, por lo que podemos correlacionar las altas tasas de embarazo adolescente con los altos índices de desintegración familiar que se encuentran en el departamento de Huehuetenango.
- 7.3** El 44% del total de las encuestadas que ya habían iniciado su vida sexual activa pertenecen al departamento de Huehuetenango y el 68% de las adolescentes sexualmente activas de este departamento se encuentran entre de los 16 y los 18 años, este factor es importante debido a que una adolescente mientras más tiempo se encuentre expuesta a las relaciones sexo-genitales aunado a la falta de conocimientos, tiene mayor riesgo de tener un embarazo a temprana edad.
- 7.4** Los factores demográficos que se encuentran asociados a un mayor riesgo de embarazos en adolescentes son: edad de la adolescente, escolaridad de la adolescente, escolaridad de los padres de la adolescente y el estado civil.
- 7.5** La escolaridad de los padres está relacionada con el desarrollo que le heredan a sus hijos, siendo para los de baja escolaridad un entorno de pobreza y marginación, por lo cual la adolescente debe no sólo estudiar sino también trabajar. Huehuetenango no sólo registra los más altos porcentajes de baja escolaridad de los padres, sino también registra el más alto porcentaje de adolescentes que trabajan. Por lo que el entorno de la adolescente la hace más susceptible de un embarazo a temprana edad.

**7.6** El estado civil de la adolescente sí es un factor que influye en las tasas de fecundidad adolescente ya que se observó que Huehuetenango, el departamento con mayor incidencia de embarazo adolescente, que el 12% de las encuestadas se encontraban casadas o unidas, esto también evidencia el consentimiento por parte de la sociedad a las uniones a temprana edad.

**7.7** Respecto a la educación impartida en el hogar, se puede evidenciar que no existe una correlación significativa entre la falta de la misma y el riesgo de embarazo, ya que en el departamento de Escuintla es donde se haya la cantidad más alta de adolescentes que desconocen dicho tema, con un total del 47%, sin embargo éste no es el departamento que evidencia el mayor número de embarazadas, ni de adolescentes sexualmente activas, rubros predominantes en el departamento de Huehuetenango, el cual evidenció solamente un 28% de adolescentes que refieren no haber recibido ningún tipo de información en el hogar respecto a dichos temas.

**7.8** Los conocimientos culturales de las adolescentes no varió según los departamentos, podemos evidenciar un pequeño número de adolescentes que tienen los conocimientos correctos ante las preguntas realizadas, ya que una gran mayoría en todos los departamentos en general tienen el concepto erróneo, o refieren ni siquiera conocer la respuesta ante dichas preguntas.

**7.9** La mayor parte de las adolescentes no tienen la intención de tener un embarazo dentro de los próximos doce meses, están principalmente enfocadas en su educación y su familia.

## 8. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:

- 8.1.** Dar prioridad a los programas de educación sobre métodos de planificación familiar. Así mismo, dar enseñanza a la adolescente de la manera correcta de ejecutar los métodos de planificación familiar.
- 8.2.** Promover el uso de métodos de barrera, no únicamente para disminuir los embarazos durante la adolescencia, sino para disminuir el número de personas infectadas con VIH- SIDA.
- 8.3.** Conocer la situación socioeconómica individual de cada estudiante y prestarle mayor atención a aquellas estudiantes que pertenezcan a un hogar desintegrado y/o trabajen al mismo tiempo que estudian.

Al Ministerio de Educación:

- 8.4.** Promover la educación sobre las consecuencias tanto físicas, psicológicas y sociales, que repercuten en la adolescente al quedar embarazada.
- 8.5.** Motivar a los estudiantes a no desertar del instituto, haciéndoles conciencia de que con educación tendrán mejores oportunidades en la vida.
- 8.6.** Crear métodos para reforzar la educación sexual a las adolescentes debido a que un porcentaje considerable de las adolescentes ya son sexualmente activas.
- 8.7.** Capacitar a los docentes encargados de cada establecimiento de mejor manera, ya que al evidenciar carencias en el hogar para impartir educación sexual, ellos deben de estar preparados de una mejor manera para encarar dicho tema con cada adolescente bajo su cargo, y confirmar el aprendizaje de dicha información.
- 8.8.** Facilitar el establecimiento de mesas de dialogo, de talleres o seminarios de información entre las estudiantes, que sirvan para resolución de dudas concernientes a cualquier tema de educación sexual, o de métodos de planificación familiar.



