

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**FACTORES DE RIESGO QUE IMPACTAN EL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES EN LA MICRO RED CHIVAY CAYLLOMA
EN LOS AÑOS 2014-2016, AREQUIPA**

Tesis presentada por la Bachiller:

Torres Machaca, Carol Lucia

Para optar el Título Profesional de:

Médica Cirujana

Asesor: Dra. Torres Machaca, Elva Elizabeth

Arequipa - Perú

2018



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS
DECRETO N° 147 - FMH-2017

Visto el Borrador de Tesis titulado:

“FACTORES RIESGO QUE IMPACTAN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LA MICRO RED CHIVAY CAYLLOMA EN LOS AÑOS 2014 - 2016, AREQUIPA”

Presentado por el (la) Sr. (ta):

CAROL LUCIA TORRES MACHACA

Nuestro dictamen es:

Favorable

OBSERVACIONES:

puede sustentarse

Arequipa, 13-03-2018

M. Montes Caceres
DR. MIGUEL MONTESCACERES
MEDICO CIRUJANO
GINECO - OBSTETRA
C.M.P. 13648 - R.N.E. 8000

J. Enrique Taco Cornejo
DR. JUSTO ENRIQUE TACO CORNEJO

Dr. J. Enrique Taco Cornejo
JEFE DEL DPTO DE GINECOLOGIA - OBSTETRICIA
C.M.P. 12797 - R.N.E. 5813
Hosp. Ncc. Carlos A. Segura Escobedo
EsSalud

V. Vasquez Huerta
DR. VICTOR LUIS VASQUEZ HUERTA
1116

EPÍGRAFE

Dondequiera que el arte de la medicina es amado, también hay un amor a la humanidad.

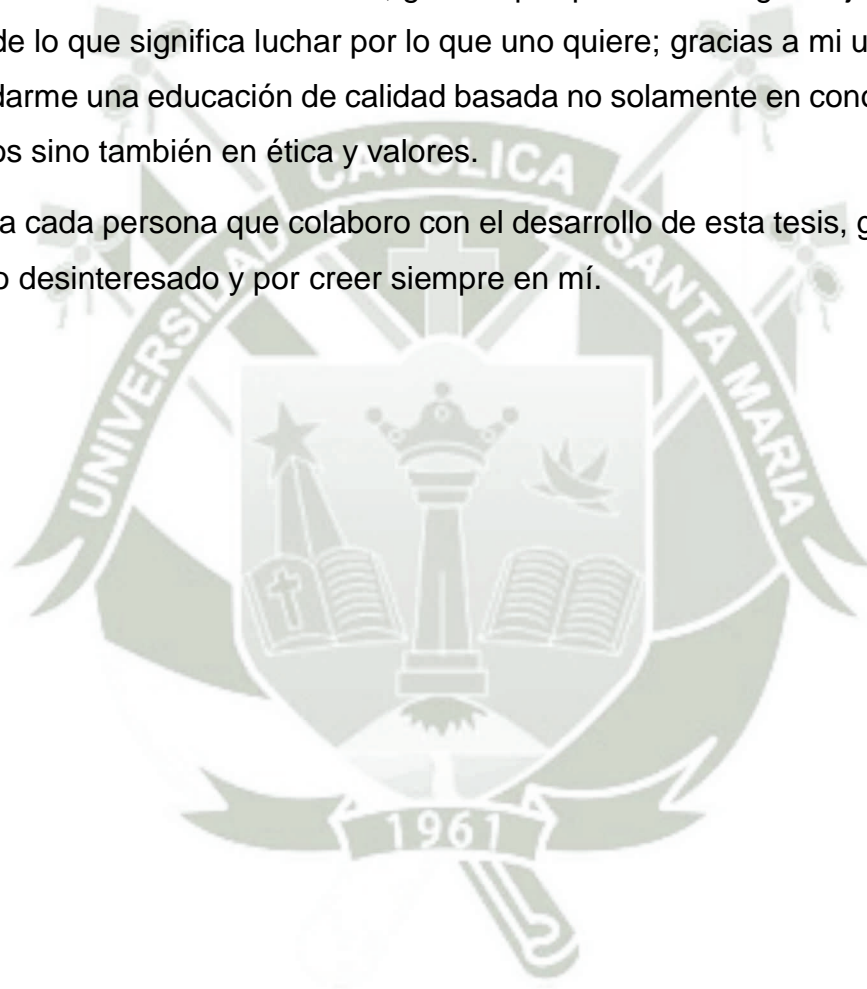
Hipócrates



DEDICATORIA

Primeramente quiero agradecer a Dios, por todas las oportunidades que me da en la vida, por darme una familia maravillosa la cual me muestra su apoyo incondicionalmente cada día; gracias a mi hermana y asesora de tesis quien me dio la idea de desarrollar este tema, gracias porque fuiste un gran ejemplo para mi vida de lo que significa luchar por lo que uno quiere; gracias a mi universidad por brindarme una educación de calidad basada no solamente en conocimientos científicos sino también en ética y valores.

Gracias a cada persona que colaboro con el desarrollo de esta tesis, gracias por su apoyo desinteresado y por creer siempre en mí.



RESUMEN

Objetivo .Determinar los factores de riesgo que impactan al embarazo en adolescentes

Tipo de estudio. Es un estudio de investigación de tipo descriptivo, explicativo y de corte transversal, analítico de enfoque cuantitativo

Resultados. El estudio se realizó en gestantes adolescentes Micro Red Chivay Caylloma en los años 2014-2016, el 54.1% de las adolescentes embarazadas están en la adolescencia media, el 45.9% en adolescencia tardía, de las cuales el 5.0% tienen 14 años, mientras que el 22.1% 15 años, el 27.5% tiene 16 años, el 23.8 % tiene 17 años, el 22.1% tiene 18 años; observamos que el 2.8% de la población estudiada vive solamente en compañía de su padre, el 21.1% vive en compañía de la madre, el mayor porcentaje de esta población como es el 72,5% vive dentro de una familia nuclear y solo el 3.7% vive en una familia extensa, el 84.4% habitan en una vivienda unifamiliar mientras que tan solo el 15,6% forma parte de una vivienda multifamiliar; De nuestra población estudiada observamos que el mayor porcentaje dentro de la adolescencia media correspondiente al 59,3% tuvieron menos de 3 controles prenatales durante su gestación, el 56 % de la población que se encuentra dentro de la adolescencia tardía se realizaron menos de 6 controles prenatales y tan solo el 8,3% del total de nuestra población estudiada se realizaron más de 6 controles; en nuestra población de adolescentes embarazadas el 88,1% se encontraba en el peso adecuado para su edad y talla; de la población estudiada el 85,3% presentaban una hemoglobina mayor a 11g/dL mientras que solo el 14,7 de las gestantes adolescentes presentaba una hemoglobina menor a 11 g/dL; por medio del estudio realizado se observa que la presión arterial en las gestantes adolescentes presenta relación estadística significativa $P=0.02$ ($P<0.05$), en nuestro estudio las infecciones urinarias, hemorragias, la presencia de proteinuria, no están asociados al embarazo adolescente, de la misma manera determinamos que el tipo de parto, la mortalidad perinatal y la mortalidad materna, no impactaron de manera significativa el embarazo adolescente, la preeclampsia en las gestantes adolescentes presenta relación estadística significativa $P = 0.002$ ($P<0.05$) en nuestra población estudiada.

Palabras Claves: Preeclampsia, Gestantes adolescentes y Mortalidad Perinatal.

ABSTRACT

Objective. Determine the risk factors that impact teen pregnancy.

Type of study. It is a descriptive, explanatory and cross-sectional, analytical study of a quantitative approach

Results. The study was conducted in adolescents Micro Red Chivay Caylloma in the years 2014-2016, 54.1% of pregnant adolescents are in the middle adolescence, 45.9% in late adolescence, of which 5.0% are 14 years , while 22.1% are 15 years old, 27.5% are 16 years old, 23.8% are 17 years old, 22.1% are 18 years old; We observe that 2.8% of the studied population lives only in the company of their father, 21.1% live in the company of the mother, the largest percentage of this population as is 72.5% live within a nuclear family and only 3.7 % live in an extended family, 84.4% live in a single-family house while only 15.6% are part of a multi-family dwelling; From our study population we observed that the highest percentage of adolescents in the middle of adolescence corresponding to 59.3% had less than 3 prenatal controls during their pregnancy, 56% of the population that is within late adolescence had less than 6 controls prenatal and only 8.3% of our total population studied were more than 6 controls; In our population of pregnant adolescents 88.1% were in the appropriate weight for their age and height; Of the population studied, 85.3% had a hemoglobin greater than 11g / dL while only 14.7 of the pregnant women had a hemoglobin less than 11 g / dL; by means of the study carried out, it is observed that blood pressure in adolescent pregnant women has a statistically significant relationship $P = 0.02$ ($P < 0.05$), in our study urinary tract infections, hemorrhages, the presence of proteinuria, are not associated with adolescent pregnancy, In the same way, we determined that the type of delivery, perinatal mortality and maternal mortality did not significantly impact adolescent pregnancy in our study population.

Key words: Pre-eclampsia, adolescent mothers and perinatal mortality.

ÍNDICE

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	1
1. Universo o población	1
2. Unidades de estudio	1
3. Muestra	1
4. Criterios de inclusión	1
5. Criterios de exclusión	2
6. Técnica	2
7. Instrumento	2
CAPÍTULO II RESULTADOS	3
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	21
CONCLUSIONES	32
BIBLIOGRAFÍA	34
ANEXOS	37
ANEXO 1. PROYECTO DE TESIS	38
ANEXO 1.1 MATRIZ DE DATOS	78

INTRODUCCIÓN

En nuestro país, la maternidad adolescente está asociada a ciertas condiciones estructurales tales como la pobreza, el bajo nivel educativo, la lengua materna y el lugar de origen (siendo la selva y la zona rural las que presentan una mayor concentración de madres adolescente) (INEI 2011). A su vez, estas condiciones son de suma importancia en las consecuencias que tendrá la maternidad adolescente en la vida de la madre, haciéndolas más propensas a la deserción escolar, el abandono o postergación de los estudios superiores, el ingreso al mercado laboral en condiciones desfavorables (trabajos de bajo nivel de ingresos, falta de protección social, entre otros), la violencia por parte de sus pareja, problemas de salud relacionados a la gestación y el parto, entre otros. Es así que se convierte en una problemática compleja que reproduce posiciones desventajosas en la estructura social y que se expresa en distintas esferas de la vida personal de la madre y el espacio social como la educación, el empleo, la salud y la política.

Sin embargo, el embarazo en la adolescencia no afecta a todas las jóvenes de la misma manera. Por un lado, están aquellas mujeres pertenecientes a grupos socioculturales más tradicionales en los que la maternidad a temprana edad es parte del patrón cultural, por lo que este hecho está asociado a la trayectoria de vida esperada para las mujeres.

Dentro de este grupo, en el cual centra su atención la presente investigación, también habrá diferencias en la manera en que repercute la maternidad adolescente en la vida de la joven madre y en la de su entorno familiar. Aunque suelen ser minoría, hay quienes cuentan con los medios económicos para seguir estudiando y retrasar su ingreso al mercado laboral (asegurando así que sea una inserción de mejor calidad). A su vez, están las madres adolescentes que no continúan la relación con sus parejas, aquellas que permanecen viviendo con sus padres o quienes no lo hacen pero siguen recibiendo su apoyo económico y emocional.

Dado que, como ya hemos mencionado, la maternidad durante la adolescencia forma parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales (o étnicos) en nuestro país pero en las grandes ciudades y en los grupos sociales más modernos no suele ser una situación deseada, esta investigación se centrará en la Micro Red de Chivay que comprende los distritos de Chivay, Yanque, Achoma, Maca, Coporaque, Ichupampa, Madrigal.

CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS

1. Universo o población

Gestantes adolescentes Micro Red Chivay Caylloma en los años 2014-2016.

2. Unidades de estudio

Gestantes adolescentes Micro Red Chivay Caylloma en los años 2014-2016, PS Chivay, PS Yanque, PS Achoma, PS Maca, PS Coporaque, PS Lary, PS Madrigal.

3. Muestra

Tamaño de la muestra

Para determinar la muestra se partió de la población de gestantes.

$$n = \frac{z^2(p * q) * N}{e^2(N - 1) + z^2(p * q)}$$

Dónde:

N= población del cercado (250).

n = Tamaño de la muestra.

Z = Nivel de confianza (al 95% tiene un valor Z de 1.97)

p = % de probabilidad (50%)

e = Error muestral permitido (5%)

$$n = \frac{1.97^2(0.50 * 0.50) * 210}{0.05^2 (210 - 1) + 1.97^2(0.50 * 0.50)}$$

$$n = 109$$

4. Criterios de inclusión

- Paciente adolescente con diagnóstico de gestación en la micro red Chivay-Caylloma
- Paciente adolescente cuya gestación estuvo comprendida entre los años 2014-2016 en la micro red Chivay Caylloma

5. Criterios de exclusión

- Paciente con alteraciones o en tratamiento psiquiátrico
- Pacientes con datos insuficientes.
- Gestantes cuya residencia permanente no sea Chivay
- Gestantes mayores de 19 años

6. Técnica

En la presente investigación se aplicó una hoja de recolección de datos, mediante la recopilación y recolección de la información.

7. Instrumento

Hoja de recolección de datos



CAPÍTULO II
RESULTADOS

TABLA N° 1
DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES SEGÚN LA ETAPA DE LA
ADOLESCENCIA A LA QUE PERTENECEN EN LA MICRO RED CHIVAY
CAYLLOMA EN LOS AÑOS 2014-2016, AREQUIPA

Adolescencia	N°.	%
Temprana	0	0,0
Media	59	54,1
Tardía	50	45,9
TOTAL	109	100

Dentro de la población estudiada el 54.1% de las adolescentes embarazadas en la micro red Chivay Caylloma en los años 2014-2016 se encuentran en la adolescencia media, mientras que el 45.9% de las gestantes en adolescencia tardía.

