



**UAP | UNIVERSIDAD
ALAS PERUANAS**

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

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES QUE ACUDEN A CONSULTA DE GINECO-
OBSTETRICIA EN EL CENTRO DE SALUD LEONOR
SAAVEDRA, LIMA - 2014”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

BACHILLER: MARILYN OTSUGUA ANA, DIAZ MARIN

LIMA - PERÚ

2016

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES QUE ACUDEN A CONSULTA DE GINECO-
OBSTETRICIA EN EL CENTRO DE SALUD LEONOR
SAAVEDRA, LIMA - 2014”**

DEDICATORIA

A Dios y a mis queridos y adorados padres quienes con su orientación, dedicación y ejemplo supieron guiarme en el camino del saber, apoyándome siempre de manera incondicional, brindándome su paciencia, confianza y lo más esencial amor. Enseñándome que lo importante es salir adelante, con el esfuerzo y dedicación se puede llegar a triunfar en la vida siendo una persona de bien y útil a la sociedad.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a DIOS por darme la vida y llenarme de bendiciones.

A mi Escuela quien nos abrió el camino de superación, con docentes idóneos, capaces e impulsores, gracias a ellos por sus conocimientos impartidos, por su paciencia y entendimiento y por haberme brindado la oportunidad de alcanzar un excelente nivel académico.

A mí adorada madre por ser una madre ejemplar, por todo su apoyo, paciencia, amor y lucha por hacernos cada día unas mejores personas. A mi padre por habernos dado todo su amor, ayuda y dedicación. A los docentes por transmitirnos sus valiosos conocimientos, aprendizajes y experiencias para ser mejores profesionales.

RESÚMEN

El presente estudio titulado “Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes que acuden a consulta de gineco-obstetricia en el Centro de Salud Leonor Saavedra, Lima - 2014”. Cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes que acuden a consulta de gineco-obstetricia. Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte Transversal, la muestra estuvo constituida por las 74 adolescentes entre 12 a 19 años embarazadas. Se llego a las siguientes conclusiones:

Del total de la población de adolescentes embarazadas que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra, fluctúan entre las edades de de 16 a 17 años de edad, conviven con sus parejas, dependen económicamente de sus padres, y son estudiantes cursan la secundaria. El factor de riesgo asociado al embarazo en las adolescentes que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra, predomina el factor de riesgo psicosocial, seguido por el factor de riesgo individual y por último el factor biológico. En el factor de riesgo individual asociado al embarazo en las adolescentes, el indicador que predomina fue la rebeldía hacia los padres, seguido por la Poca habilidad de planificación familiar y la Impulsividad. En el factores de riesgo psicosocial asociado al embarazo en las adolescentes se tuvo que el indicador con mayor predominio son las alteraciones en el funcionamiento intrafamiliar y el consumo de alcohol y o drogas, pérdida de figura paterna, bajo nivel educativo, hacinamiento, pobreza, escasa accesibilidad al sistema de salud y el machismo. En el factor de riesgo biológico asociado al embarazo de las adolescentes predomina las Relaciones sexuales sin protección, la Menarquía precoz.

Palabras claves: adolescente, embarazo, factores de riesgo.

ABSTRAC

This study entitled "Risk Factors associated with pregnancy in adolescents attending consultation gynecology and obstetrics at the Health Center Leonor Saavedra, Lima - 2014". Whose objective was to determine the risk factors associated with pregnancy in adolescents attending consultation of gynecology and obstetrics. Quantitative study, descriptive, cross-sectional sample consisted of 74 adolescents aged 12 to 19 years pregnant. It was reached the following conclusions:

The total population of pregnant adolescents attending clinics of gynecology and obstetrics Health Center Leonor Saavedra, ranging from ages 16 to 17 years old, live with their partners financially dependent on their parents, and are students in secondary. The risk factor associated with teenage pregnancy clinic attendees of Ob-Gyn Health Center Leonor Saavedra, predominantly psychosocial risk factor, followed by individual risk factor and finally the biological factor. In the individual risk factors associated with teenage pregnancy, the indicator was dominated rebellion to parents, followed by the inability of family planning and impulsivity. In the psychosocial risk factors associated with teenage pregnancy I had to be the indicator with the highest prevalence are alterations in the domestic operation and use of alcohol or drugs, loss of father figure, low education, overcrowding, poverty, poor accessibility the health system and machismo. In the biological risk factor associated with teenage pregnancy predominates unprotected sex, early menarche.

Keywords: teen, pregnancy, risk factors.

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	i
ABSTRAC	ii
ÍNDICE	iii
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	
1.2.1. Problema General	6
1.2.2. Problemas Específicos	6
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	7
1.3.2. Objetivos específicos	7
1.4. Justificación del estudio	7
1.5. Limitaciones de la investigación	9
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	10
2.2. Base teórica	15
2.3. Definición de términos	44
2.4. Variable	46
2.4.1. Definición conceptual de la variable	46
2.4.2. Definición operacional de la variable	47
2.4.3. Operacionalización de la variable	47

CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	48
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	48
3.3. Población y muestra	48
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	49
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	49
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	50
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	51
CAPÍTULO V: DISCUSION	58
CONCLUSIONES	60
RECOMENDACIONES	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1

Perfil de las adolescentes embarazadas que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra, Lima - 2014	52
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Gráfico 1

Factores de riesgo asociados al embarazo en las adolescentes que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra, Lima - 2014	53
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Gráfico 2

Factores de riesgo individual asociado al embarazo en las adolescentes que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra, Lima - 2014	54
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Gráfico 3

Factores de riesgo psicosocial asociado al embarazo en las adolescentes que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra, Lima - 2014	55
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Gráfico 4

Factor de riesgo biológico asociado al embarazo de las adolescentes que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra, Lima - 2014	57
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

El embarazo en adolescentes es a dado con más frecuencia en los últimos años y, lo que es más grave; se produce en edades cada vez menores. La constante preocupación de los países en vías de desarrollo lo constituye, sin duda alguna, la alta incidencia de mortalidad materna. En el Perú no se escapa de esta realidad, pues continuamos con una tasa alta de mortalidad materna. (1) Se señalan muchos factores causales, dentro de ellos está el embarazo en adolescentes.

En el presente estudio transversal descriptivo, con un universo de adolescentes que fueron captadas en calidad de usuarias activas, inscripciones maternas, y control prenatal, en el Centro de Salud Leonor Saavedra, en el periodo comprendido de Abril del 2014 a Junio del 2014, se estableció la relación de los factores asociados como la: edad, escolaridad, integración familia, conocimientos en planificación familiar, en la incidencia de embarazos en adolescentes.

En esta etapa de la vida reproductiva, el incremento de nacimientos habidos en mujeres muy jóvenes en países en vías de desarrollo e incluso en países desarrollados, es materia de creciente preocupación social, por constituir un evidente factor de riesgo. Los factores de riesgo no solo influyen en la morbilidad y la mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil, sino que pueden dejar secuelas en el desarrollo ulterior del infante y de las madres adolescentes. (2)

Actualmente, las adolescentes son la población que presenta mayor riesgo en materia de salud sexual y reproductiva, por vivir una sexualidad de manera irresponsable; que carecen de información suficiente que las oriente a conducir su vida de manera adecuada, volviéndose independientes y a la vez renuentes para obtener información necesaria, oportuna y correcta en los servicios de salud.

La incidencia del **embarazo adolescente** en el Perú **es de 13.7%**. Se reporta el 26.8% de muertes maternas en adolescentes entre las edades comprendidas de 15 a 19 años; cada día 2 mujeres mueren por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, 856 mujeres sufren complicaciones del embarazo. Según la Línea de base de Mortalidad Materna del Ministerio de Salud, encontramos que las adolescentes, antes de cumplir los 20 años, ya tienen uno o más hijos. Son muchos los riesgos a los cuales está expuesta una adolescente embarazada: los riesgos sociales, como la baja escolaridad, desempleo, abandono, entre otros; los riesgos reproductivos, tales como el bajo peso del recién nacido, el aumento en la incidencia del parto abdominal, etc.

Reconociendo además al embarazo en adolescentes como una situación condicionante de riesgo obstétrico y perinatal alto, que por lo tanto, se convierte en un problema de salud pública importante, por el costo biológico y psicosocial que implica, y por ser un tema de actualidad teniendo en cuenta además la creciente incidencia de embarazo en adolescentes, no sólo en nuestro país, sino en todo el mundo, se realizó el presente estudio, para contribuir de alguna manera a disminuir la incidencia de embarazos en adolescentes a través de la educación oportuna en salud sexual y reproductiva (SSR) orientados en el conocimiento y adecuado de métodos de planificación familiar (PF) y así mejorar la salud materna y perinatal de nuestra población adolescentes

La presente investigación para fines de estudio contiene

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: En él se hace mención a los resultados obtenidos después de procesar los datos.

Capítulo V: En él se realiza la discusión de los resultados obtenidos terminando con la presentación de las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el período de la vida que se da entre los 10 y los 19 años de edad, se caracteriza por una serie de cambios orgánicos (Pubertad) así como la integración de funciones de carácter reproductivo (ciclo menstrual en las mujeres y ciclo espermático en los hombres) acompañados de ajustes psicosociales y a un ambiente sociocultural cambiante. (1)

La adolescencia es una etapa crucial dentro del desarrollo del ser humano, ya que existen profundos cambios psicológicos, sociales y sexuales. Es la etapa donde se constituye la personalidad de cada individuo y se empieza a socializar en la sociedad.

Se calcula aproximadamente que los adolescentes empiezan a tener relaciones sexuales entre los 12 a 19 años de edad; Precisamente muchos factores están asociados al riesgo de embarazo a este tipo de población. Cabe mencionar que la disfunción familiar, el consumo de drogas, el pandillaje, la edad, el nivel socioeconómico y la violencia intrafamiliar; son algunos factores que han sido vinculados. Precisamente estos factores están ligados al incremento de la tasa de embarazos en las adolescentes. Para el año 2013 la tasa de prevalencia del embarazo en las adolescentes en el mundo se calcula aproximadamente un 55%, esta tasa es mucho mayor a la de aquellos países que están en vías de desarrollo comparados a los países que están desarrollados.

Es importante resaltar, que en el mundo existen más de mil millones de adolescentes que aportan anualmente 15 millones de partos y de ellos el 80% son pertenecientes a países en vías de desarrollo. En España se producen 18.000 embarazos anuales en adolescentes, 7.000 deciden interrumpirse la gestación y 800 tienen entre 11 y 15 años. (2)

De igual forma, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) plantea que la alta incidencia de embarazos en adolescentes en Latinoamérica sólo es superada por países africanos y la mayor proporción de jóvenes madres en la región se registra en países de Centroamérica como Nicaragua, Honduras y Guatemala. Nicaragua encabeza la lista de los países afectados por este problema, debido a que el 27 por ciento de las adolescentes entre 15 y 19 han pasado por la maternidad. En el caso de Honduras, el 30 por ciento de las madres son menores de 18 años. (3)

En Colombia 70 de cada 1.000 adolescentes se convierten en madres cada año, el 12% procede de zonas urbanas y el 16% de zonas rurales. De igual forma, en los Estados Unidos las relaciones sexuales y el embarazo en la adolescencia ocupan el primer lugar entre los países desarrollados, a pesar de que en los países europeos la actividad sexual comienza en edades tempranas. (4)

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) ha estimado el costo de un embarazo en la adolescencia, en comparación con un embarazo después de los 20 años de edad, considerando los siguientes factores: Menores ingresos de la madre a lo largo de toda su vida, mayores costo de las necesidades de subsistencia de los hijos y de atención de la salud, así como los costos adicionales necesarios para niños en situación desventajosa y costos de la exclusión social. (5)

Así mismo, las adolescentes que no conviven con la madre ni con el padre registran la mayor frecuencia de conductas de riesgo, su falta de cuidado en materia de anticonceptivos es tres veces más frecuente en la primera relación y casi nueve veces más frecuente en la última relación que la registrada por las jóvenes que conviven con ambos progenitores. (6)

El uso de anticonceptivos entre los adolescentes es bajo, pero va en aumento en los estratos económicos más altos. Entre los jóvenes más pobres, menos del 5% utilizan anticonceptivos modernos. La falta de equidad en el acceso a la planificación de la familia fomenta la probabilidad de los embarazos no deseados. (7)

De acuerdo con cifras de la Secretaría de Salud, 3 de cada diez mujeres se convierten en madres antes de cumplir 19 años. A nivel mundial, según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), cada año dan a

luz 15 millones de adolescentes, entre los 15 y 19 años de edad, en todo el mundo. El 95% de éstos, ocurre en países en desarrollo.

A nivel mundial tenemos en primer lugar a Nigeria. En este país se dan más de 233 embarazos por cada mil mujeres adolescentes, cifra que lo posiciona a la cabeza, en todo el mundo, respecto a este problema. De hecho, se han dado casos de tráfico de jóvenes embarazadas, cuyos bebés son vendidos en 4,460 euros. En segundo lugar tenemos a República Democrática del Congo. Igual que Nigeria, este país encabeza la lista de las naciones con el mayor número de embarazos prematuros. De cada mil adolescentes, 230 dan a luz. Esto se debe a que el 74% de las mujeres, entre los 15 y 19 años de edad, están casadas. En tercer lugar tenemos a Angola el promedio de las mujeres de este país tienen siete hijos. El 70%, de ellas, dan a luz a su primer bebé en la adolescencia. Según la tabla publicada por la Global Virtual University, por cada mil chicas, más de 220 se embarazan.

En América del sur tenemos en un sexto lugar a Venezuela. Que se ha ganado el primer lugar de Sudamérica con el mayor número de embarazos adolescentes. La Organización de las Naciones Unidas, informó que de cada mil embarazadas, 91 son menores de 18 años. Esto se debe a que la edad promedio, en la que los jóvenes venezolanos inician su actividad sexual, oscila entre los 12 y 14 años.

