



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**EMBARAZO ADOLESCENTE Y SU RELACIÓN CON
FACTORES BIOLÓGICOS, OBSTÉTRICOS, SOCIALES, Y
ECONÓMICOS EN MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL TOMÁS LAFORA – GUADALUPE, 2015**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

AUTOR:

PALOMINO RIOS LILIANA ELIZABETH

CHEPÉN – PERÚ

2016

DEDICATORIA

A Dios quién supo guiarme por el buen camino, por darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mis padres quienes por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mi hermano por estar siempre presente, acompañándome para poderme realizar.

A una persona especial, por estar siempre a mi lado en las buenas y en las malas; por brindarme su estímulo, apoyo constante, comprensión, paciencia y amor, dándome ánimos de fuerza y valor para seguir a delante.

Liliana

“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar”

AGRADECIMIENTO

Esta investigación es el resultado del esfuerzo y dedicación no solo de su autora, sino también del trabajo desinteresado de otras personas, quienes de uno u otro modo han contribuido con generosidad en su realización y les agradezco infinitamente.

A nuestra asesora de tesis Mg. Luz Mariela Vásquez Fernández por compartirnos los conocimientos que me ha servido para concluir esta tesis. Gracias por su paciencia, motivación, criterio y aliento. Ha sido un privilegio contar con su guía y ayuda.

RESUMEN

El presente estudio de investigación se realizó en el Hospital Tomás Lafora de Guadalupe, fue planteado con el OBJETIVO de determinar los factores: Biológicos, Obstétricos, Sociales y Económicos y su relación con el embarazo adolescente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio cuantitativo, retrospectivo, correlacional y no experimental, la población fueron 102 historias clínicas de gestantes adolescentes. Se utilizó como técnica análisis documental de las historias clínicas y como instrumento una ficha para la recolección de la información, ya validada por el Dr. Félix Choque Mamani y Dr. Ernesto Rosales Inostroza y en ella contenía la información de la variable independiente: Embarazo Adolescente y la variable dependiente: Factores Biológicos, Obstétricos, Sociales y Económicos. Con respecto al análisis se empleó el programa estadístico SPSS versión: 23 y el Chi-cuadrado para establecer la asociación entre las variables en estudio.

RESULTADOS: Del total de las adolescentes embarazadas el 66,0% correspondían al grupo etáreo de 17 a 19 años en adolescencia tardía, el 33,0% a las edades de 14 a 16 años en adolescencia media y solamente el 1,0% al grupo de 10 a 13 años en adolescencia temprana.

Respecto a los factores biológicos identificados:

- Primíparas: el 50% es de talla menor de 1,50 cm del cual el 56,9% entre las edades de 17 a 19 años.
- periodo Intergenésico corto: el 2,0% entre las edades de 14 a 16 años.

Dentro de los factores obstétricos identificados, los de mayor frecuencia se presentaron en las adolescentes de 17 a 19 años dentro de estos tenemos:

- La anemia con un 55,9% del cual el 28,4% corresponde a las edades de 14 a 16 años

- Cesárea con un 52,9%, del cual el 19,6% está en un grupo etáreo de 14 a 16 años.
- La hipertensión inducida por el embarazo: el 8,8% está en un grupo etáreo de 17 a 19 años.
- De los abortos: el 8,8% está en un grupo etáreo de 17 a 19 años.
- De la rotura prematura de membranas: el 7,8% está en un grupo etáreo de 17 a 19 años.
- De la amenaza de aborto: el 7,8% está en un grupo etáreo de 17 a 19 años.
- El trabajo de parto prolongado: el 2,9% está en un grupo etáreo de 17 a 19 años.
- De los abortos repetidos: el 2,9% está en un grupo etáreo de 17 a 19 años.
- De la amenaza de parto prematuro: el 2,0% está en un grupo etáreo de 17 a 19 años.

Factores sociales:

- Según procedencia: la zona urbana, el 38,2% está en un grupo etáreo de 17 a 19 años y 20,6% corresponde a las edades de 14 a 16 años.
- Según estado civil: convivientes con el 43,1% está en un grupo etáreo de 17 a 19 años y 2,0% de adolescentes casadas están en edades de 14 a 16 años.
- Según el consumo de tabaco: 5,9% que está en un grupo etáreo de 17 a 19 años y el 2,9% entre las edades de 14 a 16 años.
- Según las familias funcionales: con un 52,9% que está en un grupo etáreo de 17 a 19 años y el 21,6% de las familias disfuncionales corresponde al grupo etáreo de 14 a 16 años,
- Según la violencia familiar; el maltrato en el 15,7% y el 9,8% en el grupo de 14 a 16 años. El mayor porcentaje corresponde al grupo etáreo de 17 a 19 años.

En cuanto a los factores económicos:

- Se observa que no trabajan el 84,3% y el 15,7% de las que trabajan el 11,76 corresponden al grupo de 17 a 19 años y el 3,92% están entre 14 a 16 años.
- El ingreso económico bajo de las adolescentes es de 78.4% y el ingreso económico medio de las adolescentes es el 21,6%.
- Según el grado de instrucción: las adolescentes que tienen secundaria completa el 41,2% y las que tienen secundaria incompleta el 38,2%.

Conclusión: Se encontró relación estadística significativa, entre el grado de instrucción y el embarazo adolescente; siendo el valor de Chi-cuadrado ($p: 0,027$). Concluyendo que a menor nivel de instrucción, el embarazo en la adolescencia se presentará con mayor frecuencia y por lo tanto también las edades serán menores, Además en los factores sociales en lo que respecta a familia desintegrada, se encontró relación estadística altamente significativa siendo el valor de Chi-cuadrado ($p:0,000$), a mayor desintegración familiar mayor será el riesgo que se genere el embarazo en adolescentes. En los otros factores no se encontró relación estadística significativa.

Palabras claves: embarazo, adolescencia, factores: Biológicos, Obstétricos, Sociales, económicos

ABSTRACT

The present research study was carried out at the Hospital Tomás Lafora de Guadalupe. It was proposed with the OBJECTIVE to determine the biological, obstetric, social and economic factors and their relationship with adolescent pregnancy.

MATERIAL AND METHODS: A quantitative, retrospective, correlational and non-experimental study was carried out, the population was 102 clinical records of pregnant adolescents. It was used as technical documentary analysis of the medical records and as an instrument a record for the collection of information, already validated by Dr. Félix Choque Mamani and Dr. Ernesto Rosales Inostroza and contained the information of the independent variable: Adolescent Pregnancy And the dependent variable: Biological, Obstetric, Social and Economic Factors. Regarding the analysis, the statistical program SPSS version: 23 and Chi-square were used to establish the association between the variables under study.

RESULTS: Of the total of pregnant adolescents, 66.0% corresponded to the age group of 17 to 19 years in late adolescence, 33.0% to the ages of 14 to 16 years in the middle adolescence and only 1.0% to Group of 10 to 13 years in early adolescence.

Regarding the biological factors identified:

- Primiparous: 50% is of a smaller size of 1.50 cm of which 56.9% between the ages of 17 and 19 years.
- short Intergenic period: 2.0% between the ages of 14 and 16 years.

Among the obstetric factors identified, the most frequent were presented in adolescents aged 17 to 19 years,

- Anemia with 55.9% of which 28.4% corresponds to the ages of 14 to 16 years
- Cesarean with 52.9%, of which 19.6% is in an age group of 14 to 16 years.
- Pregnancy-induced hypertension: 8.8% are in an age group of 17 to 19 years.
- Abortions: 8.8% are in an age group of 17 to 19 years.
- Premature rupture of membranes: 7.8% is in an age group of 17 to 19 years.
- The threat of abortion: 7.8% are in an age group of 17 to 19 years.
- Prolonged labor: 2.9% is in an age group of 17 to 19 years.
- Of repeated abortions: 2.9% are in an age group of 17 to 19 years.
- Of the threat of preterm birth: 2.0% is in an age group of 17 to 19 years.

Social factors:

- According to origin: the urban area, 38.2% is in an age group of 17 to 19 years and 20.6% corresponds to the ages of 14 to 16 years.
- According to marital status: cohabiting with 43.1% is in an age group of 17 to 19 years and 2.0% of married adolescents are in ages from 14 to 16 years.
- According to tobacco consumption: 5.9% who are in an age group of 17 to 19 years and 2.9% between the ages of 14 to 16 years.
- According to functional families: 52.9% are in an age group of 17 to 19 years and 21.6% of dysfunctional families correspond to the age group of 14 to 16 years,
- According to family violence; Abuse in 15.7% and 9.8% in the group aged 14 to 16 years. The highest percentage corresponds to the age group of 17 to 19 years.

As for the economic factors:

- It is observed that 84.3% and 15.7% of those who work 11,76 do not work, 17 to 19 years old and 3.92% of them are between 14 and 16 years old.
- The low economic income of adolescents is 78.4% and the average economic income of adolescents is 21.6%.
- According to the level of education: adolescents with high school completed 41.2% and those with incomplete secondary school 38.2%.

Conclusion: A statistically significant relationship was found between the educational level and adolescent pregnancy; Being the Chi-square value (p :

0.027). Concluding that at a lower level of education, pregnancy in adolescence will occur more frequently and therefore also the ages will be lower. In addition to the social factors in relation to disintegrated family, a statistically significant relationship was found to be the value Of Chi-square ($p: 0.000$), the greater the family disintegration, the greater the risk of pregnancy in adolescents. No significant statistical relationship was found in the other factors.

Key words: **pregnancy, adolescence, factors: biological, obstetric, social, economic**

INFORME FINAL

Caratula

Dedicatoria

Agradecimiento

Resumen / Abstract

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

Introducción.....	1
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	2
1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
1.2.1 Delimitación temporal.....	11
1.2.2 Delimitación geográfica.....	11
1.2.3 Delimitación social.....	11
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.3.1 Problema principal.....	12
1.3.2 Problemas secundarios.....	12
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
1.4.1 Objetivo general.....	12
1.4.2 Objetivo específicos.....	12
1.5 HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
1.5.1 Hipótesis general.....	13
1.5.2 Hipótesis secundarias.....	13
1.5.3 Variables.....	13
1.6 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	21

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	23
2.2 BASES TEÓRICAS.....	30
Embarazo.....	30

Adolescente.....	32
Embarazo en la adolescencia.....	40
Embarazo de alto riesgo.....	42
Factores predisponentes de embarazo.....	42
Factores de riesgo.....	44
2.3 DEFINICIÓN DE TERMINO BÁSICOS.....	70

CAPITULO III. METODOLOGÍA

3.1 DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	74
3.3.1 Tipo de investigación.....	74
3.1.2 Nivel de investigación.....	75
3.1.3 Método.....	75
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.....	75
3.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	76
3.3.1 Técnica.....	76
3.3.2 Instrumento.....	76
3.4 PROCEDIMIENTOS.....	77

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1 RESULTADOS.....	78
4.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	94
4.3 RECOMENDACIONES.....	96
4.4 REFERENCIAS.....	97
ANEXOS.....	103

INTRODUCCIÓN

La iniciación sexual temprana siempre ha estado relacionada con problemas de la salud sexual y reproductiva. En la actualidad su abordaje en las adolescentes tiene gran auge debido a ser este grupo poblacional de gran vulnerabilidad. El embarazo precoz se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial y claramente se observa que la adolescencia es la etapa de la vida del ser humano caracterizada por profundos y complejos, cambios fisiológicos, psicológicos, anatómicos y sociales que culminan en la transformación de quienes hasta ahora fueron niñas en adultas. (18)

Por lo que el embarazo en edades tempranas de la vida constituye en nuestros tiempos un reto de considerable envergadura, ya que las consecuencias implícitas en este problema de orden biopsicosocial repercuten en la calidad de vida de la madre joven y de su familia, y determinan un riesgo considerable para el futuro de su hijo. (18)

En la presente investigación sobre embarazo adolescente y su relación con factores biológicos, obstétricos, sociales, y económicos en madres adolescentes se pudo observar que son muchos los factores que se relacionan con la frecuencia del embarazo en la adolescencia pero el que está muy estrechamente relacionado es el factor económico y dentro de estos el grado de instrucción un factor que guarda relación significativa, la mayoría de ellas tenían secundaria incompleta, claramente está que a menor grado de instrucción mayor será la edad de los embarazos en adolescente constituyéndose un factor de riesgo pues el grupo de edad que presentó mayor frecuencia de embarazos fue la comprendida entre 17 a 19 años.

Habiéndose identificado estos factores en el ámbito de estudio, se espera que contribuya para que las autoridades planteen algunas estrategias de intervención y se beneficie en especial la población adolescente y se mejoren los indicadores en cuanto a salud materna perinatal en la región

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

El embarazo adolescente es un problema social a nivel mundial; de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) hay más de mil millones de adolescentes, 85% en los países en desarrollo, más de la mitad han tenido relaciones sexuales antes de los 16 años, existen 11 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual (ITS) curables en menores de 25 años, más de la mitad de los casos nuevos por VIH (más de 7, 000 por día) ocurre en jóvenes. La violación e incesto en el 7% al 34% de las niñas y en 3 al 29% de los niños, el 10% de los partos acontece en adolescentes, la mortalidad materna es de 2 a 5 veces más alta en las mujeres menores de 18 años que en aquellas de 20 a 29 años. Cada 5 minutos se produce un suicidio de adolescentes por problemas inherentes a su salud sexual y reproductiva. (1)

El embarazo adolescente es una condición que mundialmente se encuentra en aumento principalmente en edades más precoces, debido a que cada vez con más frecuencia, la proporción de adolescentes

sexualmente activas es mayor, dado fundamentalmente por la presentación de la menarquia a edad temprana y el inicio precoz de la actividad sexual. (2)

A nivel mundial, cada año dan a luz 16 millones de mujeres adolescentes (entre 15 y 19 años), lo cual equivale al 11% de todos los nacimientos registrados en el mundo. En América Latina, 22% de las niñas adolescentes inician su actividad sexual antes de los 15 años, mientras que el promedio mundial es de 11,2%; según datos de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). México tiene la tasa más alta de partos en adolescentes de 15 a 19 años, es decir en uno de cada cinco alumbramientos está implicada una joven. (2)

La población en América Latina y el Caribe ha cambiado en su estructura durante las últimas décadas, sin embargo los/as adolescentes constituyen una proporción importante de esa población, que supera el 20%. Además los jóvenes que inician precozmente su vida sexual en condiciones no planeadas y no adecuadas, lo que deriva en una alta proporción de embarazos no deseados, así como un mayor riesgo de contraer ITS/VIH/Sida. Muchos de los embarazos que ocurren en niñas menores de 15 años son producto de una violación sexual, practicada por integrantes de la familia o personas allegadas a la misma. Las relaciones sexuales en las adolescentes tempranas son frecuentes en América Latina. Entre 10 y 12% de las adolescentes de 15 a 19 años en Brasil, República Dominicana, Nicaragua. En Argentina una encuesta a madres adolescentes reveló que 64,8% de las adolescentes encuestadas se inició antes de los 16 años, y 12% antes de los 14 años. Asimismo el 13% de las adolescentes en Nicaragua y 10% en República Dominicana se casaron antes de cumplir los 15 años. El casamiento temprano, la mayoría de las veces es seguida por el embarazo y la maternidad temprana. En Nicaragua 3% de las adolescentes de 13 a 19 tuvo un(a) hijo(a) antes de los 15 años. (3)

Un estudio realizado en Colombia demuestra que más de la mitad ha tenido relaciones sexuales antes de los 16 años, la violación e incesto ocurre en 7% a 34% de las niñas y en 3% a 29% de los niños. El 10% de los partos en adolescentes, la Mortalidad Materna es de 2 a 5 veces más alta en las mujeres menores de 18 años, hay 4,4 millones de abortos inducidos, la mayoría en condiciones de riesgo, un tercio de las hospitalizaciones son por complicaciones de aborto. (4)

La pobreza y la falta de oportunidades están directamente asociadas con el embarazo adolescente y la maternidad temprana, que pueden convertirse en impedimentos para que las mujeres aprovechen al máximo sus oportunidades de desarrollo. Se estima que en los países en desarrollo aproximadamente el 20% a 60% de los embarazos son no deseados, y que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad. Las pacientes adolescentes embarazadas sufren posteriormente problemas de tipo socioeconómicos, determinados por una menor educación, mayor dificultad para conseguir empleo, generalmente el abandono de su pareja y finalmente mayor pobreza en la población. (4)

La sexualidad de las adolescentes se caracteriza por la dificultad de acordar un modelo de comportamiento con sus parejas, así como por relaciones inestables, conflictos emocionales, secretos, actitudes rebeldes y, con frecuencia, relaciones sexuales no protegidas, especialmente en los primeros momentos de su actividad sexual. Asimismo, las adolescentes se ven expuestas con frecuencia a la violencia basada en género y especialmente a la violencia sexual. Con frecuencia las adolescentes en América latina no usan métodos anticonceptivos, a pesar que una importante proporción de ellas los conocen. Se debe tener en cuenta que los embarazos no planeados ocurren por la falta de información sobre métodos anticonceptivos, relaciones sin protección, falla anticonceptiva, uso incorrecto de métodos anticonceptivos. (4)

El embarazo temprano ocurre en todos los estratos sociales pero predomina en los sectores de menor nivel socioeconómico, y en los países en desarrollo. Un informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) reporta que en un conjunto de países latinoamericanos analizados la tasa específica de fecundidad adolescente del quintil más pobre cuadruplica la del quintil más rico. Asimismo, el embarazo adolescente es más frecuente en las jóvenes que tienen bajo nivel educativo. Asimismo, esta situación conlleva al aborto inseguro dejando serias secuelas, entre ellas la infertilidad e incluso la muerte. La maternidad temprana marca el inicio de una responsabilidad económica difícil de afrontar por estas jóvenes madres, que cuentan con pocos recursos y limitadas oportunidades laborales. El abandono de la educación formal reduce las posibilidades de lograr un adecuado posicionamiento social y laboral a lo largo de sus vidas.

(4)

El embarazo y la maternidad en adolescentes se relacionan estrechamente con los contextos de pobreza y exclusión, la falta de condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la ausencia de medidas de protección ante situaciones de riesgo. Sin bien es cierto que hoy en día, los factores de riesgo tanto biológicos, económicos, obstétricos y sociales por lo general son complicaciones con un alto grado de mortalidad materna; no debemos olvidar que cualquier tipo de estos conlleva a riesgos como: hemorragias (que podría requerir una transfusión de sangre), infecciones, daño a la madre, muerte materno-fetal y posibles daños al neonato. Muchos factores influyen en que esta urgencia obstétrica sea fatal, como es la Anemia, desnutrición, obesidad, enfermedades crónicas debilitantes, condiciones sanitarias e higiénicas deficientes, pobreza partos domiciliarios debido a preferencias culturales, religiosas, servicios de salud de baja calidad o difícil acceso a estos.

(2)

Los embarazos en adolescentes se acompañan generalmente de factores de riesgos los cuales al no ser identificados a tiempo pueden conllevar a complicaciones tanto para la madre como para el producto así tenemos los factores biológicos en la madre, tales como anemia grave, amenazas de aborto, parto prematuro o parto inmaduro, toxemia, hipertensión inducida por el propio embarazo, placenta previa, incompetencia cervical, e infecciones, entre otras. En la salud del niño se puede presentar desde bajo peso al nacer, hasta secuelas que en ocasiones son para toda la vida, como por ejemplo retraso mental, defectos del cierre del tubo neural, así como desarrollo biológico deficiente, entre otros. (4)

Con respecto a la edad de las adolescentes embarazadas existen estudios que evidencian diferencias significativas en la evolución del embarazo entre las pacientes menores de 16 años y las de 16 años y más. Stain y cols., demostró que el riesgo obstétrico en las adolescentes mayores (entre 16 y 19 años) estaba asociado con factores sociales como pobreza más que con la simple edad materna. En contraste, en las pacientes menores de 16 años, los resultados obstétricos y perinatales son dependientes de la edad materna por sí misma. Algunos autores concluyen que las pacientes adolescentes embarazadas que reciben un adecuado control perinatal no presentarían mayor riesgo obstétrico que una embarazada adulta de similar nivel socioeconómico. Dentro de los riesgos obstétricos tenemos que los esfuerzos de la adolescente por ocultar su embarazo y la dificultad para disponer de servicios adecuados o la inexistencia de un servicio médico prenatal hacen que no tengan la supervisión y acompañamiento que necesitan. Alrededor del 20% de la población de los países en desarrollo está crónicamente desnutrida. Las adolescentes tienen las demandas nutricionales aumentadas por estar en una etapa de rápido crecimiento, y el embarazo acentúa estas necesidades. La desnutrición influye en el peso fetal. (4)

En un estudio transversal llevado a cabo con 854.377 mujeres latinoamericanas embarazadas, se halló que las adolescentes de 15 años o menos tenían más anemia, más riesgo de muerte materna y muerte neonatal temprana, en comparación con las mujeres de 20-24 años de edad. Además, todos los grupos de edad de las adolescentes tenían mayor riesgo para hemorragia postparto vaginal instrumentado, episiotomía, bajo peso en el momento del parto, parto prematuro y feto pequeño para la edad gestacional. Otras condiciones, como la preeclampsia, eclampsia, amenaza de parto prematuro, parto pretérmino, distocias y la mayor frecuencia de cesáreas, con sus posibles complicaciones, La mortalidad materna son hasta 2,5 veces mayor en menores de 15 años comparado con la mortalidad del grupo de 20-24 años. El aborto inducido es el método frecuente para terminar el embarazo y constituye una de las principales causas de mortalidad materna, especialmente cuando tiene lugar en circunstancias inadecuadas y sépticas. (4)

La disfunción familiar como un factor de riesgo social, así un mal funcionamiento familiar predispone a una actividad sexual prematura y un embarazo puede ser visto como la posibilidad de huir de un hogar patológico donde la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto. Como factores de riesgo asociados a la familia, se han descrito también la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres. Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación precoz de la actividad sexual. En la adolescencia media, el egocentrismo propio de la etapa les hace asumir a ellas que “eso no les va a pasar”.