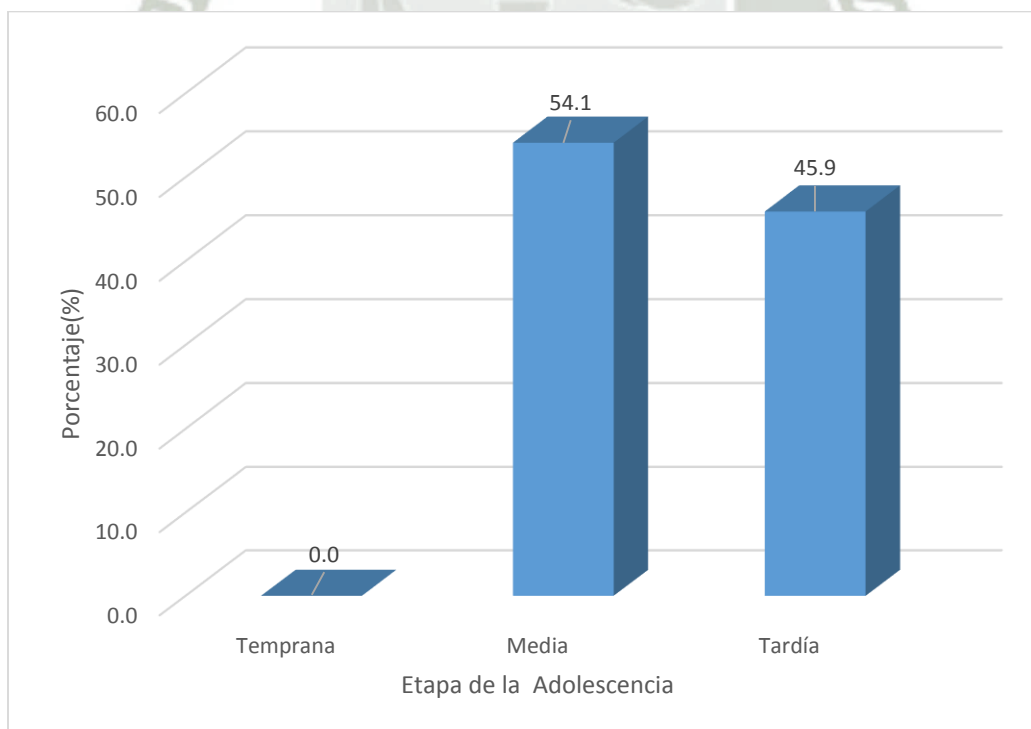


TABLA N°. 2
EDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA MICRO RED
CHIVAY CAYLLOMA EN LOS AÑOS 2014-2016, AREQUIPA

Edad	TOTAL	
	N°.	%
14 años	5	4,5
15 años	24	22,1
16 años	30	27,5
17 años	26	23,8
18 años	24	22,1
TOTAL	109	100

De la población de gestantes adolescentes estudiadas observamos que el mayor porcentaje de ellas siendo el 27,5% se encuentran en los 16 años, un 23,8% tiene 17 años, el 22,1% tiene 18 años al igual que las que tienen 15 años, y el menor porcentaje de la población, siendo el 4,5% tiene 14 años.

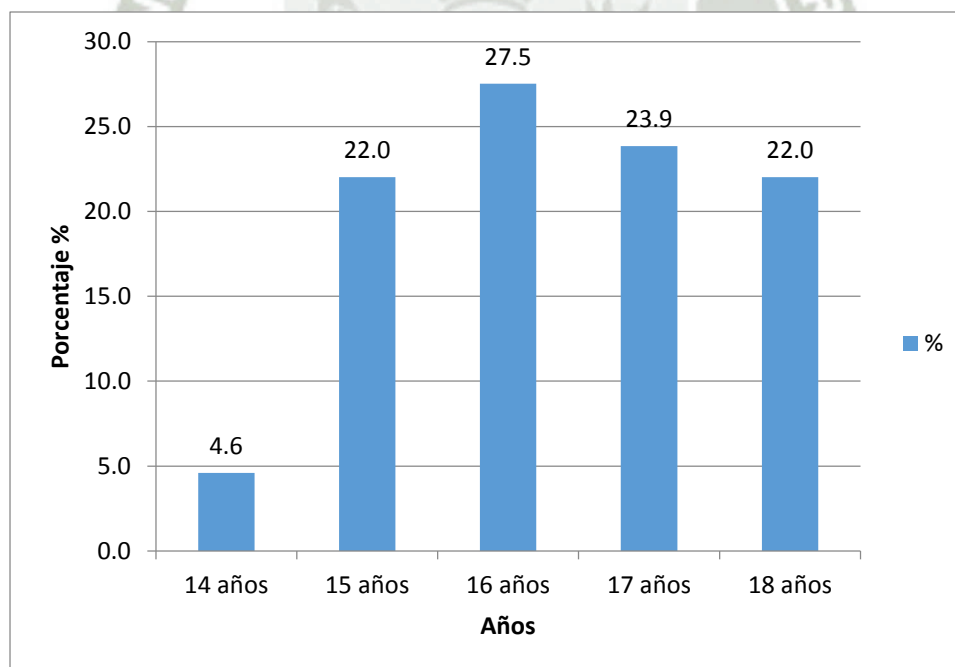


TABLA N° 3
ESTRUCTURA FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA MICRO RED CHIVAY CAYLLOMA EN LOS AÑOS 2014-2016, AREQUIPA

Estructura familiar	TOTAL	
	N°.	%
Solo padre	3	2,8
Solo madre	23	21,1
Nuclear	79	72,5
Extensa	4	3,7
TOTAL	109	100

Dentro de la población estudiada observamos que el 2.8% de la población estudiada vive solamente en compañía de su padre, el 21.1% vive en compañía de la madre, el mayor porcentaje de esta población como es el 72,5% vive dentro de una familia nuclear y solo el 3.7% vive en una familia extensa.

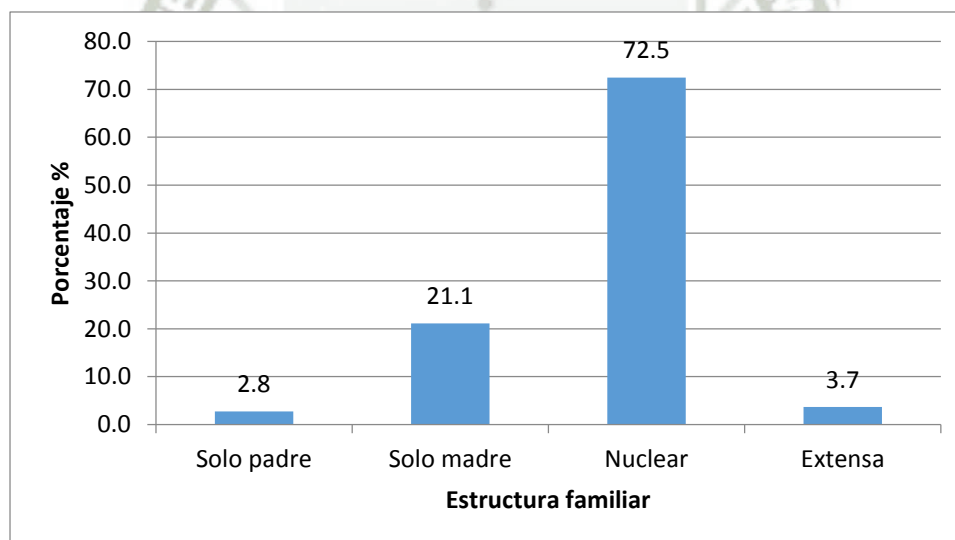


TABLA N°. 4

**TIPO DE VIVIENDA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA
MICRO RED CHIVAY CAYLLOMA EN LOS AÑOS 2014-2016, AREQUIPA**

Tipo de vivienda	TOTAL	
	N°.	%
Unifamiliar	92	84,4
Multifamiliar	17	15,6
TOTAL	109	100

De nuestra población de gestantes adolescentes en la micro red Chivay Caylloma el 84.4% habitan en una vivienda unifamiliar mientras que tan solo el 15,6% forma parte de una vivienda multifamiliar.

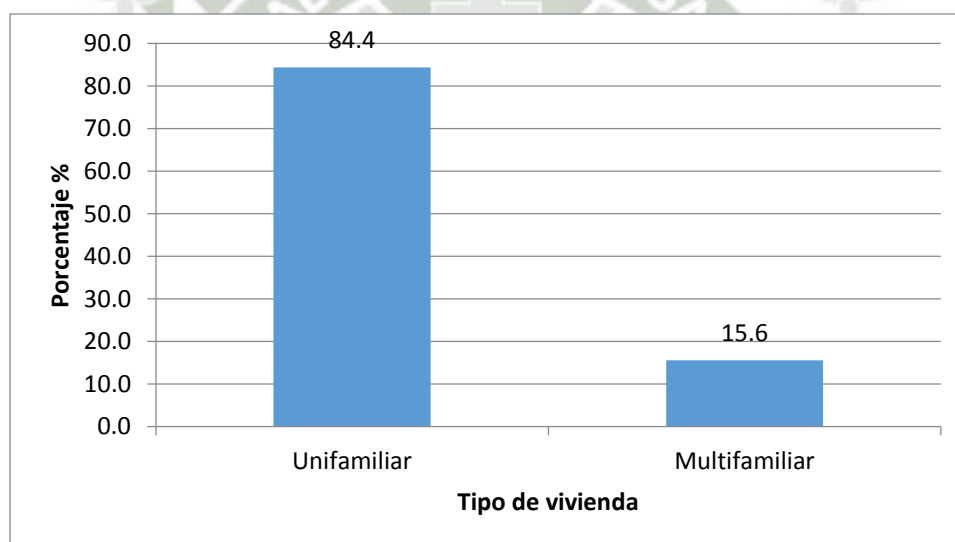


TABLA N°. 5
CONTROLES PRENATALES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
EN LA MICRO RED CHIVAY CAYLLOMA EN LOS AÑOS 2014-2016,
AREQUIPA

Control Pre Natal	Adolescencia				TOTAL	
	Media		Tardía		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
<3	35	59,3	13	26,0	48	44,0
3-6	24	40,7	28	56,0	52	47,7
>6	0	0,0	9	18,0	9	8,3
TOTAL	59	100	50	100	109	100

De nuestra población estudiada observamos que el mayor porcentaje dentro de la adolescencia media correspondiente al 59,3% tuvieron menos de 3 controles prenatales durante su gestación, el 56 % de la población que se encuentra dentro de la adolescencia tardía se realizaron de 3 a 6 controles prenatales y tan solo el 8,3% del total de nuestra población estudiada se realizaron más de 6 controles pre natales durante toda la gestación.

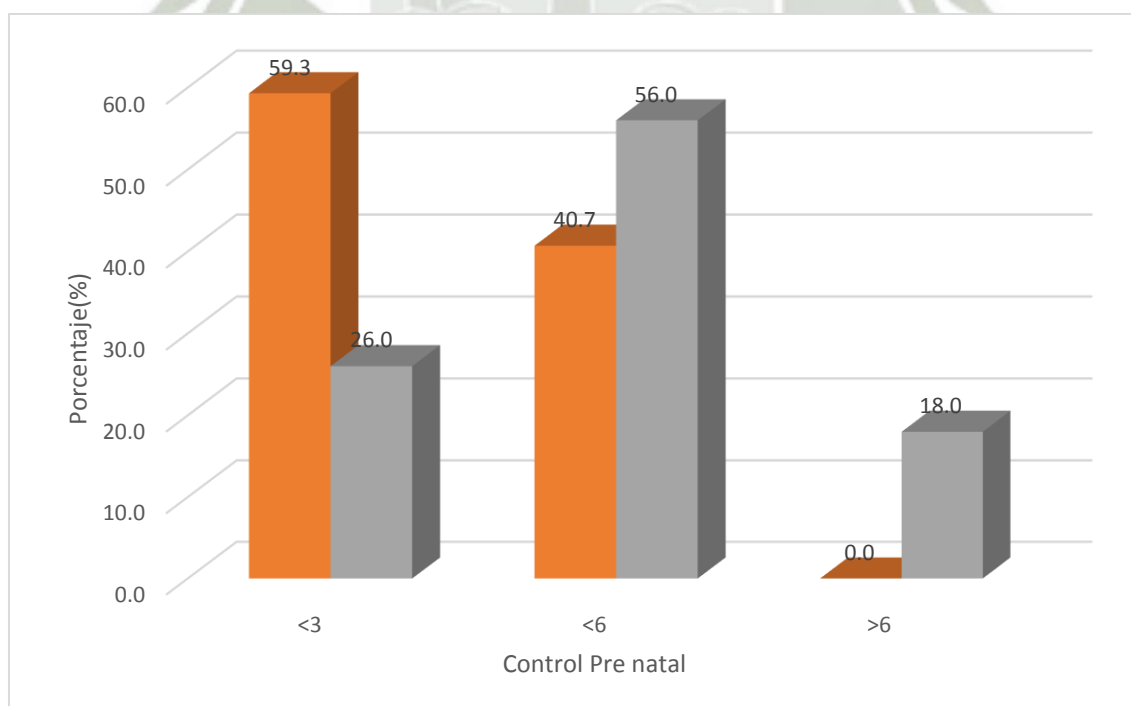


TABLA N° 6

**ESTADO NUTRICIONAL DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA
MICRO RED CHIVAY CAYLLOMA EN LOS AÑOS 2014-2016, AREQUIPA**

Estado Nutricional	TOTAL	
	Nº.	%
Bajo	7	6,4
Normal	96	88,1
Sobrepeso	6	5,5
TOTAL	109	100

Dentro de toda nuestra población de adolescentes embarazadas el 88,1% se encontraba en el peso adecuado para su edad y talla, el 6,4% presentaban peso bajo y tan solo el 5,5% de la población estudiada se encontraban con sobrepeso.

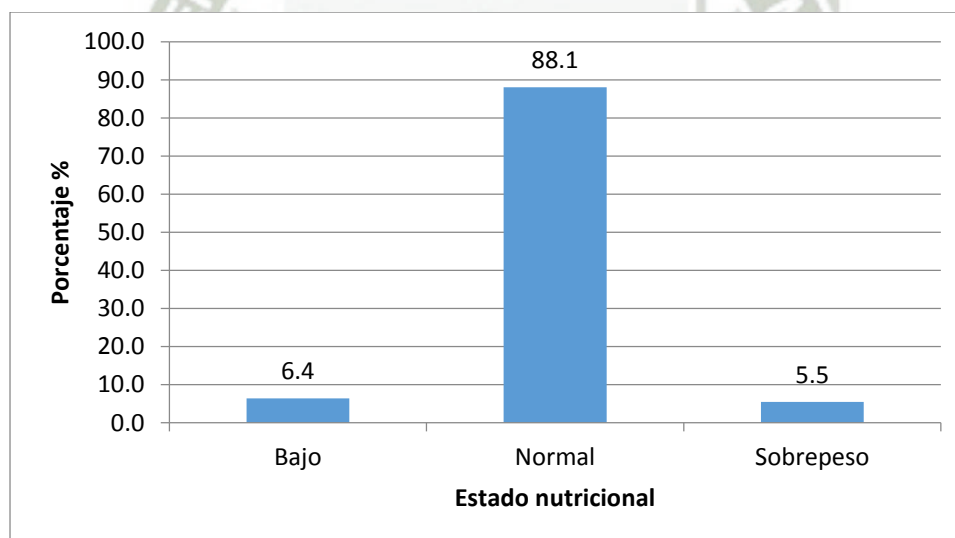


TABLA N°. 7

**HEMOGLOBINA EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA MICRO
RED CHIVAY CAYLLOMA EN LOS AÑOS 2014-2016, AREQUIPA**

Hemoglobina	TOTAL	
	N°.	%
<11 g/dL	16	14,7
>11 g/dL	93	85,3
TOTAL	109	100

Dentro del total de la población estudiada el 85,3% presentaban una hemoglobina mayor a 11g/dL mientras que solo el 14,7 de las gestantes adolescentes presentaba una hemoglobina menor a 11 g/dL .