En el Perú la incidencia del embarazo adolescente en la actualidad es de 13.7% la cual registra un ligero incremento respecto al último reporte de la ENDES realizada en el período 2006, según el cual esta tasa se encontraba en el 12,2% en el país, según la Dirección de Salud de las Personas del Ministerio de Salud, que precisó que estos casos se concentran en las zonas rurales y de mayor pobreza. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2009. A pesar de los avances logrados en salud sexual y reproductiva, aún es elevado el número de

embarazos no planeados que ocurren en la población adolescente, esto representa un desafío para el país, ya que existen 5'679,770 adolescentes en el Perú según MINSA en el año 2011 y representa un 20% de la población adolescente.

El embarazo de las adolescentes conlleva a un incremento en las tasas de embarazos no deseados, según las encuestas el 60% de adolescentes que se embarazan no deseaban quedar embarazadas. El embarazo no deseado a su vez conlleva al aumento de la tasa de abortos. De todos los abortos realizados el 75% fueron de gestantes adolescentes con edades comprendidas de 12 a 19 años de edad, los abortos a su vez conllevan a un aumento de hemorragias, infertilidad, infecciones o perforaciones causados por las maniobras hechas en la zona de intervención.

Se sabe que el 20% de adolescentes tiene Infecciones de Transmisión sexual, el 60% están infectadas por sífilis y el 40% por el VIH. Por otro lado también aumenta las complicaciones obstétricas como la preclancia, laceración pélvica, malformaciones congénitas y lo que son los partos prematuros incidiendo a una disminución del peso del bebe al nacer. Otro de los problemas que conlleva el embarazo de las adolescentes es la deserción escolar que se ha encontrado que el 25.3% de adolescentes a dejado el colegio; la cual va a causar la dependencia familiar y aumenta los niveles de pobreza en el hogar. También causa una baja autoestima conllevando a una depresión y como consecuencia puede causar la muerte.

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías: Factores de riesgo individuales: Menarquía precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar. También tenemos los Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar,

antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres. Y por último los Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes (8)

Bajo este contexto durante las prácticas clínicas comunitarias se pudo observar que pese a los esfuerzos realizados en nuestro país, se reconoce que no ha habido aún el impacto esperado sobre la maternidad temprana. Además, las estrategias propuestas en relación con los jóvenes están basadas en impresiones subjetivas, con escasa información detallada o con un análisis superficial y poco riguroso. A esto se suma la vida sexual de los jóvenes está atravesada por componentes culturales, sociales, étnicos y económicos. También, cabe señalar que existe muy poca información sobre propuestas educativas basadas en el embarazo en adolescentes.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al embarazo en las adolescentes que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra, Lima - 2014?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuáles son los factores de riesgo individual asociado al embarazo en las adolescentes que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra, Lima - 2014?

- ¿Cuáles son los factores de riesgo psicosocial asociado al embarazo en las adolescentes que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra, Lima - 2014?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo biológico asociados al embarazo de las adolescentes que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra, Lima - 2014?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1. Objetivo general

Determinar los factores de riesgo asociados al embarazo en las adolescentes que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra, Lima – 2014.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores de riesgo individual asociado al embarazo en las adolescentes que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra, Lima – 2014.
- Identificar son los factores de riesgo psicosocial asociado al embarazo en las adolescentes que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra, Lima – 2014.
- Identificar son los factores de riesgo biológico asociados al embarazo de las adolescentes que acuden al consultorio de

1.4. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN

El embarazo en adolescentes es una de las preocupaciones médicas más importantes dentro de nuestro país, convirtiéndose en un problema grave de salud pública ya que este implica altos riesgos para la salud de la madre, del feto y del recién nacido, los cuales podrían llevarlos hasta la muerte, por tratarse de un tema importante para la mujer adolescente, el niño/a, la familia y la sociedad.

En el 2011, del total de adolescentes de 15 a 19 años el 12,5% ya estuvo alguna vez relaciones sexuales. Los mayores porcentajes de maternidad adolescente se presentan entre las mujeres con educación primaria con el 33,9%.

Según UNFPA desde hace 20 años el alto porcentaje de embarazos en adolescentes en el Perú no ha variado. Para muchas, el embarazo no planeado es una experiencia negativa para nuestra salud y nuestra vida emocional y social, que nos marca para siempre.

Ello nos impide salir del ciclo de pobreza y afecta nuestros derechos para lograr un mejor futuro. A nivel nacional las mujeres de 15 a 19 años solo el 32% han querido el embarazo; el 13% han estado embarazadas entre los hombres de la misma edad; entre las mas pobres han quedado embarazada el 26% y 7 de cada 100 muertes por causas maternas son madres a 17 años y 6 de cada 10 mujeres adolescentes no utilizan métodos anticonceptivos.

Por ello es importante tener una aproximación a la realidad que viven estas jóvenes y las repercusiones que el embarazo ha tenido en su proyecto de vida. A través de esta investigación se pretenderá dar información sobre los factores de riesgo que ocasionan que una

adolescente salga embarazada y el impacto que ocasiona el embarazo en el proyecto de vida de las adolescentes embarazadas.

Se pretende que los resultados que se obtengan en la investigación puedan, de alguna manera, orientar a las jóvenes sobre su embarazo y su incidencia en su proyecto de vida, lo cual significa que los más beneficiados serán las madres embarazadas. También nos permitirá dar a conocer los factores que ocasionan que una adolescente salga embarazada; y según esos factores podamos prevenir la incidencia de embarazos de adolescentes, que es cada vez mal alta según encuestas de ENDES y UNFPA.

Este estudio permitirá que se pueda aplicar los conocimientos teóricos, metodológicos y técnicos adquiridos durante su formación profesional. En el distrito de San Juan de Miraflores según en el Censo del 2011 el 32.24% de las madres al primer hijo fueron menores de 19 años, el valor nacional es de 33.35%

En el Centro de Salud Leonor Saavedra es una unidad de salud, donde son atendidas las adolescentes embarazadas en estos casos se encontró que no se ha realizado un estudio para identificar algunas Factores o características que influyan al embarazo en adolescentes

Por eso resulta crucial y de gran importancia llevar adelante el estudio de factores de riesgos asociados al embarazo en las adolescentes que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra. Ya que conociendo estos factores se puede planear las intervenciones para evitar la ocurrencia en nuestra población.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La primera limitación sería el factor económico ya que por la distancia del centro de salud es muy alejada del distrito de procedencia de la investigadora.

CAPÍTULO II MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

2.1.1. Antecedentes internacionales

ÁVILA Montes, Gustavo Adolfo; BARBENA García, Mar; ARGUELLO Munguía, Paola; en su estudio “Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en comunidades urbano marginales de Comayaguela” Honduras. 2011. El embarazo en la

adolescencia se ha convertido en un grave problema de salud pública en Honduras. El objetivo de este estudio fue determinar los factores de riesgo, percepciones y creencias asociados al embarazo en la adolescencia para recomendar medidas de prevención para disminuir la incidencia de este problema. Pacientes y métodos: Se efectuó un estudio de casos y controles en 67 adolescentes embarazadas y 67 adolescentes no embarazadas que fueron aparejadas de acuerdo a edad y procedencia. Las entrevistadas fueron interrogadas respecto a sus datos generales, edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, uso de contraceptivos en la primera relación sexual, antecedentes personales y sociales sobre educación sexual a nivel familiar, historia de alcoholismo, tabaquismo o drogas. Se efectuó un grupo focal con adolescentes embarazadas revisando aspectos como la esfera de creencias, ideas y percepciones sobre la sexualidad, métodos de planificación y autoestima. Llegando a la conclusión:

“El estudio de casos y controles reveló asociación entre el tabaquismo (OR = 6,38; IC95%: 1,24-44,27), el haber completado solamente la educación primaria (OR = 5,12; IC95%:2,20-12,10) y proceder de un hogar desestructurado (OR = 3,66; IC95%:1,51-8,98) con el estado de caso. El haber recibido educación sexual a nivel familiar fue un factor protector del embarazo en la adolescencia (OR = 0,40; IC95%:0,18-0,85). El riesgo de un embarazo en la adolescencia parece venir influenciado por varios factores, destacándose la escolaridad incompleta y la falta de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva. La introducción de contenidos de educación sexual a nivel escolar es una estrategia a considerar para el manejo de este problema”. (9)

LEÓN Paula; MINASSIAN Matías; BORGÑO Rafael, BUSTAMANTE Francisco; en su estudio “Embarazo en

Adolescentes” 2008. En los últimos años ha ocurrido un incremento y una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual juvenil, provocando un aumento de la incidencia del embarazo adolescente, considerado actualmente un serio problema médico-social. Su prevalencia varía a nivel mundial y nacional. Dentro de los factores de riesgo descritos los más importantes son los individuales, asociándose a resultados gineco-obstétricos y psicosociales adversos. Dentro de los primeros se encuentran retraso del crecimiento intrauterino, anemia, infección del tracto urinario, parto prematuro y complicaciones del parto. Las principales consecuencias psicosociales encontradas fueron la deserción escolar, familias disfuncionales y problemas económicos. La situación actual, descrita anteriormente, ha obligado a crear en el último tiempo diferentes tipos de programas de educación sexual (PES) con el objetivo común de enfrentar el problema. Entre éstos tenemos por ejemplo los gubernamentales, los orientados hacia una “sexualidad segura” y otros basados en la abstinencia. Llegando a la conclusión:

“Luego de haber revisado lo publicado en relación al tema del embarazo adolescente, podemos comprobar que efectivamente ha ocurrido un incremento y una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual juvenil, cuya consecuencia principal ha sido un aumento del embarazo adolescente. Consideramos importante poder identificar cuáles son los principales factores de riesgo que aumentan la prevalencia de dicha condición, para así poder desarrollar estrategias destinadas a abordar la situación, tanto con medidas de prevención primaria, como secundarias. En el país se han desarrollado programas destinados a mejorar la educación sexual de los jóvenes, sin embargo, consideramos importante la realización de un mayor número de programas y de masificar su

difusión e implementación para así poder lograr avances en la problemática actual del tema”. (10)

RODRÍGUEZ Vázquez María de los Ángeles en su estudio “Factores de riesgo para embarazo adolescente” Colombia. 2008. Nunca antes en el mundo se había contado con una población tan numerosa de adolescentes en edad de incorporarse al mercado del trabajo y a la vida reproductiva. Muchos de los adolescentes pueden no ser conscientes de los riesgos que implica ser activos sexualmente. Por tal motivo, este grupo necesita servicios de Salud Sexual Reproductivos (SSR) para que reciban información sobre las formas de evitar embarazo no deseado y cómo disminuir los riesgos de adquirir una ITS, incluida el VIH/SIDA. Las adolescentes en embarazo son consideradas como un grupo de alto riesgo reproductivo, no sólo porque físicamente su cuerpo aún está en proceso de formación sino, también, por las implicaciones sociales y psicológicas de la gestación, y que no sólo afecta a la joven madre sino que tiene consecuencias en el padre adolescente, en sus hijos, en los familiares y en la sociedad en general. Actualmente, el embarazo adolescente es considerado un grave problema de salud pública, por causa de su considerable aumento y porque es la población más pobre y vulnerable de la sociedad la que lo está sufriendo con mayor frecuencia. Otra situación asociada a la Salud Sexual Reproductiva (SSR) de las/los adolescentes es el riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS), responsables de una gran variedad de problemas de salud. En recientes estudios en adolescentes entre 14 a 19 años de Medellín se encontró una alta prevalencia anual de síntomas genitourinarios (36%), de los que sólo un caso de cien acudió a consulta. Llegando a la conclusión:

“El embarazo adolescente es un fenómeno complejo en el que participan un gran número de factores de riesgo, lo cual

representa un enorme reto para los sectores de salud y educación que tienen prioridades en la intervención de esta problemática”. (11)

SOTO, M en su estudio “Cambios en el Proyecto de Vida de la Adolescente embarazada, en la Escuela Preparatoria N°7, en la Universidad de Guadalajara México. 2009. Trata de determinar los cambios en el proyecto de vida de la adolescente embarazada en la Escuela Preparatoria N°7. Llegando a la conclusión:

“Que para la mayoría de las adolescentes el embarazo sucedió como algo ineludible”, sin que existiera en esos momentos para ellas, ni conciencia, ni medios reales para poder evitarlo, esto implica la carencia de condiciones concretas de existencia que permitan en ellas optar conscientemente por un embarazo, o por el contrario contar con los medios necesarios para evitarlo. Un ambiente familiar crítico y conflictivo puede llevar a la adolescente a ver en la iniciación sexual, además de compañía grata, la posibilidad de un embarazo como alternativa de escape y construcción de una nueva vida. Nueva vida que, por lo general, no llega y sí complica el futuro de la adolescente”. (12)

2.1.2. Antecedentes nacionales

SALAVERRY Olga M. en su estudio “embarazo en adolescentes en Lima. 2010. Habla que los factores que determinan los embarazos en adolescentes pueden variar de acuerdo a las características socioculturales de las diversas poblaciones. Llegando a la conclusión:

“Existen poblaciones en que el embarazo en adolescentes es culturalmente aceptado, y por el contrario su no ocurrencia es rechazada; esta situación que se observa con frecuencia en las poblaciones selváticas no van a incidir negativamente en aspectos

tales como aumento en la tasa de abortos; sin embargo, el embarazo en adolescentes no es un patrón culturalmente aceptado en poblaciones como la de Lima, por su componente religioso y conservador, lo cual condiciona que las adolescentes que se embarazan traten de evitar el progreso del mismo a través de maniobras abortivas”. (13)

VEGA Tiburcio Janet Mabel en su artículo titulado “Embarazo precoz”. 2010. La fecundidad de adolescentes conlleva riesgos e implicancias, no sólo desde la perspectiva de salud pública, sino también de tipo económico y social, para las madres adolescentes, sus hijos y la sociedad en general. Llegando a la conclusión:

“La fecundidad de las adolescentes constituye así un aspecto de vital importancia y de preferente atención para los programas de salud reproductiva, de una parte por lo específico de sus demandas bio-psico-sociales, relacionadas con la identidad sexual y los cambios anátomo-fisiológicos vividos en esta etapa de la vida y, por otra, porque estas demandas se viven en un contexto de escasa información y educación y poca accesibilidad a servicios de consejería y salud especializados”. (14)

2.2. BASE TEORICA

2.2.1. La adolescencia

La adolescencia es una de las fases de la vida más fascinantes y quizás la más compleja, en esta etapa se asume nuevas responsabilidades y se experimenta una nueva sensación de independencia. El adolescente está en la búsqueda de su identidad, aprenden a poner en práctica valores aprendidos en su primera infancia y a desarrollar habilidades que les permitirán convertirse en adultos atentos y responsables. Cuando los

adolescentes reciben el apoyo y el aliento de los adultos, se desarrollan de formas inimaginables, convirtiéndose en miembros plenos de sus familias y comunidades y dispuestos a contribuir, llenos de energía, curiosidad, tienen en sus manos la capacidad de cambiar los modelos de conducta negativo que se transmite de generación en generación.

