

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA

**“CARACTERIZACIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL AL CENTRO DE SALUD
DE VILLA CAÑALES”**

Estudio cuantitativo, descriptivo de corte retrospectivo, realizado durante los
meses de Junio 2016 a Enero 2017

FLOR DE MARÍA GÓNZALEZ PEDRO
Carné: 201619891

Asesor: M.A Enma Judith Porras Marroquín
Revisor: Mg. María Eugenia De León Joaquín

Tesis

Presentada ante las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas – USAC -
Escuela Nacional de Enfermeras/os de Guatemala

Previo a optar el grado de Licenciada en Enfermería

GUATEMALA, JULIO 2018



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala
Unidad de Tesis



Guatemala, 5 de Julio 2018

Enfermera Profesional
Flor de María González Pedro
Presente.

Se le informa que el trabajo de tesis titulado:

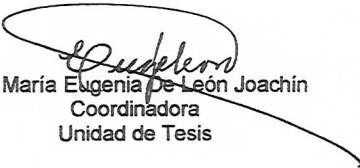
"CARACTERIZACIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL AL CENTRO DE SALUD DE VILLA CANALES"

Ha sido REVISADO Y CORREGIDO y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se le autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse a su examen general público.

Sin otro particular, me suscribo

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Mg. María Eugenia de León Joaquín
Coordinadora
Unidad de Tesis

c.c. Archivo



Guatemala, 5 de Julio de 2,018.

Profesores
UNIDAD DE TESIS
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala
Presente.

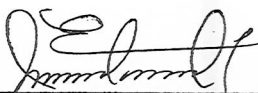
Se les informa que la Enfermera:

Flor de María González Pedro

Ha presentado el Informe Final de su trabajo de tesis titulado:

"CARACTERIZACIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A
CONTROL PRENATAL AL CENTRO DE SALUD DE VILLA CANALES"

Del cual el autor se hace responsable del contenido, y el asesor y revisor damos la aprobación de la metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.


AUTOR
M.A Enma Judith Porras Marroquín
ASESOR
Mg. María Eugenia De León Joaquín
REVISOR



RESPONSABILIDAD

Solamente el Autor es responsable de los conceptos y opiniones expresados en el contenido del trabajo de tesis. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Universidad de San Carlos de Guatemala.

ACTO QUE DEDICO

A DIOS: Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A MIS PADRES: Norberto y María por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en mi educación, tanto académica como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A MIS HERMANOS: Eisa Elizabeth, Jonathan Roberto y Danni Emanuel, por estar conmigo y apoyarme siempre.

A: Carlos Chavarría, siendo la mayor motivación en mi vida encaminada al éxito, fue el ingrediente perfecto para poder lograr alcanzar esta dichosa y muy merecida victoria en la vida, te agradezco por tantas ayudas y aportes no solo para el desarrollo de mi tesis, sino también para mi vida; eres mi inspiración y mi motivación.

A MIS AMIGAS: Alexia, Dariss, Reyna, Dulce, Lourdes, Yovis, por siempre estar pendientes de mi progreso, animándome a seguir adelante y porque la distancia no ha sido razón para sentir que siempre hemos estado cerca. Muchas gracias.

A MI ASESORA: Magister Enma Judith Porras, por su paciencia, entrega y dedicación, muchas gracias.

A MI REVISORA: Magister Eugenia De León, por su paciencia, tiempo y dedicación, motivación y confianza.

A LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA: Por brindarme en sus aulas los conocimientos para mi formación profesional y académica.

A MIS PADRINOS DE GRADUACION: Dr. Juan Pablo Medina Duque y Licda. Ana Luisa Rarnírez, por su apoyo incondicional, por siempre estar presente y por creer en mi capacidad para alcanzar mis sueños. Muchas gracias.

INDICE

Página.

	RESUMEN	
I	INTRODUCCIÓN	1
II	DEFINICIÓN Y ANALISIS DEL PROBLEMA	3
1	Antecedentes del problema	3
2	Definición y análisis del problema	6
3	Delimitación del problema	8
4	Planteamiento del problema	8
III	JUSTIFICACIÓN	9
IV	OBJETIVO	12
V	REVISIÓN TEÓRICA Y REFERENCIA	13
1.	Adolescencia	13
1.1	Adolescencia temprana	13
1.2	Adolescencia media	14
1.3	Adolescencia tardía	15
1.4	Educación sexual	16
1.5	papel de la familia	18
1.6	La responsabilidad del sector educativo	18
2.	Embarazo	19
2.1	Paridad	19
2.2	Embarazo en la adolescencia	20
2.3	Causas del embarazo en adolescentes	21
2.4	Consecuencias del embarazo en adolescentes	22
2.5	Identificación de los factores de riesgo en adolescentes embarazadas	24
2.6	Morbilidad de las adolescentes embarazadas	24
2.7	Mortalidad de las adolescentes embarazadas	25
2.8	Distribución de la mortalidad materna	26
2.9	Causas de la mortalidad materna	27
2.10	Reducción de la mortalidad materna	28
3.	Estado civil de las adolescentes embarazadas	30
4.	Control prenatal	32
4.1	Objetivos del control prenatal	32
4.2	Atención prenatal personalizada y reenfocada	33
4.3	Pasos esenciales para la atención prenatal	34
5	Atención diferenciada de la adolescente menor de 14 años y 8 meses durante el embarazo	35
5.1	Características de la adolescente embarazada	35
5.2	Control prenatal en adolescentes menores de 14 años	36
5.3	Objetivos del control en adolescentes menores de 14 años	36
5.4	Comunicación durante el control prenatal	36
5.5	Acciones del control prenatal	38

6.	Abordaje psicológico de la adolescente embarazada menor de 14 años	41
7	Ruta de abordaje para la atención integral de embarazos en niñas menores de 14 años	42
7.1	Fase I: Atención Inmediata	42
7.2	Fase II: seguimiento educativo e incorporación a programas sociales	44
VI.	MATERIAL Y METODOS	45
1.	Tipo de estudio	45
2.	Unidad de Análisis	45
3.	Población y Muestra	45
3.1	Población	45
3.2	Muestra	45
4.	Operacionalización	46
5.	Descripción detallada de técnicas y procedimiento	48
6.	Criterios de inclusión y exclusión	48
6.1	Criterios de inclusión	48
6.2	Criterios de exclusión	48
7	Aspectos éticos	48
VII	PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE DATOS	50
VIII	CONCLUSIONES	59
IX	RECOMENDACIONES	61
X	BIBLIOGRAFIA	62
	ANEXOS	64

RESUMEN

El presente estudio titulado “Caracterización de las adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal al centro de salud del municipio de Villa Canales durante los meses de 1 de junio 2016 al 31 de Enero 2017”, tiene un abordaje cuantitativo, es de tipo retrospectivo y de corte transversal, se realizó durante el mes de septiembre 2017 en el centro de Salud de Villa Canales.

Se utilizó como instrumento para la recolección de la información una lista con 8 ítems, elaborado por la investigadora. El procesamiento de la información se efectuó utilizando procedimientos estadísticos cuyos resultados se presentan en cuadros y gráficas. La unidad de análisis está contenida por 30 expedientes de las adolescentes embarazadas que asistieron al servicio de salud de Villa canales. El estudio de campo se realizó en el Centro de Saiud de Villa Canales los días 10,11 y 12 de septiembre 2017.

Los hallazgos de la investigación permiten concluir:el 63% de adolescentes tenía entre 14 y 16 años y un 37% (11 personas) estaba entre 17-19 años, lo que coloca a la mayoría de adolescentes embarazadas en la adolescencia media. Según el desarrollo de la identidad los adolescentes presentan sentimientos de “omnipotencia”, piensan que sus actos no tienen consecuencias; no tienen clara su vocación, suelen involucrarse en muchas actividades al mismo tiempo.¹

La mayoría de gestantes, constituido por el 67%, convive en unión libre con el padre de su hijo, lo que constituye una desventaja en la adolescente, ya que están protegidas por el vínculo del matrimonio. El 17% son solteras, lo que hace que no tengan un soporte económico que les permita crear a sus hijos.

¹MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Atención integral y diferenciada de adolescentes y jóvenes.PDF

El 50% de las adolescentes de este estudio, han cursado únicamente estudios de primaria y el 33% han llegado a la secundaria, la baja escolaridad condiciona dependencia económica y ha menor educación más elevado el índice de embarazo en las mujeres.

Por tal razón se hace necesario socializar los hallazgos de la investigación para que se apliquen las recomendaciones y se implementen estrategias que logren disminuir el embarazo en adolescentes.

I. INTRODUCCION

La presente investigación titulada "Caracterización de las adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal al centro de salud de Villa Canales" realizada durante los días 10,11 y 12 de septiembre de 2017. La iniciativa de realizar el presente estudio nace de la necesidad de conocer las características de las adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal al Centro de Salud de Villa Canales, considerando que asiste un promedio mensual de 30 adolescentes a su consulta.

El presente estudio abarca a niñas y adolescentes embarazadas entre 10 y 19 años de edad, que asistieron al Centro de Salud de Villa Canales del departamento de Guatemala del 1 de junio 2016 al 31 de enero de 2017 a control prenatal.

Los embarazos en la adolescencia tienen riesgos adicionales de salud tanto para la madre como para el producto de la concepción, debido a que la adolescente no está preparada ni física ni psicológicamente para ser madre a tan temprana edad. El presente estudio es un aporte más al cuerpo de conocimientos de enfermería en Guatemala, sus resultados pueden servir como base para buscar estrategias que permitan orientar y enseñar al adolescente aspectos importantes de la salud sexual y reproductiva.

En la realización del presente estudio se cumplió con aspectos éticos como permiso institucional y de confidencialidad entre otros.

Entre las conclusiones a que se llegó, puede mencionarse las siguientes: Del total de expedientes revisados (30 expedientes) el 63% de adolescentes tenía entre 14 y 16 años y un 37% (11 adolescentes) estaba entre 17-19 años, lo que coloca a la mayoría de adolescentes embarazadas en la adolescencia media. Según el

desarrollo de la identidad los adolescentes presentan sentimientos de "omnipotencia", piensan que sus actos no tienen consecuencias; no tienen clara su vocación, suelen involucrarse en muchas actividades al mismo tiempo.

La mayoría de gestantes, constituido por el 67%, convive en unión libre con el padre de su hijo, lo que constituye una desventaja en la adolescente, ya que están protegidas por el vínculo del matrimonio. El 17% son solteras, lo que hace que no tengan un soporte económico que les permita crear a sus hijos.

II. DEFINICION Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

1. ANTECEDENTES

La salud es un derecho universal que todo ser humano tiene cuando se rompe el equilibrio Salud-Enfermedad, la persona está disminuida en todas sus capacidades tiene derecho a ser asistido de forma integral, incluyendo a la familia, comunidad, Dentro de los equipos multidisciplinarios, se encuentra enfermería como una profesión de servicio. El embarazo en la adolescencia es uno de los principales factores de riesgo que contribuyen a la morbi-mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza en Guatemala.

El embarazo en adolescentes ha aumentado en los últimos años en Guatemala, en el municipio de Villa Canales es un inconveniente para brindar la atención materna en las adolescentes.