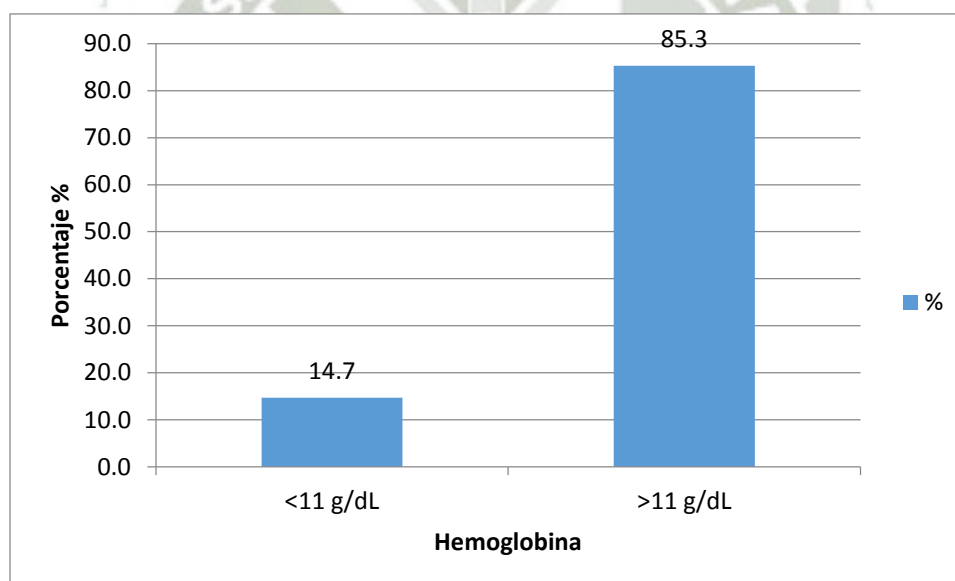


TABLA N° 8
RELACIÓN ENTRE LA PRESIÓN ARTERIAL Y EL EMBARAZO
ADOLESCENTE EN LA MICRO RED CHIVAY CAYLLOMA EN LOS AÑOS
2014-2016, AREQUIPA

Presión arterial	Adolescencia				TOTAL	
	Media		Tardía		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
<120/80	44	74.6	46	92	90	82,6
>120/80	15	25.4	4	8	19	17,4
TOTAL	59	100	50	100	109	100

$X^2=5.71$ $P<0.05$ $P=0.02$

Podemos observar que el 25,4% de las adolescentes que se encuentran en la etapa media de la micro red Chivay Caylloma tienen presión arterial >120/80, mientras que tan solo el 8% de las adolescentes en etapa tardía tienen presión arterial >120/80. Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=5.71$) muestra que la presión arterial en las adolescentes presenta relación estadística significativa ($P<0.05$).

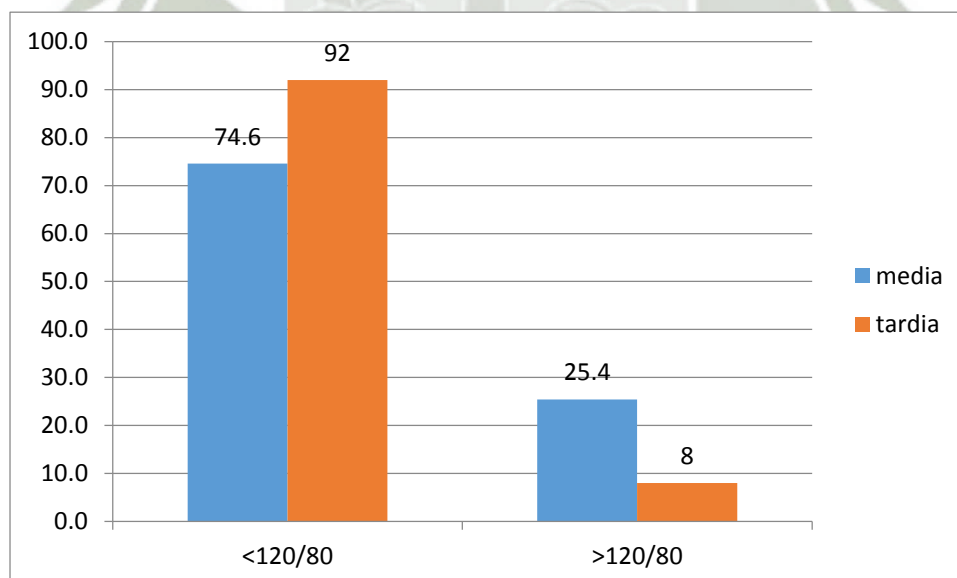


TABLA N°. 9

RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE INFECCION URINARIA Y EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN LA MICRO RED CHIVAY CAYLLOMA EN LOS AÑOS 2014-2016, AREQUIPA

Infecciones Urinarias	TOTAL	
	Nº.	%
Si	25	22,9
No	84	77,1
TOTAL	109	100

Dentro de la población estudiada se encontró que el 77,1% de gestantes adolescentes en la micro red Chivay Caylloma no presento infecciones urinarias durante su embarazo comparado con un 22.9% de los casos que si presentaron infección urinaria en al menos una oportunidad durante toda la gestación.

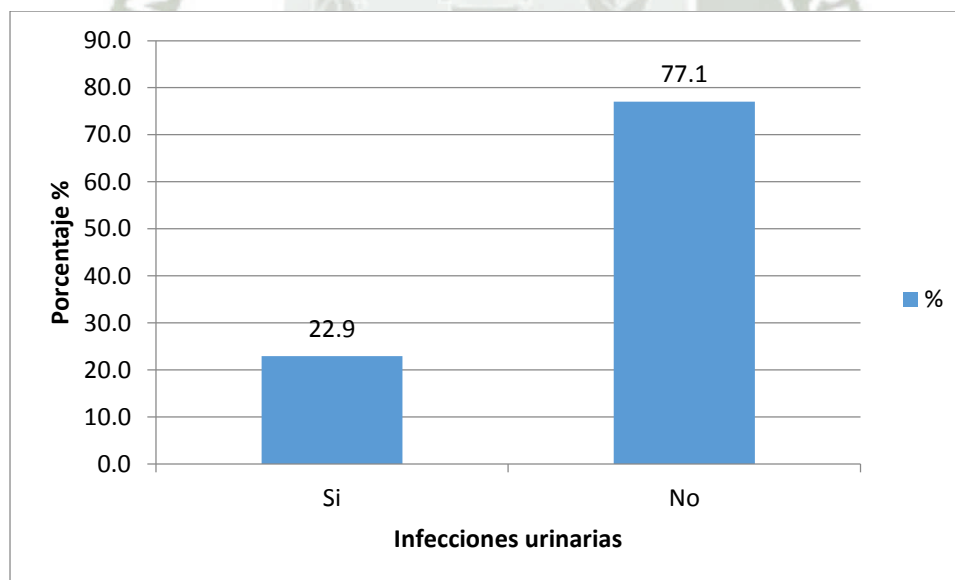


TABLA Nº. 10
RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE HEMORRAGIA Y EL EMBARAZO
ADOLESCENTE EN LA MICRO RED CHIVAY CAYLLOMA EN LOS AÑOS
2014-2016, AREQUIPA

Hemorragia	TOTAL	
	Nº.	%
Si	19	17,4
No	90	82,6
TOTAL	109	100

En la población de gestantes adolescentes en la micro red Chivay Caylloma observamos que el 82,6% del total estudiado no presentó hemorragia en ninguna etapa del embarazo, sin embargo el 7,4% si presentaron hemorragias las cuales se produjeron con mayor frecuencia durante el tercer trimestre del embarazo.

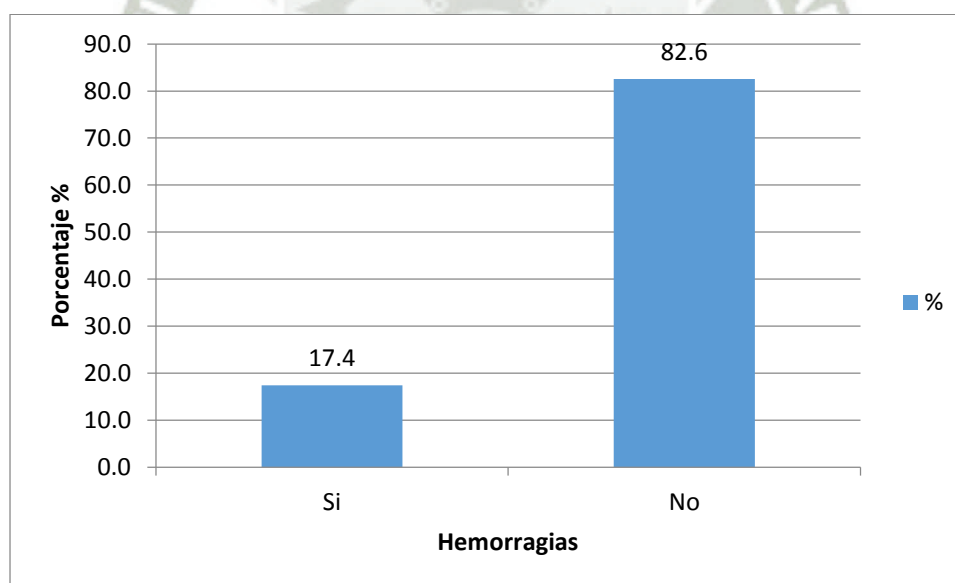


TABLA Nº. 11

RELACIÓN ENTRE PROTEINURIA Y EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN LA MICRO RED CHIVAY CAYLLOMA EN LOS AÑOS 2014-2016, AREQUIPA

Proteinuria	TOTAL	
	Nº.	%
Si	15	13,8
No	94	86,2
TOTAL	109	100

Dentro de la población estudiada encontramos que el 86,2% del total de adolescentes embarazadas no presentaron proteinuria, considerando esta como proteínas halladas en orina en valores mayores a 300 mg o más por litro de orina recogida durante 24 horas, tan solo un 13,8% de la población estudiada si presento proteinuria durante la gestación.

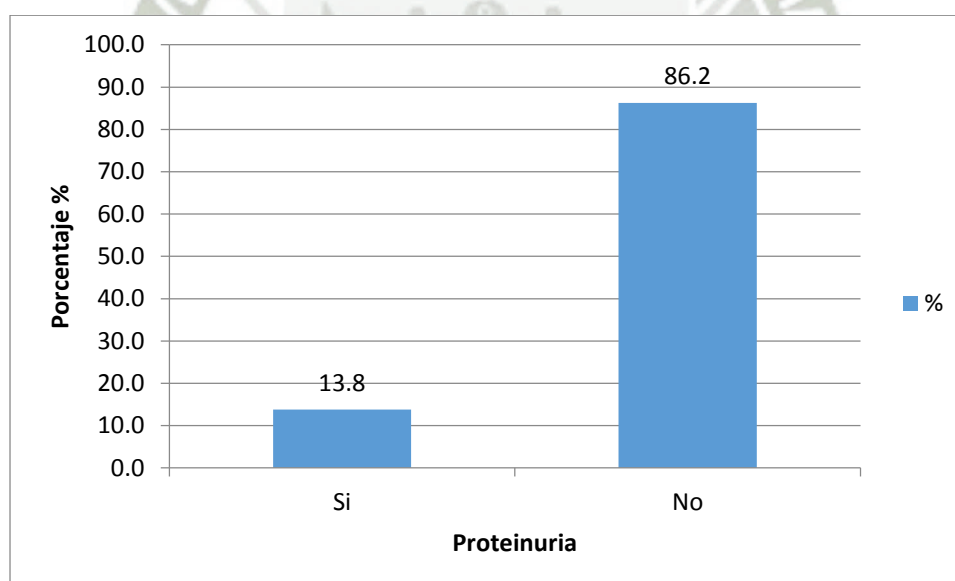


TABLA Nº. 12
RELACIÓN ENTRE LA ALTURA UTERINA Y EL EMBARAZO
ADOLESCENTE EN LA MICRO RED CHIVAY CAYLLOMA EN LOS AÑOS
2014-2016, AREQUIPA

Altura uterina	TOTAL	
	Nº.	%
>31cm	92	84,4
<31cm	17	15,6
TOTAL	109	100

En la población de gestantes adolescentes de la micro red Chivay Caylloma observamos que un 84,4% presento una altura uterina mayor a 31cm al final del embarazo. Mientras que el 15,6% presento una altura uterina menor a 31cm al final del mismo.

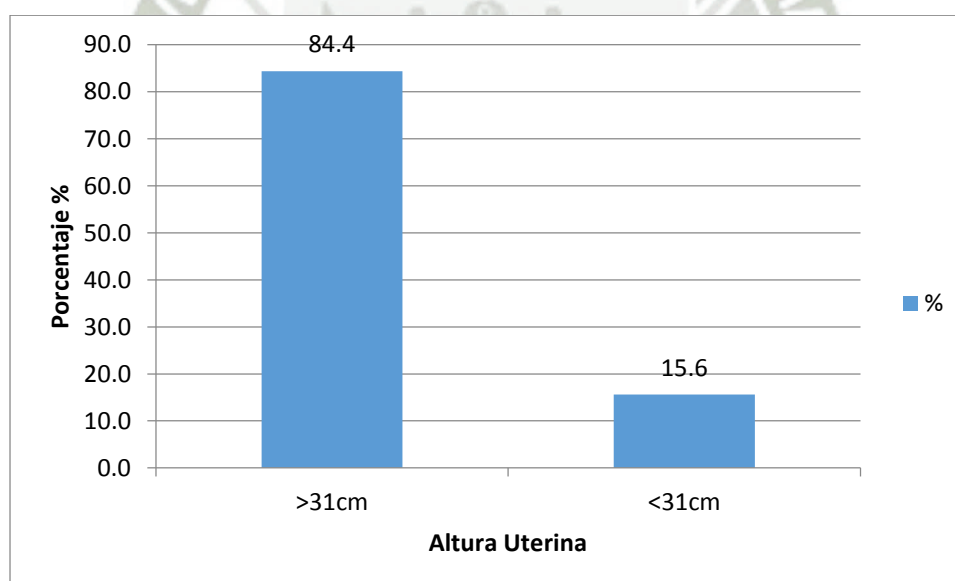


TABLA Nº. 13
RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE PARTO Y EL EMBARAZO ADOLESCENTE
EN LA MICRO RED CHIVAY CAYLLOMA EN LOS AÑOS 2014-2016,
AREQUIPA

Tipo de parto	TOTAL	
	Nº.	%
Eutócico	88	80,7
Distócico	21	19,3
TOTAL	109	100

Dentro de nuestra población de estudio observamos que el 80.7% de las gestantes adolescentes terminaron su embarazo por parto eutócico siendo atendidas en las instalaciones del mismo centro de salud de chivay sin embargo un 19,3% de las gestaciones adolescentes terminaron en parto distócico.