## **9. APORTE**

- 9.1.** El estudio realizado permitió evaluar los conocimientos que poseen las adolescentes de diferentes departamentos respecto a educación sexual y métodos de planificación familiar, así como conocer el riesgo que presenta el quedar embarazadas en esta etapa, basándonos en la riesgosa combinación de desconocimiento sobre educación sexual y el temprano inicio de actividad sexual que fue expresada en las encuestas de los cuatro departamentos estudiados.
  
- 9.2.** Con el estudio también se avanzó en el conocimiento de la situación y el pensamiento de las adolescentes de nuestro país, ya que se caracterizaron las diferencias que éstas presentan en cada área geográfica, diferencias que influyen en las desigualdades de las tasas de embarazo adolescente en los departamentos estudiados.
  
- 9.3.** Para caracterizar estas diferencias, se elaboró una encuesta que podrá ser utilizada por las diferentes entidades que trabajan con adolescentes para identificar si existen factores de riesgo, basándose en nuestros análisis y conclusiones, la cual además se diseñó para recabar información sobre la intención de embarazo que posee la adolescente y de esta manera prevenir la incidencia de embarazos adolescentes que hay en el país.



## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez A, Medina C, Alcázar M, Berenguer M. Factores sociales asociados al embarazo precoz en el área de salud “28 de septiembre”. Medisan [en línea]. 2001 [citado 25 Mar 2014]; 5 (1): 31-34. Disponible en: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=5824&id\\_seccion=636&id\\_ejemplar=631&id\\_revista=8](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=5824&id_seccion=636&id_ejemplar=631&id_revista=8)
2. González Galván H. Aspectos teóricos para el estudio sociodemográfico del embarazo adolescente. Rev Frontera Norte. [en línea] 2000 [citado 24 Mar 2014]; 12(23): 65-85 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13602303>
3. Pantelides EA. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en américa latina [en línea]. Buenos Aires: CEPAL; 2008 [citado 24 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/22069/lcg2229-p1.pdf>
4. Buvinic M. Costos de la maternidad adolescente en Barbados, Chile, Guatemala y México. [en línea]. Washington: IDB; 1998 [citado 27 Mar 2014]. Disponible en: <http://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/5208/Costos%20de%20la%20maternidad%20adolencente%20en%20Barbados%2c%20Chile%2c%20Guatemala%2c%20%20y%20M%C3%A9xico.pdf?sequence=1>
5. Observatorio de Salud Reproductiva. Resultados del observatorio de salud reproductiva. [en línea]. Guatemala: OSAR; 2009. [citado 25 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.osarguatemala.org/sites/default/files/boletines/resultados.pdf>
6. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia social. Unidad de información pública. Mujeres embarazadas adolescentes por escolaridad. Guatemala: MSPAS; 2013.
7. Burak S. Compilador. Adolescencia y juventud. [en línea]. San José, Argentina: Libro Universitario Regional; 2001 [citado 29 Mar 2014]. Disponible en: [http://www.sasia.org.ar/sites/www.sasia.org.ar/files/Adolesc\\_y\\_juv\\_en\\_america\\_lati\\_na\\_libro\\_2001.pdf#page=415](http://www.sasia.org.ar/sites/www.sasia.org.ar/files/Adolesc_y_juv_en_america_lati_na_libro_2001.pdf#page=415)