El municipio de Villa Canales cuenta con una población de 87,070 habitantes y para el año 2016 se esperan 3,047 embarazos, con una población de 7,703 adolescentes de 10 a 19 años de edad. El Centro de salud brinda atención prenatal en la población que asiste al servicio de salud en donde se observa la asistencia de diversas adolescentes embarazadas asintiendo a su control prenatal se tiene un registro diario de 15 embarazadas de 14 a 19 años.¹

Dentro de los recientes datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el departamento de Guatemala en el año 2014 se registraron 5,119 y en el 2015 4,431 Incide el rango de edad de 10 a 14 años. 9 de cada adolescente de diez años, lo que significa que su embarazo inició a los nueve años. El Observatorio de Salud Reproductiva (OSAR 2016) reveló que de enero a julio del

¹ Población año 2016 Villa canales. <https://munivillacanales.gob.gt/index.php>

año 2016 se han reportado 38 mil 758 partos en personas de 10 a 19 años de edad, cifra que representa el 25 por ciento del total de partos en Guatemala.²

PORTILLO, DARDON, Ana. (2014)³, en su estudio titulado "Características obstétricas, sociales y familiares que poseen las adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que consultan al departamento de ginecoobstetricia del Hospital Nacional "Carlos Manuel Arana Osorio" concluyó que:

- Que la etapa de la adolescencia más afectada por el embarazo es la etapa media o tardía con un 91.67%. La edad por número de casos quedó distribuida de la siguiente manera: 12 años un caso; 13 y 14 años dos casos, 15 años seis casos; 16 años nueve casos; 17 y 19 años doce casos y 18 años dieciséis casos de un total de 60 jóvenes encuestadas.
- El 73.33% de los casos se encuentran en unión libre y el 10% se encuentran unidas en matrimonio el resto con un 16.67% están solteras. De las jóvenes tuvieron una educación primaria y de este porcentaje solo el 41.38% culminaron por completo este nivel.

SALGADO DE LEON, Rosa. (2009)⁴ en su estudio titulado "Factores que intervienen en el embarazo precoz en las mujeres menores de 18 años de la Comunidad Nueva Libertad Sayaxche Peten, concluyó que:

- Es alarmante que en relación a la orientación sobre los riesgos, solo el 4% recibe orientación por la madre de la embarazada y el resto emite opiniones sobre la falta de orientación.

² http://www.osarguatemala.org/osartemporal/Archivos/JPG/201609/289_22.jpg consultado 11/11/16

³ PORTILLO, DARDON, Ana. Principales Características Obstétricas, Sociales y familiares que poseen las adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que consultan al departamento de gineco obstetricia del Hospital Nacional "Carlos Manuel Arana Osorio" Chiquimula. Tesis presentada a la Universidad de San Carlos de Guatemala.USAC,2014

⁴ SALGADO DE LEON, Rosa. Factores que intervienen en el embarazo precoz en las mujeres menores de 18 años de la comunidad Nueva Libertad Sayaxche, Peten .Tesis presentada a la universidad de San Carlos de Guatemala. USAC/Escuela Nacional de Enfermería2008.

- Esto coincide con el 25% que nunca ha recibido este tipo de orientación y concuerda también con el 46% que dice no tener idea de cómo se concibe un hijo.

BARROZO, Mariela & Pressiani, Graciela. (2011)⁵ en su estudio titulado "Embarazo en adolescente entre 12 y 19 años, San Martín, Mendoza, Argentina en donde concluyo que:

- El 81% corresponde a inicio de su actividad sexual a temprana edad, (el 40% a edades entre 14 años y 15 años de edad, mientras que el 36% a edades entre 12 años y 13 años).
- Se obtuvo como respuesta el 46,20%, haber utilizado algún método anticonceptivo (preservativo) en su primera relación sexual. Mientras el 41% respondió no haber utilizado método de anticoncepción.

LUTIN MAAS, Leonarda Eufemia (2014)⁶ en su estudio titulado "Factores que influyen en la incidencia de embarazos en adolescentes que asisten a control prenatal al centro de Salud del Puerto San José" concluyó que:

- El 88% (21 personas) refiere haber tenido su primera menarquia entre los 10 y 13 años, etapa en que la infancia está desarrollándose todavía y puede convertirse en un riesgo grande de un embarazo precoz esto reforzado a que un porcentaje considerable (37) refiere haber iniciado sus relaciones sexo genitales a los 13 y 14 años de edad.
- El 63% (22 personas) de adolescentes embarazadas responde que no consume bebidas alcohólicas, esto es un factor protector que pone a este grupo en ventaja sobre el 37% (13 personas) que indica que si las consume. El poco control en el consumo de bebidas alcohólicas conlleva a realizar

⁵BARROZO, Mariela & Pressiani, Graciela. Embarazo en adolescente entre 12 y 19 años, San Martín, Mendoza. Tesis presentada a la Universidad de Argentina. 2011

⁶ LUTIN MAAS, Leonarda. Factores que influyen en la incidencia de embarazos en adolescentes que asisten a control prenatal al centro de Salud del Puerto San José. Tesis presentada a la Universidad de San Carlos de Guatemala. USAC/Escuela Nacional de Enfermería 2014. Pag. 51-54.

actividades de riesgo como las relaciones sexo genitales no seguras y como consecuencia la adquisición de infecciones de transmisión sexual o de un embarazo precoz no deseado.

AJPOP SUY, María (2013) ⁷ en su estudio titulado “Factores que influyen en la presencia de embarazo Precoz en las mujeres adolescentes del municipio de Zaragoza Chimaltenango que consultan al centro De salud para su control prenatal” en donde concluyó que:

- El inicio precoz de la vida sexual en adolescentes, es el factor biológico identificado como una de las causas de la presencia de embarazo precoz en adolescentes.
- La deficiencia en educación sexual, el desconocimiento de métodos anticonceptivos y los antecedentes familiares, son factores socioculturales que influyen en embarazo precoz en adolescentes.
- El bajo nivel de escolaridad y la falta de oportunidad de empleo son factores socioeconómicos que contribuyen a la presencia de embarazos precoces en adolescentes.

2. DEFINICION DEL PROBLEMA:

El embarazo en adolescentes es un fenómeno bio-psico-social de gran importancia, debido al aumento progresivo en los últimos años. La cual es una experiencia no deseada ni planificada para la adolescente que está en la etapa de estudiar; Además de las múltiples consecuencias para la adolescente y su hijo. Si se basa en el código penal en su artículo 176 el embarazo en menores de 14 años está estipulado como una violencia.

⁷ AJPOP SUY, María. Factores que influyen en la presencia de embarazo precoz en las mujeres adolescentes del municipio de Zaragoza Chimaltenango que consultan al centro de salud para su control prenatal. Tesis presentada a la universidad de San Carlos de Guatemala. USAC/Escuela Nacional de Enfermeras 2013 pag.53

En Latinoamérica y particularmente en Guatemala, las adolescentes asumen los factores de riesgo propios de su edad, la falta total o parcial de información sobre la educación sexual. En Guatemala según estadísticas tiene un alto índice de adolescentes embarazadas, OSAR (Observatorio de Salud Reproductiva) documentó nueve mil 829 menores embarazadas durante el primer trimestre de 2016.⁸

La adolescente embarazada afronta problemas de ámbito social que la predisponen a mantener relaciones sexo genital irresponsablemente, la edad y etapa de adolescencia que pasa requiere de atención familiar, comprensión y orientación de los familiares principalmente de los padres.

Esta etapa de la vida de todo ser humano es difícil, debido a los cambios hormonales y físicos por lo que la naturaleza de experimentar esta adaptación expresa desobediencia y una serie de sentimientos que por inmadurez le hacen actuar irresponsablemente.

El embarazo en la adolescencia, afecta drásticamente el desarrollo personal y social de quienes lo experimentan, no es una experiencia deseada, ni buscada conscientemente, más bien constituye la consecuencia natural imprevista y negativa de una sexualidad no planificada.

La incidencia de embarazos en adolescentes que acuden al Centro de Salud de Villa Canales, es elevada por lo que surge la necesidad de caracterizar a este grupo de adolescentes embarazadas, por constituir un grupo fundamental de la sociedad

⁸ SIGSA WEB (2016), MATERNIDAD VILLA CANALES

3. DELIMITACION DEL PROBLEMA

- **Ámbito Geográfico:** Villa Canales
- **Ámbito institucional:** Centro de Salud del Municipio de Villa Canales
- **Ámbito Temporal:** junio 2016 a enero 2017

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características de las adolescentes embarazadas que asisten a su control prenatal, al Centro de Salud de Villa Canales, durante los meses de junio 2016 a enero 2017?

III. JUSTIFICACION

El presente estudio a realizarse en el Centro de Salud del Municipio de Villa Canales tiene como objetivo describir las características de las adolescentes embarazadas que asistieron a su control prenatal a su consulta al Centro de Salud de Villa Canales. La adolescencia es considerada como el período crucial del ciclo vital en que los individuos toman una dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y planearse un proyectode vida propio.

La adolescencia es una etapa en la cual ocurren un conjunto de cambios fisiológicos, sociales y emocionales existiendo mayor riesgo de aborto, parto pre término o parto por cesárea, por inmadurez fisiológica y por otro lado es posible que la adolescente no está preparada para asumir emocionalmente el compromiso de un hijo y necesita mayor apoyo, debiendo dejar a un lado las actividades que realiza como adolescente, estudios, actividades recreativas, actividades con la familia, por lo que adquiere las obligaciones y responsabilidades como un adulto y debe formar un hogar.

En las estadísticas sanitarias mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49% por 1000 adolescentes. Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 adolescentes, siendo las más altas las del África Subsahariana. El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la morbi-mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza.⁹

⁹ <http://www.gutmacher.org/pubs/2006/11/09/rib-Guatemala.pdf>

Guatemala tiene la tercera tasa más alta de fecundidad adolescente de Centro América—114 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años de edad por año. La mitad de las mujeres jóvenes inicia una unión (formal o consensual) antes de cumplir los 20 años. Tres cuartas partes de las que no tienen educación, comparado con una cuarta parte de las que tienen educación primaria o superior, se unen antes de los 20 años.¹⁰

El Programa de Planificación Familiar, está enmarcada en la salud reproductiva constituyendo un conjunto de acciones dirigidas a garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación y servicio de alta calidad en planificación familiar, bajo el concepto integral de salud reproductiva, con respecto a la dignidad humana y libre decisión de tener los hijos que deseen y en el momento oportuno. Igualmente se tiene noción que todos estos conocimientos se imparten, en las escuelas, en los colegios e institutos, principalmente en las asignaturas de educación familiar, psicología, biología. Pero también los adolescentes al no contar con una verdadera educación sexual y reproductiva en las instituciones o en casa tienen que recurrir a la literatura de los libros o revistas, a los amigos, al Internet; lo cual contribuyen a desviar el verdadero conocimiento del adolescente.¹¹

El embarazo en adolescentes es un gran problema de trascendencia de Salud Pública y el conocimiento de las características y factores que predisponen esta problemática permitirá realizar acciones que beneficien a los adolescentes por medio programas y proyectos que realice el personal de salud a través de la coordinación con los centros educativos, contribuyendo de esta manera a disminuir las muertes maternas y neonatales, abortos por embarazos no deseados. Se pretende también que por medio de los conocimientos adecuados el

¹⁰ <http://www.guttmacher.org/pubs/2006/11/09/rib-Guatemala.pdf>

¹¹ Programa Nacional de Salud Reproductiva, Art.25

adolescente pueda tomar buenas decisiones, y así juntos contribuir a establecer una mejor salud para la población de Villa Canales.