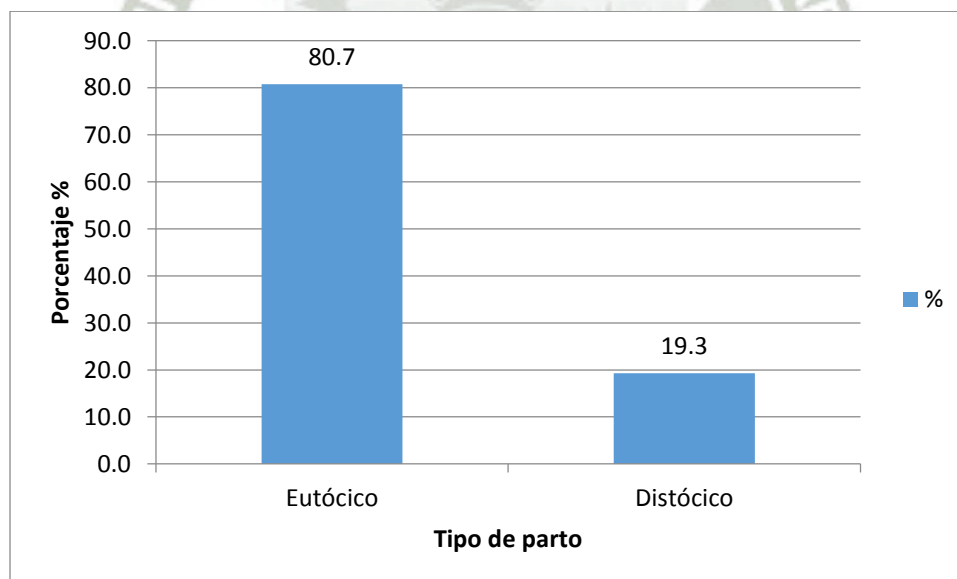


TABLA Nº. 14
RELACIÓN ENTRE LA MORTALIDAD PERINATAL Y EL EMBARAZO
ADOLESCENTE EN LA MICRO RED CHIVAY CAYLLOMA EN LOS AÑOS
2014-2016, AREQUIPA

Mortalidad perinatal	TOTAL	
	Nº.	%
Si	4	3,7
No	105	96,3
TOTAL	109	100

Del total de la población estudiada de gestantes adolescentes en la micro red chivay caylloma se demostró que en el 96.3% de los casos no hubo mortalidad perinatal la cual solo se observó en el 3,7% de los casos.

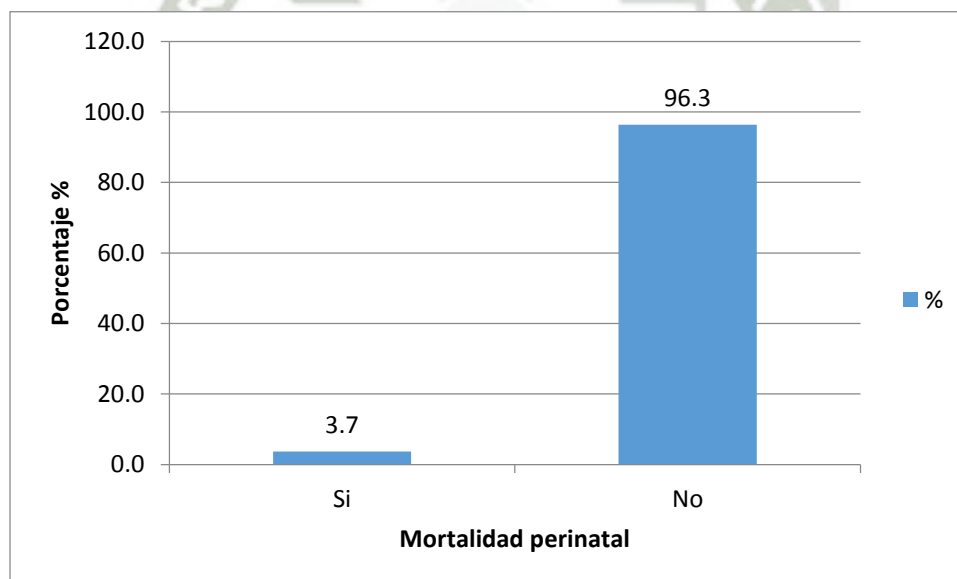


TABLA Nº. 15
RELACIÓN ENTRE LA MORTALIDAD MATERNA Y EL EMBARAZO
ADOLESCENTE EN LA MICRO RED CHIVAY CAYLLOMA EN LOS AÑOS
2014-2016, AREQUIPA

Mortalidad materna	TOTAL	
	Nº.	%
Si	1	0,9
No	108	99,1
TOTAL	109	100

Del total de casos estudiados en gestantes adolescentes de la micro red Chivay Caylloma observamos que en el 99,1% no hubo casos de mortalidad materna, esta solo se dio en un caso del total de la población estudiada, correspondiendo al 0.9% de toda la muestra

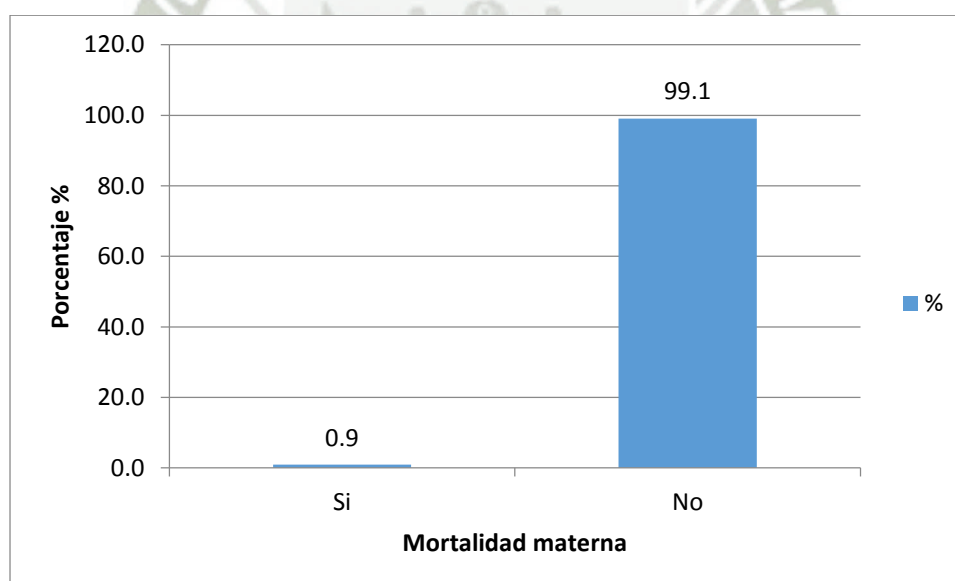


TABLA Nº. 16
RELACIÓN ENTRE LA PREECLAMPSIA Y LA ETAPA DE LAS
ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA MICRO RED CHIVAY
CAYLLOMA EN LOS AÑOS 2014-2016, AREQUIPA

Preeclampsia	Adolescencia				TOTAL	
	Media		Tardía		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%		
Si	15	25.4	4	8	19	17,4
No	44	74.6	46	92	90	82,6
TOTAL	59	100	50	100	109	100

$X^2=5.71$

$P<0.05$

$P=0.02$

Podemos observar que el 25,4% de las adolescentes en etapa media de la micro red Chivay Caylloma tuvieron preeclampsia, mientras solo el 8% de las adolescentes en etapa tardía presentaron preeclampsia. Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=5.71$) muestra que la pre eclampsia en las adolescentes presento relación estadística significativa ($P<0.05$).

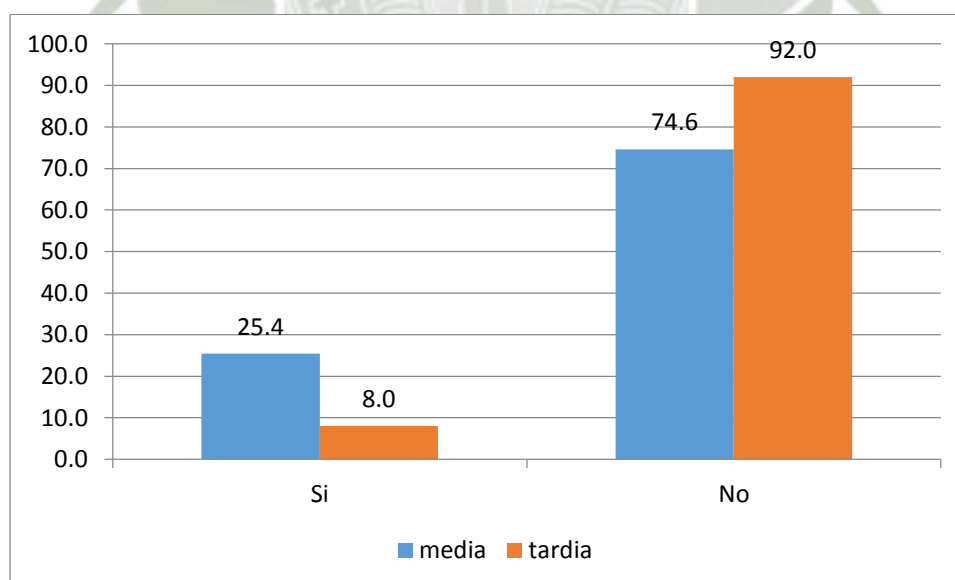


TABLA Nº. 17

RELACION ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO Y LOS FACTORES DE IMPACTO EN LAS EMBARAZADAS EN LA MICRO RED CHIVAY CAYLLOMA

		Presión arterial		ITU		Hemorragia		Proteinuria	
		>120/80	<120/80	Si	No	Si	No	Si	No
Adolescencia	Media	15	44	16	43	11	48	9	50
	Tardía	4	46	9	41	8	42	6	44
	Odd Ratio	3.9		1,695		1,203		1,320	
Estructura familiar	Monoparental	7	19	6	20	4	22	3	23
	Familiar	12	71	19	64	15	68	12	71
	Odd Ratio	2.179		1,011		0,824		0,772	
Tipo de vivienda	Multifamiliar	3	14	3	14	4	13	2	15
	Unifamiliar	16	76	22	70	15	77	13	79
	Odd Ratio	1.017		0,682		1.57		0,810	
CPN	<6	18	82	25	75	19	81	15	85
	>6	1	8	0	9	0	9	0	9
	Odd Ratio	1.756				2,11			
Estado Nutricional	Problemas nutricionales	3	10	3	10	6	7	1	12
	Normal	16	80	22	74	13	83	14	82
	Odd Ratio	1.5		1,009		5.47		0,488	
Hemoglobina	<11	5	11	2	14	3	13	3	13
	>11	14	79	23	70	16	77	12	81
	Odd Ratio	2.564		0,435		1,111		1,558	

Relacionando los factores de riesgo y los factores de impacto en las gestantes adolescentes podemos observar que la edad en la adolescencia tiene un riesgo altamente significativo con la presión arterial, además de esto observamos que el estado nutricional de las gestantes tiene un riesgo significativo con la presencia o no de hemorragias durante el embarazo.

TABLA Nº. 18

RELACION ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO Y LOS FACTORES DE IMPACTO EN LAS EMBARAZADAS EN LA MICRO RED CHIVAY CAYLLOMA

		Altura Uterina		Termino embarazo		Mortalidad perinatal		Mortalidad Materna	
		<31	>31	Distócico	Eutócico	SI	NO	SI	NO
Adolescencia	Media	13	46	10	49	2	57	0	59
	Tardía	4	46	11	39	2	48	1	49
	Odd Ratio	3.25		0.72		0,842			
Estructura familiar	Monoparental	4	22	3	23	1	25	1	25
	Familiar	13	70	18	65	3	80	0	83
	Odd Ratio	1,076		0.47		1,067			
Tipo de vivienda	Multifamiliar	4	13	3	14	1	16	0	17
	Unifamiliar	13	79	18	74	3	89	1	91
	Odd Ratio	1.86		0.088		1.85			
CPN	<6	16	84	19	81	3	97	1	99
	>6	1	8	2	7	1	8	0	9
	Odd Ratio	1.52		0.82		0,24		0,091	
Estado Nutricional	Problemas nutricionales	5	8	2	11	1	12	1	12
	Normal	12	84	19	77	3	93	0	96
	Odd Ratio	4.37		0.73		2.58			
Hemoglobina	<11	3	13	4	12	1	15	1	15
	>11	14	79	17	76	3	90	0	93
	Odd Ratio	1.30		1.491		2,000			

Relacionando los factores de riesgo y los factores de impacto en las gestantes adolescentes podemos observar que de acuerdo a nuestro estudio la edad en la adolescencia representa un riesgo altamente significativo con la altura uterina; además podemos observar que el estado nutricional de la madre también representa un riesgo altamente significativo con la altura uterina.

CAPÍTULO III.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública mundial que altera la salud física, emocional, la condición educativa y económica de los futuros padres; asimismo, frecuentemente se afecta también al producto de la gestación.

Habitualmente no es un evento planeado o deseado y, frecuentemente, difícil de aceptar por la pareja, aunque quizá sea más marcado en la futura madre, quien bruscamente se puede encontrar sin protección. Ello se agrava cuando su condición económica no le permite atender sus propias necesidades y las de su hijo. Los riesgos a los que se expone la joven son diversos, pero destacan: someterse a un aborto clandestino, caer en adicciones, prostitución y delincuencia.

Puede afectar la salud física y emocional de la pareja, la condición educativa de ambos y, en general, esta situación les puede ocasionar más efectos negativos que positivos en su entorno familiar, escolar y social, por ello es que realice este trabajo de investigación para reconocer los factores riesgo que impactan en el embarazo en adolescentes en la Micro Red Chivay Caylloma en los años 2014-2016, Arequipa

Tabla N°1: encontramos que el 54.1% de las adolescentes embarazadas en la micro red Chivay Caylloma en los años 2014-2016 se encuentran en la adolescencia media, mientras que el 45.9% de las gestantes en adolescencia tardía. En un estudio realizado de acuerdo a las etapas de la adolescencia, el 0,99% cursaron un embarazo en etapa temprana (10 a 13 años), 22,4% en etapa media (14 a 16 años) y 76,6% en etapa tardía (17 a 19 años). (1), lo que es similar a lo encontrado en mi investigación por ser una clasificación ya estandarizada, siendo la diferencia que en mi estudio no se presentaron casos de adolescencia temprana.

Lo mismo en otro estudio realizado mostro que el 0,8% (n = 180) del total de la población correspondió a madres de 14 años o menores, aunque la mayoría de ellas (94%) tenían entre 13 y 14 años, siendo la paciente de menor edad de 11

años. El 27,3% (n = 6.091) estuvo entre 15 y 19 años; el 8,3% de las adolescentes había tenido un parto previo y el 1,2% más de un parto.(2)

Tabla N°2: Observamos que en las gestantes adolescentes estudiadas el mayor porcentaje de ellas siendo el 27,5% se encuentran en los 16 años, un 23,8% tiene 17 años, el 22,1% tiene 18 años al igual que las que tienen 15 años, y el menor porcentaje de la población, siendo el 4,5% tiene 14 años. En un estudio realizado en Lima las etapas de la adolescencia, de cada cuatro adolescentes embarazadas, tres de ellas se encuentra en etapa tardía, lo que nos muestra que la mayoría tienen menor riesgo; este resultado es esperado si se tiene en cuenta que las relaciones sexuales son más frecuentes en esta etapa, este hallazgo también lo reporta la OMS y ENDES Continua 2009 (3), lo que es similar a lo hallado en mi estudio en cuanto al embarazo en adolescencia tardía.