La adolescencia corresponde al periodo de transición de la vida infantil a la adulta desde los 10 a 19 años de edad, donde se presentan cambios rápidos en el crecimiento físico, psicosocial y maduración antes de alcanzar la edad adulta. Se inicia por una serie de cambios neurohormonales para conseguir la capacidad reproductiva propia para cada sexo. Esto ocurre fundamentalmente gracias a la interacción entre el SNC., hipotálamo, hipófisis. (15)

Para Walley, “La adolescencia es la etapa comprendida entre los 10 y 19 años durante la cual se producen profundos cambios biológicos y psicológicos que culminan con la madurez físicas y emocionales de la personas”. (16)

Para Freud, la adolescencia es un estudio del desarrollo en el que debido a los cambios fisiológicos que acompañan a la pubertad, brotan los impulsos sexuales y se produce una primacía del erotismo genital. Hay una mayor independencia y cambios en los lazos afectivos hacia nuevos objetos amorosos; se produce una vulnerabilidad acentuada de la personalidad en la que se produce una mayor proclividad hacia los fenómenos psicopatológicos (17).

Para el psicólogo Kurt Lewin, la adolescencia está determinada por el carácter marginal o posición intermedia que ocupa el sujeto

en relación con quienes los rodean. Ya no pertenece al mundo infantil, pero tampoco ha alcanzado el estatus del adulto. Esta situación genera contradicciones y conductas extremas. El adolescente por momentos es tímido, otras agresivo, tiende a emitir juicios absolutos y todas estas conductas son consecuencia de una marcada inseguridad (18)

Según Erikson, la adolescencia no constituye una dolencia, sino, una crisis normativa, es decir una fase normal de incrementado conflicto caracterizado por una aparente fluctuación de la energía del ego y así mismo por un elevado crecimiento. La tarea más importante del adolescente, según este autor es construir una identidad coherente y evitar la confusión de papeles (19).

La adolescencia ha de ser entendida, pues, como un proceso universal de cambio, de desprendimiento que se teñirá con connotaciones externas, peculiares de cada cultura, que la favorecerán o dificultarán según las circunstancias que se presenten.

El adolescente se encuentra en la búsqueda de su identidad adulta, y en su recorrido se ve obligado a renunciar a su identidad de niño/a. Ello le exigirá una labor lenta, a menudo dolorosa, de “duelo” y de adaptación a las nuevas sensaciones y sentimientos que afectaran al cuerpo, la mente y a las relaciones.

Su sexualidad se irá construyendo a lo largo de toda la vida y se mostrará de diferentes maneras en cada edad o momento de su evolución. La sexualidad y su expresión tendrán mucho que ver con la universalidad de la persona, y no solamente con el compromiso genital. Hay pocas dudas de que la vivencia y expresión de la sexualidad es una de las cuestiones más trascendentales de la etapa adolescente.

En todo este proceso el adolescente necesita de la familia y de la sociedad. El adolescente se mira y se reconoce, en el reconocimiento que de él hacen los demás. Si la familia y la sociedad acogen y consideran sus cambios, el adolescente hace su recorrido con mayor tranquilidad y aceptación, e incluso con orgullo y seguridad. En cambio, si esto no ocurre, el adolescente esconde su cuerpo, se encierra en sí mismo o bien “actúa” para llamar la atención, exponiéndose a riesgos innecesarios.

La UNICEF define a la adolescencia como “la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo”. Así su comienzo tiene lugar con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y termina cuando cesa el crecimiento somático.⁽²⁰⁾ La OMS la delimita cronológicamente entre los 10 y 19 años, aunque actualmente diferencia tres períodos, que la extienden hasta los 24 años.

Las etapas delimitadas por la OMS, cada una de ellas tiene sus propias características fisiológicas y psico-sociales. La adolescencia es entendida, como, carácter de continuidad e interconexión, en íntima relación con el medio familiar y social. La forma en que se irá desarrollando dependerá de las estructuras psicológicas y sobre todo de las vivencias individuales de la infancia y en relación a su entorno. En este sentido, los adolescentes no forman un grupo homogéneo sino que presentan una gran diversidad en cuanto al crecimiento biológico, social, emocional e intelectual; los profesionales no debemos olvidar que cada adolescente desde su individualidad, responderá de una forma única y personal a las oportunidades y exigencias de la vida.

Para poder comprender mejor el desarrollo del adolescente la describiremos en fases como:

Adolescencia temprana o pubertad: Comprende desde los 10 a 14 años de edad, en el cual se desencadenan, cambios biológicos propios de la pubertad, caracterizado por el rápido crecimiento somático. Estos cambios hacen que se pierdan la imagen corporal previa, creando una gran preocupación y curiosidad por los cambios físicos.

El hecho más destacado es el incremento de la síntesis y secreción de los esteroides sexuales, bajo el control de las gonadotropinas FSH y LH, dando lugar a la maduración de los caracteres sexuales primarios y la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Ocurren aquellos cambios morfológicos y fisiológicos que posibilitan el inicio de las funciones sexuales y reproductivas. Destacando entre ellos el incremento en la estatura, peso, distribución muscular y de grasa, y el crecimiento de los órganos reproductivos.

También se muestra diferencias en ambos sexos, tanto en su cronología como en su intensidad. En las niñas es un acontecimiento precoz, mientras que en los niños se inicia cuando la pubertad ya está avanzada. La nutrición juega un papel esencial en el desarrollo y crecimiento del adolescente-púber, la alteración en los hábitos alimentarios, repercutirá en el equilibrio nutritivo.

Dentro de los cambios psicosociales que registra el adolescente significa rupturas más o menos considerables, que aunque normales, obligadas y necesarias, tienen una considerable repercusión sobre su entorno más cercano. Estas rupturas

movilizan sentimientos característicos, uno de los cuales podemos describirlo como de duelo, sensación de haber perdido, abandonado o dejado atrás algo.

Los rápidos cambios físicos y a menudo dis armónicos llevan al adolescente a estar cada vez más preocupado por el aspecto de su cuerpo y por si lo que le ocurre es o no es normal. El cuerpo pasa a ser un punto importante de referencia para sí y para los otros es como la carta de presentación y el soporte de la autoestima. A menudo lo compara con el de otros adolescentes, muestra mayor interés por la anatomía y fisiología sexual, en esta etapa es común la ansiedad y las preguntas sobre la menstruación, la masturbación y el tamaño del pene. Las sensaciones eróticas comienzan a despertarse y se hacen más prohibidos los contactos con los padres u otros adultos. Observamos con frecuencia manifestaciones de pudor sobre todo frente al sexo contrario. Necesidad de intimidad, soledad y timidez.

Estos cambios físicos engendran el egocentrismo y es aquí donde empieza la lucha del adolescente por su independencia, pérdida de la condición de niño, del rol y de la identidad infantil. Ello le crea un vacío emocional, este vacío puede originar una disminución del rendimiento escolar.

Pérdida de los padres de la infancia, esto dado en el sentido de que siendo los padres los mismos son vistos de un modo muy diferente y más real, deja de ser su ídolo se da la des admiración y a menudo es sustituida por otras figuras que toman un valor significativo. El adolescente presenta un comportamiento ambivalente e inestable, pasa de un estado a otro con una gran

facilidad (cariñoso / huraño, sumiso / dominador, dependiente / independiente entre otros), actitudes de rebeldía y humor variable.

Disminuye el contacto con su familia y con sus amigos se incrementa las relaciones de amistad dentro del mismo sexo, aunque haya algún contacto con el sexo opuesto dentro del grupo de amigos. Amistades que suelen ser idealizadas y muy intensas. Se observa en ellos una gran influencia del grupo de amigos con respecto a la aceptación de normas. Ello se debe a la inseguridad y necesidad de reafirmación.

En esta etapa hay una mejora notable de las capacidades cognitivas. Evolución desde el pensamiento operacional concreto al pensamiento abstracto o formal, explora de sus recién descubiertas capacidades para la abstracción, comenzando las operaciones formales, esto marca el inicio del desarrollo académico y su preparación para el futuro, incremento de la imaginación y fantasía, toma mayor relieve la masturbación y el contar chistes “verdes”.

Se da también el enfrentamiento a la autoridad de los padres o educadores para probar su propia autoridad, con ello trata de definirse a sí mismo, necesidad de mayor intimidad, trata o escribe en su diario, escuchar música en la habitación o simplemente soñar despierto. Estas conductas son absolutamente normales e importantes en el desarrollo de la identidad. Desarrollo del propio sistema de valores y falta de control de los impulsos, que puede derivar en un comportamiento arriesgado y peligroso. Tendencia a exagerar la propia situación personal. Ello les puede llevar a sentir que son el centro de atención o bien a sentirse solos y únicos en sus problemas, su orientación es existencialista, narcisista y tremendamente egoísta.

Adolescencia media o propiamente dicha: Comprende desde los 14 a 18 años de edad, caracterizada por una intensidad de sentimientos. En esta etapa se da el proceso de remodelación morfológica y se adquiere la talla final. La nutrición sigue jugando un papel crítico en la evolución del crecimiento y desarrollo. Aquí, cabe mencionar la influencia de la moda, la separación parcial del medio familiar y los hábitos adquiridos del grupo, estos pueden determinar desequilibrios nutritivos en relación a la cantidad y calidad de los alimentos que se ingieren, coincidiendo con trastornos emocionales o afectivos, traduciéndose en trastornos como, comer exageradamente o dejar de comer.

Destacan la profundización en las relaciones sentimentales y amorosas y el inicio de las relaciones sexuales, todo ello en interrelación con los valores y experiencias del grupo de amigos.

Hay una menor preocupación por el cuerpo, puesto que en esta etapa la mayoría de adolescentes ya han experimentado los cambios de su pubertad. Aunque existe una mayor aceptación y comodidad con el cuerpo, ocupan mucho tiempo en intentar hacer resaltar su atractivo. La ropa y el maquillaje pueden ser muy importantes.

En esta época predominan cada vez más los conflictos con la familia, va mostrando menos interés por los padres y dedica mucho más tiempo a sus amigos, hace prevalecer su propia opinión y discuten frontalmente con sus padres, reivindica su espacio, tiempo, cómo y cuándo utilizar las horas del día. Con ello provocan discusiones con los padres en busca de límites, tan necesarios para la consecución de la identidad, la independencia y la libertad.

En ningún otro período tiene tanta importancia el grupo de amigos. La formación de grupos es el modo más idóneo para que los jóvenes puedan realizar la comprobación de las imágenes internas, tanto idealizadas como atacadas, verifican su diferenciación sexual, reviven la rivalidad, los celos y experimentan el amor, la amistad de forma más realista.

En el desarrollo de su identidad, se incrementa notablemente la capacidad cognoscitiva, el razonamiento y las habilidades para la abstracción, todo ello le da un nuevo sentido a la individualidad, pero aún persiste el pensamiento mágico infantil (a mi no me pasará...) y la dificultad para prever o anticiparse a las situaciones de riesgo. En este período pueden reconocer sus limitaciones y con ello experimentar una menor autoestima y también sufrir trastornos emocionales y depresión. Comprobación de la identidad sexual con gran impacto emocional de las primeras relaciones sexuales, refugiándose a menudo en los "mitos". Se dan sentimientos de omnipotencia e invulnerabilidad. Viven el momento sin tener conciencia del riesgo, llevándolos a tener comportamientos arriesgados con consecuencias funestas, como accidentes, embarazo precoz, enfermedades de transmisión sexual, drogadicción, suicidios.

Adolescencia tardía o adolescencia avanzada: Comprende desde los 18 a 24 años de edad. Se considera como la última fase del adolescente en la lucha por su identidad e independencia. Si las etapas anteriores han transcurrido de forma armónica, con el soporte adecuado de la familia y grupo de amigos, el adolescente se encuentra en buen camino para el manejo de las tareas y responsabilidades del adulto. Después de todos los cambios por lo cual se ha atravesado nos encontramos

con un cuerpo de adulto con la talla definitiva y las funciones plenas en cuanto a la sexualidad y la reproducción. Los hábitos y preferencias en relación a la alimentación están establecidos y normalmente se saben cuidar. Aunque en algunos adolescentes que han sufrido trastornos emocionales y de alimentación, pueden seguir con comportamientos que impliquen desequilibrio en la nutrición, provocando alteraciones de su desarrollo.