Se considera este estudio factible, por la accesibilidad a la información primaria, (expedientes de pacientes adolescentes); y porque se tiene el apoyo y el permiso de las autoridades del Centro de Salud de Villa Canales, es novedoso porque no se conoce un estudio preliminar en esta institución dirigido a este grupo vulnerable que son las adolescentes embarazadas.

Por ello, los resultados obtenidos pueden servir de base para promover mejoras en el servicio y atención diferenciada para los adolescentes, lo que determina la trascendencia del estudio.

La importancia de esta investigación es que abrirá nuevos caminos para estudios posteriores que presenten situaciones similares a la que aquí se plantea, sirviendo como marco referencial a estas; y los beneficios serán para los y las adolescentes y distrito de salud en base a la información puedan tomar buenas decisiones y así contribuir a mejorar la salud de dicha población de villa canales.

IV. . OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL

Describir las características de las adolescentes embarazadas que asistieron a su control prenatal, al Centro de Salud de Villa Canales durante los meses de junio 2016 a enero 2017.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar edad de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud para su control prenatal del centro de salud de Villa Canales, en los meses de junio 2016 a enero 2017.
- Identificar el nivel de escolaridad, procedencia y estado civil del grupo estudiado.
- Describir los antecedentes obstétricos y el control prenatal de la adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Villa Canales.

V. REVISION TEORICA Y REFERENCIA

1. Adolescencia

La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la edad adulta. Su caracterización depende de una serie de variables: estrato socio económico, origen étnico y periodo de la adolescencia entre otros; la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como el período entre los 10 y 19 años de edad, se caracteriza por una serie de cambios orgánicos (pubertad) así como por la integración de funciones de carácter reproductivo (ciclo menstrual en las mujeres y ciclo espermático en los hombres) acompañados de profundos cambios psicosociales de ajuste a un ambiente sociocultural cambiante y en ocasiones hostil. Muchos adolescentes, sobre todo en países en vías de desarrollo como el nuestro, encuentran múltiples dificultades para ajustarse a esta etapa de su vida, en particular en lo relativo a su sexualidad.¹²

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia abarca tres etapas:

1.1 Adolescencia temprana

Etapa de los 10 y 13 años de edad, inician cambios físicos notorios; en los hombres el crecimiento rápido, aumento de peso, cambios en la voz, se alcanza la madurez sexual, crecimiento de vello en zona del pubis, axilas y rostro; en la mujer, crecen las mamas, se desarrollan los genitales y sus cuerpos se moldean. El desarrollo psicosocial en esta etapa comprende:

Independencia-dependencia: Pierden el interés de participar en actividades familiares, comparten más con amigas y amigos del mismo sexo, al relacionarse

¹² MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL/DRPAP Atención integral y diferenciada de adolescentes y jóvenes Pág. 13 y 14.

con amigos del sexo opuesto lo hacen en grupo, ponen a prueba la autoridad, necesitan privacidad y tienen comportamientos inestables.¹³

Imagen corporal: se sienten inseguros por los cambios físicos en la pubertad. Se comparan con sus pares para ver si es normal, aumentan su interés por conocer los órganos sexuales y cómo funcionan. Tienen inquietudes sobre la masturbación, menstruación y los sueños húmedos.

Integración grupal: mayor necesidad de tener un mejor amigo o amiga del mismo sexo y la amistad se vive de forma más intensa, afinidad y necesidad de compartir con amigos del mismo sexo siendo vulnerables a la presión de pares.

Desarrollo de la identidad: les cuesta diferenciar sus propios intereses de los ajenos, están pendientes de sí mismos "egocentrismo" piensan que los demás están pendientes de sus actos y de cómo lucen; fantasean (sueñan despiertos), se encierran en sus pensamientos, son analíticos y críticos, son idealistas, impulsivos y no han definido su vocación.¹⁴

1.2 Adolescencia media

Etapa comprendida entre los 14 a los 16 años. Se produce el crecimiento acelerado o estirón, cambio marcado de la voz, finalizan los caminos puberales y alcanzan características de los adultos. El desarrollo psicosocial en etapa comprende:

Independencia-dependencia: Les interesa pertenecer a grupos y asume sus valores, cuestionan los valores de su familia, se relaciona con más facilidad con pares del sexo opuesto, sienten curiosidad natural por temas de sexualidad, no

¹³MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL/DRPAP Atención integral y diferenciada de adolescentes y jóvenes Pág. 13 y 14.

¹⁴Ibid Pág. 15 y 16.

- capacidad de amar, destacando el valor del componente afectivo para el ser humano y para proporcionar la vida en pareja y la armonía familiar.¹⁶

Guatemala cuenta con un marco institucional y normativo que establece que los centros educativos deben proveer educación integral en sexualidad (EIS) con la finalidad de preparar a las y los adolescentes para que lleven vidas sexuales y reproductivas saludables y satisfactorias. Sin embargo, un nuevo estudio revela que los programas de educación en sexualidad no están cubriendo la gama completa de temas que constituyen un currículo de EIS. La investigación, conducida en 2015 por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-Guatemala (FLACSO-Guatemala) y el GuttmacherInstitute con sede en EE.UU., revisó programas de educación en sexualidad dirigidos a adolescentes en 80 escuelas secundarias ubicadas en tres zonas geográfica y culturalmente diversas: Ciudad de Guatemala, Huehuetenango y Chiquimula. En donde encontraron que solamente el 7% de las y los estudiantes de 14 a 17 años de edad habían recibido enseñanza sobre todos los temas que constituyen la EIS.

La EIS es vital para que las y los adolescentes tengan los conocimientos y habilidades que necesitan para llevar vidas sexuales y reproductivas saludables. Al respecto, el 89% de estudiantes que informaron haber recibido educación en sexualidad la considera útil o muy útil en sus vidas personales.

Según estándares establecidos por las Naciones Unidas y otras agencias internacionales, la EIS debe cubrir una variedad de temas en cinco categorías identificadas por el equipo del estudio: fisiología sexual y reproductiva; prevención del VIH y otras ITS; anticoncepción y embarazo no planeado; valores y habilidades interpersonales; y género y derechos sexuales y reproductivos.¹⁷

¹⁶ Alfaro Blandón, Jeannevive O'Mally (2005) (2000) Planificación Familiar y Algunas Perspectivas de Embarazo en Adolescentes. Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales. LEON, 1997 - 2000.

¹⁷ <https://www.guttmacher.org/es/2017/la-educacion-en-sexualidad-en-guatemala>

1.5 El papel de la familia

Por su parte, María Eugenia Rosselli (2001) –psicóloga, destacó que es en la familia en donde el ser humano construye su identidad. El mayor reto que tienen los padres es evitar imponerles su visión sobre la sexualidad. "La comunicación entre padres e hijos se debe construir a partir de conversaciones simples y sencillas, para poder llegar algún día a hablar de lo íntimo y lo privado"- argumentó la Dra. Roselli. Según ella, "no se le puede pedir a un joven que hable libremente sobre sexo con sus padres, cuando éstos nunca le han dado la confianza para hacerlo, la mayor parte de los adultos dicen a sus hijos que se cuiden pero muy pocos enseñan realmente como hacerlo y como protegerse de los riesgos, sugieren a los jóvenes que usen el condón, pero en su gran mayoría no les enseñan cómo hacerlo."¹⁸

1.6 La responsabilidad del sector educativo

Las estadísticas señalan que hay una relación directa entre el nivel educativo y la edad de la primera relación de los jóvenes: a mayor nivel educativo más tarde es la iniciación sexual y viceversa. Sin embargo, se identificó que los jóvenes no les tienen confianza a los maestros para tratar el tema, ni los educadores están capacitados para ello. Si bien hay consenso en que la escuela no es la única responsable de la educación sexual, es claro que constituye un escenario ideal para formar a los jóvenes en una sexualidad sana y responsable.

Según la carta acuerdo prevenir con educación dice que para la prevención de los embarazos en las niñas y las adolescentes es necesario que los ministerios de Salud pública y Asistencia social y de Educación, garanticen la educación integral en la sexualidad. 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

¹⁸Rosselli, María Eugenia (2001) Educación sexual responsabilidad de todos. Periódico Al Tablero. Ministerio de Educación. Colombia.

autocuidado de la salud, sexualidad y el embarazo precoz y no deseado. Como factores de riesgo que contribuyen y afectan la morbilidad materno infantil.¹⁹

2. Embarazo

Gestación o proceso de crecimiento de un individuo en el seno materno, abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento, pasando por los períodos embrionario y fetal, con una duración de 280 días o 40 semanas.

Empieza en el momento de la ovulación, el cual se produce unos 14 días antes del comienzo de la siguiente menstruación". De los millones de espermatozoide que son eyaculados por el hombre solamente uno llega a fecundar al óvulo, formando el cigoto o producto de la concepción, el cual se implantará en el útero y dará origen a un nuevo ser.²⁰

El embarazo es un estado en el cual la mujer, puede albergar dentro de su útero, rodeado de líquido amniótico, a un nuevo ser, producto de la fecundación del ovulo por parte de un espermatozoide masculino.

2.1 Paridad

Clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación, cuando ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o por cesárea) uno o más, que pesan 500gramos o más. Habitualmente, la paridad se designa con el número total de embarazos y se representa por la letra "P" o la palabra "para". Una mujer para 4 (P4) grávida 5 (G5) ha tenido cuatro embarazos de más de 28 semanas y un aborto antes de las 28 semanas.²¹

¹⁹ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, 2010 "Ley para la maternidad Saludable" decreto número 32-2010.

²⁰ Embarazo Precoz. Tomado de <http://www.Documentosand setings/All/user/documentos/cambios/hormonales files>.

²¹ <https://diccionario.mediciclopedia.com/1/paridad/>

2.2 Embarazo en la Adolescencia

Las adolescentes presentan tendencias y actitudes ante el embarazo que demuestran una baja percepción de la gravedad del evento, no observan daños potenciales para la salud, pero se muestran preocupados por lo económico y la falta de apoyo familiar. Algunos presentan ganancias afectivas obtienen, mayor libertad, madurez y responsabilidad. Dentro de los factores que hacen que una adolescente se convierta en madre están el visualizar la sexualidad como algo malo, a menudo los adolescentes tienen ideas equivocadas y distorsionadas, con frecuencia no esperan quedar embarazadas después de una relación sexual, son naturalmente impulsivos y es menos probable que actúen en forma planeada como los adultos.²²

La OMS define el embarazo en la adolescencia como “aquel que se produce entre los 10 y los 19 años de edad”, independientemente del grado de madurez biológica, psicológica o independencia de la adolescente en relación con su núcleo familiar de origen. El embarazo y la maternidad durante la adolescencia son factores de riesgo tanto para los padres como para los hijos. En Guatemala, según datos del Programa Nacional de Salud Reproductiva/MSPAS, del total de embarazos en adolescentes atendidos en el 2010 es del 19.9% y la muerte materna es del 17%.