Las zonas de pobreza lo que genera la falta de oportunidades para la mujer, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tienen

mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y de acceso a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo. Los medios de comunicación, a través de los mensajes comercializados y estereotipados, han contribuido a la reducción de las barreras culturales que, en el pasado, limitaban la actividad sexual. Muchas veces, de hecho, promueven la actividad sexual temprana. La pérdida de patrones religiosos tradicionales es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad. (4)

El factor de riesgo en el embarazo de Adolescentes varía dependiendo de la región y el grado del desarrollo del país estudiado, EE.UU., anualmente cerca de un millón de embarazos corresponde a madres adolescentes, contribuyendo un 12% del total de embarazos. En países menos desarrollados la proporción de embarazo en adolescentes es de aproximadamente 15,2% en Chile y del 25% en el caso del salvador pudiendo llegar a cifras elevadas como del 45% del total de embarazos en algunos países africanos (4).

El porcentaje de nacimientos en madres adolescentes es de 28,3% en relación con el total de nacimientos. Las proyecciones realizadas por el Instituto de Estadística y Censos, señalan una tasa de 152 nacimientos por cada 1000 nacidos vivos mujeres entre 15 y 19 años, cifra superior a la registrada por la última encuesta demográfica realizada en 2010, que indicó una tasa de 139 por cada 1000. Por cada dos adolescentes embarazadas en el área urbana, existen tres en la misma condición en el área rural. De cada 10 nacimientos, 3 son de madres adolescentes y más de la cuarta parte ocurren fuera de las unidades de salud, lo que ha incrementado los factores de riesgo en adolescentes. La tendencia del embarazo en adolescentes se ha mantenido alrededor del 30% a nivel nacional, actualmente el Ministerio de Salud está implementando “Estrategias y lineamientos básicos y específicos para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia. Los mayores porcentajes de adolescentes que son madres o están embarazadas 37% se presentan

entre las mujeres sin educación, entre las causas que determinan el embarazo están el abuso sexual o sexo forzado, uniones tempranas, patrones familiares y culturales y el escaso conocimiento e información en algunas regiones y grupos sociales (5).

En el Perú, el comportamiento sexual y la edad de inicio de las relaciones sexuales de las adolescentes, así como la incidencia del embarazo, varían según identidad étnica, región de procedencia, nivel educativo y estrato socioeconómico al que pertenecen. En todos los casos, son las adolescentes en situación de pobreza y exclusión social las más vulnerables, tanto en las áreas urbano-marginales como en las áreas rurales del país. El embarazo adolescente no está condicionado o determinado por un solo factor, son varios elementos que, al combinarse, incrementan el riesgo de que una adolescente quede embarazada. En el análisis de los factores determinantes del problema se pueden identificar eventos tales como: La edad de inicio de las relaciones sexuales en las adolescentes sin información sobre su sexualidad ni acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y, la edad en la que ocurre el primer embarazo. (6)

En el Perú el 12,7% de adolescentes entre 15 y 19 años ya es madre o está embarazada. Convirtiéndose este en un factor de riesgo para esta, sin embargo, es importante reconocer que más de la mitad 55% de estos embarazos no fue deseado, a mayor educación existen menores tasas de embarazo en la adolescencia, porque las adolescentes tienen acceso a más información en sexualidad y a métodos anticonceptivos, pero, además, tienen perspectivas de mejores condiciones de vida y desarrollo. En el sector urbano la cifra se reduce a 9,5%, mientras que en la zona rural asciende a 20,3%. En la selva, el 29,2% de adolescentes de 15 a 19 años ha estado embarazada alguna vez. Continúa el resto de la costa (11,8%), sierra (11,2%) y Lima Metropolitana 8,7%. (6)

La mayoría de ellas solo tiene estudios primarios y es pobre. Por otro lado, entre los años 2000 y 2011, se ha observado una tendencia hacia el incremento de la proporción de madres adolescentes en los departamentos de Madre de Dios (de 23,6 a 27,9%), Pasco (de 13,4 a 17,0%), Ica (de 8,8 a 14,6%), Tumbes (de 11,1 a 17,5%), Piura (de 9,7 a 13,3%), Junín (de 10,4 a 15,1%), Puno (de 12,0 a 14,5%), Moquegua (de 7,1 a 9,1%), y Tacna (de 8,0 a 9,0%. (6)

Preocupante especialmente las repercusiones bio-psico-sociales del embarazo precoz, el riesgo obstétrico en las adolescentes mayores (16 a 19 años) estaría asociado con los factores sociales más que con la edad materna, mientras que en las de 14 años y menos los resultados obstétricos perinatales son dependientes de la edad materna. La evidencia muestra que las mayores de 15 años, cuando reciben apoyo y tienen un adecuado control prenatal, tienen resultados obstétricos comparables a los de mujeres de mayor edad; mientras que las de 15 años y menos presentan mayor riesgo de complicaciones en el embarazo y el parto.(7)

Según el Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2014–2021 de La Libertad, el 26,4% de adolescentes embarazadas corresponde a la edad de 18 años; el 24,8%, a la edad de 19 años; y el 21,6%, a la de 17 años. Asimismo, el 30,8% de adolescentes que alguna vez estuvieron embarazadas corresponde al área rural y el 41,5% tiene nivel educativo primario, la mayoría de los embarazos son no deseados; los embarazos en adolescentes. (7)

En el Distrito de Guadalupe se observa que hay una gran cantidad de mujeres que tienen factores de riesgo especialmente las adolescentes. El embarazo en la adolescencia no sólo representa un problema de salud, también tiene una repercusión en el área social y económica, dado que implica menores oportunidades educativas o el abandono total de los estudios por parte de la madre adolescente, lo que incide

en el incremento de la exclusión y de las desigualdades de género, coadyuvando en el fortalecimiento del círculo de la pobreza. (8)

A partir de esta realidad y no existiendo en nuestro medio trabajos de investigación respecto al problema a investigar. Se presenta el proyecto de investigación Titulado: “Embarazo adolescentes y su relación con factores Biológicos; Obstétricos, Sociales y Económicos en madres Adolescentes atendidas en el Hospital Tomas Lafora -Guadalupe, 2015”.

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Delimitación Temporal:

El presente trabajo de investigación se ejecutó en el año 2016, siendo un trabajo de carácter retrospectivo por lo tanto la información a recopilar será las historias clínicas de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital de Guadalupe Tomás Lafora, de Enero a Diciembre del año 2015.

1.2.2 Delimitación Geográfica

La presente investigación se realizó en el Hospital Tomás Lafora de Guadalupe, que se ubica en la Región La Libertad, perteneciente a la provincia de Pacasmayo y ubicado en el distrito del mismo nombre; cito en la calle Santa Victoria S/n de Guadalupe

1.2.3 Delimitación Social

Los sujetos de estudio fueron las gestantes adolescentes que fueron atendidas en el Hospital Tomás Lafora de Guadalupe, teniendo en cuenta los reportes estadísticos que cuenta con la información, según registro de atenciones de la Unidad de Estadística e Informática de esta Institución, existiendo un total de 102 mujeres gestantes adolescentes atendidas en este Hospital, de Enero a Diciembre del año 2015.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es la relación entre embarazo adolescente y los factores: Biológicos, Obstétricos, Sociales y Económicos, atendidas en el Hospital Tomás Lafora–Guadalupe, 2015?

1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS

¿Cuáles son los factores biológicos relacionados al embarazo adolescente?

¿Cuáles son los factores obstétricos relacionados al embarazo adolescente?

¿Cuáles son los factores sociales relacionados al embarazo adolescente?

¿Cuáles son los factores económicos que están relacionados al embarazo adolescente?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores: Biológicos, Obstétricos, Sociales, Económicos y su relación con el embarazo en adolescente, en el Hospital Tomás Lafora –Guadalupe, 2015.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el factor biológico preponderante según grupo etáreo.
- Identificar el factor obstétrico preponderante según grupo etáreo.
- Identificar el factor social preponderante según grupo etáreo.
- Identificar el factor económico preponderante según grupo etáreo.

1.5 HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 HIPÓTESIS GENERAL

Los factores biológicos, obstétricos, sociales y económicos guardan relación significativamente con el embarazo adolescente. En el Hospital Tomás Lafora Guadalupe, 2015.

1.5.2 HIPÓTESIS SECUNDARIAS

Los factores biológicos, se relacionan significativamente con el embarazo en adolescentes.

Los factores obstétricos se relacionan significativamente con el embarazo en adolescentes

Los factores sociales se relacionan significativamente con el embarazo en adolescente

Los factores económicos se relacionan significativamente con el embarazo en adolescente.

1.5.3 VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Embarazo Adolescente

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Factores:

V1: Biológico.

V2: Obstétrico.

V3: Social.

V4: Económico.

3.3 CONTRASTACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA O CRITERIOS DE MEDICIÓN
Dependiente Embarazo Adolescente	Grupo de población que se encuentra entre las edades de 10 – 19 años	Edad	<ul style="list-style-type: none"> - A. temprana - A. Mediana - A. Tardía 	10 – 13 años 14 – 16 años 17 – 19 años
Independiente Biológicos	Se define como la probabilidad de alterar el equilibrio del estado general físico, mental y social en todos los aspectos durante el proceso de reproducción el mismo que afectara a la madre, feto o al recién nacido Pero	Talla	Alta baja	<1,50 cm >1,50cm
		Peso	<ul style="list-style-type: none"> - Bajo peso - Peso normal - Sobre peso 	<ul style="list-style-type: none"> - Percentil. 75 –90 - Percentil 50 – 75 - Percentil 25 - 50
		Paridad	<ul style="list-style-type: none"> - Primípara - Multípara 	1 > 2

	también afecta de manera indirecta al padre y la familia	Periodo Intergenésico	<ul style="list-style-type: none"> - Corto - Largo 	<ul style="list-style-type: none"> ≤ 2 años ≥ 4 años
Obstétrico	Un factor de riesgo obstétrico se define como aquél que directa o indirectamente contribuye a que se modifique el desarrollo normal del feto, el estado materno o ambos.	Mala historia obstétrica	<ul style="list-style-type: none"> RN grande RN muerto RN prematuro Abortos repetidos Ef. hemolítica 	<ul style="list-style-type: none"> - >4.500gr - <37ss - >3 abortos - incompatibilidad del factor Rh
		Abortos	<ul style="list-style-type: none"> - Inevitable - Completo - Incompleto - Séptico 	<ul style="list-style-type: none"> - Dilatación del cuello uterino, sangrado. - expulsión total del producto - restos ovulares, sangrado profuso. - fiebre >38°C, hemorragia vaginal, dolor intenso.

		Anemia	<ul style="list-style-type: none"> - Leve - Moderado - Severa 	<p>< 11 gr / dl</p> <p>< 9 gr /dl</p> <p>< 7 gr / dl</p>
		Hipertensión inducida por el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> - Leve - Severa 	<p>P/A ≥ 140/90 mm gh</p> <p>P/A ≥ 160/110 mm gh</p>
		Infección del tracto urinario	<ul style="list-style-type: none"> - Uretritis y cistitis - Pielonefritis 	<ul style="list-style-type: none"> - Afebril, polaquiuria, ardor al miccionar - fiebre escalofríos dolor lumbar, escalofríos convulsivos
		Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> - Pregestacional - Gestacional 	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo 1 y tipo 2 - Inicia en el embarazo

		Desprendimiento prematuro de placenta	<ul style="list-style-type: none"> - DPP con hemorragia oculta - DPP con hemorragia externa 	<ul style="list-style-type: none"> - Se da en un 20% - se da en un 80%
		Rotura prematura de membranas	<ul style="list-style-type: none"> - Oportuna - A termino - Pretérmino - Precoz 	<ul style="list-style-type: none"> - Durante TdP - Luego de las 37s. - Antes de las 37s. - Antes del TdP
		Retardo de crecimiento uterino	<ul style="list-style-type: none"> - Simétrico - Asimétrico 	<ul style="list-style-type: none"> - Feto pequeño con reducción en todas sus medidas - Feto con tallas normales, pero con bajo peso

		Parto prematuro	Antes de las 37 semanas	<ul style="list-style-type: none"> - Parto inmaduro 22 - 27ss - PP Moderado 32 - 36ss - PP Severo <32 ss - Pretérmino extremo < 28ss
		Trabajo de parto prolongado	A. Fase latente A. fase activa A. Periodo expulsivo	<ul style="list-style-type: none"> - Primípara >20 h Multípara >14 h - Primípara >12 h Multípara >8 h - Primípara >2 h Multípara >1 h
		Cesárea	emergencia	<ul style="list-style-type: none"> - Existe una patología que pone en riesgo la vida del feto

Social	Los riesgos sociales de un embarazo en la madre adolescente se traducen en mayor deserción escolar y baja escolaridad, desempleos más frecuentes. Mayor riesgo de separación, divorcio y abandono. Mayor número de hijos.	Procedencia	<ul style="list-style-type: none"> - Urbana - Rural 	<ul style="list-style-type: none"> - No sujeto a escala
		Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> - Soltera - Casada - Conviviente 	<ul style="list-style-type: none"> - No sujeto a escala
		Consumo de sustancias nocivas	<ul style="list-style-type: none"> - Alcohol - Tabaco - Drogas 	<ul style="list-style-type: none"> - Cigarrillos - Marihuana - PBC
		Tipos de Familia	<ul style="list-style-type: none"> - F. funcional - F. disfuncional 	<ul style="list-style-type: none"> - Padres que viven juntos - Padres separados
		Relaciones sexuales	<ul style="list-style-type: none"> - Con protección - Sin protección 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de MAC - No uso de MAC

		Violencia familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Maltrato - Abuso sexual 	<ul style="list-style-type: none"> - Físico, psicológico - violación
Económico	La pobreza o poca capacidad económica de las adolescentes	Ingreso económico	<ul style="list-style-type: none"> - Alto - Medio - Bajo 	<ul style="list-style-type: none"> > 750 = 750 < 750
		Escolaridad	<ul style="list-style-type: none"> - Completa - Incompleta 	<ul style="list-style-type: none"> - Primaria - Secundaria - Universidad

1.6 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El embarazo en adolescentes es un fenómeno bio-psico-social de gran importancia, debido al aumento progresivo en todo el mundo en especial en Latinoamérica. Además, las múltiples y graves consecuencias que deja en las adolescentes y su hijo. A pesar de los avances logrados en salud sexual y reproductiva aún es elevado el número de embarazo no deseado que ocurre en la población adolescente.

El presente trabajo de investigación toma vital importancia ya que se realizará con la finalidad de determinar y analizar el embarazo adolescente y su relación con los factores: Biológicos, sociales y económicos en las gestantes atendidas en el Hospital de Guadalupe Tomás Lafora, de tal forma que los resultados constituyan una línea de base de la realidad local ya que no se cuenta en la actualidad en nuestro medio con trabajos de investigación a fines que permitan conocer esta problemática y ofrecer acciones de prevención, mediante el oportuno reconocimiento de los factores que afectan la salud de la mujer embarazada, los mismos que al no ser reconocidos en forma oportuna incrementan el riesgo de morbilidad materna perinatal.

Con esta investigación se beneficia a la comunidad, aportando conocimientos nuevos que se adquirirán durante el desarrollo de la investigación, para el profesional de obstetricia; cuyos resultados servirán para recomendar a la institución estrategias de trabajo que puedan contribuir a la disminución del problema, implementando cuidados específicos para disminuir los factores de riesgo, fundamentado en algunas teorías y a los directivos del Hospital Tomas Lafora, para impulsar medidas estratégicas que permitan identificar a tiempo los factores de riesgo y prevenir las complicaciones derivadas de estos, además de considerarse necesaria la investigación también es factible y oportuna para influir

positivamente en la reducción de las complicaciones materno – perinatales.

El presente trabajo es relevante porque permitirá dar a conocer los factores más frecuentes en la gestante y así reducir la morbilidad materna perinatal a través de la implementación de estrategias adecuadas y fortalecimiento de las capacidades del personal de salud. A pesar de los esfuerzos de las instituciones responsables por disminuir los altos índices de morbilidad materna, aún constituye un problema para la salud de la gestante adolescente.

La investigación es viable, pues se dispone de los recursos necesarios para llevarla a cabo. Se buscará la autorización de la dirección del Hospital de Guadalupe Tomás Lafora. Así mismo se obtendrá el apoyo del personal que labora en dicha institución, lo cual facilitará la recolección de los datos. Constituyendo el presente un aporte más que irá en beneficio del binomio madre-niño.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Suarez, M, en un estudio titulado: Prevalencia y factores de riesgo en embarazos de adolescentes atendidas en los hospitales del ministerio de salud pública Santa Elena. Ecuador (2014), cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y factores de riesgo de embarazo adolescente en la provincia de Santa Elena. Estudio de diseño retrospectivo, descriptivo, no experimental, utilizando información obtenida de 1919 historias, los resultados muestran una prevalencia de 14%, en comparación al año 2011 en que se reportó un 11%; también se evidenció que el 52,4% fueron adolescentes tardíos y el 43% son solteras, la mayoría nació en el cantón La Libertad, el 5,1% trabajan. En los antecedentes personales, expresan que existe violencia familiar, el 1,0% indican que han sufrido maltrato, existiendo problemas de alcohol y drogas en el hogar. Dentro de los hábitos, los adolescentes que tomaron alcohol y fumaron tabaco lo hicieron a los 16 años, en la conducta sexual encontramos que el 1% tuvieron relaciones sexuales en la adolescencia temprana, el 2,3% declaran que fue en forma

involuntaria, el 1,3% de las adolescentes sexualmente activas han adquirido alguna ITS, asimismo el 3,6% expresan haber abortado (9).

Romero, K. Cuenca, en un estudio sobre: Prevalencia y factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes que acuden a consulta externa del hospital básico Ecuador (2014), cuyo Objetivo fue: Determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes que acuden a consulta externa del área de salud. Los Resultados fueron: se encontraron 119 embarazadas adolescentes con una prevalencia de 10,52% en comparación con el total de la población en riesgo y de 24,54% si consideramos el total de pacientes que acudieron a control prenatal. Los factores de riesgo que tuvieron significancia estadística fueron inicio precoz de la vida sexual activa OR: 14,62 (IC95%: 2,70 – 79,07), consumo de alcohol OR: 1,05 (IC95%: 1,00 – 1,08) y tabaco OR: 1,05 (IC95%:1,00 – 1,08). Las Conclusiones: Los factores de riesgo que influyen de manera significativa en el embarazo adolescente son: Inicio de la vida sexual activa precoz, abuso sexual, consumo de alcohol y tabaquismo (10).

Muñoz, M. Limón Indanaza-, realizó un estudio titulado: Prevalencia y factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes que acuden a consulta externa del Hospital Ecuador (2013), cuyo Objetivo fue: Determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a embarazos, se realizó un estudio analítico trasversal en el que se investigó la prevalencia y los factores de riesgo relacionados con el embarazo en adolescentes los resultados: Se encontraron 119 embarazadas adolescentes con una prevalencia de 10,52% en comparación con el total de la población en riesgo y de 24,54% si consideramos el total de pacientes que acudieron a control prenatal. Los factores de riesgo que tuvieron significancia estadística fueron inicio precoz de la vida sexual activa OR: 14,62 (IC95%: 2,70 – 79,07), consumo de alcohol OR: 1,05 (IC95%: 1,00 – 1,08) y tabaco OR: 1,05 (IC95%: 1,00 – 1,08). Las conclusiones fueron: Los factores de riesgo

que influyen de manera significativa en el embarazo adolescente son: Inicio de la vida sexual activa precoz, abuso sexual, consumo de alcohol y tabaquismo (11).