Los valores personales ya están establecidos así como su vocación, se acepta e identifica con su imagen corporal, se integra al medio social, aunque no es extraño que algunos muestren dificultades para asumir las responsabilidades de un adulto y continúen dependiendo de su familia y amigos. Se observa una mayor actividad sexual. Están orientados al futuro y son capaces de percibir y actuar según las implicaciones futuras de sus actos. Es una fase estable, empiezan a enfrentarse a las exigencias reales del mundo adulto. Las relaciones son estables y capaces de reciprocidad y cariño, la autoestima es adecuada, y se empiezan a planificar una vida en común, familia, matrimonio y proyectos de futuro ⁽²⁰⁾.

2.2.2. El embarazo adolescente

Embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad. Comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. (21)

La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados embarazos no deseados. En general el término también se refiere a las mujeres embarazadas que no ha alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así

como a las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen.

El embarazo en una mujer adolescente puede llegar a término, produciéndose el nacimiento, o interrumpirse por aborto, ya sea éste espontáneo o inducido (aborto con medicamentos o aborto quirúrgico), en el caso del aborto inducido de manera legal o ilegal dependiendo de la legislación del aborto.

El adelanto de la fecundidad permite la aparición de embarazos a edades más tempranas y depende por tanto no solo de factores biológicos sino de factores sociales y personales. Las adolescentes embarazadas además de enfrentarse a la misma situación que cualquier otra mujer embarazada, deben enfrentarse, a una mayor desprotección, con mayores preocupaciones sobre su salud y su situación socioeconómica, de manera especial las menores de 15 años y las adolescentes de países con escasa atención médica y nula protección social (22)

De tal modo los cuidados prenatales procedimientos y actividades que los equipos de salud ofrecen a la adolescente embarazada y su pareja, así como sus familias, para identificar factores de riesgo biopsicosociales o enfermedades en la gestante que pueden afectar al curso del embarazo y la salud del recién nacido. Sus componentes son promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna, peri y neonatal e información sobre sus derechos, con enfoques de interculturalidad, género y generalidades. (23).

La adolescencia y la sexualidad

La adolescencia, etapa que sucede entre la niñez y la adultez, es un período que se caracteriza por profundos cambios físicos,

psicológicos y sociales donde es difícil establecer límites cronológicos precisos para este período vital que abarca desde los 10 hasta los 19 años.

Esta es una etapa caracterizada por cambios en la esfera psicosocial y en todos los aspectos se produce la estructuración de funciones nuevas, que incluye el nivel de autoconciencia, las relaciones interpersonales y la interacción social, y de ella se derivan trastornos psicosociales asociados como: embarazos indeseados, trastornos de la personalidad entre otros. (24)

El comienzo de dicha etapa viene marcado por la aparición de la pubertad (momento en que se produce la maduración sexual) pero debemos diferenciarla de esta ya que la adolescencia va más allá del mismo desarrollo fisiológico. Todo ello hace que el final de dicha etapa de la vida no pueda ser fácilmente identificado pues ello dependa de múltiples factores (25)

Otro aspecto clave para esta investigación es precisar que la sexualidad debe entenderse como una importante dimensión en la vida humana, fuente permanente en la gestión de comunicación, afecto y satisfacción, que influye de manera diferente en el modo y estado de salud de cada persona.

Para lograr una sexualidad placentera y enriquecedora si resulta necesario diferenciar la función sexual y la reproductiva; la primera es la más importante en el ejercicio pleno del derecho a la felicidad y la segunda es objeto de interés específico en muy pocas ocasiones, lo que repercute negativamente en la educación integral del ser humano. (25)

Aspectos psicosociales del embarazo adolescente

El denominado embarazo precoz está condicionado por todo un conjunto de factores psicosociales. Frecuentemente el embarazo precoz es un embarazo no deseado o no planificado, con una relación débil de pareja y en muchos casos fortuita u ocasional, todo ello determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, amigos y maestros; comportamiento que generalmente conduce a la detección y el control prenatal tardío o insuficiente, con sus consecuencias negativas antes y después del nacimiento. (26).

El embarazo en la adolescencia se ha convertido en una de las preocupaciones médicas más importantes derivadas de la conducta sexual de las jóvenes, como resultado de la precocidad en las relaciones sexuales, sin el uso adecuado de los anticonceptivos, lo cual aumenta considerablemente los embarazos en adolescentes en las últimas décadas.

Este tipo de embarazo se produce cuando la maduración biosocial, física y psicológica no se ha logrado aún, por incomprendimientos, problemas socioeconómicos, carencias nutricionales y un medio familiar poco receptivo y cooperativo, incapaz de aceptarlo y protegerlo, termina en parto distócico. (27)

La madre adolescente no tiene un orden de valores que le permita priorizar problemas o soluciones, por lo cual, si logra cuidar bien a su hijo se sentirá satisfecha como madre, pero en lo más individual tendrá añoranza de hacer lo mismo que una adolescente sin hijos.” (24).

Esta falta de organización y confusión de valores es típica de la etapa, pues la adolescente se encuentra en un proceso de cambio y desarrollo, durante el cual va incorporando una nueva

concepción del mundo, pero aún se guía por criterios valorativos externos y convicciones inestables, estereotipadas y variables.

Educación Sexual

En los colegios se viene hablando de sexo hace siglos, aunque pueda parecer a primera vista que no es así. Al centrarnos en los colegios del siglo XVIII, y analizar sus mecanismos de funcionamiento, veremos que todo el tiempo se habla de sexo. Allí se concentraron los discursos sobre este tema, se codificaron los contenidos y se legitimaron las “autoridades” para abordarlo. Los colegios constituyen un micro espacio de poder que controla los cuerpos y el sexo de forma pensada y articulada.

Louro (2010) también destaca al colegio como una instancia que participa activamente en la producción de identidades y diferencias, privilegiando unas identidades y prácticas hegemónicas en cuanto niega, desvaloriza y margina otras, jerarquización que siempre tiene lugar en un proceso de carácter histórico, cultural y político, lo que nos hace pensar en la sexualidad como un dispositivo histórico de poder (28)

Tal vez esta preocupación de los colegios por producir cuerpos con “buen comportamiento” pudiera estar asociada al gran interés que estas instituciones vienen teniendo por el tema de la educación sexual, buscando refinar el control sobre los cuerpos y la efectividad de esas prácticas, sean cuales fueren los argumentos asumidos en diferentes momentos históricos.

Meyer y Soares (2004), al analizar cuestiones relacionadas con el cuerpo, el género y la sexualidad en las prácticas escolares, destacan: Los mensajes sobre la sexualidad trascienden las prácticas de educación sexual que intencionalmente se valoran, programan y ejecutan y no siempre es coherente lo que se

trasmite en las actividades específicas de educación sexual y lo que en los colegios se “habla” todo el tiempo en torno a las identidades y prácticas sexuales. Incluso, estos mensajes implícitos, sutiles, pero reiterados cotidianamente, son en muchas ocasiones mucho más efectivos y productivos que cualquier conferencia impartida por el/la mejor de los/as especialistas.

La educación sexual, puede ser entendida entonces, en toda su extensión, como un campo de lucha donde disímiles discursos participan en una disputa política de la sexualidad para legitimar o estigmatizar algunas identificaciones y prácticas. Múltiples discursos que son significados y contruidos por diferentes dispositivos (la medicina, la psicología, la iglesia, los medios, la educación, la política, las leyes).

Cuando hablamos de discurso nos referimos a “una serie de afirmaciones, en cualquier dominio, que instaura un lenguaje para poder hablarse de un tema y una forma de producir un tipo particular de conocimiento”

En el discurso circulan diversas representaciones que participan en nuestros procesos de significación de las cosas y de las personas, resultantes de nuestra experiencia cultural. Por ejemplo, el significado que es atribuido en el colegio a un chico que quiere usar accesorios considerados femeninos está relacionado con la forma en que lo representamos, o sea, el vocabulario que es utilizado para designarlo, describirlo, clasificarlo, valorarlo, explicarlo y también los supuestos que sobre él construimos.

Solamente a partir de 1978, ante el incremento de adolescentes embarazadas y la extensión del virus de inmunodeficiencia (VIH) entre jóvenes, fueron retomados proyectos de implementación de

la educación sexual en los currículos escolares con un marcado enfoque biomédico y preventivo. Durante este período, se organizaron espacios de discusión de alcance nacional con la participación de estudiantes y profesores/as para intercambiar y consolidar experiencias de educación sexual. La inclusión de un referente jurídico en estos debates también fue un aspecto que contribuyó a desarrollar proyectos que comenzaron a incorporar temas como abuso sexual, acoso, explotación infantil, y derechos sexuales y reproductivos. (29)

2.2.3. La adolescencia y embarazo adolescente

La edad media del período de la menarquía (primera menstruación) se sitúa en los 11 años, aunque esta cifra varía según el origen étnico y el peso. El promedio de edad de la menarquía ha disminuido y continúa haciéndolo. El adelanto de la fecundidad permite la aparición de embarazos a edades más tempranas y depende por tanto no solo de factores biológicos sino de factores sociales y personales.

Las tasa de adolescentes embarazadas además de encontrarse en la misma situación que cualquier otra mujer embarazada deben enfrentarse a una mayor desprotección, mayores preocupaciones sobre su salud y su situación socioeconómica -de manera especial las menores de 15 años y las adolescentes de países con escasa atención médica y nula protección social de la adolescente embarazada. En los países desarrollados los datos de embarazos en la adolescencia confirman una relación con los niveles educativos más bajos, las mayores tasas de pobreza, y otras situaciones de inestabilidad familiar y social.

El embarazo adolescente en los países desarrollados se produce por lo general fuera del matrimonio y conlleva un estigma social

en muchas comunidades y culturas. Por estas razones se realizan estudios y campañas con el objeto de conocer las causas y limitar el número de embarazos de adolescentes. En países considerados en desarrollo o subdesarrollados y particularmente en ciertas culturas, el embarazo adolescente se produce generalmente dentro del matrimonio y no implica un estigma social. La percepción social del embarazo adolescente varía de unas sociedades a otras e implica un debate profundo sobre aspectos del comportamiento, tanto biológicos como culturales relacionados con el embarazo.

Causas del embarazo en la adolescencia

En algunas sociedades, el matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer, son factores importantes en las altas tasas de embarazo en la adolescencia. Así, en algunos países de África subsahariana, el embarazo adolescente se celebra porque es la prueba de fertilidad de la mujer joven. En el subcontinente indio, el matrimonio en adolescentes y el embarazo es más común en las comunidades rurales tradicionales, donde es apreciada una numerosa descendencia, en comparación con la tasas de las ciudades.

En las sociedades donde el matrimonio con mujeres adolescentes es poco frecuente, la causa fundamental de los embarazos en adolescentes es la práctica de las relaciones sexuales de las jóvenes sin métodos anticonceptivos por lo que estos embarazos pueden considerarse como embarazos no planificados o embarazos no deseados.

Comportamiento del adolescente

Según la información disponible en el Guttmacher Institute, tener prácticas sexuales a los 20 años se considera un hábito normal en

todo el mundo. En los países con bajos niveles de embarazo en la adolescencia no se considera adecuada la maternidad prematura pero sí las relaciones sexuales entre los adolescentes por lo que en estas sociedades se proporciona información completa y equilibrada sobre la sexualidad y se facilita la accesibilidad a los métodos anticonceptivos.

Además de la práctica sexual deseada y consentida pero practicada sin métodos anticonceptivos también existen comportamientos sexuales no deseados por los adolescentes que pueden contribuir a incrementar los embarazos no deseados.

El consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas producen una reducción en la inhibición que también puede estimular la actividad sexual no deseada. Aunque esto fuera así, no se sabe si las drogas mismas influyen directamente en los adolescentes en comportamientos sexuales más arriesgados, o si los adolescentes que habitualmente consumen drogas son más propensos a tener relaciones sexuales.

El consumo de drogas y medicamentos que han mostrado evidencias en su vinculación con el embarazo de adolescentes son: alcohol, y anfetaminas. Otras drogas y medicamentos que no tienen correlación o es muy escasa son los opiáceos, como heroína, morfina, y oxicodona, de los que es conocido el efecto directo en la reducción significativa de la libido. Parece que en la adolescencia el consumo de algunas de éstas últimas ha reducido significativamente las tasas de concepción frente a las drogas como el alcohol y la anfetamina. Las anfetaminas son ampliamente prescritas para el tratamiento de TDAH. Los países con las tasas más altas de prescripción de las anfetaminas a los adolescentes también tienen las tasas más altas de embarazo en la adolescencia.

Información sobre métodos anticonceptivos

Los adolescentes pueden carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos o no tener un fácil acceso a su adquisición. También pueden sentirse avergonzados tanto para preguntar como para comprar anticonceptivos.

En Estados Unidos las mujeres adolescentes sexualmente activas que desean evitar el embarazo tienen menos posibilidades que las de otras edades para el uso de anticonceptivos. Así, un 18% de las adolescentes entre 15 y 19 años no utilizan métodos anticonceptivos.

En las adolescentes más del 80% de los embarazos no son deseados. Y más de la mitad de los embarazos no deseados se producen en mujeres que no usan anticonceptivos y la mayor parte del resto de embarazos no deseados se deben al uso incorrecto de los anticonceptivos. El 23% de las mujeres jóvenes sexualmente activas admitió haber tenido relaciones sexuales sin protección con una pareja que no utilizó un preservativo, mientras que el 70% de las adolescentes manifestaron que les daba vergüenza comprar preservativos o cualquier otro anticonceptivo y también solicitar información a un médico.

En muchos casos se usan métodos anticonceptivos pero de modo inadecuado. Muchos adolescentes sin experiencia puede usar el condón incorrectamente y las adolescentes se olvidan tomar con cierta frecuencia los anticonceptivos orales. Las tasas de fracaso anticonceptivo (índice de Pearl) son mayores en las adolescentes, especialmente de condición media baja, que para las usuarias de más edad.