El embarazo en la adolescente comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.²³

²²CONTRERAS BRITO, J. (2009). Prevalencia de embarazo en adolescentes en la E.S.EA Alejandro prospero Reverend de Santa Marta, Colombia.

²³Ibid.

Es por ello que se describe algunas causas y consecuencias del embarazo en la adolescencia tanto para la madre, padre e hijo.

2.3 Causas del Embarazo en Adolescentes

Las principales causas o razones que existen en la sociedad y que influyen en una adolescente para quedar embarazadas, según Menacho (2004), son:

- Inicio precoz de relaciones sexuales: cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
- Familia disfuncional: la ausencia de los padres genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tienen mucho más de sometimiento para recibir afecto que un genuino vínculo de amor.
- Bajo nivel educativo.
- Pensamientos mágicos: propios en esta etapa de la vida, que las llevan a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
- Fantasías de esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados, y como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
- Falta o distorsión de la información.
- Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, con frecuencia por rebeldía, y a la vez como una forma de negarse a sí mismos que tienen relaciones, no implementan medidas anticonceptivas.
- Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres, derivado de una nueva libertad sexual, se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.
- La falta de una adecuada educación sobre sexualidad y el uso correcto de métodos anticonceptivos.

2.4 Consecuencias del embarazo en adolescentes

Consecuencias para la madre Fisiológicas:

- A corto plazo, anemia, prematuridad, hipertensión, enfermedades de transmisión sexual, mortalidad materna.
- A largo plazo, baja estatura (frena el crecimiento), tienen mayor probabilidad de presentar obesidad e hipertensión en etapas posteriores.

Psicológicas y sociales:

- Mayor número de hijos no deseados
- Mayor inestabilidad con la pareja (solo el 20% de las casadas permanece con el padre de su hijo a largo plazo)
- Escaso nivel educativo o fracaso escolar
- Menor ingreso económico que sus pares.
- Mayor prevalencia de depresión y otros síntomas psiquiátricos.
- Distanciamiento de sus pares que genera aislamiento social.
- Estrecha relación con su familia (para la supervivencia de su hijo).

Consecuencias para el hijo

- Fisiológicas:
 - Bajo peso al nacer
 - Prematuridad
 - Mayor incidencia de muerte súbita
 - Traumatismo e intoxicaciones accidentales
 - Infecciones agudas menores
- La tasa de mortalidad en lactantes es el doble en lactantes de madres adolescentes menores de 17 años.
- Desnutrición

Psicológicas y sociales:

- Mayores problemas de conducta en edad escolar.
- Obtienen más bajos puntajes en pruebas intelectuales
- Repitencia escolar
- Maltrato y abandono por parte de la madre
- Mayor frecuencia por uso de drogas
- Mayor tasa de embarazo en la adolescencia

Consecuencias para el padre

- Abandono de estudios
- Realización de trabajos de menor nivel de acuerdo a su formación.
- Familia más numerosa
- Mayor tendencia a la separación de la pareja
- Exagera en su preocupación por el problema sin tomar medidas para su solución.

Consecuencias para la familia

- Al inicio, sentimientos de rabia, dolor y confusión que posteriormente se reemplaza por apoyo.
- Traspaso de roles, siendo las abuelas la cuidadora primaria del niño/a: la adolescente disminuye el vínculo madre/hijo.
- Cuando la adolescente vive en pareja lo hace a expensas de sus padres o suegros Se genera violencia.
- Se incrementan los problemas económicos.

Es importante en la adolescente embarazada, principalmente en las menores de 15 años, que su abordaje sea de preferencia en servicios de salud que cuenten con un equipo interdisciplinario, capacitado en la atención integral de adolescentes lo que prevendrá patologías y complicaciones para la adolescente y su hijo/a.²⁴

²⁴MENACHO CHIOK, Luis Pedro (2005) Embarazo adolescente. Libro digital PDF. 2012.

2.5 Identificación de los factores de riesgo en adolescentes embarazadas.

Factor de riesgo es la característica biológicas, social o ambiental que alerta presente se asocia con un aumento de la probabilidad que la madre, el feto o el recién nacido puedan sufrir un daño. Desde el punto de vista médico, la morbi-mortalidad que puede experimentar un individuo como consecuencia de la acción del factor de riesgo.

Los problemas que con mayor frecuencia determinan morbimortalidad perinatal son la prematuridad, la asfixia, las malformaciones congénitas y las infecciones. La morbimortalidad materna está determinada principalmente por el aborto, los síndromes hipertensivos del embarazo, las hemorragias, las infecciones y las enfermedades maternas pre gestacionales. De ahí que las estrategias del control prenatal deben estar orientadas a la prevención, al diagnóstico y al tratamiento de estos factores.²⁵

Con el fin de normar la identificación de los factores de riesgo, las organizaciones que coordinan la atención de la salud del país, han diseñado instrumentos que facilitan esta acción en Guatemala existen normas de atención personalizada para una mejor atención de calidad y calidez para la adolescente se utiliza la ficha epidemiológica, existen normas de atención integral para la embarazada adolescente, en donde se verifica los antecedentes obstétricos, médicos, socioeconómicos y nutricionales. Se determinan las acciones que se tomarán para establecer un programa de control prenatal, destinado a una vigilancia más estricta y especializada del binomio madre-hijo.

2.6 Morbilidad en las adolescentes embarazadas

La inmadurez física coloca a la madre adolescente en mayor riesgo para la morbilidad y mortalidad. Las adolescentes tienen el doble de probabilidades de morir; aquellas por debajo de 15 años de edad aumentan en cinco veces el riesgo.

²⁵http://med.unne.edu.ar/revista/revista156/4_156.htm consultado 25-4-17 hora 9:40 pm

Los riesgos derivan de 2 situaciones: una de tipo biológica y otra condicionada por varios factores psicosociales; en lo biológico los peligros están determinados por la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor en general.

Se reconoce una extensa gama de complicaciones biológicas cuya incidencia es superior en las madres adolescentes, las cuales abarcan todos los trimestres del embarazo, todos los periodos del parto y afectan tanto a la joven madre como a su hijo y están muchas veces relacionadas con las condiciones poco favorables con las que la menor de 20 años llega a los eventos gestación-parto-puerperio.²⁶

2.7 Mortalidad en embarazo de adolescente

Cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo. La mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres. En comparación con otras mujeres, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo. La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos. La mortalidad materna mundial se ha reducido en alrededor del 44% entre 1990 y 2015.

La meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030. La mortalidad materna es inaceptablemente alta. En 2015 en todo el mundo se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.²⁷

²⁶Ibid.

²⁷<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/> consultado el 11/9/17

Desde 1990 varios países subsaharianos han reducido a la mitad su mortalidad materna. En otras regiones, como Asia y el Norte de África, los progresos han sido aún mayores. Entre 1990 y 2015, la RMM mundial (es decir, el número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos) solo se redujo en un 2,3% al año. Sin embargo, a partir de 2000 se observó una aceleración de esa reducción. En algunos países, las reducciones anuales de la mortalidad materna entre 2000 y 2010 superaron el 5,5%.²⁸

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente al ver que es posible acelerar la reducción, los países han adoptado una nueva meta para reducir aún más la mortalidad materna. Una de las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 consiste en reducir la RMM mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos y lograr que ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial.²⁹

2.8 Distribución de la mortalidad materna

El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. La casi totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional. Más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria.

La razón de mortalidad materna en los países en desarrollo en 2015 es de 239 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100 000. Hay grandes disparidades entre los países pero también en un mismo país y entre mujeres con ingresos altos y bajos y entre la población rural y la urbana.³⁰

²⁸<http://www.unfpa.org/es/quinto-objetivo-de-desarrollo-del-milenio-mejorar-la-salud-materna> consultado el 26-5-17 12:12

²⁹<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/> consultado el 11/9/17

³⁰ibid

El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son una de las causas de muerte principales de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo. Por término medio, las mujeres de los países en desarrollo tienen muchos más embarazos que las de los países desarrollados, por lo que tienen mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo a lo largo de la vida. El riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida (es decir, la probabilidad de que una mujer de 15 años muera por una causa materna) es de 1 en 4900 en los países desarrollados y de 1 en 180 en los países en desarrollo. En los países clasificados como estados frágiles el riesgo es de 1 por 54, lo cual demuestra las consecuencias de la descomposición de los sistemas de salud.³¹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada día pierden la vida 1,500 mujeres a causa de complicaciones durante el embarazo, parto y post parto. Según los registros del MSPAS, en Guatemala, en los últimos nueve años han muerto 2,431 mujeres a causa de complicaciones relacionadas con el parto, muchas de las cuales son prevenibles.

2.9 Causas de mortalidad materna

Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer.

Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son:

- Las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto);
- Las infecciones (generalmente tras el parto);
- La hipertensión gestacional (pre-eclampsia y eclampsia);

³¹Ibid.

- Complicaciones en el parto;
- Los abortos peligrosos.

Entre las causas indirectas (20%) se encuentran enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por él, como el paludismo, la anemia, el VIH/SIDA o las enfermedades cardiovasculares.

Las principales razones por las que las mujeres embarazadas, en especial en áreas rurales, no acuden a los establecimientos de salud para recibir atención materno-infantil, son el costo, temor, el mal trato recibido, el tiempo de espera, vergüenza y distancia al centro asistencial más cercano.³²

2.10 Reducción de la mortalidad materna

La mayoría de las muertes maternas son evitables. Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. La salud materna y neonatal está estrechamente relacionada. Alrededor de 2,7 millones de recién nacidos murieron en 2015, y otros 2,6 millones nacieron muertos. Es particularmente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios capacitados, dado que la atención y el tratamiento a tiempo pueden suponer para la mujer y el niño la diferencia entre la vida y la muerte.

Las hemorragias graves tras el parto pueden matar a una mujer sana en dos horas si no recibe la atención adecuada. La inyección de oxitocina inmediatamente después del parto reduce el riesgo de hemorragia. Las infecciones tras el parto pueden eliminarse con una buena higiene y reconociendo y tratando a tiempo los signos tempranos de infección.

³²<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/> septiembre 2016 consultado 25-4-17 hora 10:26 pm

La pre-eclampsia debe detectarse y tratarse adecuadamente antes de la aparición de convulsiones (eclampsia) u otras complicaciones potencialmente mortales. La administración de fármacos como el sulfato de magnesio a pacientes con pre-eclampsia puede reducir el riesgo de que sufran eclampsia.

Para evitar la muerte materna también es fundamental que se eviten los embarazos no deseados o a edades demasiado tempranas. Todas las mujeres, y en particular las adolescentes, deben tener acceso a la contracepción, a servicios que realicen abortos seguros en la medida en que la legislación lo permita, y a una atención de calidad tras el aborto.