Odean I. Maipú, M., realizó un estudio titulado: Los factores sociales que influyen en el embarazo y en el uso de anticonceptivos de adolescentes, Argentina (2013), cuyo objetivo fue: determinar cuáles son los factores sociales que influyen en el embarazo y en el uso de anticonceptivos de adolescentes. El trabajo se basó en entrevistas en profundidad a distintos actores relacionados con el tema de embarazos adolescentes y uso de anticoncepción los resultados: Las entrevistas con las madres adolescentes muestran variadas experiencias y opiniones sobre anticonceptivos y acceso a información sobre salud reproductiva. Las entrevistas con profesionales de la salud y lo aportado por las investigadoras muestran que a menudo los embarazos adolescentes son intencionales, entonces no hay necesariamente una falta de acceso a anticonceptivos, sino que son prevalentes por factores culturales y sociales. Conclusión: La situación en esta comunidad es un reflejo del fenómeno en contextos de pobreza en general en Argentina. Estas causas incluyen la falta de educación, la expectativa de las mujeres adolescentes para ser madres, la falta de aprobación de la sexualidad de las mujeres, la ideología y creencias en contra del uso de anticonceptivos en la comunidad, mitos sobre anticonceptivos (12).

Gómez, C. Montoya, P. en un estudio titulado: Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño Colombia (2012), cuyo objetivo fue Establecer la relación entre los factores sociales, demográficos, familiares y económicos con el embarazo en adolescentes de 13 a 19 años, cuyos resultados son: Las adolescentes que respondieron las encuestas fueron 193. Los factores asociados mediante el análisis multivariado con mayor riesgo de embarazo adolescente los Fueron: la edad (OR: 8,33 IC; 1,82-38,14), el estrato socioeconómico (OR:

12,52 IC; 1,58-98,91), la ocupación (OR: 7,60 IC: 3,0-19,27), la convivencia con la pareja (OR: 17,47 IC; 3,63-83,94), el inicio temprano de las relaciones sexuales (OR: 1,95 IC; 0,69-5,5), el número de compañeros sexuales (OR: 1,70 IC; 0,74-3,86), el nivel de escolaridad del padre (OR: 3,05 IC: 1,01- 9,22), el hecho de haber sido violada (OR: 3,66 IC; 1,12-11,96) y los ingresos económicos familiares (OR: 3,98 IC; 1,45-10,92). Las conclusiones fueron: el estudio encontró que la edad, el estrato socioeconómico, la ocupación, la convivencia con la pareja, el inicio temprano de las relaciones sexuales, el número de compañeros sexuales, el nivel de escolaridad del padre, haber sido violada y los ingresos económicos familiares estaban asociados con el embarazo en adolescentes en el área urbana del municipio de Briceño (13).

Rodríguez, V. Cuenca-. Estudio titulado: "Incidencia del embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en maternidad Mariana de Jesús" de septiembre 2012 a febrero del 2013" Ecuador. Cuyo Objetivo fue: Realizar un estudio actualizado de la problemática que presenta la adolescente embarazada. El estudio es de tipo descriptivo, con diseño no experimental, longitudinal, prospectivo los resultados el mayor porcentaje de adolescente embarazada se presentó en pacientes de 15 a 17 años de edad con el 56%, mientras que en el rango de 18 años fue de 34%, y el menor porcentaje presento las pacientes de 12 a 14 años con el 10%. Dentro de las causas psicosociales el mayor porcentaje presenta por la Falta de educación sexual 30%, luego problemas familiares 23%, seguido de maltrato familiar y pobreza con el 20% cada uno, y 7% abuso sexual (14).

Arce, A. Romero, M et al., realizaron un estudio titulado: Factores de riesgo presentes en el embarazo adolescente, Hospital Universitario Materno-Infantil Ángel Arturo Aballí Arellano ubicado en el municipio Arroyo Naranjo, La Habana-Cuba, (2012), cuyo objetivo fue:

Determinar la incidencia del embarazo en las adolescentes así como las circunstancias sociales, psicológicas y biológicas en las que se desarrolló la gestación. Es un estudio observacional, prospectivo y descriptivo de corte transversal de las madres adolescentes cuyos partos se produjeron en este período. De un total de 6460 madres que aportaron recién nacidos vivos, 976 fueron en madres adolescentes, siendo ésta la muestra en estudio. Resultados: La adolescencia tardía donde ocurre la mayoría de los embarazos representando el 67,2%, siendo solteras el 61,8% y se encontraban en la etapa estudiantil el 65,1% de ellas. El 75% iniciaron sus primeras relaciones sexuales entre los 14 a 17 años, siendo el olvido la causa fundamental del no uso de los anticonceptivos para un 44,8%. La mayoría de estas adolescentes tenían el antecedente de 2 o más abortos provocados (46,3%). El 53,8% de las adolescentes comenzaron su embarazo con índice de masa corporal normopeso. Conclusión: Que en nuestro estudio prevaleció el embarazo en aquellas jóvenes que se encontraban en la adolescencia tardía, estaban estudiando y eran solteras. La mayoría de ellas iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 17 años y no utilizaron métodos anticonceptivos por olvido. Se presentó con mayor porcentaje aquellas embarazadas adolescentes con buen peso al inicio de la gestación y que ya tenían más de 2 abortos previos (15).

García, J. en un realizó un trabajo titulado: “Factores de riesgos biológicos y sociales en los adolescentes del municipio Regla” Cuba, (2012). Objetivo: Caracterizar el comportamiento de los factores de riesgos biológicos y sociales en los adolescentes, estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en 979 adolescentes entre 15 y 19 años los resultados, el 52 % de los adolescentes fueron del sexo femenino y el 48 % del sexo masculino. Presentaron riesgo biológico el 40 % de los adolescentes y el 42 % riesgo social. El factor de riesgo biológico que más predominó fue el hábito de fumar en 17 % y el asma bronquial en un 15 %. El factor de riesgo social más común fue la familia

disfuncional en un 22 % y la desvinculación en un 12 %. Conclusiones. Predominaron los adolescentes sin riesgo biológico y social. El hábito de fumar, el asma bronquial, las familias disfuncionales y la desvinculación fueron los riesgos que más predominaron. Los riesgos biológicos predominaron en el sexo masculino y los sociales en el sexo femenino (16).

Ferrer, R. Salerno, A. en su estudio, Factores de riesgo en las adolescentes embarazadas, Departamento de Salud Reproductiva y Pediatría, Escuela de Enfermería Universidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, Carabobo – Venezuela, (2012). El Objetivo fue: Identificar Factores de riesgo en las adolescentes embarazadas. El estudio es de tipo no experimental descriptivo. Resultados: un 60% de las jóvenes madres pertenecen a familias cuyos padres están separados; y un 40% no ha vivido nunca una situación familiar estable. En el mismo sentido, se comprueba que el embarazo precoz es más frecuente en jóvenes cuyas madres son solteras o lo eran al concebir a su hija. Conclusión: Ser madre a temprana edad no es solo un problema social, económico y familiar, sino también un problema de salud. El embarazo en la adolescencia es casi sinónimo de morbilidad y mortalidad tanto para la madre debido a problemas tales como anemia grave, toxemia, placenta previa o un embarazo prematuro (17).

Álvaro, J. en su estudio sobre: Factores de riesgo asociados a adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que acuden a su control prenatal en el hospital municipal Copacabana, provincia manco Kapac. Departamento de la Paz. Octubre a diciembre 2011 La Paz – Bolivia, Cuyo Objetivo fue: Determinar los factores de riesgo asociados a adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que acuden a su control prenatal, el diseño de estudio analítico, prospectivo y descriptivo. Los Resultados de este trabajo de investigación nos muestran el nivel de instrucción y nivel de ingreso económico, percepción familiar tiene un

resultado muy contradictorio porque el porcentaje mayor de un 31 % vive con sus padres. Conclusiones: Existe asociación entre el nivel de instrucción, nivel de ingreso económico en el embarazo en la adolescencia. El factor de riesgo percepción familiar no está asociado al embarazo en adolescentes. Las adolescentes tienen menos posibilidades de quedar embarazadas si concluyen sus estudios hasta nivel secundario. La mayoría de la población estudiada pertenece a un nivel socioeconómico bajo por lo que gran parte de la de ellas se ven en la necesidad de trabajar a corta edad, cuando están embarazadas cuentan con un ingreso menor ya que quedan al cuidado de su hijo (18).

Osorio. R. En su tesis titulada Factores que se asocian al Embarazo en Adolescentes Atendidas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, Lima- Perú, (2013). El Objetivo: Determinar los principales factores características, sociodemográficas en el embarazo de adolescentes atendidas en los consultorios externos de Gineco – Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, realizó un estudio de tipo cuantitativo, con diseño observacional-descriptivo. Se entrevistó a 100 pacientes adolescentes gestantes. Resultados: como sigue; el 90% se encuentran entre los 14 a 19 años de edad, el 80% no planificaron su embarazo, 64% provienen de familias desintegradas, 75% tienen grado de instrucción secundaria, 65% reciben apoyo económico de sus padres, 62% inicio sus relaciones sexuales entre los 14 a 16 años de edad y 82% tiene algún conocimiento sobre los métodos anticonceptivos las Conclusiones: Las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora tienen ciertas características sociodemográficas comunes en el embarazo; la temprana edad de inicio de las relaciones sexuales, bajo nivel educativo, de origen familiar desintegradas y tienen conocimiento de métodos anticonceptivos (19).

Bárcena O. En su tesis titulada Factores de Riesgo Asociados a Parto Pretérmino en Adolescentes Atendidas en el Hospital Hipólito Unanue, Tacna, (2012) Con el Objetivo de determinar los factores de riesgo asociados a parto Pretérmino en adolescentes, realizó un estudio retrospectivo, analítico, de casos y controles Se comparó 101 adolescentes con parto Pretérmino y 303 adolescentes de parto a término, seleccionadas al azar 3 controles por caso. Los Resultados obtenidos fueron, la frecuencia de embarazos en adolescentes fue 21,5%, siendo la frecuencia de parto Pretérmino en adolescentes de 4,2%. La mayoría de gestantes adolescentes fueron convivientes, con grado de instrucción secundaria, sin hábitos nocivos, sin antecedentes patológicos, primigestas, nulíparas, con menos de 7 controles prenatales y con anemia. Los factores que se asocian significativamente a parto Pretérmino en adolescentes fueron: controles prenatales < de 7, anemia materna, pre eclampsia, amenaza de aborto y ruptura prematura de membranas (20).

2.2 BASES TEÓRICAS

A. EMBARAZO.

La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación. (46)

A.1 Etapas del embarazo

El desarrollo durante el periodo fetal consiste en el crecimiento y maduración de las estructuras formadas durante el periodo embrionario.

A.1.1 Primer trimestre.

Hacia el final de la semana 12, cuando es cuando el útero se comienza a palpar un poco por encima de la sínfisis púbica, los diámetros fetales (CRL) son de 6 a 7 cm. Los centros de osificación ya se hacen presentes en la mayoría de huesos y la diferenciación de los dedos de la mano y pies se completa. Los órganos genitales externos ya comienzan a diferenciarse y el feto exhibe movimientos espontáneos (22)

A.1.2 Segundo trimestre.

El segundo trimestre de la gestación es el más llevadero y el menos peligroso. El riesgo de aborto disminuye considerablemente, los vómitos cesan, aunque existen casos,

Hacia el final de la semana 16, el diámetro rostro caudal alcanza 12 mm, y ya el feto pesa unos 110 gramos. Hacia la semana 14 ya se puede determinar el sexo fetal por ultrasonido.

En la semana 20 el peso fetal alcanza ya unos 30 gramos y exhibe un aumento lineal hasta el final del embarazo. La piel fetal no es tan transparente y se encuentra cubierta por lanugo.

Hacia la semana 24 de gestación el peso fetal promedio es 630 gramos. Las cejas y las pestañas ya son visibles. El periodo canicular del desarrollo pulmonar fetal (agrandamiento de los bronquios y bronquiolos y formación de los ductos alveolares) se encuentra casi terminado. El saco terminal (que se requiere para el intercambio gaseoso) no está aún formado, hecho por lo cual, si un feto nace en este periodo, no sobreviviría.

De la semana 28 de gestación hacia el final de la semana 32 el feto mide unos 28 cm. (CRL) y pesa 1,800 gramos. Si no existe ninguna otra condición fetal, el feto nacido en esta edad lograra sobrevivir con un cuidado neonatal apropiado. (22)

A.1.3 Tercer trimestre.

En la semana 30 el feto tiene pulmones que pueden respirar aire sin embargo si nace en esta etapa, es posible que necesite asistencia médica para hacerlo.

Se está empezando a desarrollar grasa en el cuerpo del feto y se empieza a redondear. El peso aproximado en esta semana 1,850 gramos y una longitud de 25 cm. En la semana 36 el feto alcanza ya unos 32 cm. (CRL) de largo, un peso de 250 gramos.
(22)

B. ADOLESCENTE.

La OMS define a la adolescencia al periodo de la vida en la cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, que transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económico y fija sus límites entre los 10 y 19 años. Es considerada como un periodo de vida libre de problemas de salud pero desde el punto de vista de los cuidados de salud reproductiva, el adolescente es en muchos aspectos un caso especial. Durante la adolescencia, se desarrolla la capacidad para:

Comprender ideas abstractas como conceptos de matemática superior y desarrollar filosofías morales, incluyendo derechos y privilegios.

Establecer y mantener relaciones personales satisfactorias al aprender a compartir la intimidad sin sentirse preocupado o inhibido. Ir a hacia un sentido más maduro de sí mismos y de su propósito.

Cuestionar los viejos valores sin perder su identidad (2). En general se considera que los adolescentes son un grupo sano. Sin embargo, muchos mueren de forma prematura debido a accidentes, suicidios, violencia escolar, complicaciones relacionadas con el embarazo y enfermedades prevenibles o tratables. Este cambio produce una nueva concepción del mundo interior y del mundo exterior, un nuevo

enfrentamiento con los conceptos éticos, religiosos sociales, una nueva valoración de lo pasado y sobre todo de lo futuro que colocan al ser una crisis acuciante, profunda y larga. La adolescencia es un fenómeno cultural y social y por lo tanto sus límites no se asocian fácilmente a características físicas. (19)

La adolescencia es un periodo de transición en el desarrollo entre la niñez y la vida adulta, comienza alrededor de 12-13 años con la pubertad, que es un largo y complejo proceso en el que se producen importantes cambios biológicos como el comienzo de la menstruación en las niñas, la presencia de espermatozoides en los varones, la maduración de los órganos reproductivos y el desarrollo de características sexuales secundarias, todo esto produce el avance de la maduración sexual. (19)

Se caracteriza por la completa maduración física, social, legal; logros definidos en la maduración psicológica, conducta sexual expresiva y puede establecer relaciones íntimas y estables con definición de su rol sexual. Los adolescentes son vulnerables, porque tanto las características del ambiente familiar y social en que una persona se desenvuelve con sus propias particularidades, pueden hacerlos muy vulnerables, ya que es quien teme mayor riesgo de recibir determinada lesión o daño. No obstante, la auténtica adolescencia es un período que se caracteriza por profundos cambios físicos, psicológicos y sociales donde es difícil establecer límites cronológicos precisos para este período vital. En esta etapa de la vida, el embarazo suele representar un problema desde el punto de vista sanitario y social.

Los jóvenes de la actualidad se enfrentan a un problema: la sociedad y grupos sociales en los que conviven, los cuales los llevan a tomar decisiones que repercuten en su juventud arrastrándolos al uso de drogas, pandillerismo y embarazos en adolescentes.

La relación entre la conducta sexual del adolescente y otras preocupaciones más amplias son claras. Los estudios demuestran que las conductas de riesgo tienen factores comunes interrelacionados. Por ejemplo, los adolescentes que tienen un embarazo no deseado, practican el sexo sin protección y de riesgo, y tienen relaciones abusivas que suelen ser los mismos que consumen sustancias y tienen bajo rendimiento escolar. Hay estudios que muestran que el consumo de sustancias está relacionado con una conducta sexual de riesgo, lo que a su vez lleva a un aumento en la incidencia de embarazos no deseados e ITS, incluyendo el VIH/SIDA (Jessor, 1998). La alta fertilidad en la adolescencia está ligada a un bajo nivel educacional y a la pobreza y viceversa (Buvinic, 1998,1997); más aún, el comportamiento de riesgo se relaciona con el bajo rendimiento escolar y una menor supervisión y apoyo por parte de la familia. Las causas subyacentes a estos problemas se originan en un pobre desarrollo psicosocial y en factores sociales y medioambientales inadecuados. (19)

B.1. Fases del Periodo Adolescente

En el funcionamiento psicológico, las dimensiones más destacadas del desarrollo adolescente se dan en el plano intelectual, sexual, social y en la elaboración de la identidad. No se trata de secuencias rígidas, pues las aceleraciones y desaceleraciones de los procesos dependen, a lo menos, de las diferentes subculturas, la situación socioeconómica, los recursos personales y tendencias previas, los niveles alcanzados de salud mental y desarrollo biológico, las interacciones con el entorno, y entre estas, las relaciones de género y las relaciones intergeneracionales. Por los matices según las diferentes edades a la adolescencia se les puede dividir en tres edades. (23)

B.1.1. Adolescencia Temprana (10 – 13 Años)

- Biológicamente es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía.
- Psicológicamente el adolescente empieza a perder el interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.
- Intelectualmente aumentan unas habilidades cognitivas y sus fantasías; no controlan sus impulsos y se plantean metas vocacionales irreales.
- Personalmente se preocupa mucho más por sus cambios corporales con incertidumbres por su apariencia física.(23)

B.1.2. Adolescencia Media (14 – 16 Años)

- Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.
- Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus padres, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividades sexuales; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por la apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.(23)

B.1.3. Adolescencia Tardía (17 – 19 Años)

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

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actividades y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: un adolescente que se embaraza se comportara como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes (23)

B.2. Crecimiento y Desarrollo

Desde el punto de vista práctico, los cambios habituales del crecimiento tienen tres grandes características:

Se realizan en forma secuencial, es decir unas características aparecen antes de que aparezcan otras, como es el caso del crecimiento de los senos antes de la aparición de la menstruación(o regla o periodo) el vello púbico antes que el axilar, los miembros inferiores crecen primero que el tronco, los testículos se incrementan antes que el pene, etc. (24)

El tiempo de comienzo la magnitud y la velocidad de cada evento es considerablemente variable entre las edades y los sexos. Cada evento del crecimiento y sigue la ley de la variabilidad individual del desarrollo. Cada individuo tiene una propia manera de ser y la conserva a través de los años de la adolescencia y en el que influyen diversos factores, como su origen étnico su constitución genética o familiar, nutrición funcionamiento endocrino y ambiente sociocultural. Basado en ello, la evaluación de la maduración sexual suele ser más valiosa desde el punto de vista clínico que la edad cronológica, que es la correlación que por lo general preocupa a los padres y al mismo adolescente. (24)

Estos cambios dependen en gran medida del tipo constitucional, factores genéticos y otros más circunstanciales como la nutrición, la presencia o no de determinados desbalances hormonales que no necesariamente tienen que ser patológicos. La prevención primordial y la promoción de factores generales y específicos de protección evitan y controlan los daños y trastornos en la salud del adolescente. Algunos de estos factores de protección incluyen la educación, la nutrición, las inmunizaciones, el ejercicio físico, el tiempo libre justo la promoción de las actividades familiar, la atención al desarrollo emocional, las oportunidades de trabajo y el desarrollo de cambios en las legislaciones favorables para el niño y el adolescente (24).

B.3. Cambios Psicológicos

La etapa escolar que, coincide con la pubertad y la adolescencia es considerada como un periodo crítico, saturado de tensiones. Durante esta etapa se consolida la seguridad y la confianza en sí mismo adquiridas tras la primera infancia, y ahora al enfrentarse con nuevos conflictos ha de resistir los vaivenes emocionales a que son sometidos por la renovación pulsional: el tormentoso oleaje de los deseos reprimidos y las satisfacciones anheladas. (26)

El incremento de la tensión es el primer resultado de la reaparición de deseos inconscientes reprimidos durante la infancia, resulta difícil y crítico resistir a esta tensión que ocasionalmente se descarga a través de actitudes antes desconocidas: Egoísmo crueldad, suciedad, o dejadez por ejemplo. La disolución de la identidad infantil coincide entonces con el segundo y definitivo final de la crisis edipiana, renovada en parte de la pubertad. La vida escolar coincide con cambios psicológicos, crisis y desafíos importantes dentro del ciclo vital

humano, que son claves para el desarrollo y salud mental, donde es fundamental tener una filosofía de la vida fundamental y normativa. Dentro de las características psíquicas mencionamos algunas que guardan relación con la posibilidad aparición de conductas disruptivas en el ámbito escolar.