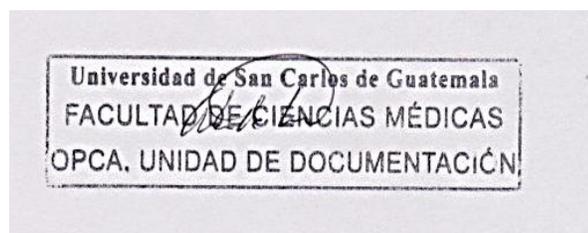
8. Elías J. Crece el número de niñas embarazadas en Guatemala. El País [en línea] 2 Jul 2013 [citado 24 Mar 2014]; internacional: [aprox. 3 pant]. Disponible en:  
[www.revistahumanum.org/revista/crece-el-numero-de-ninas-embarazadas-enguatemala/](http://www.revistahumanum.org/revista/crece-el-numero-de-ninas-embarazadas-enguatemala/)
9. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. RevPedElec (Chile). 2008; 5 (1): 42-51.
10. Bojanini JF, Gómez JG. Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. Rev Col ObstetGinecol. [en línea] 2004 [citado 24 Mar 2014]; 55 (2): 114 – 121. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1952/195214306003.pdf>
11. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Cifras para el desarrollo humano. Guatemala: PNUD; 2011. (Colección estadística departamental; 01).
12. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Unidad de información pública. Guatemala: INE; 2009.
13. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia social. Unidad de información pública. Guatemala: MSPAS; 2009.
14. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Cifras para el desarrollo humano Huehuetenango. Guatemala: PNUD; 2011. (Colección estadística departamental; 13).
15. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Cifras para el desarrollo humano Escuintla. Guatemala: PNUD; 2011. (Colección estadística departamental; 05).
16. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Cifras para el desarrollo humano Sacatepéquez. Guatemala: PNUD; 2011. (Colección estadística departamental; 03).
17. Martínez F M. La triada Liberal. Rev D [en línea] 2008 Mar 30 [citado 15 Abr 2014]; (195): 22 – 23. Disponible en:

<http://servicios.prensalibre.com/pl/domingo/archivo/revistad/2008/marzo/30/historia.shtml>

18. Directorio Electrónico de Guatemala [en línea]. Guatemala: deGuate; 2006 [actualizado 7 Jun 2006; citado 15 Abr 2014] Instituto normal para señoritas “Centro América”. [aprox. 1 pant]. Disponible en:  
[http://www.deguate.com/elizabeth/educacion/printer\\_4197.shtml](http://www.deguate.com/elizabeth/educacion/printer_4197.shtml)
19. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud: factores de riesgo. [en línea]. Ginebra: OMS; 2014. [citado 20 Mayo 2014]. Disponible en:  
[http://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](http://www.who.int/topics/risk_factors/es/)
20. Flórez C. Fecundidad adolescente en Colombia: incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida. [en línea] Colombia: CEDE; 2004 [citado 12 Ago 2014]. Disponible en:  
[http://economia.uniandes.edu.co/investigaciones\\_y\\_publicaciones/CEDE/Publicaciones/documentos\\_cede/2004/fecundidad\\_adolescente\\_en\\_colombia\\_incidencia\\_tendencias\\_y\\_determinantes\\_un\\_enfoque\\_de\\_historia\\_de\\_vida](http://economia.uniandes.edu.co/investigaciones_y_publicaciones/CEDE/Publicaciones/documentos_cede/2004/fecundidad_adolescente_en_colombia_incidencia_tendencias_y_determinantes_un_enfoque_de_historia_de_vida)
21. Charlton D. Relación entre el embarazo en la adolescencia y la escolaridad. Enfermería en Costa Rica. [en línea]. 2006 [citado 22 Mayo 2014]; 25 (2): 10-23. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v25n2/4.pdf>
22. Ramos Escobar A L. Perfil clínico y epidemiológico de la mujer adolescente con embarazo no deseado. [en línea] [tesis Médico y Cirujano] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2002. [citado 22 Mayo 2014]. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_0193.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0193.pdf)
23. Rosales Salguero A L. La desintegración familiar y su incidencia en el rendimiento escolar de los alumnos del ciclo de educación básica de la zona 19 de Guatemala. [en línea] [tesis Licenciatura en Pedagogía y Ciencias de la Educación] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Humanidades; 2004. [citado 22 Mayo 2014]. Disponible en:  
[http://www.biblioteca.usac.edu.gt/tesis/07/07\\_1463.pdf](http://www.biblioteca.usac.edu.gt/tesis/07/07_1463.pdf)