Los métodos reversibles a largo plazo, tales como el dispositivo intrauterino, anticonceptivo sub dérmico, el parche anticonceptivo o inyecciones de anticonceptivos inyectables combinados (Depo Provera), requieren la intervención del usuario con menos frecuencia una vez al mes a cada varios años, y puede prevenir el embarazo con mayor eficacia en mujeres que tienen problemas para seguir las rutinas, incluidas las jóvenes. El uso simultáneo de más de un método anticonceptivo disminuye el riesgo de embarazos no deseados, y si uno de los métodos es de barrera (condón), la transmisión de enfermedades de transmisión sexual también se reduce.

La aprobación, por las autoridades sanitarias de numerosos países, de anticonceptivos de emergencia (Píldora del día después o píldora del día siguiente, método de Yuzpe) incide de manera específica en la reducción de las tasas de embarazos en adolescentes. Además de la denominada píldora del día después también ha aparecido en el mercado la denominada píldora de los cinco días después. Estas píldoras anticonceptivas de uso de emergencia, que pueden requerir o no receta médica dependiendo de los países, no deben confundirse con la denominada píldora abortiva RU 486 o mifepristona, para la que se requiere prescripción y receta médica y solamente puede usarse dentro de los 49 días siguientes a la concepción.

Cabe mencionar que los padres no deben temer al hablarles de sexualidad a sus hijos ya que es la mejor manera de prevenirlos y apoyarlos, porque si ellos ya han comenzado una vida sexual con su pareja, a veces en la escuela o medios fuera de casa se altera la información y no hay nada como que alguien cercano a ti y de confianza les hable sobre esto; no solo de los métodos anticonceptivos también las ETS (Enfermedades de Transmisión

Sexual) y todas las ventajas y desventajas de embarazarse a corta edad.

Cuando un adolescente ya ha comenzado su vida sexual intenta recabar información de todos lados, informarse ya que en muchos casos sus padres no le han hablado de esto, por este motivo muchos jóvenes están mal informados, y les da vergüenza o miedo preguntarles a sus padres. Por esto hay que hacer hincapié hacia los padres para que informen a sus hijos.

Diferencia de edades en las relaciones sexuales

Según la organización conservadora «Family Research Council», los estudios en los EE. UU. Indican que la diferencia de edad entre las adolescentes y los hombres que las embarazan es un factor a tener en cuenta. Las adolescentes que tienen relaciones con chicos mayores que ellas, y en particular con hombres adultos, tienen más probabilidades de quedarse embarazadas que las adolescentes que tienen relaciones sexuales con chicos de su edad quienes son también más proclives a llevar el embarazo a término en lugar de tener un aborto.

Abusos sexuales

Diversos estudios han encontrado que entre el 11 y el 20 por ciento de los embarazos en adolescentes son un resultado directo de la violación, mientras que un 60% de las madres adolescentes tenían experiencias sexuales no deseadas anteriores a su embarazo. Antes de los 15 años, la mayoría de las experiencias de la primera relación sexual en mujeres son de carácter no voluntario.

Numerosos estudios en países industrializados indican un fuerte vínculo entre abusos sexuales en la infancia y embarazos en la adolescencia. Hasta el 70% de las mujeres que dieron a luz en su adolescencia sufrieron abusos siendo niñas; por el contrario, solamente el 25% de las mujeres que no dan a luz sufrieron abusos siendo niñas.

En la mayoría de países, las relaciones sexuales entre un menor y un adulto no están toleradas por ley, así un menor de edad se cree que carece de la madurez y la competencia para tomar una decisión informada para tener relaciones sexuales totalmente consentidas con un adulto. En esos países, las relaciones sexuales con un menor de edad se consideran abuso sexual a menores.

Una vez el adolescente ha llegado a la edad de consentimiento sexual, él o ella puede legalmente tener relaciones sexuales con adultos, porque se sostiene que en general (a pesar de ciertas limitaciones), una vez alcanzada la edad de consentimiento sexual se entiende que puede mantener relaciones sexuales con cualquier pareja que como mínimo tiene la edad de consentimiento y voluntariamente. Por tanto, la definición de violación de menores se limita a las relaciones sexuales con una persona con edad inferior a la edad mínima de consentimiento, Lo que constituye violación de menores en última instancia, difiere según la jurisdicción de cada país.

Violencia durante el noviazgo

Diversos estudios han indicado que las adolescentes son a menudo víctimas de maltrato por el novio, esto es concretamente en el momento de la concepción. También los estudios señalan que el conocimiento del embarazo por parte del padre a menudo

intensifica el comportamiento violento por parte del novio. Las menores de 18 años tienen el doble de probabilidades de ser golpeadas y maltratadas por el padre de sus hijos que las mujeres mayores de 18 años.

Factores socioeconómicos

La pobreza se asocia con altas tasas de embarazo en la adolescencia. Así, países económicamente pobres, como Nicaragua en América, Níger en África y Bangladesh en Asia y, tienen un número mayor de madres adolescentes en comparación con países económicamente más ricos. En el Reino Unido el 30% de los embarazos de menores de 18 años se produce en la población más pobre.

En Italia, la tasa de natalidad en adolescentes de clases acomodadas es sólo el 3,3 por 1,000, mientras que en las más pobres es de 10 por 1,000.

Ambiente en la infancia

Las mujeres expuestas al abuso, la violencia doméstica y los conflictos familiares en la infancia tienen más probabilidades de quedar embarazadas en la adolescencia, y el riesgo de quedar embarazada aumenta con el número de experiencias adversas en la infancia.

Un tercio de los embarazos de adolescentes se podrían evitar mediante la eliminación de la exposición al abuso, la violencia y los conflictos familiares. La disfunción familiar tiene consecuencias duraderas y desfavorables para la salud de las mujeres durante la adolescencia, la edad fértil, y más allá. Aquellos niños criados en hogares con una madre que había sido

maltratada o que había sufrido violencia física directa, era más propensos a dejar embarazada a una chica.

Aquellas niñas cuyos padres abandonaron a la familia cuando ellas eran pequeñas tuvieron mayor tasa de actividad sexual temprana y de embarazo adolescente. Las niñas cuyos padres abandonaron a la familia más tarde tuvieron menor tasa de actividad sexual temprana. Las tasas más bajas de actividad sexual y embarazo se encuentran en las niñas cuyos padres estuvieron presentes durante toda su infancia.

Las niñas tuteladas, criadas en orfanatos, hospicios y centros de acogida son más propensas a quedar embarazadas en la adolescencia que los criados en núcleos familiares. En Estados Unidos, se encontró que la tasa de natalidad de las niñas en orfanatos es más del doble que la tasa de sus compañeros fuera del sistema de estos centros.

Factores de riesgo del embarazo en la adolescencia

El embarazo en la adolescencia es un problema multicausal (30,31) a continuación se presenta los factores que favorecen el embarazo precoz.

Factores individuales

- Necesidad de afirmar la feminidad.
- Comprobar la fertilidad de la cual muchas mujeres dudan.
- Conducta de franca oposición y rebeldía, cumpliendo de esta manera fuertes deseos de venganza hacia los padres a quienes se los vive como represores.
- La visión de un hijo como la forma mágica de salir de la adolescencia y entrar al mundo adulto con algo propio.
- Garantizar la unión de la pareja.

- Necesidad de ejercer el poder en el ámbito familiar.
- Identificar al embarazo como proyecto de vida.
- Imperativo psicológico de trascender cuando, por ejemplo, por razones médicas hay contraindicación de embarazo.
- Dificultad para planear proyectos a largo plazo.
- Insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento.

Factores psicosociales

- Alteraciones en el funcionamiento intrafamiliar: confusión de roles, maltrato, abandono (migración), cualquier forma de violencia.
- Tolerancia del medio a la maternidad adolescente y/o sola: antecedentes familiares, madres que han estado embarazadas en adolescencia.
- Bajo nivel educativo: La educación 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.
- Migraciones recientes con pérdida de vínculos familiares.
- Pobreza.
- Escasa o nula accesibilidad al sistema de salud.
- Una forma de acceder a subsidios económicos.
- Banalización de la sexualidad
- Aumento del consumo de alcohol y o drogas, que facilitan las relaciones sexuales sin protección.

- Machismo, que influye en el patrón de la conducta sexual y el uso de métodos anticonceptivos (especialmente entre los adolescentes). La imagen de una mujer pasiva, silenciosa, dependiente, es el resultado de una generación de privación y restricciones impuestas para mantener el dominio masculino en la vida diaria.

Factores biológicos

- Menarquia temprana con iniciación precoz de relaciones sexuales.
- Relaciones sexuales sin protección adecuada.
- Abuso sexual.
- Violación.

Según la Organización Mundial de la Salud, los bebés nacidos de madres adolescentes son aproximadamente el 11% de todos los nacimientos en el mundo; 95% de ellos ocurren en los países en desarrollo. (30) Para algunas madres jóvenes el embarazo y el parto son algo previsto y deseado. Para muchas otras, no. Son varios los factores que contribuyen a esa situación. Las adolescentes pueden estar bajo presión para casarse y tener hijos temprano, o pueden tener perspectivas educativas o de trabajo muy limitadas. Algunas no saben cómo evitar un embarazo, u obtener anticonceptivos. Otras pueden no ser capaces de rehusar relaciones sexuales no deseadas o de resistir sexo bajo coacción. Las que se embarazan tienen menos probabilidades que las adultas de obtener abortos legales y seguros. También tienen menos oportunidades que las adultas de acceder a cuidados calificados prenatales, del parto y de post-parto.

En países de bajos y medianos ingresos, las complicaciones del embarazo y del parto son las causas principales de muerte entre

las mujeres de 15 a 19 años. Y en el 2008, hubo un estimado de tres millones de abortos inseguros entre las niñas de este grupo etario. (30)

Los efectos adversos de la maternidad adolescente también se extienden a la salud de sus infantes. Las muertes perinatales son 50% más altas entre los bebés nacidos de madres de menos de 20 años que entre aquellos nacidos de madres entre 20 y 29 años. Los recién nacidos de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de tener bajo peso al nacer, con riesgos a largo plazo.

El riesgo de morbilidad debida a accidentes, heridas y quemaduras permanece, particularmente, alto, sugiriendo que es la falta de un adecuado conocimiento por parte de estas madres sobre el crecimiento y desarrollo infantil, lo que ocasiona estos accidentes, más que la falta de cuidado en sí misma.

El Padre Adolescente

En la mayoría de los casos, el padre también es un adolescente y requiere la atención del equipo de salud, ya que aunque de características diferentes, ambos padres se encuentran en una importante crisis cuando el embarazo se hace presente (32).

La paternidad será asumida en forma diferente según los distintos estratos sociales, ya que el adolescente tratará de asemejarse a sus propios padres, lo cual no siempre da óptimos resultados y, en otros casos, intentará desarrollar un modelo propio de paternidad. Es importante que el equipo de salud trabaje para estimular el compromiso con la situación y que la actitud del adolescente no sea de huida.

Consecuencias del embarazo en adolescentes

- **Consecuencias médicas:** Desde el aspecto médico, embarazarse durante la adolescencia puede traer un problema que se presenta en este tipo de embarazos es la falta de atención médica desde el inicio del embarazo, debido a que generalmente las jóvenes ni acuden directamente a dicha atención ni comunican su situación a sus padres cuando lo hacen tardan una media de 4 a 5 meses que pasan sin revisión alguna. Las mujeres de 16 años o menos corren el riesgo de preclampsia y eclampsia. El bajo peso al nacer de los lactantes hijos de adolescentes aumenta y probablemente se debe a causas orgánicas tales como anomalías placentarias, nutrición deficiente, tabaquismo y consumo de drogas. La mortalidad materna en ésta etapa, incluso en numerosas naciones en vías de desarrollo figura dentro de las causas más frecuentes de muerte en las adolescentes, la mayoría se deben a embolia, enfermedad hipertensiva y embarazos ectópicos. Es frecuente la anemia en las jóvenes embarazadas. En ocasiones el embarazo se produce existiendo Enfermedades de transmisión sexual. El embarazo adolescente es un factor de riesgo para que los recién nacidos presenten enfermedades como la Espina bífida y el Síndrome de muerte súbita del lactante. Algunas jóvenes optan por el aborto inducido a veces clandestino que pone su vida en peligro debido a la sepsis y hemorragias presentadas durante el proceso.
- **Consecuencias psicosociales:** Las mayores afectaciones se pueden presentar principalmente a nivel psicológico y social, ya que la joven se enfrentara al reto de asumir su nuevo rol de madre, haciéndose cargo de los cuidados, atención y educación de su hijo, a pesar de que ella aun no ha consolidado su formación y desarrollo.

Algunas jóvenes madres optan por la adopción que les crea una gran culpa y arrepentimiento, sobre todo en etapas más maduras de su vida. Hay quienes deciden tener al hijo siendo solteras, convirtiéndose en madre soltera, convirtiéndose en familia monoparental, enfrentándose, dependiendo de los países, a grandes carencias y dificultades. Su proyecto de vida se ve alterado y frenado, llegando a sufrir agresiones por parte de su familia y del entorno y disminuyendo las oportunidades para conseguir un empleo (cuando lo obtienen es mal remunerado), sin olvidar que deben educar a su hijo en medio de un ambiente desfavorable. Otras jóvenes madres deciden, si el padre biológico acepta su paternidad y responsabilidad, formar un matrimonio. Sin embargo existen altas probabilidades de que dicho matrimonio no perdure ya que el padre precoz se enfrentan a un evento inesperado, sorpresivo; no son capaces en esos momentos de llevar una vida de pareja independiente económicamente, no están lo suficientemente maduros para que su relación perdure, ni están preparados para recibir un hijo y mucho menos cuidarlo.