El aumento cuantitativo de los impulsos lleva el resurgimiento del pre genitalidad. Esto hace al niño más inaccesible, más difícil de enseñar y controlar dos temas dominantes, revivir el complejo de Edipo y desconexión de los primeros objetos de amor.

El yo salva guarda su identidad con operaciones defensivas: algunas de carácter restrictivo para el yo y otras son de carácter adaptativo, permite la descarga de impulsos inhibidos: sublimación. (26)

Polaridad activo-pasivo: problema crucial de la adolescencia: ambivalencia: no solo amar y odiar sino también polaridad de las metas instintivas, activas y pasivas. El papel pasivo de ser controlado es reemplazado por la necesidad de controlar activamente el mundo externo. Vida emocional más intensa.

La polaridad se ejercita con el yo, con el objeto y el mundo externo: pautas fluctuantes del estado de ánimo, cambios en la conducta y cambios en la capacidad de ver la realidad. Sumisión y rebelión, sensibilidad delicada y torpeza emocional, altruismo y egoísmo, ideas cambiantes y argumentos absurdos. Apetito voraz, etc.

Las reglas y valores se han independizado de la autoridad parental y operan parcialmente dentro del yo, a pesar de todo, el autocontrol amenaza con romperse y surgen los comportamientos delictivos. Esta actuación puede detenerse recurriendo a la fantasía, al autoerotismo y con una vuelta al narcisismo.

Afirmación gradual del impulso sexual adecuado que produce angustia en el yo. (16)

En ambos sexos hay un aumento del narcicismo que precede a la consolidación del amor heterosexual. Por medio de él, se protege de las desilusiones, los rechazos y los fracasos.

Los padres valorados son ahora devaluados, las críticas dirigidas contra los progenitores pueden ser pocos menos que incesantes e inspirados por motivos muy diversos.

El hambre de objetos muy reales o imaginarios es abrumadora, debe identificarse en forma positiva o negativa con el padre del mismo sexo, antes de que pueda existir amor heterosexual. La tendencia a engullir tiene que ver con el "hambre de objeto" que es la función incorporaría.

Tendencia a preservar los privilegios de la infancia y a gozar simultáneamente de las prerrogativas de la madurez es casi un sinónimo de la adolescencia misma. (16)

Existen dos fuentes de peligro interno: una es el empobrecimiento del yo: la otra es la ansiedad instintiva despertada durante el movimiento progresivo de la libido hacia la heterosexualidad.

Juegan aquí un rol importante las reacciones defensivas. La elección de defensas está de acuerdo con el surgimiento progresivo del carácter. Las medidas defensivas asumen luego una fijación adaptativa, los mecanismos de defensa son: el ausentismo y la intelectualización. El primero prohíbe la expresión del instinto, fácilmente cae en tendencias masoquistas. El Segundo vincula los procesos instintivos con contenidos ideaciones, acceden así a la conciencia y son controlados. se permite la descarga de la agresión en forma desplazada. (26)

Otra defensa es a aceptar un código de comportamiento. La motivación reside en ser igual a la conducta externa con los demás, o en llenar los requisitos de la norma de un grupo: uniformismo fuente de seguridad en la conducta compartida y mutuo reconocimiento de igualdad.

Se establecen las 3 antítesis en la vida mental: sujeto-objeto, activo-pasivo y placer-dolor, los variados procesos confluyen en la identidad del ser (26).

C. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.

Se le define como: “el que ocurre dentro de los 2 años de edad ginecológico entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquía, y/o cuando el adolescente es aun dependiente de su núcleo general de origen “. (23)

Se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida esta última por la Organización Mundial de la Salud OMS como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad. También se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad. Aunque en muchas culturas aún persiste la idea de que la mujer debe iniciar tempranamente su vida reproductiva, son diversos los argumentos que la contradicen. (41)

La OMS considera como embarazo de riesgo el que ocurre en mujeres menores de 20 años, ya que es la causa principal de mortalidad de las jóvenes que tienen entre 15 y 19 años de edad debido a complicaciones relacionadas con el parto, y los abortos practicados en condiciones de riesgo.

El embarazo en una pareja de jóvenes, en general es un evento inesperado, sorpresivo. La OPS señala que "se desarrollan

reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo” (42)

"Muchas mujeres llegan al embarazo como una manera de llenar sus múltiples carencias. La ser requerida sexualmente, las hace sentirse valoradas. Entregan ese cariño no tanto por satisfacción personal, sino por satisfacer a la persona que quieren mantener a su lado.

Es por ello que una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida en que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes. (42)

En la adolescencia temprana (10 a 13 años) se manifestará: Ligada a su madre, negación del embarazo, la maternidad provoca depresión y aislamiento, no hay lugar para el padre. El varón está ausente en sus planes. En la adolescencia media (14 a 16 años): Dramatización de la experiencia corporal y emocional, se siente posesiva en relación al feto, que a su vez es experimentado como un instrumento de la afirmación de independencia de los padres. Su actitud es ambivalente: de culpa y orgullo. El padre tiene un lugar: El varón es considerado importante como una esperanza en el futuro y en la adolescencia tardía (17 a 19 años): Adaptación al impacto de la realidad, sentimientos maternales. Búsqueda de afecto y compromiso de parte del varón y establecimiento como un futuro compañero. (42)

D. EMBARAZO DE ALTO RIESGO.

Es aquel que se acompaña de factores de riesgo sociodemográficos u obstétricos maternos o patologías médicas y obstétricas concomitantes que estadísticamente se encuentran asociados con un incremento en morbilidad (enfermedad) y mortalidad (muerte) de la madre, el feto o el recién nacido. (25)

Además es aquel en el que el riesgo de enfermedad o muerte antes o después del parto es mayor de lo habitual, tanto para la madre como para el bebé.

Para identificar un embarazo de alto riesgo, se evalúa a la mujer embarazada para determinar si presenta condiciones o características que la expongan a ella o al feto a la posibilidad de enfermar o morir durante el embarazo (factores de riesgo).

Una mujer con un embarazo de alto riesgo puede ser tratada en un centro de cuidados peri natales; peri natal es un término que hace referencia a los eventos que suceden inmediatamente antes, durante o después del parto. Por lo general, estos centros cuentan con un servicio obstétrico y una unidad de cuidados intensivos neonatales para proporcionar el máximo grado de asistencia tanto para la mujer embarazada como para el feto y el recién nacido. La causa más frecuente de ingreso en estos centros es el riesgo de un parto prematuro (antes de las 37 semanas), que se asocia a menudo con la ruptura prematura de membranas. (25)

E. FACTORES PREDISPONENTES DEL EMBARAZO

- 1. Menarca Temprana:** otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
- 2. Inicio Precoz De Relaciones Sexuales:** cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

3. **Familia Disfuncional:** uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
4. Mayor Tolerancia Del Medio A La Maternidad Adolescente Y / O Sola.
5. **Bajo Nivel Educativo:** con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.
6. **Migraciones Recientes:** con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.
7. **Pensamientos Mágico:** propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
8. **Fantasías De Esterilidad:** comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
9. **Falta O Distorsión De La Información:** es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.
10. **Controversias entre su sistema de valores e el de sus padres:** cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.
11. **Aumento en número de adolescentes:** alcanzando el 50% de la población femenina.

12. Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos (23)

13. Factores determinantes

1. Relaciones Sin Anticoncepción
2. Abuso Sexual
3. Violación (23)

F. FACTORES DE RIESGO.

F.1 Riesgo

Es la probabilidad que tiene un individuo o grupo de sufrir un daño. Daño es, por lo tanto, el resultado no deseado en función de cual se mide un riesgo. Factor de riesgo es toda característica asociada a una probabilidad mayor de sufrir un daño. Por ejemplo, una embarazada fumadora presenta un factor de riesgo (hábito de fumar) que aumenta su probabilidad (riesgo) de tener un niño de bajo peso al nacer (daño o resultado no esperado). (25)

F.2 factores de Riesgo

Casos en los que, por coincidir durante la gestación, en el parto o en el neonato circunstancias sociales, médicas, obstétricas o de otra índole, se acompañan de una morbimortalidad perinatal superior a la de la población en general. Por ello es prioritario identificar precozmente los factores de riesgo y estimar su importancia relativa en relación con el resultado perinatal para poder disminuir así las consecuencias adversas de los mismos (25).

F.3 Factores de Riesgo Biológico

E.3.1 Edad de la Madre

La edad de la mujer se relaciona estrechamente con el riesgo durante el embarazo. Las niñas de 15 años y menos tienen más probabilidades de desarrollar preeclampsia (una enfermedad caracterizada por una presión arterial elevada, proteínas en la orina y retención de líquidos durante el embarazo) y eclampsia (convulsiones producidas por la preeclampsia); también tienen más probabilidades de tener hijos de bajo peso al nacer o desnutridos. En cambio, las mujeres de 35 años o más tienen más probabilidades de desarrollar presión arterial elevada, diabetes o fibromas (formaciones no cancerosas) en el útero, así como de tener problemas durante el parto, como el Síndrome de Down aumenta con rapidez a partir de los 35 años. Si una mujer embarazada de este grupo de edad está preocupada por la posibilidad de que su feto desarrolle anomalías, puede someterse a un análisis de las vellosidades coriónicas o a una amniocentesis para determinar el contenido cromosómico del feto (25).

F.3.2 Peso de la Madre

El estado nutricional materno es un factor determinante en el crecimiento fetal y en el peso del recién nacido. El adecuado peso al nacer es sinónimo de bienestar y salud del neonato.

Al final del embarazo, la mujer aumenta unos 10 – 12 kg de peso (un 20% sobre su peso pregestacional habitual) que se distribuyen de la siguiente manera:

Feto:.....	3.000 – 3.500gr
Útero:.....	1000 gr
Placenta membranas y cordón.....	500 – 600 gr
Líquido amniótico.....	1000 – 1500 gr
Aumento de volumen sanguíneo.....	1000 – 1500 gr

Aumento de volumen mamario.....500 – 800 gr

Agua retenida, aumento de grasa.....2.400 gr

En términos generales, se considera que el peso materno sufre las siguientes variaciones en relación con la edad gestacional:

Durante el primer trimestre en total solo aumenta 1 kg (en las primeras 8 semanas, el peso puede disminuir ligeramente).

Durante el segundo trimestre aumenta 1,2 kg mensuales

Durante el tercer trimestre aumenta 1,5 a 2kg mensuales (en las dos últimas semanas el aumento de peso es mínimo, o incluso puede disminuir debido al incremento de la diuresis y al temor que evoca el parto) (43)

F.3.3 Talla de la madre

Una mujer de menos de 1,45 m de altura tiene más probabilidades de tener una pelvis pequeña; de ahí que el riesgo de tener un parto prematuro y un bebé anormalmente pequeño por retraso del crecimiento intrauterino también sea más alto de lo habitual.

F.3.4 Paridad

Es el acto de haber dado a luz por cualquier vía (vaginal o por cesárea) uno o más productos (vivos o muertos) cuyo peso al nacer fue de 500 gr. O más (si nos es posible determinar el peso, se considera una edad gestacional de 22 semanas o más). Si no alcanza este peso o edad gestacional el producto se denomina aborto.

El embarazo múltiple se consigna como una sola paridad

- Nulípara: mujer que nunca ha llegado a completar un embarazo más allá del periodo de aborto. Puede haber tenido, o no, uno o más abortos, sean espontáneos o provocados.

- Primípara: mujer que está teniendo su primer parto, o que ha parido una sola vez uno o más fetos viables
- Primiparidad precoz: cuando el primer parto ocurre antes de los 17 años
- Multípara: mujer que ha parido dos veces o mas
- Gran multípara: mujer que ha parido 6 veces o mas
- Gran multípara añosa: mayor de 40 años que ha parido 6 veces o mas
- Parturienta: mujer que está en trabajo de parto. (44)

F.3.5 Periodo Intergenésico

Es el lapso de tiempo entre el fin de un embarazo o aborto y el inicio de un nuevo embarazo. Muchos autores han descrito efectos adversos del corto intervalo Intergenésico, por lo que se sugerido que un óptimo intervalo entre gestaciones de tres años mejoraría el resultado perinatal.

El número de años transcurridos desde el último parto. Las adolescentes que se embarazan con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquía y el parto se consideran un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables. Entre 10 y 14 años hay mayores porcentajes de bajo peso al nacer, depresión al nacer, hipertensión inducida por el embarazo, elevada Morbimortalidad perinatal materna y mayor porcentaje de cesárea. Al existir poco desarrollo del eje hipotálamo hipófiso gónada durante éste período (antes de los 5 años posteriores a la menarquía), es necesario que el parto se desencadene artificialmente, si espontáneamente éste no ha ocurrido (27).

F.4. Factores de Riesgo Obstétricos

Un factor de riesgo obstétrico se define como aquél que directa o indirectamente contribuye a que se modifique el desarrollo normal del feto, el estado materno o ambos. La identificación temprana de

los factores de riesgo, seguida de una atención adecuada, pueden prevenir o modificar los resultados perinatales desfavorables. Los factores de riesgo son innumerables y su importancia puede ser mayor o menor, más cuando en una gestante pueden concurrir varios factores, con mayor efecto sobre el producto. La valoración del riesgo es un proceso dinámico, ya que se puede incrementar, disminuir o mantener sin variaciones, de ahí la necesidad de la evaluación continua de toda gestante. (45)

Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar diversas afecciones propias del embarazo que muestran mayor frecuencia en adolescentes, se trata de una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo: *Síndrome de mala adaptación circulatoria*, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí a nivel materno y/o fetal.

Existe una alta incidencia de enfermedades de transmisión sexual. Vaginosis bacteriana, con mayor frecuencia por *Gardnerella Vaginalis*, HPV.

En el puerperio la morbilidad está ligada a la vía del nacimiento. Las complicaciones son: desgarro del canal del parto por uso de instrumentos como fórceps o desarrollo incompleto de estas pacientes. (45)

F.4.1. Mala Historia Obstétrica

- Abortos repetidos

Una mujer que ha tenido tres abortos consecutivos siempre en los primeros 3 meses de embarazo tiene alrededor del 35 por ciento de probabilidades de sufrir otro. El aborto también es más probable cuando la mujer tuvo un feto muerto entre el cuarto y el octavo mes de embarazo o cuando tuvo un parto prematuro en un

embarazo anterior. Antes de intentar quedar embarazada de nuevo, es recomendable que la mujer que ha tenido un aborto se someta a una prueba de detección de anomalías cromosómicas u hormonales, defectos estructurales en el útero o en el cuello uterino, enfermedades del tejido conectivo como el lupus o una reacción inmune frente al feto, por lo general, por incompatibilidad factor de Rh. Si se descubre la causa del aborto, es posible que ésta pueda ser tratada de forma adecuada. (28)

- **Feto Nacido Muerto**

El hecho de que un feto nazca muerto o de que un bebé recién nacido muera se asocia a anomalías cromosómicas en el feto, diabetes, alguna enfermedad renal (crónica) o de los vasos sanguíneos, hipertensión arterial, drogadicción o una enfermedad del tejido conectivo, como el lupus en la madre. (28)

- **Recién Nacido Prematuro**

Por otro lado, cuanto mayor sea el número de partos prematuros, mayor es el riesgo de repetirlos en los embarazos siguientes. Una mujer que haya tenido un recién nacido con un peso menor de 1,5 kilogramos, tiene 50 por ciento de probabilidades de que su próximo hijo nazca antes de término. Si un recién nacido sufrió retraso del crecimiento intrauterino, es probable que se repita en el siguiente. En estos casos, se investiga en busca de la presencia de enfermedades que puedan retrasar el crecimiento fetal, como la hipertensión arterial, afecciones renales, aumento de peso.

- **Recién Nacido Grande**

Un recién nacido que pese más de 4,5 Kg al nacer sugiere que la madre pueda sufrir diabetes. El riesgo de aborto o muerte de la mujer o del recién nacido aumenta si la mujer padece de diabetes durante el embarazo. Por tanto, se debe controlar la presencia de esta enfermedad en las mujeres embarazadas midiendo sus niveles de azúcar en sangre (glucosa) entre las semanas 20 y 28 de embarazo.

- **Enfermedad Hemolítica**

Si una mujer ya ha tenido un hijo con una enfermedad hemolítica, el siguiente puede correr el riesgo de nacer también con esta enfermedad, y su gravedad en el recién nacido anterior predice que la que tendrá en el siguiente. Esta enfermedad se desarrolla cuando la madre cuya sangre es Rh-negativo tiene un feto con sangre Rh-positivo (incompatibilidad de factor Rh) y la madre produce anticuerpos contra la sangre del feto (sensibilización a Rh) que destruyen sus glóbulos rojos. En esos casos, se analiza la sangre de ambos progenitores. Si el padre tiene dos genes para sangre Rh-positivo, todos los recién nacidos tienen alrededor del 50 por ciento de probabilidades de ser Rh-negativo. Esta información es útil para tomar precauciones necesarias con la madre y el feto en embarazos subsiguientes. Por lo general, en el primer embarazo con un hijo con sangre Rh-positivo no suele haber problemas, pero el contacto entre la sangre de la madre y la del recién nacido durante el parto hace que la madre produzca anticuerpos anti –Rh y, por tanto, los siguientes recién nacidos pueden sufrir complicaciones. Sin embargo, después de que una mujer con Rh-negativo alumbró un recién nacido Rh-positivo, se puede administrar a aquella globulina inmune RhO (D) para destruir los anticuerpos anti-Rh. El resultado es que

la hemólisis (destrucción de hematíes) en los recién nacidos es muy poco frecuente (28).

F.4.2. Durante el embarazo

- Anemia

Anemia es la disminución de la concentración de hemoglobina en sangre por debajo del límite normal para la edad, sexo y estado fisiológico. En la mujer embarazada se considera anemia si la concentración de la hemoglobina es inferior a 11g/dl. Las anemias más características en la etapa del embarazo son las anemias nutricionales:

Anemias por déficit de hierro.

Anemia por déficit de vitaminas: folatos y vitaminas B12

La suma de los requerimientos para el feto y la placenta, más la necesidad de la expansión del volumen sanguíneo materno y la previsión de las pérdidas de sangre que se producen durante el parto, hacen que la necesidad de hierro alcance cifras máximas en un periodo muy corto de tiempo.

Ninguna dieta es suficiente para proveer la cantidad de hierro que se requiere; si la mujer no tiene reservas previas la consecuencia natural es que termine su embarazo anémica.

Hay suficiente evidencia que demuestra que la anemia por deficiencia de hierro en la embarazada aumenta el riesgo de nacimiento prematuro y bajo peso al nacer.

La prevención se realiza indicando suplementos de hierro 60mg/día + 0.4mg de ácido fólico desde el primer control de embarazo hasta el parto. En caso de presentar anemia, la dosis de hierro es de 120mg/día (+0.4mg de

ácido fólico) y debe continuar la suplementación 3 meses posparto.

Un valor menor a 13 gr/dl de Hb (leve), < a 11 gr/dl de Hb (moderada) y < a 9 gr/dl (severa); (Parámetros para la altura, 3000 msnm) 28. (29)

- **Infección del Tracto Urinario**

Las infecciones urinarias son frecuentes durante el embarazo. Incluyen la bacteriuria asintomática, uretritis, cistitis y pielonefritis. A pesar de ser una enfermedad sistemática que se puede presentar fuera del embarazo, ciertos factores que se desarrollan a lo largo del mismo predisponen la aparición de este cuadro infeccioso.

Los gérmenes son en general gramnegativos (80% Escherichia Coli), en menor proporción Proteus, Klebsiella y Aerobacter. El 5 al 15% corresponde al grampositivos, siendo el Estafilococo el germen más frecuente aislado.

Los factores predisponentes para la aparición de las diferentes infecciones del tracto urinario que se desarrollan como consecuencia de ciertos cambios producidos en el embarazo son: dilatación de pelvis, Cálices, y uréteres que se producen por la acción de factores hormonales y mecánicos, obstruidos. Otro de los factores contribuyentes al desarrollo de esta infección es el aumento de reflujo vesicoureteral. La compresión mecánica producida por el aumento de tamaño uterino es la principal causa de hidrouréter e hidronefrosis, pero la relajación del musculo liso, inducida por la progesterona, también puede estar asociada a estas patologías. Las diferencias entre el PH urinario y la osmolalidad, la glucosuria y la aminoaciduria inducidas por el embarazo pueden facilitar el crecimiento bacteriano.