Las investigaciones muestran que la adolescente peruana embarazada se caracteriza por tener menor grado de instrucción, inestabilidad conyugal y alta dependencia económica, factores muy preocupantes de un embarazo en adolescentes cuando se las compara con una gestante adulta, este hallazgo también fue encontrado por Vigil y cols en Panamá (4).

Tabla N°3: En nuestro estudio hallamos que el 3% de la población estudiada vive solamente en compañía de su padre, el 23% vive en compañía de la madre, el mayor porcentaje de esta población como es el 72,5% vive dentro de una familia nuclear y solo el 3.7% vive en una familia extensa.

El hogar donde residen las adolescentes alguna vez embarazadas es en mayor porcentaje jefaturado por un hombre (76,4%), siendo mucho menor el índice de matriarcado (23,6%).(4), sin embargo como vemos en el estudio que realizamos el porcentaje de hogares liderados solamente por una madre es mucho más alto que aquel liderado por el padre, no concordando con los estudios encontrados, sin embargo el porcentaje de familias nucleares es considerablemente alto en nuestra población quizás porque en las familias andinas se conservan las tradiciones de vivir con los dos padres.

Tabla N°4: encontramos que de la población de gestantes adolescentes en la micro red Chivay Caylloma el 92% habitan en una vivienda unifamiliar mientras que tan solo el 15,6% forma parte de una vivienda multifamiliar.

Según los estudios el hogar donde residen las adolescentes alguna vez embarazadas, en gran porcentaje fue multifamiliar (91,9%); es decir no solamente está conformado por padre, madre e hijas/os sino que se agregan personas que no necesariamente tienen vínculos sanguíneos pero que -de acuerdo a la definición de hogar- comparten un mismo presupuesto y elaboran y consumen en común sus alimentos. Gran porcentaje entre las que ya son madres (96,7%) y más de tres cuartos (77,5%) en las embarazadas por primera vez, residen en este tipo de hogar. Esta característica de conformación de hogares era observable según el Censo de Población y Vivienda del 2007, según el cual cerca de dos tercios de adolescentes que eran madres residían en hogares no nucleares (62,9%).(5), ya que a una familia ya conformada se le iba agregando la nueva familia conformada por la gestante adolescente constituyendo así un ambiente multifamiliar, lo que es más común en zonas alto andinas y concuerda con lo reportado en los censos realizados.

Tabla N°5: el 56.0% de las adolescentes en etapa tardía de la micro red Chivay Caylloma asistieron a menos de 6 controles prenatales, mientras que el 59.3% de las adolescentes en etapa media han tenido menos de 3 controles prenatales. En el estudio de Amaya se obtuvo información sobre el control prenatal en las gestantes adolescentes, teniendo en cuenta el dato de que una paciente aparezca con control prenatal realizado, no indica que éste haya sido completo, sino que asistió por lo menos a una consulta. Se destaca el hecho que 1 de cada 3 gestantes adolescentes de nivel socioeconómico bajo no asistió a ningún control prenatal y su primer contacto con el servicio de salud se produjo en el momento del parto. En otro grupo de las adolescentes nulíparas entre 10 y 14 años de edad de nivel socioeconómico más alto, el 59% tuvieron por lo menos 6 controles prenatales (2), lo que llama la atención es que el mayor porcentaje si acudió a sus controles al parecer más por influencia familiar ya en su mayoría estas adolescentes provienen de familia nuclear.

Tabla N°6: encontramos que el 88,1% de las gestantes adolescentes se encontraba en el peso adecuado para su edad y talla, el 6,4% presentaban peso bajo y tan solo el 5,5% de la población estudiada se encontraban con sobrepeso.

En un estudio hicieron el análisis de factores de riesgo socio-demográficos y nutricionales entre embarazadas adolescentes y adultas. Se encontró diferencias significativas entre el grado de instrucción, estado civil, ocupación, residencia, peso pregestacional, talla e índice de masa corporal. Las embarazadas adolescentes presentaron mayor riesgo de bajo grado de instrucción (analfabeta o primaria), soltería, no trabajan, residencia en la selva, peso pregestacional menor de 45 kg, talla menor de 145 cm y desnutrición materna. Las adolescentes presentaron en promedio un peso pregestacional de 51,8 kg, talla 152 cm e índice de masa corporal (IMC) 22,3 significativamente menor que las adultas.(6), lo que refleja su condición de adolescente en relación al peso y el índice del estado nutricional que fue en su mayoría normal en mi estudio.

Según estudios realizados el embarazo en la adolescencia conlleva riesgos de tipo nutricional porque el crecimiento materno impone necesidades que se suman a las del embarazo, tienen mayores necesidades proteicas, de energía, vitaminas y minerales. En la adolescencia se tienden a asumir dietas restrictivas con ayunos prolongados para no aumentar de peso y esconder el embarazo, lo que agravaría los estados de hipoglucemia característicos de la primera mitad del embarazo. La carencia de nutrientes puede retrasar su crecimiento y disminuir su estatura final, además se crea una competencia entre la madre y el feto por los nutrientes (7).

Tabla N°7: hallamos que el 85,3% presentaban una hemoglobina mayor a 11g/dL mientras que solo el 14,7 de las gestantes adolescentes presentaba una hemoglobina menor a 11 g/dL .

En estudios realizados la anemia es más común en adolescentes porque tienen dieta inadecuada, sus malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro, así como el acudir tardíamente a su control prenatal para establecer las intervenciones necesarias. El embarazo en la adolescente se constituye por sí solo en uno de los factores de riesgo para el desarrollo de alteraciones en su propio organismo, si esto añadimos todo el proceso de

adaptación que requiere el cuerpo de la gestante las consecuencias serán muy marcadas tal cual se encontró en el estudio latinoamericano realizado por Conde y cols (8) y Sáez (9). Que al comparar con mi estudio no encuentro una gran similitud, pese a que el estudio que hicimos se realizó en una zona de pobreza, como vemos el índice de hemoglobina en las gestantes mayormente se encuentra en los valores considerados dentro del rango normal.

Tabla N°8: Podemos observar que el 92% de las adolescentes en etapa tardía de la micro red Chivay Caylloma tienen presión arterial $<120/80$, mientras que el 25.4% de las adolescentes en etapa media tienen presión arterial $>120/80$. Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=5.71$) muestra que la presión arterial en las adolescentes presento relación estadística significativa ($P<0.05$).

Según un estudio realizado en Santiago de Chile no se encontraron diferencias significativas entre el grupo de estudio con gestantes adolescentes y el grupo control de gestantes adultas para el síndrome hipertensivo del embarazo (10), pero en mi estudio si se encontró una diferencia significativa por el porcentaje de 13.8% que resulto al hacer esta investigación siendo un factor de impacto en la gestante adolescente, con el riesgo de hacer enfermedad hipertensiva del embarazo.

Tabla N°9: En el estudio realizado se observa que el 77,1% de gestantes adolescentes en la micro red Chivay Caylloma no presento infecciones urinarias durante su embarazo comparado con un 22.9% de los casos que si presentaron infección urinaria en al menos una oportunidad durante toda la gestación.

La infección urinaria quizá sea en parte responsable de la alta incidencia de parto prematuro, sumado a otras entidades que se citan como responsables tales como el propio desarrollo puberal, los procesos infecciosos a otros niveles como cérvico-vaginal que pueden ocasionar directa o indirectamente, a través de la rotura prematura de membranas el parto de pretérmino (11). Este resultado en mi estudio sobre la infección urinaria en este grupo de estudio es similar a lo reportado en las mujeres en estado fértil, donde la infección urinaria se presenta dentro de estos porcentajes.

Tabla N°10: En nuestros datos recolectados se observa que el 82,6% del total estudiado no presentó hemorragia en ninguna etapa del embarazo, sin embargo el 7,4% si presentaron hemorragias las cuales se produjeron con mayor frecuencia durante el tercer trimestre del embarazo

Tabla N°11: El 86,2% del total de adolescentes embarazadas no presentaron proteinuria, considerando esta como proteínas halladas en orina en valores mayores a 300 mg o más por litro de orina recogida durante 24 horas, tan solo un 13,8% de la población estudiada si presentó proteinuria durante la gestación.

La preclamsia afecta a menudo a mujeres jóvenes y nulíparas mientras que las pacientes mayores tienen mayor riesgo de hipertensión crónica con preclamsia agregada. Además la incidencia depende en buena medida de la raza y el grupo étnico, y por lo tanto de la predisposición genética. Otros factores incluyen las influencias ambientales, socioeconómicas, e incluso estacionales.

Con la consideración de estas vicisitudes en varios estudios de todo el mundo que se realizaron a gestantes adolescentes, la incidencia de preclamsia en las nulíparas varía de 3-10%. En las múltiparas también es variable pero es menor en las nulíparas. El riesgo de óbito fetal era mayor en las múltiparas hipertensas que en las nulíparas. A esto se agrega la presencia de proteinuria.

Otros factores de riesgo relacionados con la preclamsia comprenden la obesidad, gestación con múltiples fetos, edad temprana de las adolescentes, y grupo étnico al cual pertenecen siendo más común en la raza negra. La relación entre el peso de la madre y el riesgo de preclamsia es progresiva. Aumenta desde 4.3% para mujeres con un índice de masa corporal superior a 25 y en pacientes con embarazo gemelar en comparación con aquellas de embarazo único la incidencia de hipertensión gestacional está muy aumentada (Leon, 2011). (12).

Tabla N°12: Observamos que un 84,4% de las gestantes adolescentes estudiadas presentó una altura uterina mayor a 31cm al final del embarazo. Mientras que el 15,6% presentó una altura uterina menor a 31cm al final del mismo.

En otra publicación donde se analiza la información proveniente de 134.088 mujeres entre 13 y 24 años en el estado de Utah (Estados Unidos), se encontró que la altura uterina en las adolescentes de 17 años y menos era similar a la observada entre mujeres de 20 a 24 años (7 contra 4%). Por lo que observamos en otros estudios revisados la altura uterina por sí misma no se considera un factor que este determinado por la adolescencia, mayormente se encuentra relacionado con enfermedades metabólicas de la madre o por restricciones del crecimiento intrauterino.

Tabla N°13: En nuestra población estudiada se observa que el 80.7% de las gestantes adolescentes terminaron su embarazo por parto eutócico siendo atendidas en las instalaciones del mismo centro de salud de Chivay sin embargo un 19,3% de las gestaciones adolescentes terminaron en parto distócico teniendo que ser referidas a la ciudad de Arequipa para un manejo más especializado.

En estudios realizados se observó que el riesgo en el posparto en un grupo de adolescentes fue: 50% riesgo bajo, 25% riesgo medio y 25% riesgo alto. De 85 partos atendidos en la sala de expulsión, 98% fue en presentación cefálica y solamente 2% fue en presentación pélvica. De los indicadores de la variable nacimiento, encontramos que 74% fueron nacidos por parto normal y 26% por cesárea, de las cuales 23% fueron de urgencia y 2% programadas. Acerca del trauma Obstétrico, en 97% estuvo ausente y 3% lo presentó. Es oportuno destacar que el riesgo medio en el posparto, las variables peso del niño, edad gestacional y sufrimiento fetal fueron claves para este resultado. Del peso registrado al nacimiento, 10% fueron de 2000 a 2499 gr. De acuerdo con la escala de Capurro para el cálculo de la edad gestacional por semanas, 13% de 33 a 42 semanas o más. De los signos de sufrimiento fetal, 8% fueron moderados o severos.(2)

Tabla N°14: Del total de la población estudiada de gestantes adolescentes en la micro red Chivay Caylloma se demostró que en el 96.3% de los casos no hubo mortalidad perinatal la cual solo se observó en el 3,7% de los casos.

El recién nacido de madre adolescente no tiene diferencias significativas respecto a las mujeres adultas, aunque si existen diferencias si la madre es menor a 15 años, ya que se han presentado una mayor incidencia de malformaciones especialmente las del cierre del tubo neural. El hecho de que las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquia y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables. (13)

Tabla N°15: Del total de casos estudiados en gestantes adolescentes de la micro red Chivay Caylloma observamos que en el 99,1% no hubo casos de mortalidad materna, esta solo se dio en un caso del total de la población estudiada, correspondiendo al 0.9% de toda la muestra.

Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar las diversas afecciones propias del embarazo adolescente, el cual corresponde a una falla de los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo lo que se conoce como *Síndrome de mala adaptación circulatoria*, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí a nivel materno y/o fetal. (15)

Tabla N°16: Podemos observar que el 92% de las adolescentes en etapa tardía de la micro red Chivay Caylloma no tuvieron preeclampsia, mientras que el 25.4% de las adolescentes en etapa media presentaron preeclampsia. Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=5.71$) muestra que la pre eclampsia en las adolescentes presento relación estadística significativa ($P<0.05$).

En un estudio realizado en Colombia respecto a la presencia de pre-eclampsia (hipertensión inducida por el embarazo) se observó que la incidencia osciló entre el 0,8 y 2,7%, para el grupo de adolescentes entre los 15 a 18 años respectivamente, sin que se encontraran diferencias estadísticamente significativas con gestantes en la edad adulta.(2)

En las gestantes adolescentes en las cuales se realizó este estudio en Colombia encontramos una menor incidencia de preeclampsia a la reportada en otros estudios. A diferencia con lo informado por la literatura, la adolescencia se constituyó en un factor protector para el desarrollo de esta patología, con una

reducción del riesgo del 35%. En la interpretación de estos datos debe tenerse en cuenta el hecho de que las pacientes con esta patología con frecuencia son remitidas a hospitales por fuera de la red adscrita a la Secretaría de Salud de Bogotá, por lo cual hubo mucha pérdida de información. (2)

Relacionando los factores de riesgo y los factores de impacto en las gestantes adolescentes podemos observar que la edad en la adolescencia tiene un riesgo altamente significativo con la presión arterial (OR3.9) lo cual está relacionado con estudios realizados donde se demuestra que las edades extremas de la vida para el embarazo como es la adolescencia predisponen a las gestantes a tener problemas de hipertensión, además de esto observamos que el estado nutricional de las gestantes tiene un riesgo significativo con el desarrollo o no de hemorragias durante el embarazo (OR 5.47) en un estudio realizado por la universidad Antenor Orrego de Trujillo se evidenció que la incidencia de hemorragia en el tercer trimestre del embarazo en las pacientes con obesidad y sin obesidad fue de 13% y 4% respectivamente lo cual se relaciona con nuestros datos encontrados.

Tabla N°17: hallamos que la edad en la adolescencia representa un riesgo altamente significativo con la altura uterina (OR3.25) en investigaciones revisadas se encuentra que los productos de embarazos adolescentes generalmente poseen peso bajo al nacer se cree que esto está asociado a factores como anomalías placentarias, nutrición deficiente, tabaquismo y consumo de drogas; además podemos observar que el estado nutricional de la madre representa un riesgo altamente significativo con la altura uterina (OR 4,37) de igual manera se sabe que factores nutricionales en la madre como es la obesidad puede predisponerla a desarrollar enfermedades metabólicas como la diabetes, de esta manera en múltiples estudios se evidencia que las gestantes con diabetes o peso alto antes del embarazo tienen mayor riesgo de tener una gestación con macrostomía fetal.