Como parte de la estrategia mundial para acabar con la mortalidad materna prevenible, la OMS está colaborando con los asociados para:

- Resolver las desigualdades en la calidad de los servicios de atención de la salud reproductiva, materna y neonatal y en el acceso a ellos
- Lograr una cobertura sanitaria universal para una atención integral a la salud reproductiva, materna y neonatal
- Abordar todas las causas de mortalidad materna, de morbilidad reproductiva y materna, y de discapacidades conexas
- Reforzar los sistemas de salud para recopilar datos de alta calidad a fin de que respondan a las necesidades y prioridades de las mujeres y niñas
- Garantizar la rendición de cuentas con el fin de mejorar la calidad de la atención y la equidad.³³

En Guatemala existe un protocolo en la atención de la adolescente el cual fue distribuido a los trabajadores de la red de servicios de salud, permite desarrollar una vigilancia activa de las señales de peligro en mujeres embarazadas para facilitar su referencia oportuna a un servicio de salud y evitar las muertes. Su

³³<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/> septiembre 2016 consultado 25-4-17 hora 22:26

reducción a la mitad es una meta del Milenio con la que el país se comprometió y es la prioridad para OPS/OMS. Para lograr esta meta está sufriendo un serio atraso a nivel de toda América Latina, debemos realizar un manejo del tema diferencial y de tipo intercultural de la salud materna en Guatemala, realizando el análisis de las muertes por eslabones críticos, que estas guías permiten. Solo así se podrá direccionar acciones a nivel comunitario como a nivel del sistema de salud institucional para maternidad segura.³⁴

Toda mujer embarazada se considera de riesgo, no obstante, hay condiciones que demandan una vigilancia oportuna, como en el caso de las madres adolescentes, o las mayores de 35 años, con antecedentes de preclamsia o eclampsia, o cesáreas previas. Estas condiciones se ven agravadas si la persona está en áreas remotas, como ocurre en la mayoría de comunidades del país. Las mujeres más afectadas por las muertes maternas son pobres, viven en el área rural y son indígenas.

3. ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Uno de los principales cambios que trae ser madre a temprana edad es el cambio en el estado civil. Por tradición cultural la mujer embarazada tenía que entablar una relación matrimonial prematura, pues la sociedad veía a la mujer -a menudo- únicamente en su papel de producción de hijos, por tanto, su función era darlos a luz y criarlos dando por hecho una unión matrimonial con el padre biológico. Sin embargo, la situación actual presenta cambios importantes: la función social de la mujer ya no es únicamente tener hijos y criarlos, sino que ella ha cambiado su estilo de vida en el que prima su desarrollo personal antes que una unión sentimental. Por tanto, por más que la mujer sea madre adolescente, es capaz de criar y mantener a su hijo por sí sola, sin la necesidad indispensable de contraer

³⁴ibid

matrimonio. La aceptación del madresolterismo por parte de la sociedad es cada vez mayor.³⁵

Las madres adolescentes tienen que tener en cuenta que la responsabilidad que están asumiendo al tener un hijo es un reto grande y difícil; sin embargo, la idea no es dejarse llevar por el afán de quedarse solas y asumirlo también solas, sin la ayuda del padre. Si este apoyo por parte del padre biológico del primer hijo no existe, no deben buscar una unión acelerada con la primera persona que encuentren, sino que deben estar totalmente seguras, y tener la suficiente madurez mental y emocional para decidir con quién deben y por supuesto quieren unirse, pues es también el futuro de su hijo el que está en juego, y quien no se merece un ambiente y desarrollo inestable, sino uno que le dé estabilidad y tranquilidad durante su crecimiento psicomotor, familiar y emocional.

Sin embargo, la primera opción que debe considerar una madre adolescente es el poder organizarse con el padre biológico del bebé ya que la figura paterna en el crecimiento y desarrollo del recién nacido es de suma importancia siempre y cuando haya amor entre los padres y la decisión haya sido tomada por amor y no por obligación de darle una familia al niño. También es importante que en esta decisión no haya terceras personas que puedan influir sobre lo que se deba hacer, esto es asunto únicamente de los padres, si en realidad desean consumar una unión. Esto no podría aplicar para los casos en los que el embarazo sea fruto de una violación en estas circunstancias debe haber una intervención de padres o adulto.³⁶

Según el ARTICULO 78.- (El matrimonio, institución social).- El matrimonio es una institución social por la que un hombre y una mujer se unen legalmente, con

³⁵Andrés Salazar-Arango, María Margarita Acosta-Murcia, Nicolás Lozano-Restrepo, María Catalina Quintero-Camacho "CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN EL ESTADO CIVIL DE LA MADRE JOVENpers.bioét. vol. 12 no.2 ChiaJuly/Dec. 2008

³⁶ibid

ánimode permanencia y con el fin de vivir juntos, procrear, alimentar y educar a sus hijos y auxiliares entre sí.³⁷

4. Control Prenatal

Es el conjunto de acciones y procedimiento sistemático y periódico destinado a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.

Mediante el control prenatal se mide por la magnitud de los indicadores de mortalidad materno-perinatal y de la atención profesional del parto. Para que un programa de control prenatal tenga impacto en estos indicadores, este debe ser eficaz, eficiente, de amplia cobertura y manejar sobre el 90% de los partos con atención profesional intrahospitalaria. Aproximadamente, el 70% de las embarazadas no tienen factores de riesgo y sus embarazos evolucionan fisiológicamente. Su control es simple y no requiere de infraestructura de alto costo.

El equipamiento básico consiste en un lugar físico con iluminación y climatización adecuada, camilla o mesa ginecológica, esfigmomanómetro, balanza, cintas de medir flexibles, estetoscopio de pinard, guantes de examen ginecológico, espéculos vaginales, sistema de registro clínico (ficha clínica y carne prenatal) y equipo humano de salud consciente de la importancia de su labor. Con esta básica y simple infraestructura se podrán cumplir adecuadamente los objetivos del control prenatal.³⁸

4.1 Objetivos del control prenatal

Los objetivos fundamentales del control prenatal, cuya finalidad es lograr que la gestación culmine exitosamente, son:

- Identificar los factores de riesgo

³⁷ <http://leydeguatemala.com/codigo-civil-de-guatemala/el-matrimonio-institucion-social>
³⁸ SÁNCHEZ PÉREZ, Alfredo. Obstetricia tercera Edición 1999 Santiago, Chile pag.214

- Diagnosticar la edad gestacional
- Diagnosticar la condición fetal
- Diagnosticar la condición materna
- Educar a la madre

4.2 Atención prenatal personalizada y reenfocada:

Es la atención que recibe la mujer embarazada, en la que el proveedor de la salud, identifica oportuna y tempranamente complicaciones y signos de peligro que pueda presentar la mujer embarazada a través de promover el autocuidado y la participación de la familia para lograr un parto que favorezca a la madre y neonato y que los dos obtengan mejores condiciones de salud.³⁹

EL modelo de Nola Pender se enfoca en la promoción de la salud y los estilos de vida saludables, uno de los principios de enfermería es la promoción de la salud, permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales, destinadas a beneficiar y proteger la salud, la calidad de vida individual mediante la prevención y solución a las causas primordiales de los problemas de salud, respetando creencias, costumbres y tradiciones que tienen las personas sobre la salud. Con las acciones de promoción del modelo de atención de enfermería de Nola Pender se logrará que las adolescentes tengan una orientación correcta sobre los riesgos y las consecuencias de un embarazo en la adolescencia.

La teoría de auto eficiencia, la adolescente a la hora de conocer que está embarazada debe asumir un comportamiento saludable y no poner en riesgo la vida de ambos, así mismo la confianza y los conocimientos de los profesionales que atienden en los servicios de salud, brindarán a la adolescente embarazada una atención humanizada y aceptación para asistir a su control prenatal.

³⁹ALBIR BACHES, Marisol "conocimientos y prácticas del personal de enfermería al brindar consejería a la mujer embarazada acerca de signos y señales de peligro. Santa Bárbara, Huehuetenango, Guatemala. Mayo-junio 2015"

4.3 Pasos esenciales para la Atención Prenatal

- a) Paso 1: Brindar un trato amable y respetuoso y a su acompañante, para su cumplimiento el proveedor debe presentarse, y llamarla por su nombre, invitarla a que haga preguntas, escucharla y responder con lenguaje sencillo, no permitir interrupciones al momento de la atención, atender con pertinencia cultural.
- b) Paso 2: Evaluar si la mujer presenta una o más señales de peligro y actuar inmediatamente.
- c) Paso 3: Llenar completamente la Ficha de vigilancia de la mujer embarazada del Centro Nacional de Epidemiología; llenar y entregar a la usuaria el carné perinatal y pedirle que lo lleve siempre a las próximas consultas y emergencias obstétricas
- d) Paso 4: Realizar examen físico obstétrico
- e) Paso 5: Analizar la información obtenida para definir acciones.
- f) Paso 6: Dar consejería sobre las señales de peligro.
- g) Paso 7: Ayudar a la mujer a preparar su plan de emergencia familiar y comunitario vigente.⁴⁰

⁴⁰ibid.

5. Atención diferenciada de la adolescente menor de 14 años y 8 meses durante el embarazo

5.1 Características de la adolescente embarazada

Suelen no asistir a control prenatal o lo hacen tardíamente debido al desconocimiento de los recursos disponibles, a la falta de aseguramiento en salud o al retardo en el diagnóstico del embarazo.⁴¹

El embarazo y la maternidad interfieren con el desarrollo de las habilidades como la consolidación de la autonomía, la socialización y la capacidad de regulación efectiva. El embarazo en adolescentes eleva el riesgo de depresión, que conlleva al suicidio.⁴²

Complicaciones maternas y neonatales de embarazadas menores de 14 años.

Complicaciones maternas

- Hemorragia obstétrica
- Pre eclampsia-eclampsia
- Infección puerperal
- Desproporción cefalopélvica
- Desgarros canal del parto
- Fístulas
- Trabajo de parto pre término

Complicaciones neonatales

- Asfixia perinatal
- Crecimiento intrauterino retardado
- Bajo de peso al nacer
- Prematurez

⁴¹ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, 2015 "Guía de Atención integral y Diferenciada para embarazadas menores de 14 años. Pag.8

⁴² *Ibid.* Pag.8

Morbilidad materna y neonatal de embarazadas menores de 14 años

Morbilidad materna

- Anemia
- Infección del tracto urinario
- Pre eclampsia
- Parasitosis (malaria)
- Infecciones de transmisión sexual y VIH
- Tuberculosis
- Morbilidad neonatal
- Sepsis
- Neumonía neonatal
- Enfermedad de membrana hialina

5.2 Control prenatal en adolescentes menores de 14 años

Debe tenerse en cuenta que el embarazo no le da características de adulta a las adolescentes, sobre todo si es menor de 14 años. Se le debe escuchar, permitir que plantee sus dudas, temores, respetarla y apoyarla aceptar la gestación estimulando proyectos de vida para su desarrollo integral.⁴³

5.3 Objetivos del control prenatal

Promover y mantener la salud física, mental y social de la madre adolescente y él bebe, proporcionándole educación sobre nutrición, higiene personal, el proceso de embarazo y el parto.