La vía de infección predominante es la ascendente y se produce como consecuencia del ascenso de gérmenes que se encuentran en vejiga o que llegan a ella como consecuencia de procesos infecciosos del aparato genital o región perianal. (30)

- **Hipertensión Inducida por el Embarazo**

La hipertensión arterial durante la gestación es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna y produce además restricción del crecimiento fetal y prematurez, entre otras complicaciones perinatales. Este concepto es válido tanto para los países industrializados como para aquellos en desarrollo. Su frecuencia, en algunas regiones del mundo, puede alcanzar hasta el 35 %.

La hipertensión puede presentarse sola o asociada con edema y proteinuria. La presencia de edema como signo patológico es un hecho controvertido, ya que hay muchas embarazadas que lo presentan sin patología asociada sin embargo, es detectado en los casos más severos y prácticamente está siempre presente en la preeclampsia severa y en la eclampsia. La proteinuria es un indicador de severidad del cuadro en forma inequívoca es de aparición tardía y a mayor tensión arterial diastólica mayor es la probabilidad de que la proteinuria sea significativa.

De cualquier modo, la preeclampsia, es decir, el síndrome hipertensión + proteinuria, puro o sobrepuesto a hipertensión previa, es lo que realmente aumenta el riesgo de morbimortalidad materna y perinatal.

La tensión arterial (TA) elevada es el resultante de la suma de fenómenos previos multisistémicos. Numerosas evidencias clínicas y experimentales apoyan la teoría de

que la reducción de la perfusión trofoblástica, o sea, la isquemia tisular, sería el hecho desencadenante de la hipertensión gestacional. Las embarazadas con preeclampsia desarrollarían un aumento de la sensibilidad vascular a la angiotensina II. Estas pacientes pierden el equilibrio que existe entre la prostacilina (vasodilatador) y el tromboxano (el más potente vasoconstrictor del organismo) a favor de este último, produciéndose el aumento de la tensión arterial y la activación de la cascada de la coagulación.

La hipertensión gestacional es una verdadera enfermedad endotelial y dentro de las múltiples funciones que le competen al endotelio esta la secreción de sustancias tales como la prostaglandina, endotelina, el óxido nítrico y la proteína c. cuando alguna noxa causa daño endotelial, la producción de anticoagulantes y vasodilatadores disminuye. La alteración de las uniones intercelulares y de mecanismos de transporte de agua y proteínas provocan la extravasación de esos elementos al espacio extracelular.

En conclusión, hay una expansión inapropiada del volumen plasmático, con una sensibilidad aumentada a la angiotensina II, una ruptura del equilibrio prostacilina/tromboxano, una activación extemporánea de los mecanismos de la coagulación con una resultante final, la disminución de la perfusión multiorgánica. Es posible mecanismo de acción de la hipertensión inducida por el embarazo sería una invasión trofoblástica anormal, con la consecuente disminución en el flujo uteroplacentario, isquemia placentaria, liberación placentaria de citoquinas, disfunción endotelial con aumento de endotelina I y tromboxano A2 (sustancias

vasoconstrictoras), disminución de prostaciclina y óxido nítrico (potentes vasodilatadores). (31)

- **Diabetes Mellitus Gestacional**

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por un déficit de insulina circulante, lo que impide la utilización de glucosa a nivel periférico (intolerancia a la glucosa), provocando hiperglicemia y glucosuria, y un aumento en el catabolismo de proteínas y grasas, con tendencia a la cetoacidosis.

En obstetricia interesa diferenciar dos clases de DM:

DM gestacional: es la intolerancia a la glucosa que se presenta desde antes del embarazo, con o sin complicaciones crónicas. Existen dos tipos:

DM tipo 1 (juvenil): insulino dependiente.

DM tipo 2 (adulto): no insulino dependiente

DM gestacional (latente): se define como la intolerancia a la glucosa que se detecta por primera vez durante el embarazo. El diagnóstico se basa en la curva de tolerancia a la glucosa con 100 g durante tres horas su incidencia oscila entre 3 – 10 %.

Clasificación clínica: de acuerdo con los requerimientos de insulina y la existencia de complicaciones vasculares, la intolerancia a la glucosa que complica el embarazo se divide en tres clases:

Clase I: intolerancia a la glucosa que no requiere insulina. Responde al manejo con dieta (intolerancia a la glucosa gestacional).

Clase II: intolerancia a la glucosa que requiere insulina, sin vasculopatía.

Clase III: intolerancia a la glucosa que requiere insulina asociada a vasculopatía.

Clasificación de Priscilla White: relaciona la edad de inicio de la DM con el tiempo de evolución y su asociación

a complicaciones. Resulta muy útil en obstetricia para evaluar y establecer el tratamiento y pronóstico materno fetal.

Factores de riesgo:

- Obesidad: Peso mayor de 90 kg - IMC superior a 30 kg/m^2
- Antecedentes personales de diabetes gestacional o de tolerancia alterada a la glucosa.
- Antecedentes familiares de primer grado con diabetes tipo 2
- Macrosomía fetal, RN grande para la EG, Polihidramnios, Malformaciones congénitas, natimueertos, abortos habituales, partos traumáticos, prematuridad.
- Hipertensión crónica.
- ITU a repetición.

Cuando la madre diabética previa al embarazo mantiene cifras de glicemia de 150 mg/dl o más en ayunas, durante su gestación habrá una mortalidad perinatal de 24%; con unas cifras menores de 100 mg/dl la mortalidad perinatal es 3.6%; y con niveles menores a 90 mg/dl asociados con un control metabólico estricto no se produce mortalidad perinatal por esta causa. Esto justifica acciones de diagnóstico oportuno y manejo adecuado de la diabetes mellitus durante el embarazo. (32)

- **Rotura Prematura de Membranas**

Es la rotura espontánea de las membranas corioamnióticas acaecida luego de las 22 semanas de gestación y antes del inicio del TdP para algunos autores, por lo menos dos horas antes del inicio de parto.

Clínicamente, la RPM se manifiesta por la salida de LA a través del conducto cérvico-vaginal.

Frecuencia: en general 4-18% de los partos a término y 15-45% en los embarazos pretérmino. Contribuye con el 20% de todas las muertes perinatales.

Nomenclatura:

- Rotura oportuna de membranas: ocurre durante el TdP, cuando la dilatación cervical está completa
- RPM a término: ocurre luego de las 37 semanas.
- RPM Pretérmino: antes de las 37 semanas
- Rotura precoz: ocurre durante el TdP antes de los 4cm de dilatación. (33)

- **Desprendimiento Prematuro de Placenta**

Es la separación total o parcial que sufre una placenta normalmente implantada de su lugar de implantación, que ocurre después de las 22 semanas de gestación y antes del tercer periodo del parto.

Es la segunda causa de hemorragia obstétrica, luego de la placenta previa, e implica una elevada morbimortalidad perinatal, así como una alta frecuencia de recidivas en futuros embarazos.

No se considera DPP al desprendimiento de una PP (cuyo sitio de implantación es anormal), ni al que acompaña a los abortos (que ocurren antes de las 20 semanas).

Frecuencia: es más frecuente en multíparas. Ocurre en aproximadamente en un 0,4 – 3,5% de partos. Los casos severos, que producen la muerte del feto, se presentan en 1/500 – 750 partos. La posibilidad de recidiva varía entre el 5-10%, y hasta en 25% cuando existe antecedente de dos episodios previos. (47)

- **Retardo de crecimiento Intrauterino**

La restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) constituye una de las principales complicaciones del embarazo. Actualmente el término de “retraso de crecimiento intrauterino” se ha dejado de utilizar porque se asocia con retraso mental, lo que genera ansiedad en las pacientes.

Desde el punto de vista biológico, la RCIU es definida como el fracaso del feto para alcanzar su potencial de crecimiento

Desde el punto de vista bioestadística, se denomina RCIU a todo feto o RN cuyo peso se sitúa por debajo del percentil 10 del peso que le correspondería para su EG, referida a la curva de crecimiento intrauterino propia de su país.

Epidemiología:

- Incidencia variable, 5-25%
- Las tasas de mortalidad perinatal son de 8-10 veces mayor, comprado con fetos normales.
- Se asocia con un mayor riesgo de parto pretérmino.
- El RCIU explica el 53% de muertes fetales pretérmino, y el 26% de muertes fetales a término.
- Hasta un 50% de los RN con RCIU que llegan al parto sufrirían asfixia intraparto. (34)

- **Parto Prematuro**

Se denomina parto prematuro o parto pretérmino al que se produce antes de las 37 semanas de gestación, cuando el embarazo tiene entre 22 semanas (para algunos 20 Sem.) y 36 semanas completas contadas desde el primer día de la menstruación

Parto inmaduro es una denominación que corresponde a una subdivisión del parto prematuro y refiere al que acontece entre las 22 y 27 semanas.

En neonatología algunas denominan pretérmino moderado al que nace entre las 32 y 36 semanas, pretérmino severo al que es menor de 32 semanas y pretérmino extremo al que es menor de 28 semanas. (35).

- **Trabajo de Parto Prolongado**

Ocurre cuando la dilatación cervical y/o el descenso de la presentación fetal progresan más lentamente que los patrones normales establecidos en la curva de Friedman. Este síndrome suele ser la manifestación clínica de las hipodinamias uterinas y otras distocias dinámicas que hacen ineficaces las contracciones uterinas (por ej: incoordinación uterina e inversión de gradientes). Por lo tanto, el diagnóstico requiere la elaboración de un partograma donde se registre el progreso de la dilatación y el descenso de la presentación, así como la dinámica uterina.

Clasificación:

- **Trastornos de la dinámica preparatoria:** (alteración por prolongación). Fase latente prolongada
- **Trastornos de la dinámica de dilatación:** (alteraciones por enlentecimiento), fase activa prolongada y descenso prolongado
- **Trastornos de la dinámica de parto:** (alteraciones por detención), fase de desaceleración prolongada, detención secundaria de la dilatación, detención del descenso, fracaso del descenso. (38)

- **Cesárea**

La operación cesárea tiene por objetivo la extracción del feto a través de la incisión de las paredes del abdomen y del útero. Su frecuencia es muy variable, las cifras más altas se registran principalmente en centros especializados de alta complejidad y concentración de patologías. El aumento de la frecuencia observado en las últimas décadas se debe, en América Latina, a varios

factores donde unos están sustentados ética y científicamente mientras que otros no tienen justificación: La disminución de sus riesgos entre los que se pueden citar la eficacia preventiva de los antibióticos, los bancos de sangre segura, la mejor técnica anestésica, etc. La proscripción de los partos vaginales operatorios en planos pelvianos altos.

Las nuevas indicaciones para la cesárea sustentada en Mejores resultados perinatales como por ejemplo en la presentación pelviana al término de la gestación.

La menor oportunidad del operador para adquirir habilidad en las maniobras por la vía vaginal.

Los servicios de obstetricia deficientes que no cuentan con las 24 horas con las condiciones obstétricas y neonatales esenciales (anestesista, neonatólogo, sangre segura etc.) por lo que se apresuran decisiones para terminar los partos iniciados en horarios restringidos en que se cuenta con esta cobertura indispensable. La falta de una segunda opinión profesional para compartir la indicación de la cesárea. (36)

F.5 Factores Sociales

Los riesgos sociales de un embarazo en la madre adolescente se traducen en mayor deserción escolar y baja escolaridad, desempleos más frecuentes. Mayor riesgo de separación, divorcio y abandono. Mayor número de hijos.

El hijo de madre adolescente tiene mayor frecuencia de deserción escolar, capacidad mental probablemente inferior, alto riesgo de abuso físico negligencia en los cuidados de la salud, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional, alta proporción de hijos

ilegítimos, que limita sus derechos legales y el acceso a la salud (37).

Área de Residencia

El Área de residencia de una persona, define un contexto cultural específico que permite diferenciar tanto las actitudes frente a la fecundidad como la práctica anticonceptiva. En nuestro país existe una desigual cobertura de los servicios de salud en el territorio, desigualdad que es más notoria, sobre todo si se considera las áreas urbanas y rurales, esta situación conlleva a que el acceso a los servicios de planificación familiar, que estén integrados a los servicios formales de salud, sea bastante diferencial entre las localidades urbanas y rurales. Por otro lado, al margen del nivel de educación y de la disponibilidad de servicios de salud, la organización de los hogares en cada área de residencia, define la forma en que se valora a los hijos; es el caso de las áreas rurales, donde se esperaría de los hijos un apoyo en el trabajo agrícola y doméstico, entonces el ideal común para ellos es el de una familia numerosa, ideal posiblemente opuesto al de las parejas que residen en las zonas urbanas, formas distintas de pensar que tendrán influencia decisiva sobre la regulación de la fecundidad. Se puede agregar además que dadas las mayores dificultades que tienen los pobladores rurales en el acceso a los centros de abastecimiento, los costos asociados a la práctica anticonceptiva en base a métodos no tradicionales generalmente se encarece, lo cual constituye una barrera más en la práctica anticonceptiva de los pobladores que residen en zonas alejadas de centros urbanos. Las dos terceras partes de las mujeres que residían en áreas urbanas usaban anticonceptivos al momento de la ENDES II. Por otro

lado, también en el área urbana, el 90% de las mujeres alguna vez usaron un método anticonceptivo a diferencia del 65% que muestran las residentes en zonas rurales. Esto indica el nivel de accesibilidad hacia los servicios de Planificación Familiar que existe en zonas urbanas, donde a pesar de encontrarse densamente pobladas todavía es relativamente fácil conseguir métodos anticonceptivos.

Es importante señalar que aparte de la discriminación entre área Urbana y rural existen diferencias bastante grandes al interior de cada una de ellas, es decir cuando se trata de las localidades según su tamaño. La definición que se utilizó en la ENDES II de área rural se refiere a localidades menores de 2,00 habitantes, y superiores a esta cantidad engloban a las áreas urbanas. Es claro que se encontraría diferencias importantes al estudiar, por ejemplo localidades o conglomerados entre 2,000 a 20,000 y de 20,000 hasta 100,000, etc. Mucho más si diferenciamos por costa, sierra y selva, categorías que hubiese sido importante tomarlas en cuenta en el presente estudio, sin embargo, todavía no se tiene disponible este tipo de información censal. En relación a las categorías urbano y rural es de advertir que el manejo de los datos censales chocar con los criterios exclusivamente cuantitativos utilizados en la encuesta, desde que en el censo se usan definiciones de tipo operativo que incorporan aspectos político-administrativos, criterios cuantitativos y disposición de las viviendas, en todo caso se asume el riesgo de tomar grupos poblacionales no comparables estrictamente, aunque se supone con grandes características comunes. (Fuente INEI)

F.6 Factores Económicos

Entre tanto, las razones que explican la consideración del embarazo adolescente como un problema social serían “ la

prevalencia de las condiciones de pobreza de la población y la falta de oportunidades para las mujeres”, los cambios sociales y culturales que han llevado a modificar el contexto normativo bajo el cual se sancionan los embarazos tempranos y, por último, las condiciones adversas a las que se enfrenta un número creciente de jóvenes que difícilmente pueden hacerse cargo de una familia, a pesar de que en muchas ocasiones estarían dispuestos y aún tengan deseos de hacerlo”.

En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa o nula, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo. (19)

A la pobreza o poca capacidad económica de las adolescentes, a la desnutrición y la mala salud de la madre, a la escasa supervisión médica o rechazo de familiares, amigos o vecinos que reprueban su conducta.

La pobreza es un factor de alto riesgo claramente determinado en la mortalidad materna. Las mujeres de niveles socioeconómicos bajos tienen menor probabilidad que las de estratos altos de gozar de buena salud. Las primeras tienen menos oportunidades de educación formal, de buscar y recibir atención médica. El análisis de los determinantes de la pobreza requiere la profundización del conocimiento de los factores de género, las variables de vinculación sectorial, el capital humano, la dependencia económica y la demografía. (19)

Estos son algunos de los indicadores que explican la vulnerabilidad de ciertos sectores sociales exponiéndolos a mayores situaciones de riesgo o profundizar su pobreza. En las familias pobres, en las que hay pérdida de perceptores de ingresos y en las altas tasas de dependencia demográfica, por lo general se observa cierta incapacidad de actualizar el capital humano o de pasarse a actividades productivas de mayores ganancias. La elevada

maternidad en la adolescencia, no muestra cambios en la última década, lo que estaría marcando o la ausencia de políticas para incidir en este problema o la ineficacia de las que están instrumentando en los países de la región. En términos promedios una cuarta parte de las mujeres latinoamericanas ha tenido su primer hijo antes de los 20 años de edad. En las zonas rurales, esa situación es más preocupante, donde se eleva al 30%. La tasa de fecundidad disminuye en 30%. La tasa de fecundidad disminuye en las ciudades con relación al campo entre un 15% y 20%. La impresión general es que las mujeres víctimas de muertes maternas murieron a causa de la pobreza. Estas personas usualmente no pueden pagar el costo de los medicamentos, operaciones, transporte y cuidados postoperatorios, también poco reciben atención prenatal y posnatal, ni el recurso para cubrir el costo de su suministro en hospitales. (19)

La mayoría de las mujeres que fallecen en gestación o por causas relacionadas con el embarazo están desnutridas y anémicas, porque carecen de una dieta adecuada y equilibrada (Konteh, 1990). Los bajos factores socioeconómicos tales como vivir en el área rural, desempleo, pobre higiene y no disponibilidad de cuidados antenatales tienen una influencia en la alta mortalidad materna en Indonesia, las mujeres con bajo estatus socioeconómico son a menudo ignorados. (19)

F.7. Factores Familiares

Existen múltiples definiciones de familia, ya que a través de la historia el hombre ha experimentado con diferentes clases de familias y como los individuos varían de cultura a cultura también lo hacen las familias. Una definición de familia según el Censo Americano es "Un grupo de dos o más personas que viven juntas y relacionadas unas con otras por lazos consanguíneos, de matrimonio o adopción y que ejercen interacción recíproca porque

saben que existen ellos y se consideran unidad”. La familia es la institución por excelencia, provee el bienestar básico del individuo, y constituye la unidad primaria de salud, tiene como característica la unidad, satisface necesidades como la reproducción, cuidado, afecto y socialización. (39)

Según su integración:

Integrada: familia en la cual ambos padres viven y cumplen sus funciones

Semi-integrada, familia en la cual los padres viven y cumplen más o menos sus funciones.

Desintegrada, familia en la que uno de los padres ha dejado el hogar por muerte, divorcio o separación. No se cumplen las funciones (39).

- **Estado Civil**

Situación jurídica concreta que posee un individuo con respecto a la familia. El estado o Nación a que pertenece. La importancia del matrimonio y el estado civil como factores que influyen en el tamaño y la estructura del hogar y la familia es patente y ha sido documentada ampliamente por sociólogos y especialistas en porque el matrimonio constituye el primer paso en la formación de familia biológica y la mayoría de las parejas recién casadas establecen su propio hogar inmediatamente después de la boda. (19).

- **Violencia Familiar**

Antecedentes familiares de agresión en sus diferentes formas ya sea física, psicológica, o sexual, familias conflictivas o en crisis, madres que se embarazaron en la adolescencia.

F.8. Factores Educativos

La incidencia de embarazos es mayor en adolescentes de escasos recursos económicos, residentes en las regiones más pobres, emigrantes de zonas rurales y en poblaciones menos educadas. Las adolescentes embarazadas son privadas del desarrollo por disminuir sus capacidades para la educación.

Los sistemas educacionales de buena parte de los países de Latinoamérica comparten en mayor o menor medida los siguientes rasgos: insuficiente cobertura de la educación preescolar, elevado acceso al ciclo básico, y escasa capacidad de retención tanto en el nivel primario como secundario. Así, la repetición y el retraso escolar, fenómenos que son alta frecuencia anteceden a la deserción escolar unidos a un bajo nivel de aprendizaje de los contenidos básicos de la enseñanza, conspiran contra el aprovechamiento del potencial de los niños y niñas desde temprana edad.

Sus efectos negativos se acumulan a lo largo del ciclo escolar, incidiendo de manera muy desigual en las oportunidades de bienestar, sobre todo entre los sectores más pobres. La información disponible indica que actualmente cerca del 37% de los adolescentes latinoamericanos entre 15 y 19 años de edad abandonan la escuela a lo largo del ciclo escolar, y casi la mitad de ellos lo hacen temporalmente, antes de completar la educación primaria. En varios países la mayor parte de la deserción se produce una vez completado ese ciclo y con frecuencia, durante el transcurso del primer año de la enseñanza media. El abandono escolar presenta diferencias pronunciadas entre países y en todos ellos es mucho más en las zonas rurales (41).