Debido a las intervenciones de salud pública, actualmente es controversial si el embarazo en adolescentes es un factor de riesgo materno-peri-natal. Diversos investigadores consideran la existencia de suficiente información que demuestra

que el embarazo y parto se puede llevar a cabo con resultados similares al de mujeres adultas, especialmente si las adolescentes son mayores de 15 años, dejando de ser un riesgo biológico importante, para continuar siendo sólo un riesgo para la vida social y económica de la mujer (16-17).

El embarazo adolescente como la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica. Ruoti plantea que el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atender tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea (18). Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social. (19)

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de equilibrio familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración.(20) Si lo habitual es que todo el grupo familiar se deba adaptar para recibir a un nuevo miembro, esto es mucho más evidente en la adolescencia, ya que las familias de las adolescentes suelen ser más complejas, al incluir a sujetos en diversas etapas del desarrollo; los que probablemente no están esperando la llegada de un nuevo integrante. (21)

La inmadurez biológica podría ser la explicación de aspectos: por una parte la edad ginecológica joven (definida como la concepción en los dos primeros años después de la menarquia) y por otra, el hecho de quedar embarazada antes de haber completado su propio crecimiento. La inmadurez de la suplecia sanguínea del útero o del cuello uterino pueden predisponer a las madres muy jóvenes a infecciones subclínicas y a un incremento en la producción de prostaglandinas con el consecuente aumento en la incidencia de partos

prematurados. Por otro lado, las madres adolescentes que continúan creciendo podrán competir con el feto por nutrientes en detrimento del mismo.

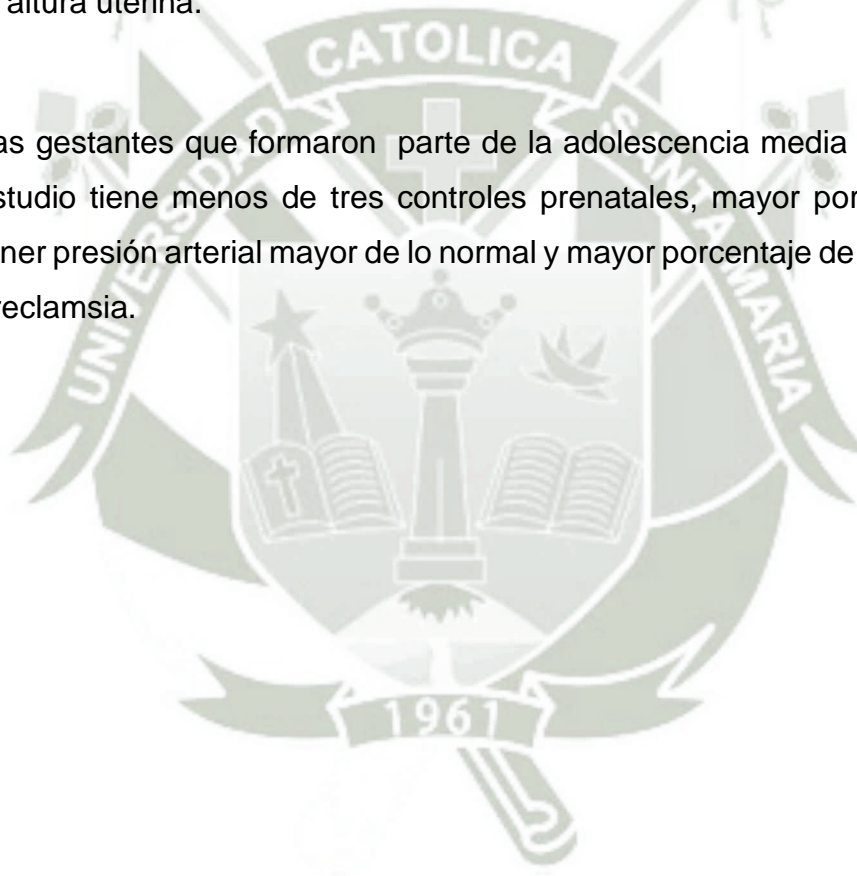
El estudio brindó la oportunidad de identificar las estrategias para el abordaje de riesgos por la vulnerabilidad propia en este tipo de población, donde los cuidados son para el binomio con igual riesgo, y para la identificación de prioridades en salud.

A pesar de estas limitaciones, se puede concluir que el estudio favorece el reconocimiento de los factores de riesgo en las etapas de parto, posparto y puerperio; puede la detección oportuna de factores de riesgo en las adolescentes y realizar intervenciones no solamente en lo biológico, sino en los aspectos psicosociales, modificar rutinas hospitalarias para favorecer la participación de la familia y empoderarlas por medio del acompañamiento, despejando dudas y favoreciendo el ejercicio de sus derechos. Los resultados presentados permiten configurar un marco general que se debe tomar en cuenta en futuras investigaciones sobre perfil obstétrico de adolescentes embarazadas, en las que se pueden y deben incorporar otras vertientes analíticas y disciplinarias



CONCLUSIONES

1. Los factores de riesgo que impactan el embarazo en adolescentes en nuestro estudio realizado son la edad (determinada en adolescencia media) y el estado nutricional.
2. La edad es un factor de riesgo que repercute sobre la tensión arterial. El estado nutricional tiene injerencia en la frecuencia de hemorragia y sobre la altura uterina.
3. Las gestantes que formaron parte de la adolescencia media de nuestro estudio tiene menos de tres controles prenatales, mayor porcentaje de tener presión arterial mayor de lo normal y mayor porcentaje de desarrollar preclamsia.



4. RECOMENDACIONES

1. Consideramos importante que las universidades y establecimientos de salud deben aumentar las investigaciones sobre el embarazo adolescente para poder identificar cuáles son los principales factores de riesgo que aumentan la prevalencia de esta condición, para de este modo poder desarrollar estrategias destinadas a abordar la situación, tanto con medidas de prevención primaria, como secundarias.
2. El estado por medio del ministerio de salud y el ministerio de educación debe desarrollar programas conjuntos para mejorar la educación sexual de nuestros adolescentes desde los centros educativos.
3. El ministerio de salud debe dar mayores facilidades para brindar información y orientación sobre el uso de métodos anticonceptivos, así como también debe facilitar la entrega de los mismos.
4. La experiencia en la presente investigación nos orienta para trabajar en forma conjunta; adolescentes, padres e integrantes de salud para establecer reconocimientos de roles y dar prioridades de acuerdo a sus escalas de valores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diana Huanco A. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. Rev chil obstet ginecol 2012.
2. Amaya, Jairo. Estudio analítico del resultado del embarazo en adolescentes y mujeres de 20 a 29 años en Bogotá. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 56, núm. 3, 2009, pp. 216-2
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES Continua 2009. Perú Lima, Mayo 2010
4. Quezada C, Delgado A, Arroyo L, Díaz M. Prevalencia de lactancia y factores socio demográficos asociados en madres adolescentes. INPER Isidro Espinoza de los Reyes México 2008;65:19-25.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática “Las Adolescentes y su Comportamiento Reproductivo”, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2013, Lima 11 PERÚ
6. Diana Huanco A. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. Rev chil obstet ginecol 2012.
7. Cedillo N, José D, Toro J. Estado nutricional de las adolescentes embarazadas: relación con el crecimiento fetal. Rev Obstet Ginecol Venez 2010;66:233-40.
8. Conde A, Belizán J, Lammers C. Maternal perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross sectional study. Am J Obstet Gynecol 2009;192:342-9.
9. Sáez V. Morbilidad de la madre adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol 2011;31(2):00-00.

10. Angélica Díaz. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.6 Santiago 2010
11. Díaz A, Sanhueza P, Yaksic N. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev Chil Obstet Ginecol 2011;67:481-7.
12. Leon, J. d. (2011). *Williams Obstetricia*. Mexico: Mc Graw Hill.
13. Ulanowicz M., Parra K., Wendler G., et al. Riesgos en el embarazo adolescente. Revista de Postgrado de la VIª Cátedra de Medicina 2012; 153:13-17.
14. Sáez V. Morbilidad de la madre adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol 2009;31.
15. Ulanowicz M., Parra K., Wendler G., et al. Riesgos en el embarazo adolescente. Revista de Postgrado de la VIª Cátedra de Medicina 2012; 153:13-17.
16. Doig J. Indicadores perinatales en hijos de madres adolescentes del Instituto Especializado Materno Perinatal durante el año 2003. Rev Per Pediat 2010;59:6-11.
17. Vigil P, Arias T, Lezcano G, Caballero L, Chong J, De-Mendieta A. Embarazo en adolescentes en la República de Panamá. Rev Obstet Ginecol Venez 2008;67:73-7.
18. Ruoti A: Patología obstétrica en la adolescente embarazada. Rev SOGIA 2011; 1:70-2.
19. Molina M., Pérez R., Ferrada C., et al. Embarazo en la adolescencia. Rev Ciencia y Salud 2013; 1: 25-9.
20. Rangel J., Valcristo L., Patiño J., et al. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev Fac Med UNAM 2011; 47:24-27.

21. Valdivia M., Molina M. Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en Menores de 15 años. Revista de Psicología de la Universidad de Chile 2012; 12:85-109.







Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**FACTORES RIESGO QUE IMPACTAN EN EL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES EN LA MICRO RED CHIVAY CAYLLOMA
EN LOS AÑOS 2014-2016, AREQUIPA**

Proyecto de Tesis presentada por la Bachiller:

Torres Machaca, Carol Lucia

Para optar el Título Profesional de:

Médica Cirujana

Asesor: Dra. Torres Machaca, Elva Elizabeth

Arequipa - Perú

2017

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS

1. Universo o población:

2. Unidades de estudio:

3. Muestra

4. Criterios de inclusión:

5. Criterios de exclusión:

CAPÍTULO II RESULTADOS

CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

I. PREAMBULO

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

1.1. Enunciado del problema:

1.2. Descripción del problema

1.2.2.- Análisis y operacionalización de variables:

Justificación

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Adolescencia

2.2. Desarrollo psicosocial del adolescente

a) El proceso de adolescencia

b) Adolescencia temprana

c) Adolescencia media

d) Adolescencia tardía

2.3. Tendencias, causas y factores asociados al embarazo adolescente en el Perú

2.4. Impacto del embarazo adolescente

2.5. Situación y tendencias del embarazo en adolescentes.

3. ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. ANTECEDENTES NACIONALES

3.2. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

IV. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general:

4.2. Objetivos específicos:

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.

CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.2 Ubicación temporal:

2.3 Unidades de estudio:

2.4 Universo o población:

2.5. Muestra:

2.5. Criterios de inclusión:

2.6. Criterios de exclusión:

ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización:

3.2. Recursos:

Criterios para manejo de resultados

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO



PREÁMBULO

La gestación en adolescentes es asumida, como un problema público pues se le considera como una situación que muchas veces condiciona a la pobreza, un fenómeno de alto riesgo para la salud pública y una serie de factores de riesgo y un detonante de exclusión social, y violencia de género hacia la mujer.

Por esta razón, en el Perú, como tantos otros países del mundo se destina una gran cantidad de capital humano y económico en el diseño de proyectos y la realización de campañas con el fin de prevenir el embarazo en adolescentes.

También hay que considerar que la adolescente tiene un riesgo elevado particular durante el embarazo, porque tiende a acudir más tarde a los cuidados prenatales. Esta demora, puede ser el resultado del reconocimiento tardío del embarazo, su negación o el desconocimiento de los recursos disponibles.

También hay que tener en cuenta que la inmadurez biológica podría ser la explicación de estos resultados adversos; dicha inmadurez tiene dos aspectos: por una parte la edad ginecológica joven (definida como la concepción en los dos primeros años después de la menarquía) y por otra, el hecho de quedar embarazada antes de haber completado su propio crecimiento.

El embarazo en la adolescencia es uno de los problemas más relevantes en salud reproductiva en el mundo; se ha calculado que alrededor de 15 millones de adolescentes dan a luz cada año, cifra que corresponde a una quinta parte de todos los nacimientos.

Los Factores de Riesgo han sido clasificados en aquellos determinados propiamente por la gestante como el estado nutricional; factores determinados por la etapa de la adolescencia en la cual las gestantes se encuentran; y los factores que repercuten directamente sobre la gestante como la mortalidad materna y perinatal.

La detección oportuna de factores de riesgo en las adolescentes y realizar intervenciones no solamente en lo biológico, sino en los aspectos psicosociales tales como disminuir el miedo, el estrés, la ansiedad, favorecer la participación de la familia y empoderarlas por medio del acompañamiento, despejando dudas y favoreciendo el ejercicio de sus derechos; por ello los resultados presentados en este trabajo esperamos que sean de ayuda para plantear programas de prevención y apoyo a este grupo de nuestra población vulnerable como son las adolescentes.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

1.1. Enunciado del problema:

¿Cuáles son los Factores riesgo que impactan en el embarazo en adolescentes en la Micro Red Chivay Caylloma en los años 2014-2016, Arequipa?

1.2. Descripción del problema

1.2.1 Área de conocimiento:

General : Ciencias de la Salud

Específica : Medicina

Especialidad : Obstetricia

Línea : Adolescentes



1.2.2 Análisis y operacionalización de variables:

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR	ESCALA
Independiente Factores de riesgo para la gestante	Edad	Años	Razón
	Estructura familiar	monoparental nuclear extensa Otro	Nominal
	Tipo de vivienda	Múltiple Unifamiliar	Nominal
	Controles prenatales	>3, 3-6, más de 6	Razón
	Estado nutricional	Peso: bajo, Normal, sobrepeso	Nominal
	Hemoglobina	<11, >11mg/dl	Nominal
Dependiente Embarazo en adolescentes	Adolescencia	Temprana:10-13 años Media:15-16 años Tardía 17-19 años	Nominal
Impacto en la gestante adolescente	Presión arterial	>120/80, <120/80 mg/hg	Razón
	Infecciones urinarias	Si/no	Nominal
	Hemorragias	Si/no	Nominal
	Proteinuria	Si/no	Nominal
	Altura uterina	>31cm <31cm	Razón
	Termino del embarazo	Eutócico Distócico	Nominal
	Mortalidad materna	Si/no	Nominal
	Mortalidad perinatal	Si/no	Nominal

1.2.3. Interrogantes

- a) ¿Cuáles son los factores de riesgo en las gestantes adolescentes en la Micro Red Chivay Caylloma en los años 2014-2016, Arequipa?
- b) ¿Cuáles son las características de las gestantes según la etapa de la adolescencia a la cual pertenecen en la Micro Red Chivay Caylloma en los años 2014-2016, Arequipa?
- c) ¿Cuál es el impacto del embarazo en las gestantes adolescentes en la Micro Red Chivay Caylloma en los años 2014-2016?

1.2.4. Tipo de investigación:

Investigación de campo para ser realizada en embarazo y la gestación en adolescentes en la Micro Red Chivay Caylloma en los años 2014-2016.