24. Sánchez de Acevedo T V. Factores que determinan la deserción escolar en educación primaria del área rural. [en línea] [tesis Trabajadora Social] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Trabajo Social, Facultad de Humanidades; 2000. [citado 22 Mayo 2014]. Disponible en:  
[http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/15/15\\_1137.pd](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/15/15_1137.pd)
25. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia social. Unidad de información pública. Tasa de Fecundidad 2013. Guatemala: MSPAS; 2013.
26. FamilyHealth International. Alcanzando a los jóvenes indígenas con información y servicios de salud reproductiva [en línea]. Carolina del Norte: FHI; 2007. [actualizado 13 Mar 2007; citado 9 Mayo 2014]. Disponible en:  
<http://www.fhi.org/en/youth/youthnet/publications/focus/infocus/indigenousinfoservs.p.htm> .
27. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Tendencias: problemas y desafíos. Revista Desafíos [en línea] 2007 [citado 11 Mayo 2014]; 12(4)1-12. Disponible en:  
[http://www.eclac.org/dds/noticias/desafios/1/27871/desafios\\_4\\_esp\\_Final.pdf](http://www.eclac.org/dds/noticias/desafios/1/27871/desafios_4_esp_Final.pdf)
28. Silva J. Determinantes claves para embarazos no deseados en Ciudad Bolívar. Bogotá Colombia: PAHO; 2007.
29. Organización Mundial de la Salud. Salud de la mujer. [en línea] Ginebra: OMS; 2009 [citado 27 Mar 2014] (Nota descriptiva No 334). Disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/>
30. Issler J. Embarazo en la adolescencia. Rev Posgrado Cátedra ViaMed. [en línea] 2001 [citado 26 Mar 2014]. (107) [aprox. 2 pant]. Disponible en:  
[http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html](http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html)
31. Alvarado L, Infante S. Mujer y educación: adolescentes embarazadas. En: Congreso Iberoamericano de Educación; Buenos Aires 2010 Sep 13 – 15. Buenos Aires: Ministerio de Educación; 2010. p. 2 - 4.

32. Guatemala. Congreso de la Republica. Decreto número 87-2005. Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su integración en el programa nacional de salud sexual y reproductiva. [en línea]. Guatemala: Congreso de la Republica; 2005. [citado 25 Mar 2014]. Disponible en: [http://portal.mspas.gob.gt/files/Descargas/ProtecciondelaSalud/ComponenteAdolescentes/DEC\\_87\\_2005%20LEY\\_ACCESO\\_UNIVERSAL\\_EQUITATIVO%20DE.pdf](http://portal.mspas.gob.gt/files/Descargas/ProtecciondelaSalud/ComponenteAdolescentes/DEC_87_2005%20LEY_ACCESO_UNIVERSAL_EQUITATIVO%20DE.pdf)
33. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa nacional de salud reproductiva. [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2011. [citado 25 Mar 2014]. Disponible en: <http://portal.mspas.gob.gt/index.php/en/programa-nacional-de-salud-reproductiva.html>
34. - - - - - . Programa paternidad y maternidad responsable. [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2011. [citado 25 Mar 2014]. Disponible en: <http://portal.mspas.gob.gt/index.php/en/programa-nacional-de-salud-reproductiva.html>
35. Observatorio de Salud Reproductiva. Todas y todos tienen derecho a tomar parte del Gobierno de su país (extraído del Artículo 21, Declaración Universal de Derechos Humanos, Dic 1948). [en línea]. Guatemala: OSAR; 2008. [citado 25 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.osarguatemala.org/node/126>
36. Daniel W. Bioestadística: base para el análisis de las ciencias de la salud. 4 ed. México: LimusaWiley; 2010





## 11. ANEXOS



### 11.1

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO:

##### **Factores sociodemográficos y culturales que pueden influir en el embarazo en adolescentes. Abril – mayo 2014**

La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, a través de los estudiantes previo a obtener el título de médico y cirujano, están estudiando los factores de riesgo sociodemográficos y culturales que influyen en el embarazo en adolescentes, por lo que a continuación informo el motivo de nuestra visita.