- Nivel Educativo

La escolaridad tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes. La precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad

aumenta, más bien la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones (41).

F.9. Consumo de Sustancias Nocivas

- Abuso de Tabaco y Alcohol

Es particularmente preocupante la forma en que el tabaquismo, el consumo de alcohol y el abuso de fármacos durante el embarazo afectan a la salud y al desarrollo del feto.

El consumo de tabaco perjudica tanto a la madre como al feto, pero sólo cerca del 20% de las mujeres que fuma abandona el hábito durante la gestación. El efecto más marcado del tabaquismo sobre el recién nacido durante el embarazo es la reducción de su peso al nacer, el promedio de peso al nacer es alrededor de 2 kilogramos, comparados con los 3,5 kilogramos del resto de los recién nacidos. También tienen más probabilidades de tener complicaciones con la placenta, rotura prematura de membranas, parto anticipado (pretérmino) e infecciones uterinas. Una mujer embarazada que no fuma debería evitar exponerse al humo de otro puesto que, igualmente, puede perjudicar al feto. (40)

Los defectos congénitos que afectan al corazón, al cerebro y a la cara más frecuentes entre los hijos de fumadoras que entre los de no fumadoras. El tabaquismo en la madre también puede aumentar el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante. Además, los hijos tienen deficiencias sutiles, pero apreciables, en cuanto al crecimiento, desarrollo intelectual y conducta. Se cree que estos efectos son provocados por el monóxido de carbono, que reduce el suministro de oxígeno que reciben los tejidos del organismo, y por la nicotina, que, al estimular la liberación de hormonas, provoca una constricción de los vasos

sanguíneos en la placenta y el útero, disminuyendo la llegada de sangre.

El consumo de alcohol durante el embarazo es la principal causa conocida de anomalías congénitas. Esta enfermedad incluye el retraso del crecimiento antes o después del parto, anomalías faciales, cabeza pequeña (microcefalia), es la principal causa de retraso mental. (40)

La drogadicción y el abuso de sustancias tóxicas son cada vez más frecuentes en las mujeres embarazadas. Más de cinco millones de personas, muchas de las cuales son mujeres en edad fértil, consumen con regularidad marihuana y cocaína, Su principal ingrediente, el tetrahidrocannabinol (THC), es capaz de atravesar la placenta y, en consecuencia, de afectar al feto. La cromatografía es una prueba de laboratorio barata y efectiva que se utiliza para detectar en la orina la heroína, morfina, anfetaminas, barbitúricos, codeína, cocaína, marihuana. Las mujeres que se inyectan drogas corren el riesgo de tener anemia, infección de la sangre (bacteriemia) o de las válvulas cardíacas (endocarditis), abscesos cutáneos, hepatitis, flebitis, neumonía, tétanos y enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA. Alrededor del 75% de los recién nacidos con SIDA resulta de madres que se inyectaban drogas o ejercían la prostitución. (40)

El abuso de cocaína durante el embarazo causa graves problemas tanto para la madre como para el feto, también estimula el sistema nervioso central, actúa como anestésico local y reduce el diámetro de los vasos sanguíneos (vasoconstricción). El estrechamiento de los vasos sanguíneos puede reducir el flujo sanguíneo, por lo que el feto no siempre recibe el oxígeno suficiente. Esta reducción puede afectar al crecimiento de varios órganos y frecuentemente provoca

trastornos óseos y un estrechamiento anormal de algunos segmentos del intestino.

Entre las mujeres que consumen cocaína durante el embarazo, alrededor del 31 % tiene un parto antes de término, el 19% tiene un recién nacido con retraso del crecimiento y el 15% sufre un desprendimiento precoz de placenta. Si se interrumpe el consumo de cocaína después de los primeros 3 meses de embarazo, los riesgos de tener un parto prematuro y un desprendimiento precoz de placenta aún sigue siendo alto pero, probablemente, el crecimiento del feto será normal (40).

F.10. Conducta de Riesgo

- Inicio Temprano de relaciones Sexuales

En lo referente a la iniciación sexual existen diferentes aspectos a considerar, pero tiene prioridad y es fundamental, la edad de inicio y el estar o no preparados. Se conoce que las consecuencias de la iniciación sexual tienen un carácter universal. El inicio sexual precoz, unido a la ocurrencia de las relaciones sexuales en lugares y condiciones desfavorables, los continuos cambios de pareja y/o promiscuidad, la prostitución y el escaso o nulo uso de métodos anticonceptivos, son conductas sexuales riesgosas comunes en adolescentes y jóvenes, cuyas principales consecuencias se concretan en experiencias frustrantes que pueden causar disfunciones sexuales, embarazos precoces no deseados, incremento del aborto, de las ITS/VIH/SIDA y daños reproductivos (40).

- Relaciones Sexuales sin Uso de Anticonceptivos

Es el conjunto de acciones de mayor o menor complejidad que realizan dos o más personas de igual o distinto sexo, sin hacer uso de algún método o mecanismo de protección contra algún

embarazo o contagio de alguna enfermedad de transmisión sexual (41)

- **Abuso Sexual**

Es definido como cualquier actividad sexual entre dos o más personas sin consentimiento de una persona. El abuso sexual puede producirse entre adultos, de un adulto a un menor —abuso sexual infantil— o incluso entre menores. Como actividad sexual se incluye Cualquier tipo de penetración de órganos genitales en contra de la voluntad, o aprovechando la incapacidad de un menor para comprender ciertos actos. También se incluye el inducir u obligar a tocar los órganos genitales del abusador "tener relaciones sexuales sin consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute en ella un acto sexual, la obligue a observarlo o la haga ejecutarlo" (41).

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

ADOLESCENCIA

De acuerdo a la Organización mundial de la salud; la adolescencia se define como el grupo poblacional que se encuentra entre 0 a 19 años de edad. (2)

EMBARAZO ADOLESCENTE.

Según la OMS, Es el periodo de la vida en la cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva y transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica.

El embarazo en las adolescentes trae consigo un elevado riesgo de complicaciones para la salud de la madre y de sus hijos; dichas complicaciones deben ser conocidas por los profesionales de la salud, con el fin de detectar tempranamente riesgos y brindar cuidado oportuno y de calidad a las mujeres adolescentes embarazadas.

Embarazo adolescentes es el que ocurre dentro de los dos años de ocurrida la menarquia o cuando la adolescente depende aún de su núcleo familiar de origen. (21)

DESINTEGRACIÓN FAMILIAR

Es la desorganización familiar, constituye una modalidad de desintegración, la cual es el rompimiento de la unidad o quiebra en los roles de sus integrantes, por su incapacidad de desempeñar en forma consciente y obligatoria. (39)

LA FAMILIA

El grupo de personas relacionadas por los lazos consanguíneos, como padres, hijos, hermanos, tíos, primos, todas aquellas personas que descienden de un antepasado común, el sistema de parentesco también se forma por el matrimonio (39).

TIPOS DE FAMILIA:

Familia integrada, si los jefes de hogar, ya sean padre y madre, esposo, esposa, compañero y compañera, están vivos y viven juntos de manera permanente.

Familia desintegrada. Si falta uno de los jefes o si viven ocasionalmente con ellos. (39)

NIVEL EDUCACIONAL

Es cada uno de los tramos en que se estructura el sistema educativo formal. Los niveles de educación son inicial, educación en general, básica, superior y no universitaria. (37)

FACTOR ECONÓMICO.

Por la pobreza se requiere de un miembro más para ayudar a las entradas económicas en el hogar, se argumenta que las adolescentes deben ayudar con su trabajo al ingreso económico del hogar (13).

El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación de pareja e ingresos inferiores de por vida. Constituye a estar en el ciclo de la pobreza y la “feminización de la miseria”.

A la pobreza o poca capacidad económica de las adolescentes, a la desnutrición y la mala salud de la madre, a la escasa supervisión médica o rechazo de familiares, amigos o vecinos que reprueban su conducta (13).

FACTOR DE RIESGO.

Casos en los que, por coincidir durante la gestación, en el parto, o en el neonato algunas circunstancias: Sociales, médicas, obstétricas o de otra índole, acompañan de una mayor ocurrencia de morbi-mortalidad materna-perinatal superior a la de la población en general (Pérez, 2001)

FACTORES BIOLÓGICOS

Se define como la probabilidad de alterar el equilibrio del estado general físico, mental y social en todos los aspectos durante el proceso de reproducción, el mismo que afectará a la madre, al feto o recién nacido pero también afecta de manera indirecta al padre y a la familia. (16)

FACTORES OBSTÉTRICOS:

Un factor de riesgo obstétrico se define como aquél que directa o indirectamente contribuye a que se modifique el desarrollo normal del feto, el estado materno o ambos.

Los riesgos sociales de un embarazo en la madre adolescente se traducen en mayor deserción escolar y baja escolaridad, desempleos más frecuentes, ingreso económico reducido de por vida. Mayor riesgo de separación, divorcio y abandono. Mayor número de hijos.

El hijo de madre adolescente tiene mayor frecuencia de deserción escolar, capacidad mental probablemente inferior, alto riesgo de abuso físico negligencia en los cuidados de la salud, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional, alta proporción de hijos ilegítimos, que limita sus derechos legales y el acceso a la salud (13).

CAPÍTULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio corresponde a una investigación de tipo retrospectivo porque se tomaron los datos de las gestantes adolescentes embarazadas y la información sobre los factores biológicos, obstétricos, sociales y económicos que ellas registraron en el momento de la atención en la historia clínica.

No experimental porque no se manipularon las variables.

Según el periodo de secuencia del estudio es de corte transversal, ya que se estudió varias variables al mismo tiempo, además porque la información se recolectó en un solo momento, el instrumento se aplicó por única vez.

Correlacional la cual tuvo como objetivo analizar las relaciones entre dos o más variables significativas del objeto de estudio, se determinó el grado de relación existente entre las variable dependiente con la independiente. Se empleó la prueba

estadística de chi-cuadrado para determinar la relación entre las variables embarazo adolescente con los factores. Esta prueba considerada dentro de las pruebas estadísticas que pueden ser empleadas en los trabajos descriptivos, además se empleó el coeficiente de Pearson (p) (Hernández S. 2010)

3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACION

Aplicativo porque se realizó sobre hechos concretos y específicos, dados en dicho momento

3.1.3 MÉTODO

Es cuantitativo, supone la obtención de datos apoyados en escalas numéricas, lo cual permite un tratamiento estadístico de diferentes niveles de cuantificación, los datos recogidos pueden ser procesados Además porque se accedió a los números para analizar la información. Con un determinado nivel de error y nivel de confianza. Además porque describe las características más importantes del objeto en estudio es este caso las gestantes adolescentes y la identificación de los factores, biológicos, obstétricos, sociales y económicos, en el momento que fueron atendidas en el Hospital Tomas Lafora de Guadalupe.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1 POBLACIÓN

Lo constituyeron 102 Gestantes adolescentes entre las edades comprendidas entre 12 a 19 años, atendidas en el Hospital Tomas Lafora de Guadalupe, en los servicios de Gineco-obstetricia de consultorios externos como de hospitalización, durante el periodo de enero a diciembre de año 2015, cuyo embarazo llegó a término.

a) Criterios de Inclusión.

Se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:
Embarazadas adolescentes que hayan acudido al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Tomás Lafora de Guadalupe, durante el período de enero a diciembre del 2015.

b) Criterios de exclusión:

- Gestantes adolescentes que tengas más de 19 años
- Gestantes adolescentes que no fueron controladas en el hospital

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1 TÉCNICAS

De acuerdo a las características de la presente investigación se utilizó la información de las historias clínicas de las adolescentes atendidas en el Hospital Tomás Lafora de Guadalupe.

3.3.2 INSTRUMENTOS

Se utilizó una ficha ya validada por el Dr. Félix Choque Mamani (2004) de trabajos ya investigados en relación al tema.

En la ficha se obtuvo la información teniendo en cuenta los objetivos previstos y las variables en estudio, se contemplaron los siguientes aspectos:

Ficha 1: Datos Generales de Identificación. Y los factores Biológicos que comprende: Edad, paridad, talla, peso, espaciamiento Intergenésico, antecedentes de problemas de gestación anterior.

Factores Obstétricos: Hematocrito, infección urinaria, ruptura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta, retardo del crecimiento intrauterino, cesárea, parto prematuro.

Factores sociales: Procedencia, Estado civil, Consumo de sustancias nocivas: alcohol, drogas, Desintegración familiar, relaciones sexuales sin protección, Violencia familiar.

Factores económicos: Ocupación, ingresos económicos, Escolaridad.

3.4 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se realizaron las coordinaciones pertinentes con el Director del Hospital Tomás Lafora de Guadalupe, y jefe del departamento de Gineco-obstetricia para obtener la autorización, luego se procedió a la revisión de la Historias clínicas para la selección de las mismas, se tuvo en cuenta que éstas tengan toda la información necesaria.

3.5 PROCESAMIENTO DE DATOS

Luego de recolectar los datos, se realizó la consistencia manual, se codificó y se procesó utilizando el SPSS versión 23:00 y luego se presentan los resultados en cuadros de doble entrada.

3.6 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

El análisis se realizó, sobre la base del procesamiento de datos realizando un análisis cuantitativo de la información. Basándose en las estadísticas obtenidas en el procesamiento de datos; contrastando los resultados con antecedentes y teorías y discutiendo sus coincidencias o divergencias.

Se tuvo en cuenta las conclusiones compatibles con los diversos objetivos formulados; además se contrastó la hipótesis planteada, sobre la base de estadísticas inferenciales, tales como la prueba de Chi-Cuadrado y el coeficiente de Pearson como prueba de independencia de criterios de clasificación; se determinó; si existe relación estadística significativa entre el embarazo y los factores de riesgo biológicos, obstétricos, sociales y económicos.

Se realizó un análisis discriminatorio entre los factores que resultaron estar relacionados significativamente con el embarazo adolescente.

4.7 PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados se presentan en cuadros y gráficos estadísticos de doble entrada indicadores estadísticos descriptivos, permitiendo el análisis y la formulación de las conclusiones.

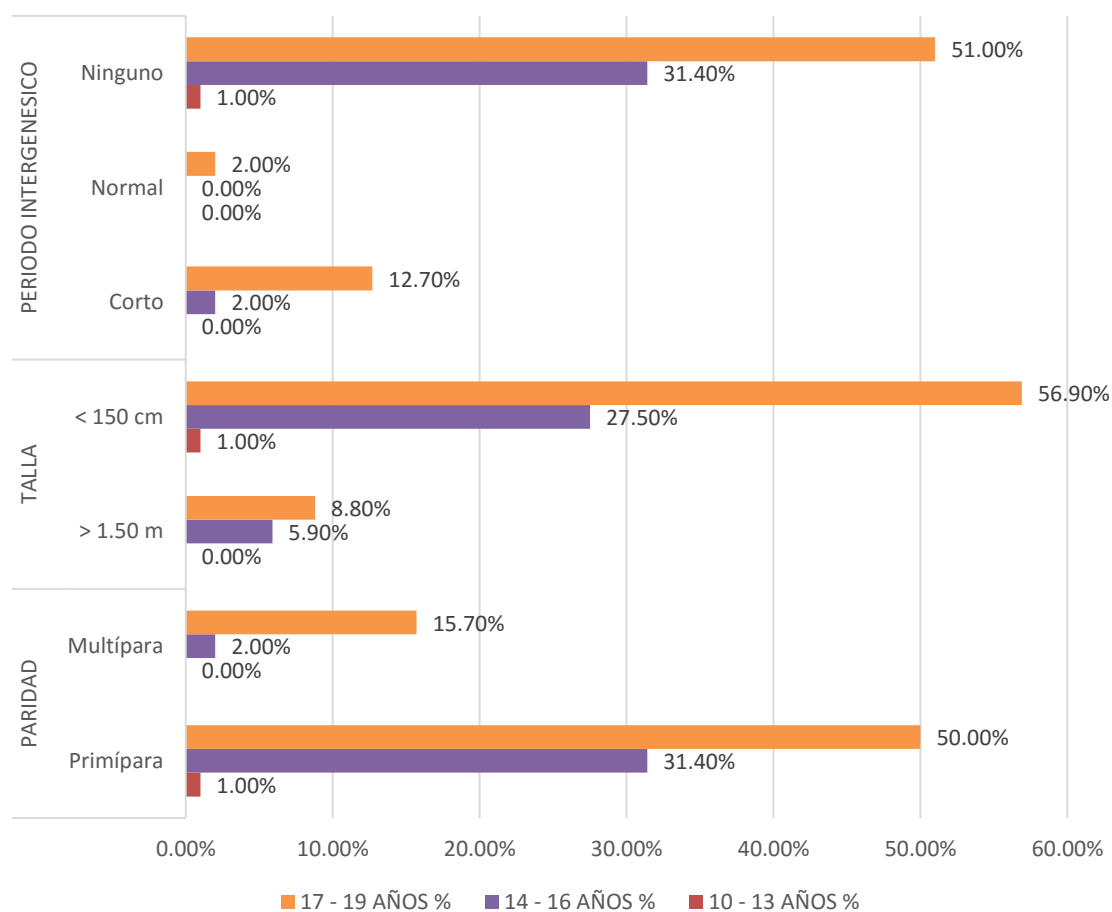
CAPÍTULO IV
PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN
DE RESULTADOS

TABLA 1
FACTORES BIOLÓGICOS Y SU RELACIÓN CON EL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TOMAS
LAFORA CHEPEN - PERU 2015.

FACTORES BIOLÓGICOS	ITEMS	Edad							
		10 - 13 AÑOS		14 - 16 AÑOS		17 - 19 AÑOS		TOTAL	
		Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
PARIDAD	Primípara	1	1,0	32	31,4	51	50,0	84	82
	Múltipara	0	0,0	2	2,0	16	15,7	18	18
TALLA	> 1.50 m	0	0,0	6	5,9	9	8,8	15	15
	< 150 cm	1	1,0	28	27,5	58	56,9	87	85
PERIODO INTERGENÉSICO	Corto	0	0,0	2	2,0	13	12,7	15	15
	Normal	0	0,0	0	0,0	2	2,0	2	2
	Ninguno	1	1,0	32	31,4	52	51,0	85	83

Paridad: 0,073 Talla: 0,781 P. Intergenésico. 0,312

**GRÁFICO Nº 1:
FACTORES BIOLÓGICOS Y SU RELACIÓN CON EL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES**



INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN:

En la tabla 1, con respecto a la paridad, se observa que del total de las adolescentes, el 82% son primíparas, del cual el 50% representa a las edades de 17-19 años, el 31,4% representa las edades de 14-16 años. El 18% de adolescentes son múltiparas, del cual el 15.7% representa a las edades de 17-19 años, el 2,0% representa las edades de 14-16 años. No se encontró relación estadística significativa siendo el valor de (p: 5,244)

En cuanto a la talla: del total de las adolescentes el 85% miden <150 cm, y el 15% de las adolescentes miden >150 cm. No se encontró relación estadística significativa siendo el valor de (p: 0,073)

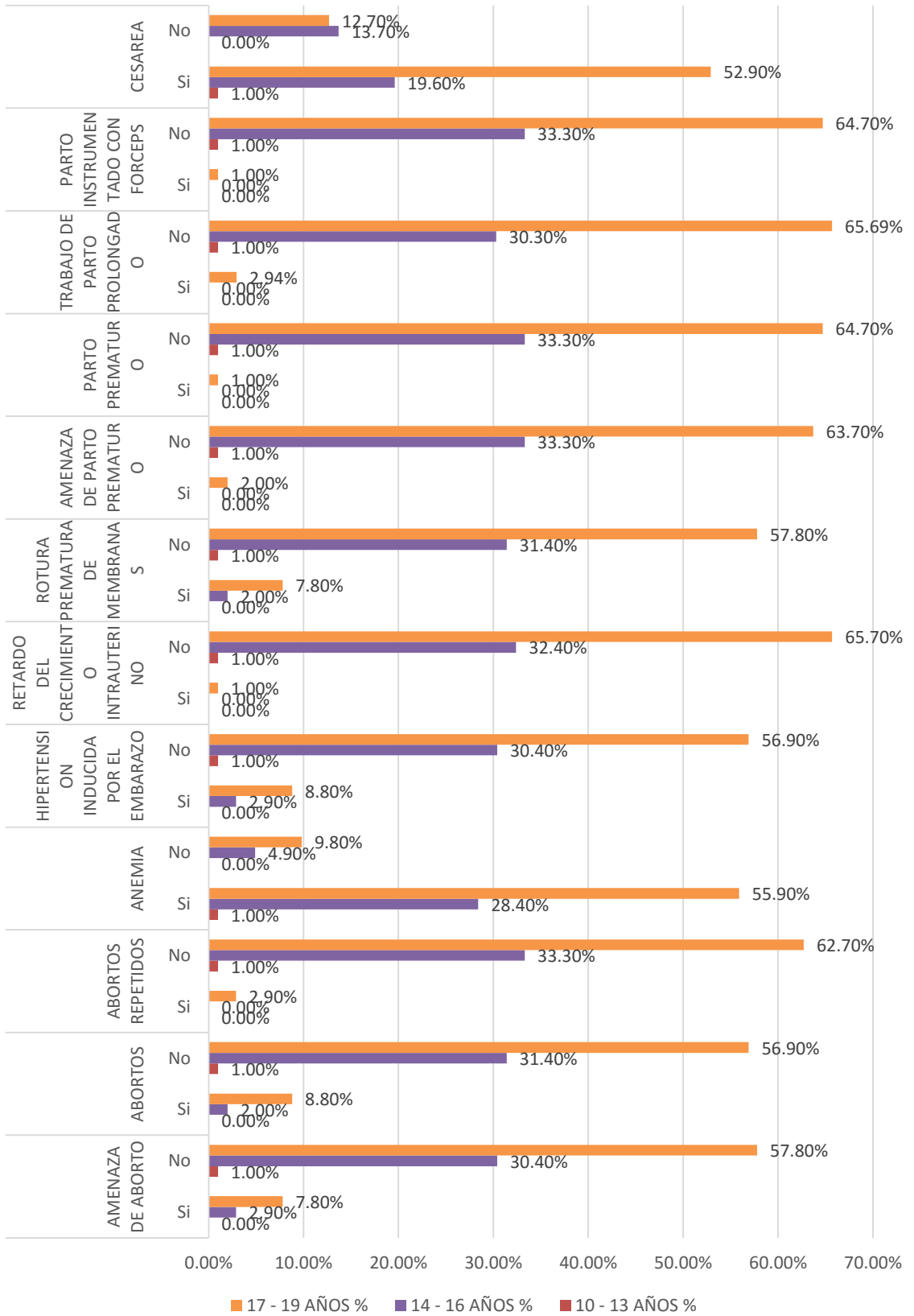
Respecto al periodo Intergenésico: el 88% del total de las adolescentes se encontró que el 51,0% han tenido su primer hijo. Por tanto no hay periodo Intergenésico evidenciado entre las edades de 17-19 años. Y del 15% del total de las adolescentes el 12,7% que corresponde al grupo etáreo de 17-19 años y el 2,0% que tiene entre 14 – 16 años tienen periodo Intergenésico corto. No se encontró relación estadística significativa siendo el valor de (p: 0,312)

TABLA 2
FACTORES OBSTÉTRICOS Y SU RELACIÓN CON EL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TOMÁS LAFORA
CHEPEN - PERU 2015.