5.4 Comunicación durante el control prenatal

- Presentarse y pregunte su nombre, llámela por su nombre.
- Preguntar si desea estar acompañada durante sus evaluaciones.

⁴³ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, 2015 "Guía de Atención integral y Diferenciada para embarazadas menores de 14 años. Pág.9

- Invitarla a que haga pregunta, escucharla con atención y responder con lenguaje sencillo.
- Brindar atención participativa, no paternalista.
- No permitir la entrada y salida de otras personas durante la consulta.
- Recordar premisas de interculturalidad.
- Asegurar confidencialidad y privacidad.
- Respétela y apóyela.
- No emitir juicios de valor
- Explicarle a la adolescente lo que se le va realizar.
- Explíquele de la importancia de las pruebas de VIH, sífilis, hepatitis B.

5.5 Acciones del control prenatal⁴⁴

- El primer control debe realizarse lo más precozmente posible (primer trimestre) los controles deben ser brindados por obstetra en servicio de tercer nivel o en primer nivel o segundo nivel de atención.
- Si la distancia de referencia a un tercer nivel de atención impide que la adolescente tenga control prenatal. El obstetra será el encargado de coordinar todo el proceso de atención interdisciplinaria.
- La periodicidad del control prenatal debe ser cada 30 días (c/mes) hasta la semana 35 y luego cada 15 días hasta la resolución del parto.
- Llenar completamente la ficha de riesgo obstétrico
- Llenar y entregar a la usuaria el carnet y pedirle que lo lleve siempre a las próximas consultas y emergencias obstétricas.
- Solicitar número de teléfono y dirección domiciliaria de la adolescente, en caso que no asista a citas, se deberá buscar a la paciente y seguir caso.
- Anotar en un libro de citas específicamente para adolescentes embarazadas.

⁴⁴ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, 2015 "Guía de Atención integral y Diferenciada para embarazadas menores de 14 años Pág.10, 11.

- Confirmar el embarazo. (test de embarazo en orina, determinación de gonadotropinas coriónicas y subunidad beta, ecografía a partir de las 8 semanas, estetoscopio de pinard a partir de las 20 a 25 semanas).
- Determinar la edad gestacional y fecha probable de parto durante la primera visita, utilizando la regla de Neagle o un gestrometro. Si bien, existe el recurso o el caso lo amerita puede determinarse la edad gestacional por ultrasonido.
- Detección de factores de riesgo y factores protectores
- Detectar antecedentes personales y/o familiares con patologías
- Detección de patología y tratamiento precoz (hipertensión, diabetes, etc.)
- Detectar violencia familiar, abuso o violación.
- Detectar consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias.
- Evaluación y manejo nutricional
- Soporte o apoyo emocional por personal entrenado en salud mental, donde se cuente con este recurso.
- Abordaje por trabajo social
- Medición de peso, talla, IMC, tensión arterial, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria, todo anotarlo.
- Altura uterina después del 3er mes de embarazo
- Monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal de las 20 semanas en adelante
- Movimientos fetales de las 18 semanas en adelante en múltiparas y de las 22 semanas en adelante en Primigesta.
- Detectar signos y señales de peligro y complicaciones, para referir oportunamente a un nivel de mayor capacidad resolutive y dar seguimiento a la respuesta. Además informar a la adolescente sobre estas.
- Examen mamario: recomendaciones para la lactancia materna y detección de patología.
- Determinar la situación y presentación fetal arriba de las 36 semanas, evaluación de la pelvis si la adolescente es mayor de 12 años y referir a

tercer nivel de atención para programar cesárea, si la resolución de embarazo es por cesárea, por indicación obstetra la adolescente es menor de 12 años.

- Evaluación de Papanicolaou o IVAA, tamizaje de detección temprana del cáncer cervical.
- Administración de betametasona o bexametasona entre las 28 y 33 semanas para maduración pulmonar del feto.
- Laboratorios prenatales
- Evaluación ultrasonografía a las 12 semanas, 20 semanas, 32 y 36 semanas.
- Suplementar con vitamina, ácido fólico y hierro según la normativa del control prenatal de la guía para la implementación integral materna y neonatal.
- Preparar en conjunto con la familia un plan de emergencia familiar y comunitario.
- Identificar y tratar madres con VIH y Sífilis para prevenir la transmisión madre-hijo.
- Educar a la madre adolescente en lactancia materna exclusiva
- Oferte los métodos de planificación familiar para lograr espacios intergeneracionales óptimos.
- Acordar con la adolescente su próxima cita.

6. Abordaje psicológico de la adolescente embarazada menor de 14 años⁴⁵

Las intervenciones en salud mental en casos de niñas menores de 14 años embarazadas, atendidos en la red de servicios de salud, deben ser desarrollados por personal especializado (psicólogo).

⁴⁵MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, 2015 "Guía de Atención integral y Diferenciada para embarazadas menores de 14 años. Pág. 16-18.

Los primeros auxilios psicológicos, se entiende como todas aquellas acciones o intervenciones en un período de crisis, que permiten restablecer la estabilidad emocional de la persona y facilitar las condiciones para su readaptación.

Crisis: se refiere al estado temporal de trastorno y desorganización a nivel mental, emocional y conductual, que atraviesa la persona como respuesta a una situación que rebasa la capacidad de respuesta. Las personas en crisis, generalmente experimentan emociones fuertes y síntomas físicos. Algunas expresan manifestaciones emocionales y otras las ocultan.

Las recomendaciones clínicas y de políticas de la OMS para las respuestas a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra la mujer reconocen que "la agresión sexual es una experiencia traumática que puede tener una variedad de consecuencias negativas en la salud mental, física, sexual y reproductiva de las mujeres. Las mujeres pueden requerir atención de salud aguda y a veces a largo plazo, en particular atención de salud mental.

Se debe actuar de la siguiente manera:

- Asegurar privacidad y confidencialidad
- Escuchar con atención, respeto, aceptación e interés los hechos y sentimientos, sin presionar para que responda o revele información.
- Tomar en cuenta la edad, comprensión, expresión verbal, madurez emocional, entorno familiar y social, características que permiten el abordaje diferenciado.
- Creer la historia de abuso sin emitir juicios y prejuicios
- Utilizar tono de voz suave
- Estimular la comunicación, respetando el silencio entendido como una respuesta ante el evento.
- Utilizar lenguaje corporal de acuerdo a la situación (postura, movimiento de las manos, expresiones faciales, contacto visual).
- Valorar prácticas tradicionales de enfrentar los problemas, respetando creencias y costumbres.

- Informar sobre la necesidad de la exploración física y explicación de los procedimientos médicos y psicológicos a realizar.
- Prestar atención a signos de peligro: ideación o intento suicida u homicida.
- Orientar sobre aspectos legales, de salud, apoyos sociales y otros servicios.
- Buscar ayuda o establecer redes de apoyo

Es importante que el personal de salud especializado en salud mental continúe con la atención psicológica, ya que se debe crear el plan terapéutico individual y familiar, que contribuirá al proceso de recuperación y reinserción a la vida cotidiana. En el caso que no exista personal especializado en un servicio de salud cercano utilice el directorio para referencia a otras instituciones que presten servicios de apoyo integral.

En las citas de seguimiento a las menores de 14 años embarazadas, indague:

- Cambios de carácter
- Tristeza profunda
- Rechazo a asistir al centro educativo
- Problemas en el rendimiento escolar
- Aislamiento
- Enuresis y encopresis (pérdida del control de esfínteres)
- Autoagresión (jalones de pelo, mordeduras), conducta suicida(ideas o intentos)
- Alteraciones del sueño (duerme mucho, poco, no duerme, sobresaltos)
- Trastornos alimenticios(come mucho, poco, no come)
- Consumo de alcohol, tabaco u otras drogas
- Quejas frecuentes de dolor o malestar físico

En caso si se presenta una o más de estas manifestaciones, insista en la referencia al servicio especializado de salud mental.

Abordaje a la madre, padre o persona encargada: .

- Propiciar que hablen de lo ocurrido y de su estado de animo
- Reconocer prácticas que contribuyen a la aceptación y superación del evento (espirituales, creencias, costumbres, tradiciones)
- Orientar para evitar culpabilizar, reprender, castigar, golpear
- Identificar autoagresión (jalones de pelo, mordedura), conducta suicida (ideas o intentos) u homicida.

7. Ruta de abordaje para la atención integral de embarazos en niñas menores de 14 años⁴⁶

7.1 FASE I: ATENCION INMEDIATA

- A. Niña o adolescente embarazada madre acude al establecimiento de salud para atención prenatal, parto, posparto o servicios médicos para su hijo/a.
- B. Niña o adolescente embarazada o madre es identificada por actores institucionales, autoridades locales o comunitarias, organizaciones de sociedad civil o religiosas entre otras.
 1. La institución (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, instituciones públicas o privadas, actores locales, comunitarios o indígenas, organizaciones de sociedad civil, religiosas o de cooperación internacional) que identifiquen a la niña o adolescente menor de 14 años de edad, embarazada o madre, deberán trasladar la información a la procuraduría general de la nación y el ministerio público, vía teléfono o correo electrónico, en un plazo máximo de 1 día hábil, donde no exista delegación de estas instituciones, será a la policía nacional civil o juzgado de paz.

⁴⁶Secretaría contra la Violencia sexual, Explotación y trata de Personas, Rutas internas, abordaje de embarazos en Niñas y Adolescentes menores de 14 años de edad-2016

2. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, brindara la atención prenatal, parto, post parto y/o servicios médicos tanto a la niña o adolescente como para su hijo/a. Implementara su ruta interna y presentara el informe mensual de lo actuado, en la mesa técnica.
- 2.1 El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, trasladara mensualmente al registro nacional de las personas, el informe de casos atendidos para establecer y validar la edad, (así como los demás datos que puedan ser compartidas de las niñas o adolescentes embarazadas o madres, atendidas en cualquier servicio de salud.
- 2.2 El registro nacional de las personas, dentro de los cinco días hábiles siguientes después de haber recibido la información, trasladara el informe al ministerio de salud pública y asistencia social para lo que corresponda.
- 2.3 El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, trasladara el informe verificado al ministerio de educación, ministerio de desarrollo social, procuraduría general de la nación, ministerio público y la secretaria con la violencia sexual, explotación y trata de personas para su conocimiento y efecto.
3. La Procuraduría General de la Nación, implementara su ruta interna y: Coordinara las acciones necesarias a efecto de garantizar la protección de la niña o adolescente menor de 14 años de edad. (Proceso de protección)
- 3.1 Se apersonara al proceso que corresponda, siempre y cuando la niña o adolescente carezca de representación legal y/o sus representantes se nieguen a darle seguimiento al proceso. (Proceso penal)
- 3.2 La Procuraduría General de la Nación, ministerio público, policía nacional civil o juzgado de paz cuando reciba la información de un caso identificado de una niña o adolescente embarazada o madre, por cualquier otro actor que no sea

el ministerio de salud pública y asistencia social, referirá a la niña o adolescente al servicio de salud más cercano.