2.2.4. Prevención de los embarazos de adolescentes

La mayoría de profesionales de la educación y la salud señalan que para reducir el número de embarazos en adolescentes es necesaria una completa educación sexual, el acceso a los métodos anticonceptivos (tanto precoitales, coitales como postcoitales) así como a los servicios de planificación familiar

Es conveniente el apoyo a los padres de los adolescentes para que éstos hablen con sus hijos sobre sexo, relaciones y métodos anticonceptivos, especialmente con aquellos grupos considerados de alto riesgo.

Los sistemas de prevención de embarazo en la adolescencia vigentes en Holanda han servido de modelo para muchos países. En los estudios se incluyen valores, actitudes, habilidades de comunicación y negociación, así como los aspectos biológicos de la reproducción. Los medios de comunicación han alentado el diálogo abierto y claro sobre las relaciones sexuales y el sistema de salud garantiza el acceso a los métodos anticonceptivos así como la absoluta confidencialidad. El manejo del problema se basa en las actitudes, conocimientos y habilidades, sobre la prevención del embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual.

En los países denominados en desarrollo, los programas de salud y educativos comienzan a implantarse. Algunos países como Indonesia y Sri Lanka han aprobado un marco normativo sistemático para la educación sexual en las escuelas. Muchas organizaciones no gubernamentales prestan asesoramiento sobre métodos anticonceptivos para las mujeres jóvenes en todo el mundo. Las leyes contra el matrimonio de niños han reducido pero no eliminado estas prácticas. La mejora social de la mujer, mediante la alfabetización, la educación y la protección legal de sus derechos en igualdad al hombre han dado lugar a un aumento en la edad del primer parto en áreas como la Irán, Indonesia, y el estado indio de Kerala.

También se debe facilitar un mejor apoyo a las madres adolescentes, incluida la ayuda para poder volver a integrarse en la educación obligatoria, asesoramiento y apoyo psicológico y económico, colaboración con los padres jóvenes, mejor cuidado de los niños y el aumento de viviendas específicas, de protección oficial o subvencionadas. Siendo uno de los pilares fundamentales para el progreso de los padres adolescente el apoyo familiar, ya que es el desarrollo intrafamiliar lo que determina como

enfrentarán los adolescentes las diferentes situaciones que se presenten en su nueva etapa de padres.

2.3. DEEFINICION DE TERMINOS

- **Adolescencia:** De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud OMS; la adolescencia se define como el grupo poblacional que se encuentra entre 10 a 19 años de edad.
- **Adolescencia temprana:** Periodo comprendido entre las edades de 10-14 años
- **Adolescencia tardía:** Periodo comprendido entre las edades de 15 y 19 años
- **Autoestima:** Es la capacidad de tener confianza respeto y aprecio por uno mismo, es como nos sentimos con nosotros mismos y como nos valorizamos. Se refiere al sentimiento positivo o negativo que experimentamos hacia nosotros.
- **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 desempeñarlos en forma consciente y obligatoria.
- **Embarazo no deseado:** Es el embarazo no previsto, embarazo no querido, embarazo no planeado, imprevisto, inoportuno, es aquel que se produce sin deseo y se da por falló de métodos de planificación anti conceptivos.
- **Embarazo en adolescentes:** Se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia, definida esta por la Organización Mundial de la Salud OMS, como el lapso de vida transcurrido entre 10 y 19 años de edad.

- **Embarazo precoz:** se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad.
- **Familia:** El grupo de personas relacionadas por lazos consanguíneos, como padres, hijos, hermanos, tíos, tías, primos, todas aquellas personas que descienden de un antepasado común, el sistema de parentesco también se forma por el matrimonio.
- **Familia nuclear:** Es la familia formada por los padres e hijos, quienes habitan en la misma casa y mantienen relaciones estrechas, en todos los aspectos de la vida.
- **Familia mixta:** Esta familia está compuesta por partes de familias nucleares, donde existe la carencia de alguno de los padres, reconstituyéndose con uno o varios integrantes nuevos (padrastra, madrastra, hermanastros).
- **Familia extensa:** Esta familia está constituida por padres, hijos y otros parientes cercanos (abuelos, tíos, primos, etc), habitando en la misma casa y abarcando más de dos generaciones.
- **Proyecto de vida:** Es lo que planificamos hacer para nuestro futuro, son las metas que queremos alcanzar y vivir como lo proyectamos sobre la base de nuestra realidad.
- **Métodos de planificación familiar:** Son métodos anticonceptivos que los seres humanos utilizan para evitar el embarazo.
- **Salud sexual y reproductiva:** Es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.
- **Riesgo:** Es la probabilidad de que acontezca un daño indeseado.

2.4. VARIABLE

Univariable = Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente

2.4.1. Definición conceptual de la variable

Factor son las características que aumentan la probabilidad de embarazos en las adolescentes antes de haber alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad.

2.5.2. Definición operacional de variables

Se considera a todo los factores que están asociados al embarazo en las adolescentes

2.5.3. Operacionalización de la variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
-----------------	--------------------	--------------------

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Factores de riesgo individuales ▪ Factores de riesgo psicosociales ▪ Factores de riesgo biológico 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bajo nivel de aspiraciones académicas ▪ Impulsividad ▪ Ideas de omnipotencia ▪ Adhesión a creencias y tabúes ▪ Poca habilidad de planificación familiar. ▪ Rebeldía hacia los padres ▪ Antecedentes de embarazo familiar ▪ Pérdida de figura paterna ▪ Bajo nivel educativo ▪ Alteraciones en el funcionamiento intrafamiliar ▪ Medio a la maternidad ▪ Migración ▪ Pobreza. ▪ Escasa accesibilidad al sistema de salud. ▪ Consumo de alcohol y o drogas ▪ Machismo ▪ Hacinamiento ▪ Menarquía precoz ▪ Relaciones sexuales sin protección. ▪ Abuso sexual ▪ Violación
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CAPÍTULO III METODOLOGIA

3.1. TIPO Y NIVEL DE ESTUDIO

El presente estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo de corte Transversal, por que los datos se tomaran en un determinado momento y por la cual permitió medir el problema de interés. De nivel aplicativo no experimental.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACION

El estudio se realizó en el Centro de Salud “Leonor Saavedra” ubicado en la Av. Solidaridad Y José C. Mariátegui Mz.H-7 Lte.9 Villa San Luis- Parte Alta. San Juan de Miraflores. La cual cuenta con consultorio de medicina, pediatría, gineco-obstetricia, estomatología, los programas de ESNI, CRED, PCT con más de 30 consultas en cada servicio por turno.

3.3. POBLACION Y MUESTRA

3.3.1. Población

La muestra estuvo constituida por las 74 adolescentes entre 12 a 19 años embarazadas que acuden a consulta de gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra en los meses de Marzo – Julio 2014.

3.3.2. Muestra

La muestra estuvo constituida por la totalidad de la población, 74 adolescentes embarazadas entre 12 a 19 años, que acuden a consulta de gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra en los meses de Marzo – Julio 2014

Criterio de inclusión

- Adolescentes embarazadas mayores de 12 años y menores de 19 años que acuden al consultorio de gineco obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra en los meses de Marzo - Julio 2014.

Criterios de exclusión

- Adolescente embarazadas menores de 12 años y mayores de 19 años que acuden al consultorio de gineco - obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra del distrito de San Juan de Miraflores,
- Adolescentes que no deseen participar en el estudio

3.4. TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

En la presente investigación se utilizó como técnica la encuesta, para obtener la información necesaria para el desarrollo del estudio. El instrumento fue un cuestionario.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validez del instrumento estuvo dada a través de los Jueces expertos, en donde participaron 8 enfermeras, esto permitió hacer los reajustes necesarios al instrumento; para luego realizar una prueba piloto para la validez del instrumento el mismo que será de carácter anónimo cuidando así la individualidad y privacidad de las adolescentes embarazadas

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Para la recolección de los datos se contó con la autorización del Director del Centro de Salud Leonor Saavedra. Luego se estableció el cronograma de recolección de datos.

Una vez recolectado los datos se elaboro el cuadro de códigos y puntajes con el programa Excel de tal forma, que se presentaron en tablas y gráficos estadísticos para facilitar su análisis e interpretación.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

Después de recolectados los datos, fueron procesados en forma manual y con el programa Excel agrupados de tal forma, que se presenta en la tabla y gráficos estadísticos para facilitar su análisis e interpretación.

Se presenta una tabla de perfil de las adolescentes embarazo que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra y luego los gráficos, ambos relacionados con los objetivos de la investigación. En el análisis de los resultados solo se realiza en base a las 74 adolescentes embarazadas.

Tabla 1

Perfil de las adolescentes embarazadas que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra. 2014

Perfil	Adolescentes embarazadas	
	f	f%
Edad		
12 a 13	9	12%
14 a 15	21	28%

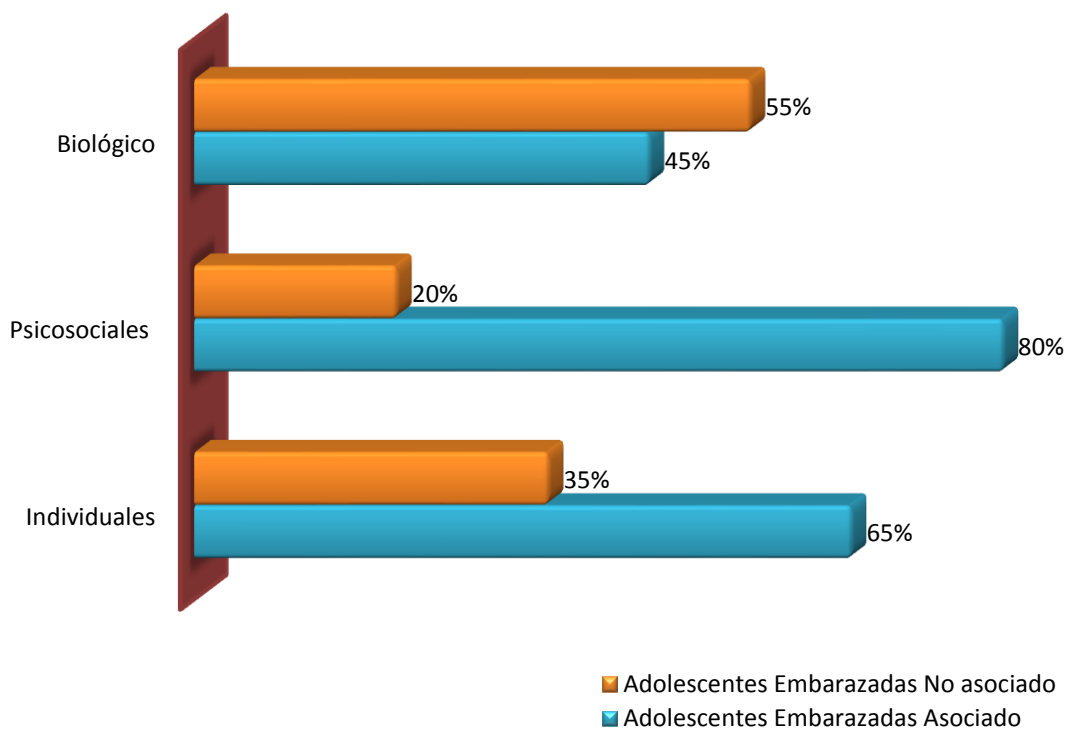
16 a 17	25	34%
18 a 19	19	26%
Total	74	100%
Con quien vive		
Padres	28	38%
Pareja	31	42%
Hermanos	9	12%
Sola	6	8%
Total	74	100%
De quien dependes económicamente		
Padres	41	55%
Pareja	19	26%
Nadie	14	19%
Total	74	100%
Ocupación		
Ama de casa	25	34%
Empleada del hogar	19	26%
Estudiante	30	40%
Total	74	100%

Fuente: Encuesta a las adolescentes embarazadas que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra. 2014

Del 100% de la población de las adolescentes embarazadas que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra, el 34% fluctúan entre las edades de de 16 a 17 años de edad, el 42% conviven con sus parejas, el 55% dependen económicamente de sus padres, el 40% son estudiantes cursan la secundaria.

Gráfico 1

Factores de riesgo asociados al embarazo en las adolescentes que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra. 2014

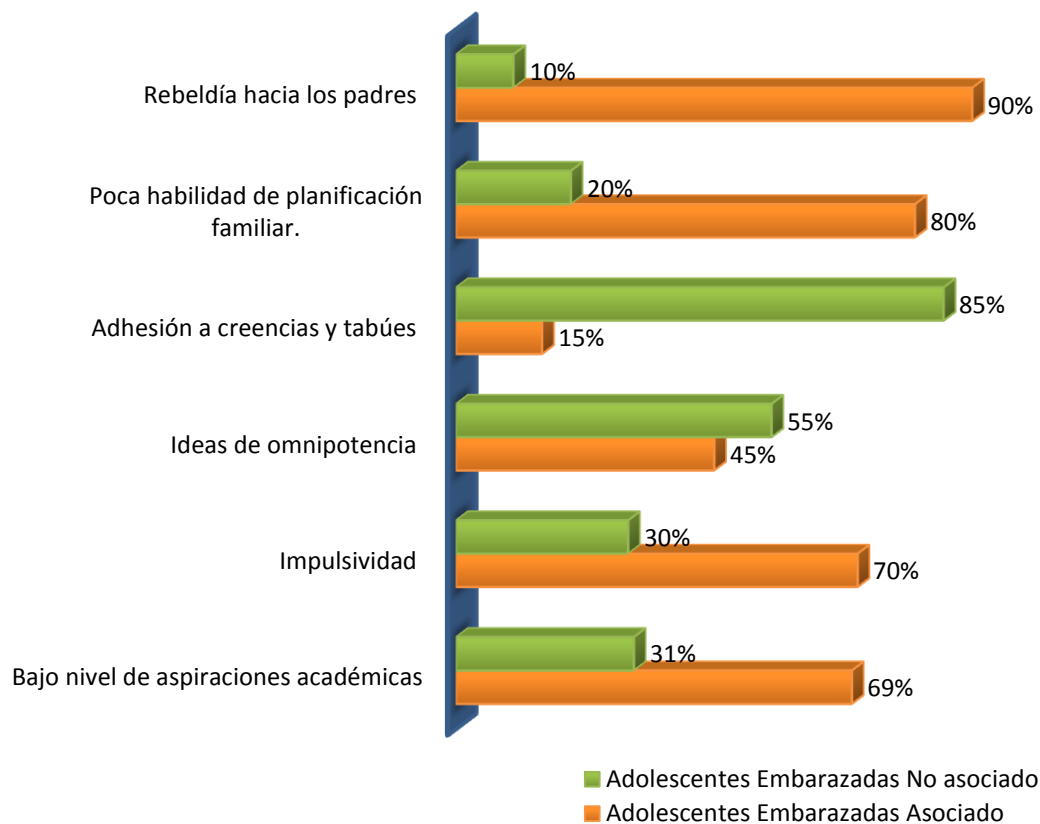


Fuente: Encuesta a las adolescentes embarazadas que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra. 2014

El factor de riesgo psicosocial con el 80% es el que esta mas asociado al embarazo en las adolescentes que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra, seguido por el factor de riesgo individual con el 65% y por último el factor biológico con el 45%.