FACTORES OBSTÉTRICOS		Edad							
		10-13 AÑOS		14 - 16 AÑOS		17 - 19 AÑOS		TOTAL	
		Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
AMENAZA DE ABORTO	Si	0	0,0	3	2,9	8	7,8	11	11
	No	1	1,0	31	30,4	59	57,8	91	89
ABORTOS	Si	0	0,0	2	2,0	9	8,8	11	11
	No	1	1,0	32	31,4	58	56,9	91	89
ABORTOS REPETIDOS	Si	0	0,0	0	0,0	3	2,9	3	3
	No	1	1,0	34	33,3	64	62,7	99	97
ANEMIA	Si	1	1,0	29	28,4	57	55,9	87	85
	No	0	0,0	5	4,9	10	9,8	15	15
HIPERTENSION INDUCIDA POR EL EMBARAZO	Si	0	0,0	3	2,9	9	8,8	12	12
	No	1	1,0	31	30,4	58	56,9	90	88
RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO	Si	0	0,0	0	0,0	1	1,0	1	1
	No	1	1,0	33	32,4	67	65,7	101	99
ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	Si	0	0,0	2	2,0	8	7,8	10	10
	No	1	1,0	32	31,4	59	57,8	92	90
AMENAZA DE PARTO PREMATURO	Si	0	0,0	0	0,0	2	2,0	2	2
	No	1	1,0	34	33,3	65	63,7	100	98
PARTO PREMATURO	Si	0	0,0	0	0,0	1	1,0	1	1
	No	1	1,0	34	33,3	66	64,7	101	99
TRABAJO DE PARTO PROLONGADO	Si	0	0,0	0	0,0	3	2,9	3	3
	No	1	1,0	31	30,3	67	65,7	99	97
PARTO INSTRUMENTADO CON FORCEPS	Si	0	0,0	0	0,0	1	1,0	1	1
	No	1	1,0	34	33,3	66	64,7	101	99
CESÁREA	Si	1	1,0	20	19,6	54	52,9	75	74
	No	0	0,0	14	13,7	13	12,7	27	26

CH²: > 0,005

**GRÁFICO Nº 2:
FACTORES OBSTÉTRICOS Y SU RELACIÓN CON EL EMBARAZO EN ADOLESCENTE**



INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

En la tabla 2, se observa que el 11% del total de las adolescentes presentaron amenaza de aborto, siendo el 7,8% el grupo etáreo de 17-19 años y el 2,9% corresponde a las edades de 14-16 años. El 89% del total de las adolescentes no presentaron amenaza de aborto. No se encontró relación estadística significativa siendo el valor de (p: 0,754)

Respecto al aborto, el 89% del total de las adolescentes no tuvieron abortos. El 11% del total de las adolescentes tuvieron abortos, el cual el 8,8% de abortos corresponden a las edades de 17-19 años y el 2,0% de abortos pertenece al grupo etáreo de 14-16 años. No se encontró relación estadística significativa siendo el valor de (p: 0,482)

Como antecedente de abortos del total el 97% de adolescentes no tuvieron abortos repetidos. El 3% del total de las adolescentes un 2,9% tuvieron como antecedentes aborto del él está en el grupo etáreo de 17-19 años. No se encontró relación estadística significativa siendo el valor de (p: 0,446)

En cuando a la anemia del total el 85% de adolescentes presentaron anemia durante el embarazo, el 55,9% corresponde al grupo etáreo de 17-19 años, el 28,4% está en el grupo etáreo de 14-16 años y el 1.0% entre 10-13 años. El 15% del total de las adolescentes no presentaron anemia durante el embarazo. No se encontró relación estadística significativa siendo el valor de (p: 0,916)

Del total de adolescentes embarazadas el 12,0% presentó hipertensión en el embarazo de las cuales el 8,8% entre las edades de 17 a19 años y el 2,9% en el grupo etáreo de 14 a 16 años. El 88% del total de las adolescentes no

presentaron este factor. No se encontró relación estadística significativa, siendo el valor de p: 0,742.

El 99,0% del total de las adolescentes embarazadas no presentaron retardo en el crecimiento intrauterino. Sólo el 1,0% la evidenció entre las edades de 17 a 19 años de edad. No se encontró relación estadística significativa, siendo el valor de p: 0,774.

Del total de las adolescentes embarazadas el 90,0% no sufrió de rotura prematura de membranas. El 10% del total de las adolescentes que tuvieron RPM el 7,8% en las edades de 17 a 19 años y el 2,0% en el grupo etáreo de 14 a 16 años de edad. No se encontró relación estadística significativa, siendo el valor de p: 0,593.

Un 98,0% del total de las adolescentes embarazadas no presentó amenaza de parto prematuro y de las que lo acreditaron el 2,0% fueron de 17 a 19 años. No se encontró relación estadística significativa, siendo el valor de p: 0,593.

Un 2,9% del total de las adolescentes embarazadas presentó amenaza de parto prematuro que lo fue de 17 a 19 años. Y las que no presentaron amenaza de parto prematuro fueron un total de 98% de adolescentes. No se encontró relación estadística significativa, siendo el valor de p: 0,593.

Del total de adolescentes embarazadas el 99,0% no presentaron parto prematuro y de las que tuvieron el 1,0% fue en el grupo etáreo de 17 a 19 años. No se encontró relación estadística significativa, siendo el valor de p: 0,768.

El trabajo de parto prolongado no se dio en el 97,0% del total de las adolescentes. En las que se presentó el 3% del total de las adolescentes

embarazadas el 2,9% fue de 17 a 19 años de edad. No se encontró relación estadística significativa, siendo el valor de p: 0,446.

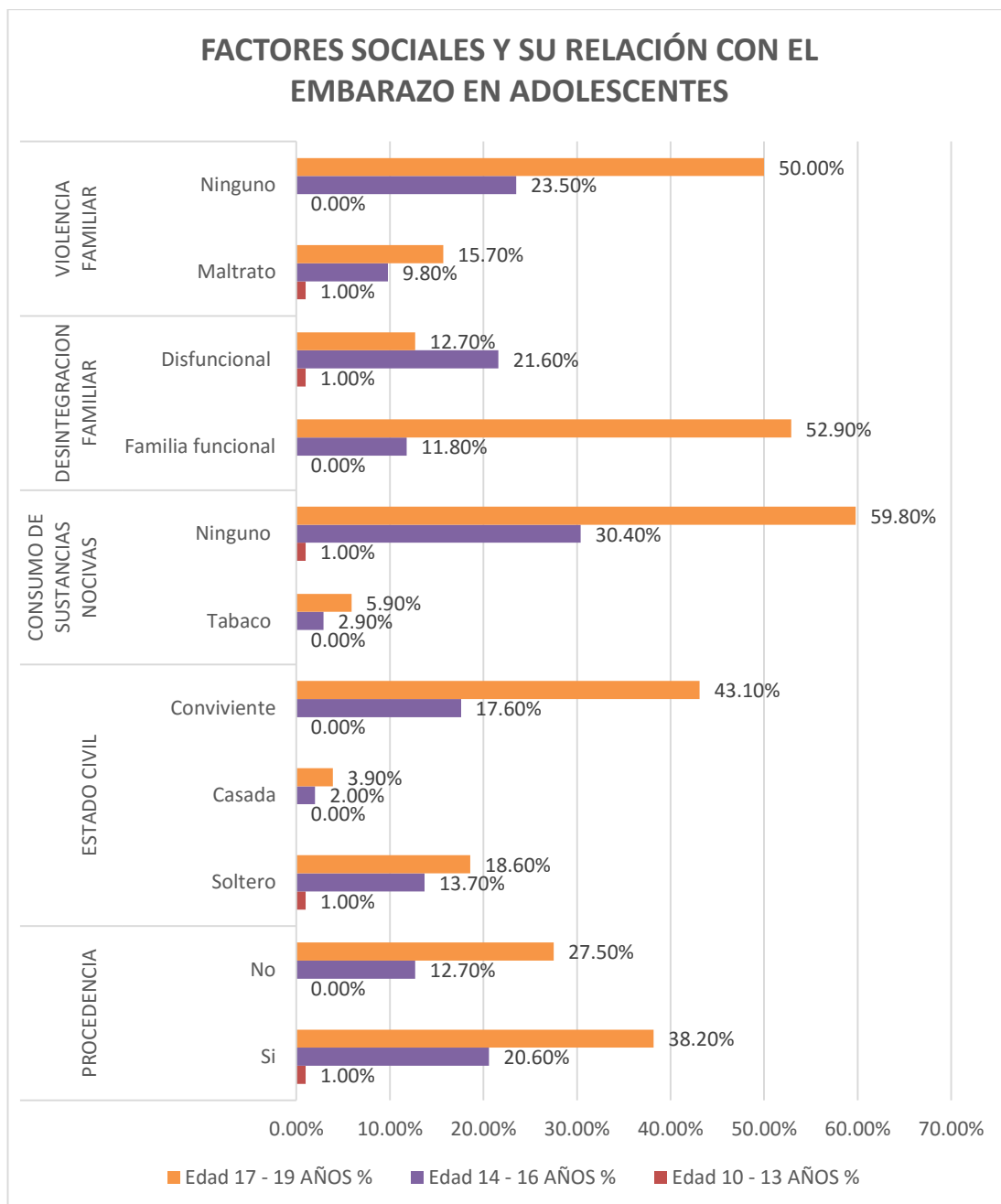
Del total de las adolescentes embarazadas el 99,0% no evidenció parto instrumentado con fórceps, solamente el 1,0% tuvo en las edades de 17 a 19 años. No se encontró relación estadística significativa, siendo el valor de p: 0,766.

El 74,0% del total de las adolescentes embarazadas tuvieron cesárea el 52,9% dentro del grupo etáreo de 17 a 19 años, 19,6% en las edades de 14 a 16 años y el 1,0% entre los 10 y 13 años de edad. No se encontró relación estadística significativa, siendo el valor de p: 0,053.

TABLA 3.
FACTORES SOCIALES Y SU RELACIÓN CON EL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TOMAS
LAFORA CHEPEN - PERU 2015.

		Edad							
FACTORES SOCIALES		10 - 13 AÑOS		14 - 16 AÑOS		17 - 19 AÑOS		TOTAL	
		Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
		I						I	
PROCEDENCIA	Urbana	1	1,0	21	20,6	39	38,2	61	60
	Rural	0	0,0	13	12,7	28	27,5	41	40
ESTADO CIVIL	Soltero	1	1,0	14	13,7	19	18,6	34	33
	Casada	0	0,0	2	2,0	4	3,9	6	6
	Conviviente	0	0,0	18	17,6	44	43,1	62	61
CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS	Tabaco	0	0,0	3	2,9	6	5,9	9	9
	Ninguno	1	1,0	31	30,4	61	59,8	93	91
TIPOS DE FAMILIA	Familia funcional	0	0,0	12	11,8	54	52,9	66	65
	Disfuncional	1	1,0	22	21,6	13	12,7	36	35
VIOLENCIA FAMILIAR	Maltrato	1	1,0	10	9,8	16	15,7	27	26
	Ninguno	0	0,0	24	23,5	51	50,0	75	74

Desintegración familiar CH²: (22,121) P: (0,000)



INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

En la Tabla 3, se observa del total de las adolescentes embarazadas respecto a la procedencia que el 60% la procedencia es la zona urbana y de estas el 38,2% tienen de 17 a 19 años, seguido del grupo comprendido entre los 14 a 16 años con el 20,6% y el 1,0% de 10 a 13 años. El 40% del total de las adolescentes la procedencia es la zona rural y el 27,5% tienen de 17ª 19 años

de edad y el 12,7% de 14 a 16 años. No se encontró relación estadística significativa siendo el valor de p : 0,671.

Respecto al estado civil, el 61% del total de las adolescentes, son convivientes, con un 43% entre las edades de 17 -19 años, el 17,6% entre los 14-16 años, seguido el 6% del total de las adolescentes son casadas con un 3,9% entre las edades de 17-19 años, y un 2,0% entre 14-16 años. Finalmente el 33% del total de las adolescentes son solteras, con el 18,6% entre 17-19 años, el 13,7% entre 14-16 años y el 1,0% entre 10-13 años. No se encontró relación estadística significativa siendo el valor de p : 0,053.

Sobre el consumo de sustancias nocivas del total de adolescentes embarazadas tenemos que el 91,0% no consumen y el 91% del total de las adolescentes el 5,9% consume tabaco y corresponden al grupo etáreo de 17 a 19 años, asimismo se observa consumo en las del grupo etáreo de 14 a 16 con el 2,9%. No se encontró relación estadística significativa siendo el valor de p : 0,952.

Respecto a la desintegración familiar, tenemos que el 65% del total de adolescentes embarazadas el 52,9%, tienen una familia funcional, en las edades de 17 a 19 años, embarazadas el 11, 8%, en las edades de 14 a 16 años, mientras que el 35% del total de las familias disfuncionales corresponden el 21,6% a las edades de 14 a 16 años, 12,7% en el grupo de 17 a 19 años y el 1% a las de 10 a 13 años de edad. Se encontró relación estadística altamente significativa siendo el valor de p : 0,000.

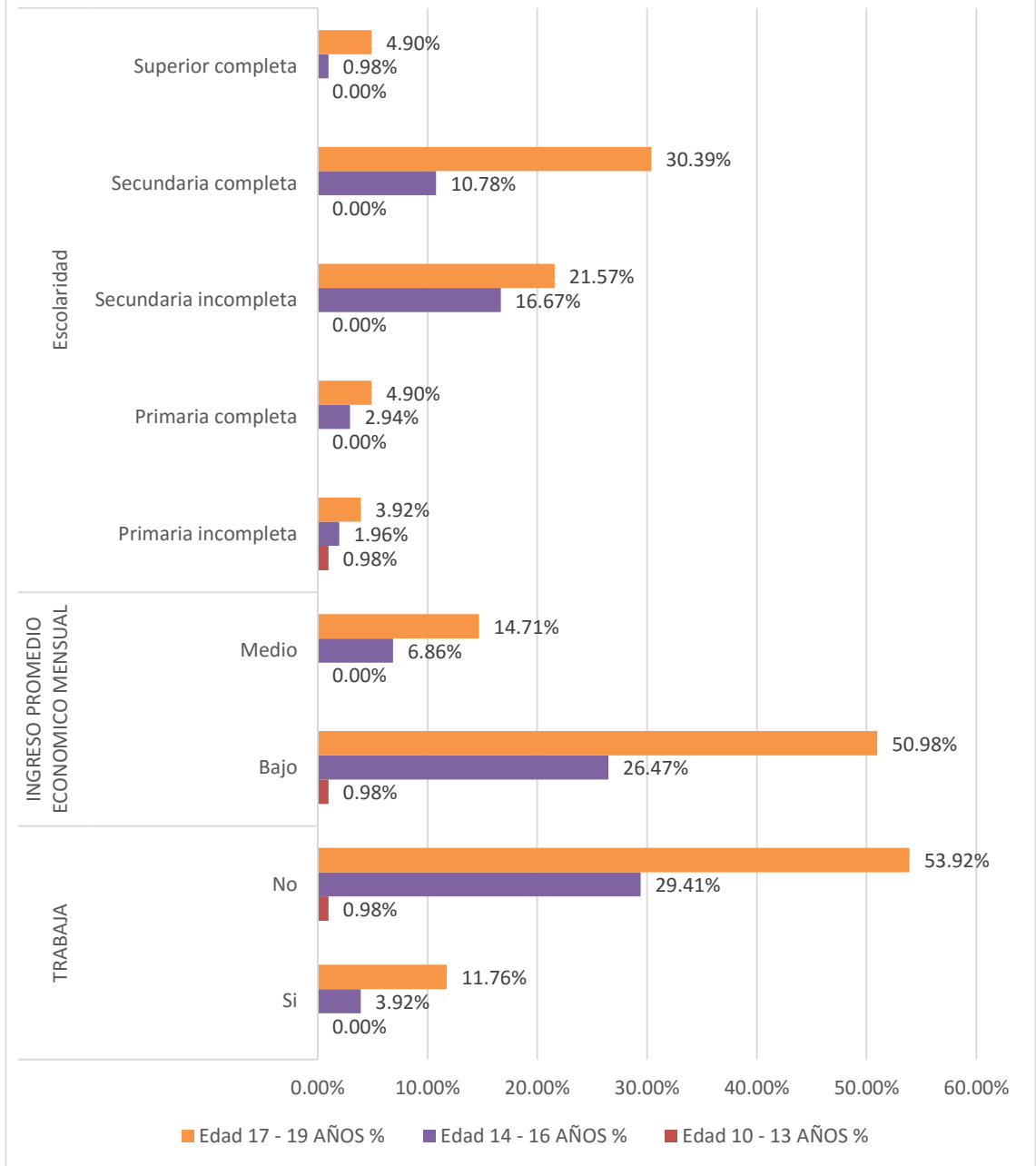
Respecto a la violencia familiar del total de adolescentes embarazadas el 74,0% no sufrieron violencia, y el 26% del total de las adolescentes presentan maltrato el 15,7% y corresponden al grupo etáreo de 17 a 19 años, el 9,8% en las de 14 a 16 años, y el 1% en las edades de 10 a 13 años de edad. No se encontró relación estadística significativa siendo el valor de p : 0,206.

CUADRO 4.
FACTORES ECONÓMICOS Y SU RELACIÓN CON EL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TOMAS
LAFORA CHEPEN - PERU 2015.