El embarazo en la adolescencia es aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente (10 a 19 años). Este se encuentra determinado por diversos factores personales, familiares y comunitarios. El estudio se basa en una encuesta, con preguntas de opción múltiple, personales, que tienen carácter confidencial y en ningún momento se darán a conocer las respuestas ni los nombres de los encuestados, y en ningún momento su hogar, ni usted serán sometidos a ningún procedimiento médico que involucre la obtención de muestras para análisis de laboratorio.

Por la participación en el estudio, no podemos compensarlo económicamente, sin embargo el beneficio de su participación es que ayudará a describir la situación de los adolescentes y sus condiciones en Guatemala, y así las entidades e instituciones civiles y gubernamentales correspondientes, podrán tomar las medidas pertinentes para mejorarla.

En caso de aceptar la participación de su hija en el estudio, se le realizarán preguntas, la duración de la entrevista es de aproximadamente 20 minutos. Su hija tendrá la libertad de preguntar cualquier duda que tenga, si decide participar, puede retirarse en el momento que lo desee sin necesidad de dar explicación alguna.

El estudio es coordinado por la Unidad de Trabajos de Graduación del Centro de Investigación de las Ciencias de la Salud, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si usted desea obtener mayor información

respecto al estudio puede comunicarse con: Dr. Jorge David Alvarado Andrade. Ginecólogo y Obstetra, Alto Riesgo Obstétrico y Ultrasonido, Especialista en Epidemiología de Campo, Docente de Investigación. Medicentro Montufar, Clínica Integral de la Mujer, 6ta. avenida "A" 13-24 zona 9, Edificio Torre Profesional Cannet, Primer nivel, oficina 103, celular: 5616-9808

Firma padre de familia \_\_\_\_\_

Fecha\_\_\_\_\_

11.2



## **ASENTIMIENTO INFORMADO:**

### **Factores sociodemográficos y culturales que pueden influir en el embarazo en adolescentes.**

**Abril – mayo 2014**

Yo \_\_\_\_\_  
estoy enterada del estudio en el que voy a participar el cual consiste en una encuesta sobre Factores de riesgo sociodemográficos y culturales que influyen en el embarazo en adolescentes, que está siendo realizada por estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a obtener el Título de Médico y Cirujano, dicho estudio está dirigido por el Dr. Jorge David Alvarado Andrade. Ginecólogo y Obstetra, Alto Riesgo Obstétrico y Ultrasonido, Especialista en Epidemiología de Campo, Docente de Investigación. Medicentro Montufar, Clínica Integral de la Mujer, 6ta. Avenida "A" 13-24 zona 9, Edificio Torre Profesional Cannet, Primer nivel, oficina 103, celular: 5616-9808

Entiendo que mi nombre no será divulgado, que podré retirarme del estudio sin ninguna consecuencia en la atención que podría recibir de los servicios de salud, también que los resultados del estudio serán confidenciales y de beneficio para mi comunidad y el país.



### 11.3. BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS:

#### “Factores sociodemográficos y culturales que pueden influir en el embarazo en adolescentes”

CONFIDENCIAL: Los datos que se solicitan en este cuestionario se utilizarán exclusivamente con fines estadísticos y en ningún caso CON FINES FISCALES y son ESTRUCTAMENTE CONFIDENCIALES

**Instrucciones:** A continuación se presenta un serie de interrogantes, las cuales debe de responder colocando una “X” donde corresponde.