Gráfico 2

Factores de riesgo individual asociado al embarazo en las adolescentes que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra. 2014

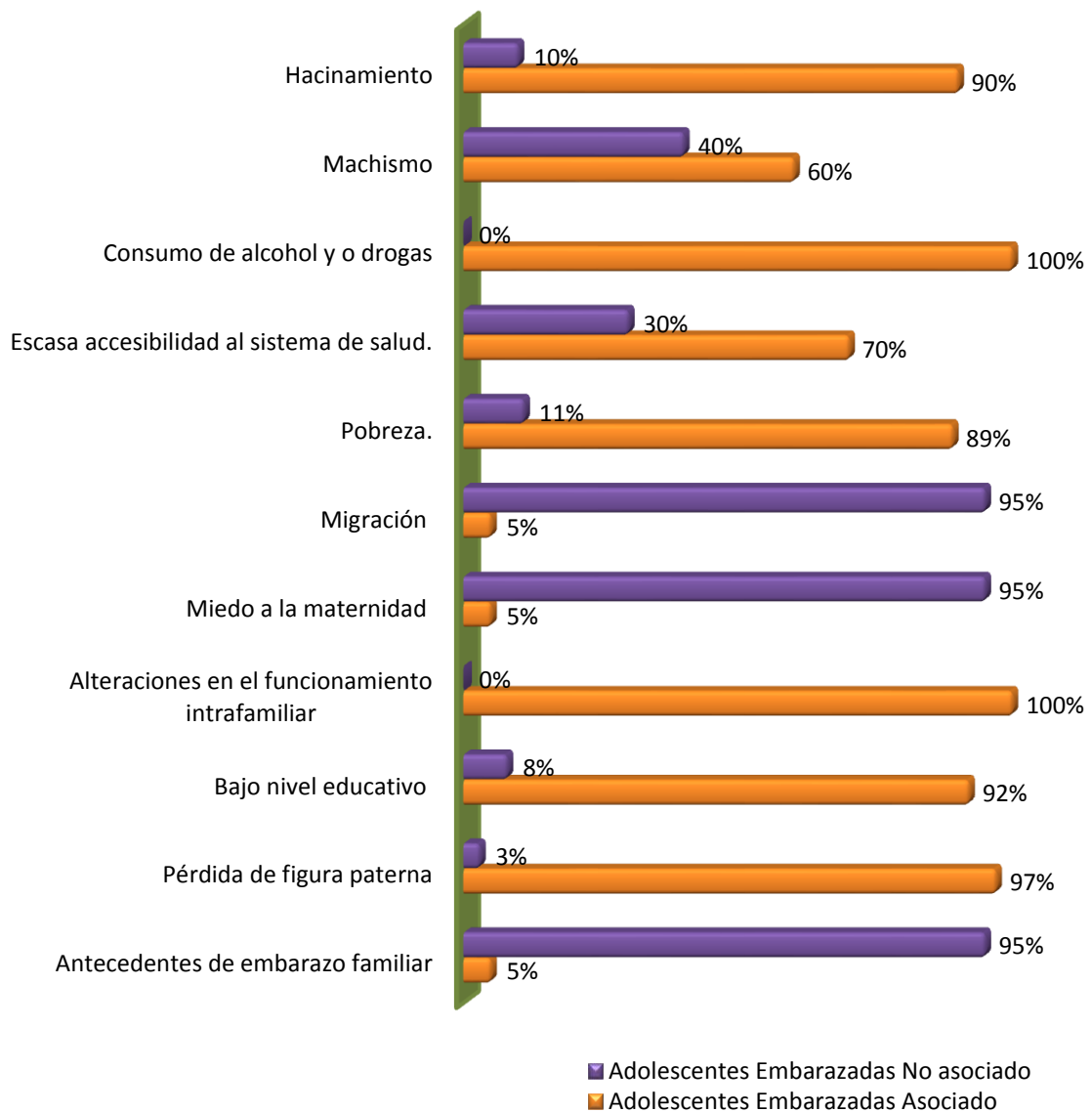


Fuente: Encuesta a las adolescentes embarazadas que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra. 2014

Factores de riesgo individual asociado al embarazo en las adolescentes que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra, se tuvo predomina la rebeldía hacia los padres con el 90%, la Poca habilidad de planificación familiar con el 80%, la Impulsividad con el 70%, seguido por el bajo nivel de aspiraciones académicas con el 69%, las ideas de omnipotencia con el 45% y la adhesión a creencias y tabúes con el 15%.

Gráfico 3

Factores de riesgo psicosocial asociado al embarazo en las adolescentes que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra. 2014



Fuente: Encuesta a las adolescentes embarazadas que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra. 2014

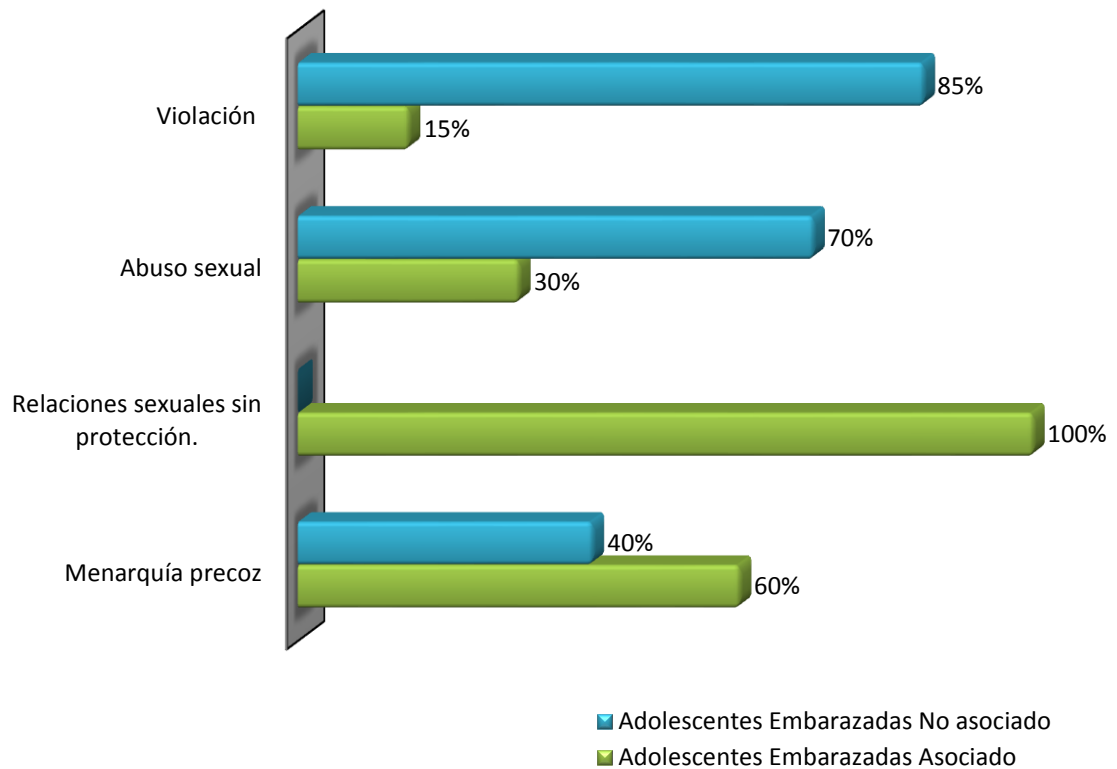
Factores de riesgo psicosocial asociado al embarazo en las adolescentes que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra se tuvo que predomina las Alteraciones en el funcionamiento intrafamiliar y el Consumo de alcohol y o drogas ambas con el 100%, luego por

La Pérdida de figura paterna con el 97%, bajo nivel educativo con el 92%, Hacinamiento con el 90%, Pobreza con el 89%, Escasa accesibilidad al sistema de salud con el 70% y el Machismo con el 60% y los que no están asociados al embarazo en las adolescentes tenemos a los Antecedentes de embarazo familiar, Miedo a la maternidad y Migración cada una de ellas con el 95%.

Gráfico 4

Factor de riesgo biológico asociado al embarazo de las adolescentes que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor

Saavedra. 2014



Fuente: Encuesta a las adolescentes embarazadas que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra. 2014

Factor de riesgo biológico asociado al embarazo de las adolescentes que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor predomina las Relaciones sexuales sin protección con el 100%, seguida por la Menarquía precoz con el 60% y las de menor asociación están el Abuso sexual con el 70% y la Violación con el 85%.

CAPÍTULO V DISCUSIÓN

Aunque la OMS considera el embarazo adolescente un problema culturalmente complejo, alienta a retrasar la maternidad y el matrimonio para evitar los altos índices de mortalidad materna y mortalidad del recién nacido así como otras complicaciones sanitarias para prematuro, bajo peso, preeclampsia, anemia, asociadas al embarazo en jóvenes adolescentes (33) En el 2009 se estimaba que 16 millones de adolescentes, con edades comprendidas entre los 15 y 19 años, daban a luz cada año, un 95 % de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, lo que representa el 11 % de todos los nacimientos en el mundo.

La OMS considera fundamental la promoción de la educación sexual, la planificación familiar, el acceso a los métodos anticonceptivos y la asistencia sanitaria para evitar los problemas asociados al embarazo adolescente.

La edad media del período de la menarquía se sitúa en los 11 años (34) aunque esta cifra varía según el origen étnico (35) y el peso. El promedio de edad de la menarquía ha disminuido y continúa haciéndolo (36) El adelanto de la fecundidad permite la aparición de embarazos a edades más tempranas y depende por tanto no solo de factores biológicos sino de factores sociales y personales.

Las tasas de adolescentes embarazadas además de encontrarse en la misma situación que cualquier otra mujer embarazada deben enfrentarse a una mayor

desprotección, mayores preocupaciones sobre su salud y su situación socioeconómica, de manera especial las menores de 15 años y las adolescentes de países con escasa atención médica y nula protección social a la adolescente embarazada a veces por falta de información.

El embarazo adolescente en los países desarrollados se produce por lo general fuera del matrimonio y conlleva un estigma social en muchas comunidades y culturas. Por estas razones se realizan estudios y campañas con el objeto de conocer las causas y limitar el número de embarazos de adolescentes (37)

En Perú, el 13% de adolescentes entre los 15 y 19 años ha estado embarazado, de los cuales solo el 32% deseaba el embarazo. La mayor vulnerabilidad a quedar embarazada se observa en las mujeres más pobres alcanzando un 26%, mientras que las menos pobres solo llegan al 3%. Así pues, en el área rural 1 de cada 5 adolescentes ha quedado embarazada al menos una vez. Entre los peligros se encuentra que 7 de cada 100 muertes son producto de causas maternas en madres de 17 años o menos.

CONCLUSIONES

1. Del total de la población de adolescentes embarazadas que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra, fluctúan entre las edades de de 16 a 17 años de edad, conviven con sus

parejas, dependen económicamente de sus padres, y son estudiantes cursan la secundaria.

2. El factor de riesgo asociado al embarazo en las adolescentes que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra, predomina el factor de riesgo psicosocial, seguido por el factor de riesgo individual y por último el factor biológico
3. Factores de riesgo individual asociado al embarazo en las adolescentes que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra, el indicador que predomina fue la rebeldía hacia los padres, seguido por la Poca habilidad de planificación familiar y la Impulsividad
4. En el factores de riesgo psicosocial asociado al embarazo en las adolescentes que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra se tuvo que el indicador con mayor predominio son las alteraciones en el funcionamiento intrafamiliar y el consumo de alcohol y o drogas, pérdida de figura paterna, bajo nivel educativo, hacinamiento, pobreza, escasa accesibilidad al sistema de salud y el machismo
5. En el factor de riesgo biológico asociado al embarazo de las adolescentes que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor predomina las Relaciones sexuales sin protección, la Menarquía precoz.