FACTORES ECONÓMICOS		Edad							
		10 -13 AÑOS		14 - 16 AÑOS		17 - 19 AÑOS		TOTAL	
		Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
TRABAJA	Si	0	0,0	4	3,92	12	11,76	16	15,7
	No	1	0,98	30	26,41	55	53,92	86	84,3
INGRESO PROMEDIO ECONOMICO MENSUAL	Bajo	1	0,98	27	26,47	52	14,71	80	78,4
	Medio	0	0,0	7	6,86	15	14,71	22	21,6
Escolaridad	Primaria incompleta	1	0,98	2	1,96	4	3,92	7	6,9
	Primaria completa	0	0,0	3	2,94	5	4,9	8	7,8
	Secundaria incompleta	0	0,0	17	16,7	22	21,6	39	38,2
	Secundaria completa	0	0,0	11	10,8	31	30,4	42	41,2
	Superior completa	0	0,0	1	1,0	5	4,9	6	5,9

Ingreso económico: CHI²: (17,342) P: (0,027)

**GRÁFICO N°4:
FACTORES ECONÓMICOS Y SU RELACIÓN CON EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES**



INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

En el Cuadro 4, se observa que del total de adolescentes embarazadas no trabajan el 84,3% y el 15,7% del total de las gestantes que trabajan el 11,76% tienen edades entre los 17 a 19 años de edad, seguido del 3,9% de 14 a 16 años. No se encontró relación estadística significativa siendo el valor de p: 0,660.

Respecto al ingreso económico las adolescentes embarazadas que tienen bajo nivel económico son el 78,4% de las cuales el 14,71% tienen edades de 17 a 19 años, el 24,47% entre las edades de 14-16 años y el 0,98% entre 10-13 años. Seguido del ingreso económico medio con el 21,6% del total de las adolescentes. El 14,71% tienen edades de 17 a 19 años, el 6,68% entre las edades de 14-16 años. No se encontró relación estadística significativa siendo el valor de p: 0,852.

Sobre la escolaridad el total de las adolescentes embarazadas tienen secundaria completa el 41,2%. Del total de las adolescentes embarazadas tienen secundaria incompleta el 38,2%. El total de las adolescentes embarazadas tienen primaria completa el 7,8% el total de las adolescentes embarazadas tienen primaria incompleta el 6,9%. Se encontró relación estadística significativa siendo el valor de (p: 0,027).

CONCLUSIONES

- Del total de las adolescentes embarazadas se encontró que el mayor porcentaje corresponde al grupo etáreo de 17 a 19 años, lo que corresponde a la adolescencia tardía, y el menor porcentaje a las edades de 10 a 13 años de edad a la adolescencia.
- En cuanto a los factores biológicos, los que tienen mayor relevancia son: las adolescentes primíparas con el 82%; y de las adolescentes multíparas con el 18%. De las cuales el 15% tienen periodo intergenésico corto. No se encontró relación estadística significativa.
- Dentro de los factores obstétricos identificados, concluimos que la anemia y la cesárea tienen un alto porcentaje de incidencia en el embarazo adolescente. Este problema se presenta mayormente en el grupo etáreo de 17-19 años. No se encontró relación estadística significativa.
- En el embarazo adolescente se encontró que los factores de riesgo que predisponen a este fenómeno es el factor social. Tiene una relación estadística altamente significativa, en cuanto al tipo de familia, lo cual significa que existe una relación muy estrecha y que aun siendo las familias funcionales, el embarazo en la adolescencia se presenta con mayor frecuencia y las edades son menores.
- Respecto al factor económico, se encontró que hay una relación estadística significativa con el grado de instrucción, lo cual significa que existe una relación muy estrecha. Y que a menor nivel de instrucción, el embarazo en la adolescencia se presentara con mayor frecuencia, por lo tanto las edades serán menores.
- Finalmente, es necesario plantear la posibilidad de desarrollar estudios en el grupo de mayor riesgo de embarazadas de 17 a 19 años, adoptar

por políticas de salud destinadas a la atención integral y multidisciplinaria de los jóvenes, la prevención del embarazo adolescente y medidas tendientes a mejorar la atención de las jóvenes embarazadas, con lo que se obtendrá mejores resultados obstétricos y perinatales.

RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación realizada “Factores Biológicos, Obstétricos, Sociales, Económicos y el Embarazo en Adolescentes Atendidas en el Hospital Tomas Lafora. Guadalupe-2015” se recomienda lo siguiente:

- Coordinación con el sector salud con la finalidad de que en forma conjunta y estratégica se elaboren y ejecuten programas para la promoción de estilos de vida saludable, prevención de las conductas sexuales de riesgo, salud sexual y reproductiva, con la participación de un equipo multidisciplinario integrado por obstetras, psicólogos, médicos entre otros.
- Procurar el acceso libre e informado a anticoncepción moderna (incluyendo anticoncepción de emergencia), liberar las barreras que impiden el acceso de la población adolescente a ejercer libre y responsablemente sus derechos sexuales y reproductivos.
- Al Ministerio de Salud realizar programas de sexualidad centrados en la familia, y además en los centros educativos, establecimientos de salud y organizaciones comunitarias, que permitan motivar a los jóvenes a participar en la solución de los problemas de salud sexual y reproductiva y fomentar la comunicación afectiva en la familia.
- Capacitación y orientación a los padres de familia con la finalidad de que ellos comprendan y orienten a sus hijos en los aspectos de sexualidad humana.
- Para combatir el abandono escolar temprano, los estados deben promover facilidades para que los hogares más pobres puedan hacer frente a los costes de escolarización. Para garantizar un mejor acceso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rondón E, Riesgos Sociales del Embarazo Adolescente. [En Linea] 2015 Junio 06 [Fecha de acceso 28/07/2015] URL Disponible en <http://www.cronica.com.mx/notas/2015/902438.html>
2. Organización Mundial de la Salud, Artículo El embarazo en la adolescencia. Nota descriptiva N° 364. 2011
3. Gómez P, Molina R, zamberlin N. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. PROMSEX. 1 edición Lima Perú, 2011 Págs. 16
4. Gaviria S, Chaskil R. Embarazo en adolescentes de América Latina y el Caribe: Impacto psicosocial. Precop SCP 12(3). Págs. 16
5. Grupo la República Digital, Embarazo adolescente. Lima Perú 2013
6. Ministerio de Salud, Análisis de Situación del Perú. Ministerio de Salud, septiembre 2013
7. Grupo la República Digital, Embarazo adolescente sigue siendo principal problema. Lima Perú 2014
8. Gustavo M, Plan Nacional busca reducir en un 20% embarazos adolescentes. La Republica. 2013-11-08. 21(2)
9. Suarez M, Prevalencia y factores de riesgo en embarazos de adolescentes atendidas en los hospitales del Ministerio de Salud Pública. Santa Elena. Ecuador, 2015
10. Romero K, Prevalencia y factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. [Tesis Doctoral]. Ecuador, Universidad de Cuenca 2014

11. Muñoz M, Romero Z. Embarazo Adolescente Prevalencia y factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes que acuden a consulta externa del hospital básico. Limón Indanza. Cuenca - Ecuador , 2014 Págs. 61
12. Odean I, “Los factores de riesgo Sociales que influyen en el embarazo y en el uso de anticonceptivos de adolescentes en el barrio 25 de mayo, Maipú Mendoza” Argentina 2012 Págs. 55
13. Gómez A, Montoya L. Factores Sociales Demográficos, Familiares y Económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana. Briceño, 2012. RSAP. 16 (3). Págs. 394. 406, 2014
14. Rodríguez V, Incidencia del embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en maternidad Mariana de Jesús de septiembre 2012 a febrero 2013. Guayaquil – ecuador, 2013
15. Arce A, Romero M, Estévez J, Enríquez B. Factores de riesgo presentes en los embarazos adolescentes. Revista Médica electrónica. 2012, Pags 61. Disponible en <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/factores-riesgo-mbarazo-adolescente/>
16. García J, Factores de riesgo biológico y social en los adolescentes del municipio Regla. Cuba 2012. Pags 25
17. Ferrer X, Figueroa E, Factores de riesgo en las adolescentes embarazadas. Revista electrónica de Portales Médicos. 2016 Pags 5 Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2497/1/Factores-de-Riesgo-en-las-Adolescentes-Embarazadas.html>

18. Janco A. Factores de riesgo asociados a adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que acuden a su control pre natal en el Hospital municipal Copabana, provincia Manco Kapac. Departamento de la Paz octubre-diciembre 2011. ISSN. N° 60. La Paz – Bolivia. 2013
19. Osorio A. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora 2013. Lima Peru 2014, Págs. 65
20. Bárcena, O. Factores de riesgo para parto prematuro en gestantes adolescentes del hospital Hipólito Unanue. Tacna. ISSN 2077-0014. 6 (2) Págs. 53
21. Valera J. Embarazo en la adolescencia. ISBN. 1 Edición. Lima Perú, 2009 Págs.36
22. Cifuentes R. Fisiología y Crecimiento Fetal. Obstetricia de Alto Riesgo. Sexta Edición. Bogotá – Colombia: DISTRIBUNA LTDA; 2000. Pág. 43 – 44.
23. Issler J. Embarazo en Adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina. 2001, Pag 11-23
24. Congote L, Velez M, Restrepo L, Cubides A, Cifuentes R. Adolescencia como factor de riesgo para complicaciones maternas y perinatales en Cali, Revista Colombia Obstetricia Ginecologia 63(2). 2012 Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342012000200004
25. Cabrera Y, Ortega M, Orbay M, Sanz L. Riesgo Reproductivo Preconcepcional. Revista Cubana Medicina General Integral 21(3) Habana 2005. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300012

26. Erickson E. Identidad, juventud y crisis en el adolescente. Buenos Aires: Peldos; 2010.
27. Ruiz A. Diagnóstico y manejo de embarazos múltiples. Setiembre 2015
28. Santa María Sandra, 2006. "El embarazo ". Caracas. Julio 2015.
29. Schwarcz R, Fesina R, Duverges C. Enfermedades Maternas en el Embarazo. Obstetricia. Sexta Edicion: Buenos Aires: El Ateno, 2005, Pag 392
30. Schwarcz R, Fesina R, Duverges C. Diabetes Mellitus en el Embarazo. Obstetricia. Sexta Edicion: Buenos Aires: El Ateno, 2005, Pag 370
31. Schwarcz R, Fesina R, Duverges C. Hipertensión Arterial Crónica y Embarazo. Obstetricia. Sexta Edicion: Buenos Aires: El Ateno, 2005, Pag 312
32. Alvarado J. Diabetes Mellitus y Gestacion. Apuntes de Obstetricia. Tercera Edicion: Lima Peru: AMP, 2014 Pág 270
33. Alvarado J. Diabetes Rotura prematura de membranas. Apuntes de Obstetricia. Tercera Edicion: Lima Peru: AMP, 2014 Pág 279
34. Alvarado J. Retardo de Crecimiento Intrauterino. Apuntes de Obstetricia. Tercera Edicion: Lima Peru: AMP, 2014 Pág 292
35. Schwarcz R, Fesina R, Duverges C. Parto Prematuro. Obstetricia. Sexta Edicion: Buenos Aires: El Ateno, 2005, Pag 252
36. Schwarcz R, Fesina R, Duverges C. Cesarea. Obstetricia. Sexta Edicion: Buenos Aires: El Ateno, 2005, Pag 702

37. Krauskopf D. Adolescencia y Educacion. Segunda Edicion: San Jose Costa Rica: CR EUNEA, 2007. Pags 252
38. Alvarado J. Diabetes Trabajo de Parto Prolongado. Apuntes de Obstetricia. Tercera Edicion: Lima Peru: AMP, 2014 Pág 275
39. Garza T. Trabajo con Familia. Eventos críticos. Primera Edicion . mexico.1996. Pags 174
40. Arboleda A. "Nivel de conocimiento que tienen los estudiantes del Colegio "San Francisco de la ciudad de Zamora" sobre los peligros que conlleva el inicio de la vida sexual y la práctica de una sexualidad no responsable, durante el periodo comprendido entre Octubre 2009 a Febrero de 2010". LOJA-ECUADOR 2012. Pags 96
41. Avarez I, Rodriguez C. *Iniciación sexual precoz y la salud de la adolescente*. Memorias convención internacional de la salud pública. Habana Cuba 2012
42. Beltran M. Embarazo en Adolescente. Fundacion Escuela de Gerencia Social. Venezuela 2006 Pag 7
43. Alvarado J. Diabetes Ganancia de peso en el Embarazo. Apuntes de Obstetricia. Tercera Edicion: Lima Peru: AMP, 2014 Pág 11- 12
44. Alvarado J. Diabetes Paridad en el Embarazo. Apuntes de Obstetricia. Tercera Edicion: Lima Peru: AMP, 2014 Pág 30
45. Herrear V, Oliva J, Dominguez F. Riesgo Reproductivo. Ginecologia y Obstetricia. 2011
46. Menendez G, Navas I, Hidalgo Y. El Embarazo y sus Complicaciones en la Madre Adolescente. ISSN, Tercera Edicion (38). Habana Cuba. 2012

47. Alvarado J. Desprendimiento Prematuro de Placenta. Apuntes de Obstetricia. Tercera Edición: Lima Perú: AMP, 2014 Pág 292



ANEXO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

FICHA 1

TESIS: Embarazo Adolescente y su Relación con Factores Biológicos, Obstétricos, Sociales, y Económicos en Madres Adolescentes Atendidas en El Hospital Tomás Lafora – Guadalupe, 2015

Formulario N. _____ Historia Clínica N _____

I.-Datos Generales.

1. Provincia:.....
2. Distrito:.....
3. Localidad:.....

II.-Factores Biológicos:

1.- Edad:

- 1 10 a 12 años ()
- 2 De 14 a 16 ()
- 3 De 17 a 19 ()

2.- Paridad:

- 1 < de 1 ()
- 2 De 1-3 ()
- 3 >=4 ()

3.- Talla:.....

4.- Peso:.....

5.- Periodo Intergenésico:

1 <3 ()

2 3-5 ()

3 >5 ()

III.-Factores Obstétricos:

6.- Amenaza de aborto:

1 Si ()

2 No ()

7.-Abortos repetidos:

1 Si ()

2 No ()

8.-Aborto:

1 Si ()

2 No ()

9.- Tipo de aborto:

1 borto inevitable ()

2 Aborto completo ()

3 Aborto incompleto ()

4 Aborto séptico ()

10.- Amenaza de parto prematuro:

1 Si ()

2 No ()

11.- Parto prematuro:

- 1 Si ()
- 2 No ()

12.-ANEMIA:

- 1 Hematocrito Menor de 35% ()
- 2 Mayor de 35% ()

13.-Hipertensión inducida por el embarazo:

- 1 Si ()
- 2 No ()

14.-Rotura prematura de membranas:

- 1 Si ()
- 2 No ()

15.-Retardo del crecimiento Intrauterino (RCIU):

- 1 si ()
- 2 No ()

186-Parto prematuro:

- 1 Si ()
- 2 No ()

17.-Trabajo de parto prolongado:

- 1 Si ()
- 3 No ()

18.-Parto instrumentado con fórceps:

- 1 Si ()
- 2 No ()

19.-Cesárea:

- 1 Si ()
- 2 No ()

IV.-Factores Sociales:

1.-Procedencia:

1. Urbana ()

2 Rural ()

2.-Estado civil:

1 Soltera ()

2 Casada ()

3 Conviviente ()

3.-Consumo de sustancias nocivas:

1 Consumo de alcohol ()

2 Consumo de tabaco ()

3 Consumo de otras drogas ()

4.-Desintegración familiar

1 Familia funcional ()

2 Familia disfuncional ()

6.-Relaciones sexuales con protección:

1 Sí ()

2 No ()

7.-Violencia familiar:

1 Maltrato :

1 Sí ()

2 No ()

2 Abuso sexual:

1 Sí ()

2 No ()

V.- Factores de riesgo económicos:

1.-Ingreso promedio económico mensual:

1 Menor a S/.750 nuevos soles que equivale a un sueldo mínimo vital.()

2 Igual a S/.750 nuevos soles que equivale a un sueldo mínimo vital.
()

3 Igual a S/.750 nuevos soles que equivale a un sueldo mínimo vital.()

2-Escolaridad:

1 Analfabeta ()

2 Primaria Incompleta ()

3 Primaria Completa ()

4 Secundaria Incompleta ()

5 Secundaria Completa ()

6 Superior Completa ()

7 Superior completa ()

MATRÍZ DE CONSISTENCIA

“EMBARAZO ADOLESCENTE Y SU RELACION CON FACTORES BIOLÓGICOS, OBSTÉTRICOS, SOCIALES, Y ECONÓMICOS EN MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TOMÁS LAFORA – GUADALUPE, 2015”

Problema Principal	Objetivo General	Hipótesis General	Variable	Indicadores
<p>¿Cuál es la relación entre los factores: Biológicos, Obstétricos, Sociales, Económicos y el embarazo adolescentes atendidas en el Hospital Tomas Lafora–Guadalupe, 2015?</p>	<p>Determinar los factores: Biológicos, Obstétricos, Sociales y Económicos y su relación con el embarazo adolescente, en el Hospital Tomas Lafora – Guadalupe, 2015.</p>	<p>Los factores biológicos, obstétricos, sociales y económicos guardan relación estadísticamente con el embarazo adolescente. En el Hospital Tomas Lafora Guadalupe, 2015.</p> <p>HIPÓTESIS ESPÉCIFICA:</p>	<p>A.-Variable dependiente</p> <p>Embarazo adolescente.</p>	<p>-Adolescencia temprana:10-13 Años</p> <p>-Adolescencia media: 14-16 años</p> <p>-Adolescencia tardía:17-19 años</p>

<p>PROBLEMAS SECUNDARIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuáles son los factores biológicos relacionados al embarazo adolescente. - Cuáles son los factores obstétricos relacionados al embarazo adolescente. - Cuáles son los factores 	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <p>Identificar los factores biológicos y su relación con el embarazo adolescente</p> <p>Identificar los factores obstétricos y su relación con el embarazo adolescente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los factores biológicos, se relacionan significativamente con el embarazo en adolescentes. • Los factores obstétricos se relacionan significativamente con el embarazo en adolescentes. • Los factores sociales se relacionan con el embarazo en adolescente. 		
---	---	---	--	--

<p>sociales relacionados al embarazo adolescente.</p> <p>-Cuál es el nivel económico que está relacionado al embarazo en adolescente.</p>	<p>Identificar el factor social y su relación con el embarazo adolescente</p> <p>Determinar el nivel económico y su relación el embarazo adolescente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los factores económicos se relacionan con el embarazo en adolescentes. 		
			<p>Variable Independiente:</p> <p>Factores:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Paridad • Talla • Peso

			<p>Biológicos</p> <p>Obstétricos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Periodo Intergenésico • Mala historia obstétrica • Abortos repetidos • Anemia • Hipertensión inducida por el embarazo • Rotura prematura de membranas • Retardo de crecimiento intrauterino • Parto prematuro • Trabajo de parto prolongado • Cesárea • Procedencia • Estado civil • Consumo de sustancias nocivas
--	--	--	--	--

			Social	<ul style="list-style-type: none">• Desintegración familiar• Relaciones sexuales• Violencia familiar
			Económicos	<ul style="list-style-type: none">• Ingresos económicos• Escolaridad

ESCALA DE CALIFICACIÓN

PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto(a): Katia Sanchez Niño Ladron de Guevara.

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI (X)	NO (X)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de variables.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:.....
.....
.....
.....
.....


COP. 18442
OBSTETRA

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

**ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO**

Estimado juez experto(a): Wilfredo Larios Villasís

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI (X)	NO (X)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de variables.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:.....



FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

**ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO**

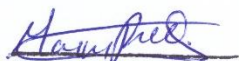
Estimado juez experto(a): DIANA PIUNDO GARAY.....

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI (X)	NO (X)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de variables.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:.....
.....
.....
.....
.....
.....


Lic. Diana M. Piundo Garay

PSICOLOGA
FIRMA DEL JUEZ EXPERTO



Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

AUTORIZACION

El Director Ejecutivo del Hospital Tomas Lafora de la Red de Salud Pacasmayo de la Gerencia de Salud La Libertad.

Expede la presente **Autorización** a la Srta. **PALOMINO RIOS LILIANA ELIZABETH**, para que realice el desarrollo de su investigación y/o actividades de carácter Académico sobre "**EMBARAZO ADOLESCENTE Y RELACION CON FACTORES BIOLÓGICOS, OBSTÉTRICOS, SOCIALES, ECONÓMICOS EN MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TOMAS LAFORA DE GUADALUPE**", en el Hospital Tomas Lafora de Guadalupe.

Se otorga la presente a solicitud de la parte interesada, no teniendo ningún valor para acciones en contra del estado.

Guadalupe, Agosto del 2016.



REGION LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LA LIBERTAD

Dr. KAISIN GENARO BECERRA ALEJO
DIRECTOR EJECUTIVO RED SALUD PACASMAYO
C.M.F. 88788

"Justicia Social con Inversión"

Hospital de Apoyo Tomás Lafora - Red de Salud Pacasmayo
Plazuela Lafora s/n. Teléf. 566099 anexo 0-20. Emergencia Teléf. 567012
Guadalupe-Perú