- 0) Edad: \_\_\_\_\_ 1) ¿Estás embarazada?  SI  NO
- 2) ¿Cuál es tu religión?  
 Católica  Protestante  Testigo de Jehová  Mormona  Ninguna  Otra
- 3) ¿Cuál es tu estado civil?  
 Soltera  Casada  Unida  Divorciada  Viuda
- 4) ¿A qué etnia perteneces?  
 Ladina  Kaqchikel  K'iche'  Mam  K'eqchi  Ixil  Otra
- 5) ¿Cuál es tu área de procedencia?  
 Cabecera departamental  Aldea  Caserío

- 6) ¿Cuál es tu último grado escolar completo?  
 Sexto Primaria  1ero Bás.  
 2do Bás.  3ero Bás.  
 4to Bach.  5to Bach.  
 4to Magi.  5to Magi.  
 6to Magi.  4to Perit.  
 5to Perit.  6to Perit.
- 7) ¿Cuál es la escolaridad de tus padres?  
 Preprimaria  Primaria  
 Básicos  Diversificado  
 Universitario  Ninguna

- 8) En tu familia:  Hay padre y madre  Sólo hay padre  Sólo hay madre  No hay ni padre ni madre
- 9) ¿A qué edad quedó embarazada tu madre por primera vez?  
 Antes de los 13  13-15  16-19  20-25  26+  No sé
- 10) Si tienes hermana, ¿está o ha estado embarazada?  Sí  No
- 11) Si contestaste “sí” a la pregunta 10, ¿A qué edad quedó embarazada tu hermana?  
 Antes de los 13  13-15  16-19  20-29  30+  No sé

- 12) En tu familia, existe una discusión abierta sobre los siguientes temas [Colocar con una X en aquellos temas que apliquen]:  
 Sexo  Aborto  Métodos Anticonceptivos  Rol de la mujer  Ninguno
- 13) ¿Habías escuchado sobre alguno de los siguientes métodos de planificación familiar? [Colocar con una X en aquellos temas que apliquen]:  
 Condón masculino  Condón femenino  píldoras  Inyección mensual  inyección trimestral  coito interrumpido  Ninguno
- 14) ¿Cuál consideras que es la edad ideal para iniciar la vida sexual?  
 10 a 15 años  16 a 20 años  21 a 25 años  Mayores de 25 años
- 15) ¿Has tenido relaciones sexuales?  Si  No
- 16) Si contestaste “sí” a la pregunta 15, ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual? \_\_\_\_\_ años

EN LA SIGUIENTE SERIE, FAVOR DE MARCAR CON UNA "X" LA CASILLA QUE CORRESPONDA A LO QUE OPINE SOBRE EL ENUNCIADO

- 17) ¿Se puede quedar embarazada en la primera relación sexual?
- 18) ¿Es posible quedar embarazada mientras se está menstruando?
- 19) ¿Se puede quedar embarazada si hay penetración completa?
- 20) Si se interrumpe el coito ¿Se puede quedar embarazada?
- 21) ¿Bañarse o lavarse el área genital después del coito previene el embarazo?
- 22) ¿Si no se tiene condones, una vejiga es igual de efectiva para prevenir el embarazo?
- 23) ¿Saltar, toser o estornudar después de la relación sexual previene el embarazo?
- 24) ¿Es posible quedar embarazada si no se tiene un orgasmo?
- 25) ¿Si no se desea, se puede quedar embarazada después del coito?

Verdadero	Falso	No se

26) ¿Cuál es tu intención con respecto a la escuela?

- Sin intención de abandonar la escuela     Con intención de abandonar la escuela

27) Actualmente

- Si trabajas     No trabajas

28) ¿Cuál es tu intención dentro de los próximos 12 meses con respecto al embarazo?

- Si deseo estar embarazada     No deseo estar embarazada

Boleta recolección de datos

Elaborada por: José Manuel Pérez, Karin Andrea Archila, Roberto Emilio Almaraz, Jorge Augusto Solís

Facultad de Ciencias Médicas

Trabajo de Tesis