4. La investigación y persecución penal de todos los casos de niñas o adolescentes embarazadas o madres menores de 14 años de edad, quedara a cargo del ministerio público y de la procuraduría general de la nación cuando sea aceptado como querellante adhesivo y/o representante legal de la menor. En el proceso de protección, la procuraduría general de la nación dará el seguimiento respectivo durante todo el proceso.

7.2 FASE II: SEGUIMIENTO EDUCATIVO E INCORPORACION A PROGRAMAS SOCIALES

5. El Ministerio de Educación, al recibir el informe por parte del ministerio de salud pública y asistencia social, implementara una Ruta Interna con el fin que la niña o adolescente embarazada o madre menor de 14 años de edad, continúe sus estudio, ya sea en el establecimiento educativo en el que se encontraba o su incorporación a programadas educativos alternativos. El ministerio de educación, presentara las acciones realizadas, en la reunión mensual de la mesa técnica.
6. El Ministerio de Desarrollo Social, al recibir el informe por parte del ministerio de salud pública y asistencia social, implementara su ruta interna para la atención e inclusión de las niñas o adolescentes embarazadas o madres al programa social asignado, según criterios específicos. El ministerio de desarrollo social, presentara las acciones realizadas, en la reunión mensual de la mesa técnica.

VI. MATERIAL Y METODOS

1. Tipo de Estudio

Este estudio es de enfoque cuantitativo porque se hace uso de datos numéricos obtenidos, es de tipo descriptivo porque a través de ella se describe la caracterización de las adolescentes embarazadas que asisten a su control prenatal y tiene un corte de tipo retrospectivo ya que es posterior a los hechos estudiados y los datos se obtendrán de los expedientes de las embarazadas adolescentes que asistieron a control prenatal de los meses de junio 2016 a Enero de 2017.

2. Unidad de Análisis:

Expedientes de las Adolescentes embarazadas que asistieron a su control prenatal al Centro de Salud de Villa Canales.

3. Población y Muestra:

3.1 Población

Está constituida por los expedientes de las adolescentes embarazadas que asistieron a su control prenatal a la consulta externa del Centro de Salud de Villa Canales del Departamento de Guatemala

3.2 Muestra:

La población del estudio es un promedio de 30 expedientes de adolescentes embarazadas que asistieron su control prenatal al Centro de Salud de Villa Canales de junio 2016 a enero 2017.

4. Operacionalización de la Variable

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	INTRUMENTO
Caracterización de las adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal al centro de salud de Villa Canales.	Rasgos de las adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal al centro de salud de Villa Canales	Condiciones de las adolescentes embarazadas que asisten al centro de Salud de Villa Canales, expresadas en términos de edad, educación, procedencia, paridad, estado civil y control prenatal.	<p>Edad</p> <p>Estado Civil</p> <p>Escolaridad</p> <p>Profesión u Oficio</p> <p>Procedencia</p>	<p>Listado de cotejo</p> <p>10-14</p> <p>15-16</p> <p>17-19</p> <p>Soltera</p> <p>Casada</p> <p>Unida</p> <p>Ninguno</p> <p>Primaria</p> <p>Secundaria</p> <p>Diversificado</p> <p>Estudiante</p> <p>Ama de casa</p> <p>Trabajadora</p> <p>Urbano</p> <p>Rural</p>

			Control Prenatal	Si No
			Número de control prenatal	1er.control prenatal 2do. Control prenatal 3er. Control prenatal 4to. Control prenatal 5to o más controles prenatales
			Paridad	Primigesta Secundigesta Trigesta Múltipara

5. Descripción Detallada De Técnicas y Procedimientos

El presente estudio inició con la conformación del tema y la respectiva solicitud a la Unidad de tesis, luego de aprobado el tema se procedió a la realización del Protocolo de Investigación, para recolectar la información necesaria se elaboró un listado de cotejo constituido por 8 preguntas abiertas, teniendo como base los indicadores de la variable. Para realizar el trabajo de campo se solicitó los permisos correspondientes para la presentación de los resultados su usan cuadros estadísticos.

6. Criterios de Inclusión y Exclusión:

6.1 Criterios de Inclusión

30 expedientes de las embarazadas adolescentes de 10 a 19 años que asistieron a su control prenatal al Centro de Salud de Villa Canales durante los meses de junio 2016 a enero de 2017.

6.2 Criterios de Exclusión

Se excluye expedientes de mayores de 20 años, que no esté el embarazo confirmado y que no asistieron al servicio o que fueron atendidas por comadronas.

7. Aspectos Éticos

El presente estudio se limitará a la revisión de registros clínicos por lo que puede considerarse como categoría I (sin riesgo). Los datos personales obtenidos de cada caso serán de carácter confidencial y únicamente se utilizaran para cumplir con los objetivos de la investigación. Se respetara la privacidad y confidencialidad de los datos anotados en los registros clínicos.

- Esta investigación por involucrar a personas, cumple con los siguientes principios éticos.

7.1 Confidencialidad:

Se analizarán las características de las adolescentes embarazadas que asistieron a su control prenatal al Centro de Salud de Villa Canales tomando en cuenta que los datos serán utilizados para estudio y no se publicarán los datos.

7.2 Permiso Institucional:

Se contó con el permiso de las autoridades para la realización de la investigación.

VII. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

1. EDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

TABLA: 1

No.	Respuesta	F	%
1	10-13 años	0	0%
2	14-16 años	19	63%
3	17-19 años	11	37%
TOTAL		30	100%

Fuente: Datos obtenidos en los expedientes

De las jóvenes gestantes la mayoría tenía 14-16 años (N=19) que representa el 63% la mayoría de adolescentes embarazadas están en la adolescencia media. Según el desarrollo de la identidad los adolescentes presentan sentimientos de "omnipotencia", piensan que sus actos no tienen consecuencias; no tienen clara su vocación, suelen involucrarse en muchas actividades al mismo tiempo.⁴⁷

⁴⁷MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Atención integral y diferenciada de adolescentes y jóvenes.PDF

2. ESTADO CIVIL DE LAS EMBARAZADAS

TABLA: 2

No.	Respuesta	F	%
1	Casada	5	17%
2	Unida	20	67%
3	Soltera	5	17%
TOTAL		30	100%

Fuente: Datos obtenidos en los expedientes

La mayoría de gestantes son el 67% convive en unión de hecho con el padre de su hijo lo cual la adolescente se enfrenta a un estilo de vida al que no está preparada. En donde indica que el matrimonio es una institución social por la que un hombre y una mujer se unen legalmente, con ánimo de permanencia y con el fin de vivir juntos, procrear, alimentar y educar a sus hijos y auxiliares entre sí.⁴⁸

El 17% son solteras sin determinar su causa de embarazo por lo que existe la posibilidad que haya sido por violencia sexual lo que equivalea que se enfrenten solas a la vida, con la responsabilidad de un hijo y sin una estabilidad económica.

⁴⁸ Código civil de Guatemala-art.78

3. ESCOLARIDAD DE LA EMBARAZADA

TABLA: 3

No.	Respuesta	F	%
1	Primaria	15	50%
2	Básicos	10	33%
3	Diversificado	2	7%
4	Ninguno	3	10%
TOTAL		30	100%

Fuente: Datos obtenidos en los expedientes

Respecto a la escolaridad de las adolescentes se evidencia que la mitad (50%) de las adolescentes estudiadas solamente habían terminado el nivel primario y el 33% (10) cursaron el nivel básico, el tener un nivel educativo bajo constituye un factor de riesgo importante para que se presente un segundo embarazo durante los primeros dos años post-parto.

La salud reproductiva tiene a mejorar conforme aumenta el nivel de escolaridad lamentablemente como se reporta en un informe realizado por Guttmacher Institute en relación a la maternidad temprana en Guatemala el objetivo de lograr la educación primaria universal entre las mujeres guatemaltecas sigue siendo difícil de alcanzar. El nivel educativo varía ampliamente según grupo étnico y área de residencia.⁴⁹

⁴⁹.Guttmacher Maternidad temprana en Guatemala: un desafío constante .pdf 1-12

4. PROFESIÓN U OFICIO DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

TABLA: 4

No.	Respuesta	F	%
1	Ama de Casa	30	100%
2	Estudiante	0	0%
3	Trabajadora	0	0%
TOTAL		30	100%

Fuente: Datos obtenidos en los expedientes

Según el estudio el 100% son amas de casa, lo que conlleva a una posible deserción escolar luego del embarazo, no estudian y ninguna ha accedido a un empleo. La adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo, quedando la adolescente con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer sus necesidades básicas.

La condición de madre soltera obliga a las adolescentes a convertirse en proveedoras y cuidadoras con las dificultades que eso conlleva, y las hace enfrentar vulnerabilidad por desventaja económica y alta probabilidad de prolongar la pobreza.⁵⁰

⁵⁰ Jiménez-González A, Granados-Cosme JA, Rosales-Flores RA. Embarazo en adolescentes de una comunidad rural de alta marginalidad. Un estudio mixto de caso. *Salud PublicaMex* 2017; 59:11-18.

5. PROCEDENCIA DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

TABLA: 5

No.	Respuesta	F	%
1	Rural	13	43%
2	Urbano	17	57%
TOTAL		30	100%

Fuente: Datos obtenidos en los expedientes

El 43% de las embarazadas pertenecen al área rural y 57% del área urbana no existe una diferencia significativa en los sujetos de estudio respecto a la procedencia de área rural o urbana. Pero el incremento de la sexualidad antes del matrimonio y el embarazo adolescente fuera de una unión, se atribuye a la introducción de los valores y modos de conducta.

La conducta es el conjunto de comportamientos observables en una persona en donde existe mayor probabilidad de que se produzcan consecuencias negativas para la salud y la familia es donde se fomentan y transmiten los valores, siendo los adultos, los padres, los modelos a seguir por los hijos. Es en este núcleo donde se produce el proceso educativo y formativo inicial de sus miembros. Es allí, donde el individuo encuentra un equilibrio necesario en su formación personal y en las relaciones con los demás. Esta afirmación recobra cada día mayor importancia al observar las conductas de riesgo en que se involucran los adolescentes en diversas partes del mundo.⁵¹

⁵¹ ALVARADO THIMEOS, Julia Eliana (2015) " EDUCACIÓN SEXUAL PREVENTIVA EN ADOLESCENTES" pag.132

5.1 LUGAR DE PROCEDENCIA DE LA EMBARAZADA ADOLESCENTE .

TABLA: 5.1

No.	Respuesta	F	%
1	Chichimecas	4	13%
2	Zapote	3	10%
3	Rustrían	1	3%
4	Tapacun	2	7%
5	Casco Urbano	8	27%
6	Colmenas	1	3%
7	La virgen	2	7%
8	Rio Negro	1	3%
9	San José Tablón	4	13%
10	Santa Elena Barillas	4	13%
TOTAL		30	100%

Fuente: Datos obtenidos en los expedientes

De los 30 expedientes revisados el 13% reside en Chichimecas, San José Tablón y Santa Elena Barillas; el 10% reside en el Zapote; el 3% en Rustrían, Colmenas y Rio Negro; el 7% en Tapacun y la Virgen, y el 27% en su mayoría residen en el casco urbano de Villa canales.