RECOMENDACIONES

1. Establecer una coordinación constante entre el establecimiento de salud, colegios y el municipio para informar adecuadamente a la población joven sobre los métodos anticonceptivos y planificación familiar
2. Dar apoyo educativo a los adolescentes sobre la sexualidad para que puedan tomar decisiones conscientes y orientadas
3. Promover los servicios amigables para adolescentes a través del personal de salud proporcionando información completa, veraz y oportuna promoviendo así los comportamientos sexuales y reproductivos saludables y responsables.
4. Desarrollar talleres en salud sexual y reproductiva dirigida a los adolescentes para promover la maternidad y paternidad responsable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Trejo, A. 2005. Embarazo en las Adolescentes. Caso del Hospital Obstétrico Pachuca. Trabajo de Grado. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
2. Rodríguez, D.; Morgado, Y.; Pérez, E.; Rodríguez, A.; Suarez, J. 2009. Caracterización del Embarazo en la Adolescencia. Barrió La Victoria, Barquisimeto, Estado Lara. Venezuela. Trabajo de Grado. Universidad de Ciencias Médicas “Dr. Faustino Pérez Hernández”.
3. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Revela Aumento de Embarazos en Jóvenes de América Latina y el Caribe 2012. URL: <http://www.telesurtv.net>. (Consulta: Enero 2014)
4. Sánchez, Y.; Salazar, M.; Santiago, I.; Suarez, S.; López, A. 2012. El Embarazo y la Adolescencia un Tema de Educación Sexual. Cuba. Revista Colegio Universitario. Vol. I.
5. UNFPA. Estado de la Población Mundial. 2003. Costos del Embarazo Precoz. [URL:http://www.unfpa.org/swp/2003/espanol/ch7/page6.htm](http://www.unfpa.org/swp/2003/espanol/ch7/page6.htm) (Consulta: Enero, 2014).
6. Pantelides, E. Aspectos Sociales del Embarazo y la Fecundidad Adolescente en América Latina.
7. Gutiérrez Pulido, H., & De la Vara Salazar, R. (2008). (2008). Análisis y diseño de experimentos. México,. México: McGraw-Hil.
8. Ruoti M. Sexualidad y embarazo en adolescentes. Instituto de Investigaciones de Ciencias de Salud. Paraguay: Universidad de Asunción; 1992.
9. ÁVILA Montes, Gustavo Adolfo; BARBENA García, Mar; ARGUELLO Munguía, Paola; en su estudio “Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en comunidades urbano marginales de Comayaguela” AÑO: Rev. méd. hondur;79(2):68-72, abr.-jun. 2011.
10. LEÓN Paula; MINASSIAN Matías; BORGONÑO Rafael, BUSTAMANTE Francisco; en su estudio “Embarazo en Adolescentes” 2008.
11. RODRÍGUEZ Vázquez María de los Ángeles en su estudio “Factores de riesgo para embarazo adolescente” Colombia. 2008.

12. SOTO, M en su estudio "Cambios en el Proyecto de Vida de la Adolescente embarazada, en la Escuela Preparatoria N°7, en la Universidad de Guadalajara México. 2009
13. SALAVERRY Olga M. en su estudio "embarazo en adolescentes en Lima. 2010.
14. VEGA Tiburcio Janet Mabel en su artículo titulado "Embarazo precoz". 2010.
15. OMS " Estimaciones con ITS en el mundo" periodo 1983 - 2001 pág.7
16. Guía juvenil adolescencia- psicoadolescentemdtu@gmail.com
17. La adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de la personalidad. Boletín electrónico de investigación de la asociación de psicología volumen 4 N°1 2008 pagina 69/73
18. Narda fiends sexualidad en el adolescente monografías como ciencias médicas 2008, 6 de noviembre
19. Paredes Carpio simposio "medicina del adolescente. Parte II desarrollo psicosocial del adolescente, etapas y tareas evolutivas. Revista diagnostica vol. 2 1993 pág. 15
20. UNICEF, "Adolescencia una etapa fundamental", Nueva York, 2002
21. MMWR. (2005). Obtenido de Salud reproductiva de las adolescentes: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3822281>
22. Menéndez Guerrero, G., Navas Cabrera, I., Hidalgo Rodríguez, Y., & Espert Castellanos, J. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(3), 333-342., 333-342.
23. Ministerio de Educaciòn. (2014). AMIE. Recuperado el 1 de Octubre de 2014, de Archives Maestro de Insituciones Educativas. Disponible en: <http://reportes.educacion.gob.ec:8085/reportesPlantilla.aspx?rep=7>
24. Cortés Alfaro, A., Del Pino, A., Sánchez, M., & Alfonso, A. (1999). Comportamiento sexual, embarazo, aborto y regulación menstrual en adolescentes de tecnológicos de Ciudad Habana. *Rev Cub Obst Ginecol*, 25(1), 35.

25. Alarcón Argota, R., Coello Larrea, J., Cabrera García, J., & Monier Despeine, G. (2009). Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. *Revista Cubana de Enfermería*, 25(1-2).
26. Cutiño, B., Franco, E., Salazar, L., Duharte, D., & Garí, O. (2006). COMUNICACIÓN BREVE Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del embarazo precoz y su influencia en la vida de la adolescente. *Medisan*(10), 3.
27. Álvarez Lajonchere. (2001). *El embarazo en la adolescencia. :. La Habana: Editorial Científico-Técnica.*
28. Lara Granizo, J. (2009). LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SEXUAL Y SU RELACIÓN EMBARAZOS EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO PENIPE. Obtenido de repositorio.ute.edu.ec/bitstream/123456789/10339/1/37720_1.pdf
29. UNFPA. Estado de la Población Mundial. 2003. Costos del Embarazo Precoz. URL:<http://www.unfpa.org/swp/2003/espanol/ch7/page6.htm> (Consulta: Enero, 2014).
30. Pascualini D, Llorens A, Salud y Bienestar de Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral. 1a ed. Buenos Aires: OPS. 2010. Págs.: 47
31. Organización Mundial de la Salud. Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo. Publicación: WHO/FWC/MCA/12.02
32. Resnick MD, Bearman PS, Blum R, Bauman KE, Harris KM, Jones J, Tabor J, Beuhring T, Sieving RE, Shew M, Ireland M, BearingerLH, Udry JR. Protectingadolescentsfromharm. *JAMA* 1997; 278 (10): 823-832
33. Hamilton, Brady E. and Ventura, Stephanie J. (10 de abril de 2012). «Birth Rates for U.S. Teenagers Reach Historic Lows for All Age and Ethnic Groups». Centers for Disease Control and Prevention. Consultado el 18 de abril de 2012.
34. Andreina Cattani O. «Pubertad normal». *escuela.med.puc.cl*. Consultado el 15 de junio de 2014.

35. Diana Zuckerman (mayo de 2009). «Early Puberty in Girls». *National Center for Health Research* (en inglés). Consultado el 15 de junio de 2014.
36. Sánchez, Mayka (23 de febrero de 2010). «El sobrepeso adelanta hasta en cuatro años la regla de las niñas». El País - España. Consultado el 15 de junio de 2014.
37. The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. (2002). «Not Just Another Single Issue: Teen Pregnancy Prevention's Link to Other Critical Social Issues» — PDF (147 KB). Consultado el 27 de mayo de 2007.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSTISTENCIA

Título: Factores de riesgo asociados al embarazo en las adolescentes que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra, Lima - 2014

PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLES
<p>Problema general ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al embarazo en las adolescentes que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra, Lima - 2014?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuáles son los factores de riesgo individual asociado al embarazo en las adolescentes que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra, Lima - 2014?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo psicosocial asociado al embarazo en las adolescentes que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra, Lima - 2014?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo biológico asociados al embarazo de las adolescentes que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra, Lima - 2014?</p>	<p>Objetivos general Determinar los factores de riesgo asociados al embarazo en las adolescentes que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra, Lima - 2014</p> <p>Objetivos específicos Identificar los factores de riesgo individual asociado al embarazo en las adolescentes que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra, Lima - 2014</p> <p>Identificar son los factores de riesgo psicosocial asociado al embarazo en las adolescentes que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra, Lima - 2014</p> <p>Identificar son los factores de riesgo biologico asociados al embarazo de las adolescentes que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra, Lima - 2014</p>	<p>factores de riesgo asociados al embarazo en las adolescentes</p>

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Factores de riesgo individuales ▪ Factores de riesgo psicosocial ▪ Factores de riesgo biológico 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bajo nivel de aspiraciones académicas ▪ Impulsividad ▪ Ideas de omnipotencia ▪ Adhesión a creencias y tabúes ▪ Poca habilidad de planificación familiar. ▪ Rebeldía hacia los padres ▪ Antecedentes de embarazo familiar ▪ Pérdida de figura paterna ▪ Bajo nivel educativo ▪ Alteraciones en el funcionamiento intrafamiliar ▪ Medio a la maternidad ▪ Migración ▪ Pobreza. ▪ Escasa accesibilidad al sistema de salud. ▪ Consumo de alcohol y o drogas ▪ Machismo ▪ Hacinamiento ▪ Menarquía precoz ▪ Relaciones sexuales sin protección. ▪ Abuso sexual ▪ Violación

TIPO DE INVESTIGACION	POBLACION Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD
<p>El presente estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo de corte Transversal, por que los datos se tomaran en un determinado momento y por la cual permitirá medir el problema de interés. De nivel aplicativo no experimental</p>	<p>Población: La muestra estará constituida por las 74 adolescentes entre 12 a 19 años embarazadas que acuden a consulta de gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra en los meses de Marzo – Julio 2014.</p> <p>Muestra La muestra estará constituida por la totalidad de la población, 74 adolescentes embarazadas entre 12 a 19 años, que acuden a consulta de gineco-obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra en los meses de Marzo – Julio 2014</p> <p>Criterio de inclusión Adolescentes embarazadas mayores de 12 años y menores de 19 años que acuden al consultorio de gineco obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra en los meses de Marzo - Julio 2014.</p> <p>Criterios de exclusión Adolescente embarazadas menores de 12 años y mayores de 19 años que acuden al consultorio de gineco - obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra del distrito de San Juan de Miraflores, Adolescentes que no deseen participar en el estudio</p>	<p>Técnicas En la presente investigación utilizara como técnica la encuesta, para obtener la información necesaria para el desarrollo del estudio.</p> <p>Instrumentos El instrumento que se utilizara para esta investigación será un cuestionario</p>	<p>La validez de los instrumentos estará dará a través de los Jueces expertos, en donde participaran 8 enfermeras, esto permitirá hacer los reajustes necesarios al instrumento; para luego realizar una prueba piloto para la validez del instrumento el mismo que será de carácter anónimo cuidando así la individualidad y privacidad de las adolescentes embarazadas</p> <p>Para la recolección de los datos se pedio la autorización del Director del Centro de Salud Leonor Saavedra. Luego se realizaran se establecerá el cronograma de recolección de datos.</p> <p>Una vez recolectado los datos se elaborara el cuadro de códigos y puntajes con el programa Excel de tal forma, que se presentaron en tablas y gráficos estadísticos para facilitar su análisis e interpretación</p>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

INSTRUMENTO

Lea cuidadosamente las preguntas y solicítele al entrevistado(a) que sus respuestas sean objetivas y veraces; explíquele al entrevistado(a) el objetivo de la presente investigación, así como el tiempo necesario para el desarrollo de la entrevista.

Edad: _____

Escolaridad: _____

Estado Civil: _____

¿Trabajas actualmente?

No () Si ()

¿De quién dependes económicamente?

Papas () hermanos () tíos () Abuelos () nadie ()

En que Institución recibes atención medica

Centro de salud () Hospital ()

¿A qué edad tuviste tu primera regla?

De 8 a 10años

De 11 a 12años

De 13 y / o mas

¿A través de quien recibes información sexual?

Radio () Televisión () Familiares () Amigos () Escuela ()

¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

10 a 13años

14 a 16 años

17 a 19 años

Número de embarazos

Primero () segundo () tercero ()

¿Conoces las complicaciones del embarazo adolescente?

No () Si ()

¿Has recibido información de cómo prevenir un embarazo?

No () Si ()

¿De quién has recibido información de cómo prevenir un embarazo?

Amigos () Padres () Personal de salud ()

Institución educativa () Ninguna ()

¿Qué métodos anticonceptivos conoces?

Pastillas () Preservativo () Dispositivo Intrauterino ()

Inyectables () Natural () otros ()

Si utilizas algún método anticonceptivo para prevenir un embarazo ¿cual utilizarías?

Pastillas () Preservativo () Dispositivo Intrauterino ()

Inyectables () Natural () otros ()

¿Cómo evalúas la información recibida acerca de los métodos anticonceptivos?

Excelente () Buena () Regular () Mala () Nula ()

¿Quiénes conforman su grupo familiar?

¿Cuál era el trato de tu familia antes de su embarazo?

¿Cuál era el trato de tu familia al conocer sobre su embarazo?

¿Porque cree que quedó embarazada?

¿De dónde provenían los ingresos económicos para el sostenimiento de su familia, antes de su embarazo?

¿Qué tipo de ocupación tienen los miembros de su grupo familiar?

¿Cuántas parejas has tenido antes de tu embarazo? _____

¿Por qué motivo no uso condón para evitar el embarazo?

¿Cuántas relaciones sexuales cree usted que debe tener una mujer para poder quedar embarazada? _____

¿Cuál es la forma en la que su pareja le demuestra amor?

¿A qué edad considera que es la mejor para tener hijos? Y porque?

¿Qué conocimientos tiene sobre salud sexual?_____

¿Qué conocimientos tiene sobre salud reproductiva?

¿Qué importancia pueden tener los temas de sexualidad y protección?

¿Cuáles eran sus planes para su vida, antes de estar embarazada?

¿Cuáles son los planes para su vida, ahora que está embarazada?

¿Cuáles son los planes para su vida, después del embarazo?

¿Qué sentimientos experimenta actualmente hacia su hijo, ahora que está embarazada?_____

¿Cómo se siente ahora que está embarazada?_____

¿Qué piensa hacer con el hijo que lleva en su vientre?_____

¿Cuál fue la reacción de sus padres al saber de su embarazo?_____

¿Qué causas considera usted que influyeron más para que usted haya quedado embarazada?