1.2.5. Nivel de Investigación:

Es un estudio de investigación de tipo descriptivo, explicativo y de corte transversal, analítico de enfoque cuantitativo

1.3. Justificación

El embarazo adolescente es un problema de salud pública mundial que puede afectar la salud física y emocional de la pareja, la condición educativa de ambos y, en general, esta situación les puede ocasionar más efectos negativos que positivos en su entorno familiar, escolar y social. Por ello, esta condición puede romper el proyecto de vida de los futuros padres, poner en peligro físico y emocional a la madre y, en algunos casos, al producto de la gestación a corto, mediano o largo plazo. (1)

No obstante, es importante tener en cuenta que los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunos departamentos y grupos sociales del país. Asimismo, son a consecuencia del inicio temprano de las relaciones sexuales de las adolescentes, sin información, ni orientación sobre su sexualidad ni acceso a métodos anticonceptivos, y en algunos casos pueden ser producto de la violencia sexual.

La maternidad adolescente se le considera un mecanismo de reproducción de la pobreza, un fenómeno de alto riesgo para la salud pública y un detonante de exclusión social y violencia de género hacia la mujer, es por ello su importancia científica en realizar una investigación en este sentido conocer los factores que influyen en las consecuencias que tendrá la maternidad adolescente en la trayectoria de vida de la joven madre, y entender los eventos en la vida de una persona a partir este evento.

Este es un tema de reconocida importancia, no solo en lo concerniente a embarazos no deseados y abortos, sino también en relación con las consecuencias sociales, económicas y de salud que conlleva riesgos e implicancias no solo desde el punto de vista de la salud pública, sino también de tipo económico y social, tanto para las madres, para sus recién nacidos, la familia y la sociedad en general, también compromete la salud de la madre y de la del niño o niña por nacer, ya que la niña o adolescente embarazada todavía no alcanza suficiente madurez física y emocional.

Al tocar este tema en una zona de una población que se desarrolla a 3,600 msn, realza su importancia y su factibilidad de realizarla se da porque existen datos de estos acontecimientos y el poder llegar a estos hogares es porque que se encuentran identificados.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Adolescencia

La adolescencia es la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta la edad adulta. Se suele esquematizar la adolescencia en tres etapas que pueden solaparse entre sí:

- Adolescencia temprana: abarca aproximadamente desde los 10 u 11 años hasta los 14, y se caracteriza fundamentalmente por los cambios puberales.
- Adolescencia media: entre los 15 y los 17 años, caracterizada, sobre todo, por los conflictos familiares, debido a la importancia que adquiere el grupo.
- Adolescencia tardía: desde los 18 a los 21 años, caracterizada por la reaceptación de los valores paternos y por asumir las tareas y responsabilidades de la madurez (2).

La etapa de la adolescencia tiene una importancia vital, porque es cuando se produce la estructuración de la personalidad del individuo, a través de intensos cambios en diferentes niveles: físico, psicológico, emocional y social. Es cuando el sujeto experimenta los mejores índices de salud y vitalidad, que le permitirán llevar a cabo las tareas necesarias para alcanzar una vida adulta plena. Sin embargo, esta capacidad vital se halla afectada en un número creciente de jóvenes, debido a problemas como: la violencia física, el abandono, el suicidio, el abuso de sustancias psicoactivas, las infecciones sexualmente transmisibles, los trastornos mentales, los problemas escolares, los trastornos de la conducta alimentaria y el embarazo precoz, entre otros(3).

En el caso del adolescente con patología crónica, el reto es aún mayor, al tener que convivir con su enfermedad mientras se hace adulto, presentando problemas específicos como: incumplimiento terapéutico, que puede provocar descompensación grave de su enfermedad o riesgo de teratogenia en el caso de un embarazo no deseado. Además, en la adolescencia, los intensos cambios vividos y la búsqueda de la identidad contribuyen a que, muchas veces, el joven se vea perdido entre una multitud de estímulos internos y externos, entre varias y nuevas alternativas por las que tiene que optar, necesitando ayuda de los adultos. No obstante, muy a menudo, sus mensajes y demandas de ayuda,

comprensión y orientación, vienen enmascaradas por una conducta agresiva o de introversión, o incluso otras de diferente índole, que despiertan respuestas en su entorno también hostiles, como de desatención. Esta dificultad de comunicación entre adultos y jóvenes también puede verse reflejada en la atención médica prestada a los adolescentes que, a su vez, provoca que las principales causas de mortalidad y morbilidad en esa etapa que son, en su mayoría, potencialmente prevenibles, pasen a no recibir la asistencia debida (4). El criterio de la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la OPS (Organización Panamericana de Salud), que define la adolescencia como la segunda década de la vida (de 10 a 19 años). Durante este periodo, el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, pasa de los patrones psicológicos de la infancia a los de la edad adulta y consolida su independencia económica. Estos criterios deben aplicarse de forma flexible, pues hay evidencias del comienzo puberal antes de esta edad y problemas madurativos que no se resuelven antes de los 20. El décimo punto considera prioritaria la asignación de más recursos humanos y de infraestructuras en la Pediatría Hospitalaria y Extrahospitalaria para la atención del adolescente (5).

En el informe publicado por la OMS en el 2014, sobre el estado de salud de los adolescentes en el mundo, se pone de manifiesto la necesidad de que los adolescentes tengan una atención sanitaria diferenciada del niño y del adulto que pueda cubrir sus necesidades particulares y que debe de incluir: salud mental, salud sexual y reproductiva, VIH, violencia y maltrato, consumo de sustancias, inmunizaciones, atención clínica integrada de trastornos comunes, nutrición y actividad física (5).

2.2. Desarrollo psicosocial del adolescente

a) El proceso de adolescencia

El término adolescencia deriva del latín «adolescere» que significa «crecer hacia la adultez». La adolescencia es aquella etapa del desarrollo ubicada entre la infancia y la adultez, en la que ocurre un proceso creciente de maduración física, psicológica y social que lleva al ser humano a transformarse en un adulto. En este período, en el que ocurren cambios rápidos y de gran magnitud, la persona se hace tanto biológica, como psicológica y socialmente madura y capaz de vivir

en forma independiente (o más bien en camino hacia ello en la actualidad, aunque depende de las circunstancias). (6).

Las características del desarrollo psicosocial normal en la adolescencia son el resultado de la interacción entre el desarrollo alcanzado en las etapas previas del ciclo vital, factores biológicos inherentes a esta etapa (el desarrollo puberal y el desarrollo cerebral propio de este período, fenómeno a la vez relacionado en parte con los cambios hormonales de la pubertad) y la influencia de múltiples determinantes sociales y culturales. (7,8)

b) Adolescencia temprana

Los procesos psíquicos de la adolescencia comienzan en general con la pubertad y los importantes cambios corporales que trae consigo. El desarrollo psicológico de esta etapa se caracteriza por la existencia de egocentrismo, el cual constituye una característica normal de niños y adolescentes, que disminuye progresivamente, dando paso a un punto de vista sociocéntrico (propio de la adultez) a medida que la persona madura. Además, de acuerdo a Elkind (10), va variando en su naturaleza, calidad y características desde la infancia a la adolescencia, a medida que el desarrollo cognitivo progresa.

El egocentrismo adolescente se evidencia entre otras cosas a través de la existencia de un foco general en sí mismo y de los fenómenos a los que Elkind llama la «audiencia imaginaria» y la «fábula personal». El adolescente se encuentra muy centrado en su propia conducta, cambios corporales y apariencia física, y asume que los otros tienen perspectivas y valores idénticas a las suyas. Por otra parte, siente y cree que los demás –en especial sus pares– están tan preocupados de su apariencia y conducta como él mismo, y que son a la vez tan críticos o admiradores de estas como él mismo lo es. Así, construye en su propio pensamiento una «audiencia imaginaria» y reacciona ante ella. Siente que está constantemente sobre un escenario, como actor principal, y que es centro de atención de un público constituido por todos sus pares, sobre el cual proyecta sus autoevaluaciones tanto positivas como críticas, y también sus preocupaciones (9). Elegirá también entre otras cosas su vestimenta, peinado, accesorios, lenguaje y música, y tendrá conductas específicas (incluso de riesgo), para satisfacer y/o ser admirado por esta audiencia. La «fábula personal» se refiere a la creencia del adolescente de que es un ser único. Este

fenómeno se aprecia en la convicción de que sus pensamientos, sentimientos, creencias, ideales y experiencias son muy especiales, incluso únicas, y que los demás son incapaces de llegar a entenderlas (10)

En el área del desarrollo psicológico, en esta etapa también ocurren otros fenómenos. Existe labilidad emocional -con rápidas y amplias fluctuaciones del ánimo y de la conducta, una tendencia a magnificar la situación personal («¡Me voy a morir si no voy a ese concierto!»), falta de control de impulsos, y necesidad de gratificación inmediata y de privacidad. Además, aumenta la habilidad de expresión verbal y en el ámbito vocacional, los jóvenes presentan metas no realistas o idealistas (ser modelo top, estrella de rock, actor o actriz de cine, piloto de carreras, etc.).

El desarrollo cognitivo de esta etapa comprende el comienzo del surgimiento del pensamiento abstracto o formal. La toma de decisiones empieza a involucrar habilidades más complejas, que son esenciales para la creatividad y el rendimiento académico de un nivel superior. Estos cambios se manifiestan frecuentemente como un «soñar despierto», que no solo es normal, sino además importante para el desarrollo de la identidad, porque le permite al adolescente representar, explorar, resolver problemas y recrear importantes aspectos de su vida. Sin embargo, a estas alturas este tipo de pensamiento es lábil y oscilante, tendiendo aún a predominar el pensamiento concreto. En esta fase se produce un incremento de las demandas y expectativas académicas.

En el ámbito del desarrollo social, se inicia la movilización hacia afuera de la familia. Aumenta el deseo de independencia del joven y disminuye su interés por las actividades familiares. El adolescente empieza a poner a prueba la autoridad, evidencia más resistencia a los límites a la supervisión y a aceptar consejos o tolerar críticas de parte de los padres. Se muestra insolente ocasionalmente y adquiere más conciencia de que los padres no son perfectos. Todo ello causa cierta tensión con estos. Sin embargo, el joven continúa dependiendo de la familia como fuente de estructura y apoyo, entre otras cosas. El grupo de pares adquiere mayor importancia y el adolescente se hace más dependiente de las amistades como fuente de bienestar. El involucramiento con los pares se caracteriza por el contacto principalmente con aquellos del mismo sexo y la aparición de la necesidad de amistades exclusivas mejor(es) amigo(s), con quienes divertirse y compartir secretos. Estas son idealizadas con frecuencia y

pueden volverse intensas, generándose fuertes sentimientos de cariño hacia determinados pares, que pueden incluso llevar a dudas, temores, exploración y/o relaciones homosexuales. Debe destacarse que en esta etapa existe una importante susceptibilidad a la presión de los pares.(11)

En cuanto al desarrollo sexual, en esta fase se produce una acentuada preocupación por el cuerpo y los cambios puberales. Las rápidas transformaciones corporales llevan al adolescente a preocuparse en forma creciente por su imagen, a focalizarse en hallazgos físicos triviales, a hacerse repetidamente la pregunta ¿soy normal? y a necesitar reafirmación de su normalidad. Está inseguro respecto de su apariencia y atractivo, y compara frecuentemente su cuerpo con el de otros jóvenes y con los estereotipos culturales. En esta etapa aparece pudor o inquietud de ser visto desnudo («Mi hija ya no me deja entrar a su pieza cuando se está vistiendo») y aumenta el interés en la anatomía y fisiología sexual, lo que incluye dudas y ansiedades acerca de la menstruación, las poluciones nocturnas, la masturbación, el tamaño de las mamas o el pene, entre otras cosas. La menarquia representa un hito para las mujeres, que puede acompañarse de confusión o vergüenza si no ha existido una preparación adecuada para enfrentarla. Por otra parte, se intensifican los impulsos de naturaleza sexual (que se alivian frecuentemente a través de la masturbación) y aparecen las fantasías sexuales y los «sueños húmedos» (poluciones nocturnas). Hombres y mujeres exploran roles de género más diferenciados.

Por último, respecto del desarrollo moral, en esta etapa se avanza desde el nivel preconventional al convencional (Kohlberg). En el primero, que es propio de la infancia, existe preocupación por las consecuencias externas, concretas para la persona. Las decisiones morales son principalmente egocéntricas, hedonistas, basadas en el interés propio, en el temor al castigo, en la anticipación de recompensas o en consideraciones materiales. En el segundo nivel existe preocupación por satisfacer las expectativas sociales. El adolescente se ajusta a las convenciones sociales y desea fuertemente mantener, apoyar y justificar el orden social existente. (12)

c) Adolescencia media

El hecho central en este período es el distanciamiento afectivo de la familia y el acercamiento al grupo de pares. Ello implica una profunda reorientación en las relaciones interpersonales, que tiene consecuencias no solo para el adolescente sino también para sus padres.

En cuanto al desarrollo psicológico, en esta etapa continúa aumentando el nuevo sentido de individualidad. Sin embargo, la autoimagen es muy dependiente de la opinión de terceros. El joven tiende al aislamiento y pasa más tiempo a solas, se incrementa el rango y la apertura de las emociones que experimenta, y adquiere la capacidad de examinar los sentimientos de los demás y de preocuparse por los otros. El egocentrismo es significativo, y durante décadas se le responsabilizó de generar en los adolescentes un sentimiento de invulnerabilidad que los predisponía a conductas de riesgo, las cuales son frecuentes en esta etapa. Se planteaba que esta sensación de omnipotencia les deterioraba el juicio y producía una falsa sensación de poder, que en situaciones críticas les acarrea consecuencias negativas, pues los llevaba a tener convicciones tales como «nunca me voy a quedar embarazada» a pesar de tener relaciones sexuales no protegidas o «imposible que me convierta en un adicto» aunque consumiesen drogas. Sin embargo, la investigación reciente en neurodesarrollo ha demostrado que los adolescentes tienen conciencia de los riesgos que corren, pero esto no los inhibe de presentar estas conductas debido a que atraviesan por un período de incremento sustancial de la inclinación hacia la búsqueda de recompensas o sensaciones, lo que aumenta en presencia de pares. Ello sería producto de la maduración más temprana del sistema cerebral socioemocional que del sistema de control cognitivo, con el resultado de que, en condiciones de excitación emocional, el primero sobrepasa la capacidad regulatoria del segundo (todavía relativamente inmaduro). Así, en situaciones que son particularmente cargadas emocionalmente, aumenta la probabilidad de que estas influyan en sus conductas más que la racionalidad. (13)

También en el ámbito psicológico, en la adolescencia media persiste la tendencia a la impulsividad (otro factor relevante en las conductas de riesgo), siendo las aspiraciones vocacionales de los jóvenes menos idealistas ya.

El desarrollo cognitivo en esta etapa se caracteriza por un incremento de las habilidades de pensamiento abstracto y razonamiento, y de la creatividad. El

adolescente ya no acepta la norma, sino hasta conocer el principio que la rige. La posibilidad de razonar sobre su propia persona y los demás lo lleva a ser crítico con sus padres y con la sociedad en general. Cabe destacar, que el pensamiento puede revertir al nivel concreto en situaciones de estrés. Por otra parte, aumentan significativamente las demandas y expectativas académicas. Se espera que durante este período el joven obtenga logros académicos y se prepare para el futuro.