Este dato revela que es necesario implementar acciones preventivas en las aldeas de mayor incidencia, especialmente en el casco urbano del municipio de Villa Canales.

6. CONTROL PRENATAL QUE RECIBIO LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

TABLA: 6

No.	Respuesta	F	%
1	Si	26	87%
2	No	4	13%
TOTAL		30	100%

Fuente: Datos obtenidos en los expedientes

Esta tabla nos demuestra que un 87 % de las embarazadas adolescentes tuvo control prenatal en lo que respecta a su embarazo actual, y el resto con un 13 % no lo tuvo. Siendo no muy común en ellas, el solo hecho de que las estudiadas se encuentren en la adolescencia implica un riesgo para su salud.

El objetivo del control prenatal según las normas de atención materno neonatal son promover y mantener la salud física, mental y social de la madre y el bebé, proporcionando educación sobre nutrición, higiene personal y el proceso de embarazo y de parto.⁵²

⁵² www.unfpa.org.gt/sites/default/files/GUIA%20MATERNO%20NEONATAL%202011%20PDF.pdf

7. No. DE CONTROL PRENATAL QUE RECIBIO LA EMBARAZADA

TABLA: 7

No.	Respuesta	F	%
1	1 control	9	30%
2	2 controles	2	7%
3	3er control	2	7%
4	4to Control	3	10%
5	5to Control	10	33%
6	Ningún control	4	13%
TOTAL		30	100%

Fuente: Datos obtenidos en los expedientes

Este estudio Rebelo que solo el 30% llevo un primer control prenatal y 10% un cuarto control prenatal lo que demuestra una baja cobertura de atención prenatal.

Las bajas tasas de atención prenatal y del parto y el precario estado general de salud de las mujeres pobres contribuyen a la razón de mortalidad materna de 153 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, una de las más altas en la región. 25%.⁵³

El ministerio de salud pública y asistencia social según las normas de atención materno neonatal recomienda realizar 4 controles prenatales.

⁵³Guttmacher Maternidad temprana en Guatemala: un desafío constante .pdf 1-12

8. PARIDAD DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

TABLA: 8

No.	Respuesta	F	%
1	Primigesta	26	87%
2	Secundigesta	4	13%
3	Trigesta	0	0%
TOTAL		30	100%

Fuente: Datos obtenidos en los expedientes

En relación a la paridad el 87% de las adolescentes estaba en su primera gesta, lo cual constituye una alerta sobre el comportamiento sexual del adolescente manifestando desconocimiento a la reproducción y uso de métodos anticonceptivos, convirtiéndose en un problema de salud pública debido al aumento de embarazos a temprana edad aun cuando la adolescente no ha llegado a una madurez física y emocional.

Para evitar la muerte materna también es fundamental que se eviten los embarazos no deseados o a edades demasiado tempranas. Todas las mujeres, y en particular las adolescentes, deben tener acceso a la contracepción, a servicios que realicen abortos seguros en la medida en que la legislación lo permita, y a una atención de calidad tras el aborto.⁵⁴

⁵⁴ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/> septiembre 2016 consultado 25-4-17 hora 10:26 pm

VIII. CONCLUSIONES

1. Del total de expedientes revisados el 63% de adolescentes tenía entre 14 y 16 años y un 37% (11 personas) estaba entre 17-19 años, lo que coloca a la mayoría de adolescentes embarazadas en la adolescencia media. Según el desarrollo de la identidad los adolescentes presentan sentimientos de "omnipotencia", piensan que sus actos no tienen consecuencias; no tienen clara su vocación, suelen involucrarse en muchas actividades al mismo tiempo.⁵⁵
2. La mayoría de gestantes, constituido por el 67%, convive en unión libre con el padre de su hijo, lo que constituye una desventaja en la adolescente, ya que están protegidas por el vínculo del matrimonio. El 17% son solteras, lo que hace que no tengan un soporte económico que les permita crear a sus hijos.
3. El 50% de las adolescentes de este estudio, han cursado únicamente estudios de primaria y el 33% han llegado a la secundaria, la baja escolaridad condiciona dependencia económica y ha menor educación más elevado el índice de embarazo en las mujeres.
4. El 87% de las adolescentes de este estudio se encuentra en su primer embarazo se puede relacionar al inicio tan prematuro de una relación sexo genital, el hecho de que una adolescente tenga un hijo cuando no está preparada para responder a las demandas propias del rol de madre representa un daño social de repercusiones ilimitadas porque el hijo nace en condiciones desfavorables, en desventaja social, en limitación física, afectiva y económica.
5. El 43% de las embarazadas pertenecen al área Rural y 57% del Área Urbana no existe una diferencia significativa en los sujetos de estudio entre la

⁵⁵MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL/DRPAP Atención integral y diferenciada de adolescentes y jóvenes Pág. 13 y 14.

procedencia de área rural o urbana. Pero el incremento de la sexualidad antes del matrimonio y el embarazo adolescente fuera de una unión, se atribuye a la introducción de los valores y modos de conducta.

IX. RECOMENDACIONES

Con base a las conclusiones realizadas, se presenta a las autoridades de Enfermería del Centro de Salud de Villa Canales lo siguiente:

1. Que el personal del Centro de Salud coordine con las escuelas en su área de influencia, las actividades de educación sexual y reproductiva para ese sector poblacional tan importantes.
2. Que el personal de salud junto a autoridades educativas realicen talleres de promoción de la paternidad y maternidad responsable cada 6 meses.
3. Crear en el centro de salud de Villa Canales un club de adolescentes embarazadas para promover el control prenatal y el cuidado de la salud de la embarazada.
4. Dar a conocer a las autoridades (distrito de salud, autoridades locales) los resultados del estudio.

X. BIBLIOGRAFIA

1. ALBIR BACHES, Marisoi. "conocimientos y prácticas del personal de enfermería al brindar consejería a la mujer embarazada acerca de signos y señales de peligro. Santa Bárbara, Huehuetenango, Guatemala. Mayo-junio 2015"
2. "AJPOP SUY, María. Factores que influyen en la presencia de embarazo precoz en las mujeres adolescentes del municipio de Zaragoza Chimaltenango que consultan al centro de salud para su control prenatal. Tesis presentada a la universidad de San Carlos de Guatemala. USAC/ Escuela Nacional de Enfermeras 2013 pag.53
3. BARROZO, Mariela. & PRESSIANI, Graciela. (2011). Embarazo en adolescente entre 12 y 19 años, San Martín, Mendoza. Argentina.
4. CONTRERAS BRITO, Juan Bautista. (2009). Prevalencia de embarazo en adolescentes en la E.S.E Alejandro Prospero Reverend de Santa Marta, Colombia.
5. ITZÁ BALAM, Iris (2008). Factores que influyeron en la ocurrencia de embarazos en adolescentes en el Barrio, San Benito Peten (Licenciatura en enfermería). San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas.
6. "LUTIN, MAAS, Leonarda. Factores que influyen en la incidencia de embarazos en adolescentes que asisten a control prenatal al centro de Salud del Puerto San José. Tesis presentada a la Universidad de San Carlos de Guatemala. USAC/Escuela Nacional de Enfermería 2014. Pag.51-54.
7. MOSQUERA, BECERRA María Janeth. (2007) "Factores asociados al Embarazo en adolescentes de 13 a 19 años del municipio de Buenaventura", Colombia (Magister en Epidemiología).
8. MENACHO CHIOK, Luis Pedro (2005) Embarazo adolescente. Libro digital PDF. 2012.
9. PORTILLO DARDON, Ana. (2014). principales características obstétricas, sociales y familiares que poseen las adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que consultan al departamento de ginecoobstetricia del Hospital Nacional "Carlos Manuel Arana Osorio" Chiquimula (Doctorado). San Carlos de Guatemala.
10. PÉREZ SÁNCHEZ, Alfredo. Obstetricia tercera Edición 1999 Santiago, Chile pag.214

11. SALGADO DE LEÓN, Rosa. (2008). Factores que intervienen en el embarazo precoz en las mujeres menores de 18 años de la comunidad Nueva Libertad Sayaxche, Peten (Licenciatura en Enfermería). San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas.
12. Alfaro Blandón, Jeanneve O'Mally (2005) (2000) Planificación Familiar y Algunas Perspectivas de Embarazo en Adolescentes. Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales. LEON, 1997 - 2000.
13. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, 2015 "Guía de Atención integral y Diferenciada para embarazadas menores de 14 años.
14. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Atención integral y diferenciada de adolescentes y jóvenes.PDF
15. SECRETARIA CONTRA LA VIOLENCIA SEXUAL, EXPLOTACIÓN Y TRATA DE PERSONAS, Rutas internas, abordaje de embarazos en Niñas y Adolescentes menores de 14 años de edad-2016
16. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, 2010 "Ley para la maternidad Saludable" decreto número 32-2010.
17. PROGRAMA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA.ART.25
18. Población año 2015 Villa Canales.<https://munivillacanales.gob.gt/index.php>
19. <http://www.osarguatemala.org/osartemporal/Archivos/JPG/201609/289/22>.
20. Sigsa WEB. (2016). Maternidad Villa Canales.
21. Embarazo Precoz. Tomado de <http://www/Documentosandsetings/All/user/documentos/cambios/hormonales.files>.
22. <http://www.guttmacher.org/pubs/2006/11/09/rib-Guatemala.pdf>
23. <http://www.guttmacher.org/pubs/2006/11/09/rib-Guatemala.pdf>
24. http://med.unne.edu.ar/revista/revista156/4_156.htm
25. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/> consultado el 11/9/17
26. <http://www.unfpa.org/es/quinto-objetivo-de-desarrollo-del-milenio-mejorar-la-salud-materna>
27. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/> consultado el 11/9/17
28. <http://www.unfpa.org/es/quinto-objetivo-de-desarrollo-del-milenio-mejorar-la-salud-materna>
29. <https://www.guttmacher.org/es/news-release/2017/la-educacion-en-sexualidad-en-guatemala>
30. <http://leydeguatemala.com/codigo-civil-de-guatemala/el-matrimonio-institucion-social/851/>

ANEXOS

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

Objetivo: Recoger información que permita describir las características de las adolescentes embarazadas que asistieron a su control prenatal al Centro de Salud de Villa Canales durante los meses de junio 2016 a enero 2017

1. EDAD:

10-13 años _____ 14-16 años _____ 17-19 años _____

1. ESTADO CIVIL:

Casada _____ Soltera _____ Unida _____

2. ESCOLARIDAD:

Ninguno _____ Primaria _____ Básicos _____ Diversificado _____

3. PROFESIÓN U OFICIO

Ama de casa _____ trabajadora _____ Estudiante _____

4. PROCEDENCIA

Rural _____ Urbano _____

Nombre de la Comunidad _____

5. CONTROL PRENATAL

Sí _____ No _____

6. N0. DE CONTROL PRENATAL

1er control _____ 2do control _____ 3er control _____ 4to control _____ 5 o más controles _____

7. PARIDAD:

8. Primigesta _____ Secundigesta _____ trigesta _____