Respecto del desarrollo social, en esta fase el involucramiento del adolescente en la subcultura de pares es intenso (alcanza su máximo). No existe otra etapa en la que el grupo de pares sea más poderoso e influyente. El joven adopta la vestimenta, la conducta y los códigos y valores de su grupo de pares, en un intento de separarse más de la familia y encontrar su propia identidad. La presión de los pares puede influir tanto en forma positiva –motivándolo a destacar en lo académico, deportivo, a postergar el inicio de relaciones sexuales, etc.–, como negativa, favoreciendo por ejemplo que se involucre en conductas de riesgo. Las amistades y los grupos pasan a ser de ambos sexos, y frecuentemente se establecen relaciones de pareja. Las parejas desempeñan un rol progresivamente mayor a medida que avanza la adolescencia, sin embargo, las relaciones de amistad siguen siendo extremadamente importantes, ofreciendo compañía, un contexto para la apertura íntima y la satisfacción de otras necesidades.

A la vez, durante la adolescencia media el joven lucha para emanciparse de su familia. Muestra un franco menor interés por sus padres, volcando su motivación y tiempo libre principalmente hacia sus pares y a actividades fuera del hogar («Pasa todo el tiempo con los amigos. ¡No lo vemos nunca!») o a estar solo. Es esperable que en esta etapa el adolescente desafíe los valores y la autoridad de los padres («¡Es mi vida! ¡Puedo ir adonde yo quiera y con quien quiera!»), y ponga a prueba sus límites. Esta es una parte necesaria del proceso de crecer, pues para alcanzar la madurez, debe separar su propia identidad de aquella de su familia y avanzar en el desarrollo de su autonomía. El joven necesita demostrarse a sí mismo que es capaz de trazar su propio camino en la vida y que no necesita de las opiniones ni las directrices de sus padres. Busca activamente juicios y valores propios, sin aceptar ya automáticamente los de ellos. Magnifica los errores y contradicciones de estos para facilitar su proceso

de desapego, llegando a descalificarlos con frecuencia. Como consecuencia de todo lo anterior y de la reacción de los padres a estos cambios, los conflictos padres-hijo alcanzan su máximo en este período.

En cuanto al desarrollo sexual, en la adolescencia media aumenta la aceptación del propio cuerpo y la comodidad con él. La mayoría de los adolescentes ha tenido ya gran parte de los cambios puberales y está menos preocupado de ellos. Sin embargo, los jóvenes dedican mucho tiempo a tratar de hacer su cuerpo más atractivo. Prueban su atractivo sexual experimentando con su aspecto (peinado, maquillaje, ropa, tatuajes y piercing pasan a ser muy importantes) y con su comportamiento (coqueteo). En este período se toma conciencia de la orientación sexual (¿Hacia quién me siento atraído sexualmente?) y aumenta el involucramiento en relaciones de pareja. Estas son habitualmente breves y utilitarias, predominando en ellas la exploración, la búsqueda, la descarga de impulsos sexuales y el egocentrismo. Las relaciones de pareja pueden también comprender fantasías idealistas y románticas. Por último, en esta fase aumenta la experimentación de diversas conductas sexuales, incluyendo el inicio de relaciones coitales con cierta frecuencia. (14)

El nivel de desarrollo moral en la adolescencia media corresponde generalmente al convencional, en el cual funcionan también la mayoría de los adultos.

d) Adolescencia tardía

Esta es la última etapa del camino del joven hacia el logro de su identidad y autonomía. Para la mayor parte de los adolescentes es un período de mayor tranquilidad y aumento en la integración de la personalidad. Si todo ha avanzado suficientemente bien en las fases previas, incluyendo la presencia de una familia y un grupo de pares apoyadores, el joven estará en una buena vía para manejar las tareas de la adultez. Sin embargo, si no ha completado las tareas antes detalladas, puede desarrollar problemas con el aumento de la independencia y las responsabilidades de la adultez joven, tales como depresión u otros trastornos emocionales. (11)

En el ámbito del desarrollo psicológico, en esta etapa la identidad se encuentra más firme en sus diversos aspectos. La autoimagen ya no está definida por los pares, sino que depende del propio adolescente. Los intereses son más estables y existe conciencia de los límites y las limitaciones personales. Se adquiere

aptitud para tomar decisiones en forma independiente y para establecer límites, y se desarrolla habilidad de planificación futura. Existe gran interés en hacer planes para el futuro, la búsqueda de la vocación definitiva apremia más y las metas vocacionales se vuelven realistas. Idealmente el joven realizará una elección educacional y/o laboral que concilie sus intereses, capacidades y oportunidades. Avanza en el camino hacia la independencia financiera, la que logrará más temprano o más tarde, dependiendo de su realidad. Aumenta el control de impulsos, se puede postergar ya la gratificación y aparece la capacidad de comprometerse.

En cuanto al desarrollo cognitivo, en la adolescencia tardía existe un pensamiento abstracto firmemente establecido. Si las experiencias educativas han sido adecuadas, se alcanza el pensamiento hipotético-deductivo propio del adulto. Aumenta la habilidad para predecir consecuencias y la capacidad de resolución de problemas.

El desarrollo social en esta etapa se caracteriza por una disminución de la influencia del grupo de pares, cuyos valores se hacen menos importantes a medida que el adolescente se siente más cómodo con sus propios principios e identidad. Las amistades se hacen menos y más selectivas. Por otra parte, el joven se reacerca a la familia, aumentado gradualmente la intimidad con sus padres si ha existido una relación positiva con ellos durante los años previos. Ya ha alcanzado un grado suficiente de autonomía, se ha convertido en una entidad separada de su familia, y ahora puede apreciar los valores y la experiencia de sus padres, y buscar (o permitirles) su ayuda, pero en un estilo de interacción que es más horizontal. La relación padres-hijo alcanza nuevas dimensiones, que acrecientan el desarrollo personal y familiar, cuando el clima es de verdadero respeto y valoración de las diferencias.

Respecto del desarrollo sexual, en la adolescencia tardía se produce la aceptación de los cambios corporales y la imagen corporal. El joven ha completado ya su crecimiento y desarrollo puberal, los que no le preocupan a menos que exista alguna anomalía. Acepta también su identidad sexual, con frecuencia inicia relaciones sexuales y aumenta su inclinación hacia relaciones de pareja más íntimas y estables, las que comprenden menos experimentación y explotación, estando más basadas en intereses y valores similares, en compartir, y en la comprensión, disfrute y cuidado mutuo.(14)

Por último, desde la perspectiva del desarrollo moral, en esta etapa la mayoría de los adolescentes funciona en el nivel convencional, alcanzando solo algunos el pos convencional. En este último y avanzado nivel, existe eminentemente preocupación por principios morales que la persona ha escogido por sí misma. El acercamiento a los problemas morales ya no se basa en necesidades egoístas o en la conformidad con los otros o con la estructura social, sino que depende de principios autónomos, universales, que conservan su validez incluso más allá de las leyes existentes. (12)

e) Factores predisponentes del embarazo en adolescentes

Es frecuente que el EA ocurra como un evento no deseado o planificado. Habitualmente, es la consecuencia de una relación débil de pareja, lo que provoca en la futura madre una actitud inicial de rechazo y ocultamiento por temor a la reacción del grupo familiar, escolar y social. Ello también se acompaña de un control prenatal tardío o insuficiente.(13)

Dentro de las características principales de las jóvenes embarazadas destacan: una gran diversidad de adversidades sociales acumuladas, los aspectos biológicos (la maduración sexual temprana y la actividad sexual prematura), la región que habitan (rural o suburbana, principalmente), los usos y costumbres, la religión, y el bajo nivel educativo.(14)

Ante el establecimiento del EA, las y los adolescentes se enfrentan a otro dilema muy serio: continuar con el embarazo o suspenderlo.

Sin embargo, y en términos generales, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento de su hijo pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse y de ellas destacan:

- a) El matrimonio a edades tempranas y el establecimiento del rol de género que tradicionalmente se le asigna a la mujer (área rural).
- b) Práctica de relaciones sexuales sin protección anticonceptiva.
- c) Presión de los pares para tener relaciones sexuales.
- d) Educación sexual insuficiente, principalmente sobre métodos anticonceptivos y/o no tener fácil acceso para su adquisición.
- e) Consumo de bebidas alcohólicas u otras drogas. (15)

f) Consecuencias inmediatas y tardías

Es indispensable considerar que las consecuencias del EA afecta a ambos miembros de la pareja, aunque probablemente es la mujer quien más las sufre.

De ellas, destacan la fuerte carga emocional como consecuencia de su cambio físico y por la influencia, habitualmente negativa, del medio donde vive.(16)

Cuando ella informa a la familia de su embarazo, habitualmente es reprendida por sus padres u otros familiares, quienes la culpan de sentirse defraudados por su acción. De esta manera, es agredida emocional y, en ocasiones, físicamente.

En algunos momentos también puede ser agredida por su pareja. (17)

Como consecuencia de su nueva condición, la adolescente puede presentar comportamientos poco habituales, destacando el descuido de su salud física y emocional, tales como infringirse daño físico e incluso provocarse el aborto. Al bajar su rendimiento escolar y ser motivo de burla por sus compañeros, es probable que abandone la escuela.

Otro problema que ella tiene que resolver, es cómo solventar económicamente su embarazo y los estudios. Ante esa situación, casi siempre se torna dependiente de la ayuda familiar y/o tiene la necesidad de buscar trabajo para su manutención y la de su hijo. Ante esta última posibilidad, su situación es crítica ya que no tiene una formación educativa adecuada para conseguir un trabajo aceptablemente remunerado debido a que su experiencia laboral es nula o muy limitada.(18)

En la minoría de los casos, su pareja la apoya y por ello también tiene que abandonar los estudios porque necesita trabajar. Si cuenta con el apoyo de su familia, la nueva familia vivirá en la casa de sus padres y probablemente pueda reiniciar los estudios. Sin embargo, habitualmente sigue realizando sus actividades sociales (salir con sus amigos, practicar deportes, etc.).

La vida de ella se altera drásticamente y su habitual patrón de vida cambia sustancialmente, principalmente por sus obligaciones maternas y, a veces, por convivir con los padres de su pareja.(19)

Es necesario señalar y considerar que los efectos negativos para los nuevos padres dependerán de las costumbres familiares y del entorno social. En numerosos lugares, el EA se aprecia como un error que tiene severas críticas sociales. Por lo tanto, la situación de riesgo de la joven embarazada es latente y permanente; su magnitud dependerá básicamente de que las dos familias y la sociedad entiendan que esta nueva condición puede presentar claras oscilaciones, en donde el punto de partida es un rechazo o reprimenda, después

su aceptación y protección y, finalmente, en algunos casos puede haber reproches esporádicos.

El EA tiene otras consecuencias además de los cambios hormonales, entra en juego la emotividad de la adolescente. Su proceso de formación emocional se altera, la confianza en sí misma se ve vulnerada al no saber si será capaz de superar la etapa que vive y ello, entre otras cosas, puede afectar su salud física.
(20)

g) Actitudes hacia la maternidad

El embarazo en adolescentes, como ya se ha mencionado, es un evento que se agrega a la crisis de la adolescencia, genera profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.(21)

Como generalmente no es planificado, la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero principalmente, por ser adolescente De esta manera, ella está en la necesidad de asumir una multiplicidad de roles “adultos”, especialmente el de la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que sigue siendo una niña física, cognitiva, afectiva y económicamente; esta condición es más grave cuando ocurre en la adolescencia temprana.(22)

Por lo tanto, es muy probable que la actitud de la adolescente frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por su edad y por el entorno en el que se esté desarrollado su embarazo.

Ello implica la necesidad impostergable de que su familia así como los profesionales de la salud y de educación la apoyen, para evitar que ocurran situaciones desfavorables para ella y su hijo.(23)

h) El doble fenómeno de maltrato infantil

Un fenómeno frecuentemente observado pero poco considerado, es la existencia del doble fenómeno de maltrato infantil (DFMI). La joven madre, al ser rechazada por su pareja, familia y/o sociedad, es víctima de maltrato infantil (MI) ya sea por abuso físico, abuso psicológico o negligencia, sin considerar que un número importante de sus derechos, son violentados.(24)

Como consecuencia de estas agresiones, la nueva madre puede rechazar e inclusive maltratar físicamente a su hijo dando origen a cualquier modalidad de MI, de esta manera se puede establecer el DFMI en la misma familia.(25)

2.3. Tendencias, causas y factores asociados al embarazo adolescente en el Perú

Desde diversos estudios se ha demostrado que el embarazo a muy temprana edad pone en riesgo la salud y el desarrollo personal de la adolescente y su bebé, por lo siguiente:

El desarrollo humano saludable se ve limitado, por el inicio temprano de la maternidad/paternidad, perpetuando las condiciones de pobreza y otras condiciones de vida desfavorables como el abandono escolar, desempleo o subempleo, entre otros.

La inmadurez biológica de la adolescente, especialmente si es menor de 15 años, la predispone a sufrir complicaciones obstétricas durante el embarazo y parto, y pueden llevarla a un mayor riesgo de muerte materna.

Cabe señalar que además de todos los riesgos del embarazo en adolescentes para la salud de la madre también implica más riesgo de mortalidad neonatal, parto prematuro, y bajo peso al nacer en el bebé.

En muchos casos son embarazos no planificados y se dan en parejas que no han iniciado una vida común.

En los casos de embarazos producto de la violencia sexual, se generan alteraciones físicas, psicológicas y sociales que afectan su desarrollo personal e incluso ponen en riesgo sus vidas (a causa del aborto en condiciones de ilegalidad y/o del suicidio). No obstante, es importante tener en cuenta que los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunos departamentos y grupos sociales del país. Asimismo, son a consecuencia del inicio temprano de las relaciones sexuales de las adolescentes, sin información, ni orientación sobre su sexualidad ni acceso a métodos anticonceptivos, y en algunos casos pueden ser producto de la violencia sexual.

2.4. Impacto del embarazo adolescente

Tanto a nivel individual como colectivo, son múltiples los impactos del embarazo adolescente, sobre todo si no fue resultado de una decisión libre e informada

que, como vimos, son la mayoría. Algunos de los impactos más estudiados en nuestro país, someramente esbozados en secciones anteriores, tienen que ver con la limitación al ejercicio de derechos y oportunidades, que afectan los planes de vida y la transición a la vida adulta, perpetuando la transmisión intergeneracional de la pobreza (26). Menos reconocidos, pero no por falta de evidencias, son sus asociaciones de riesgo con la desnutrición infantil y la muerte temprana (de la adolescente y de sus hijos). En conjunto o por sí solos, configuran un potencial efecto negativo para los intentos de capitalizar la oportunidad derivada del cambio poblacional y hacer realidad el bono demográfico.

En relación con el primer grupo, directamente vinculado a la pobreza, está la formación del llamado capital humano, fundamentado en una educación y salud de calidad. La evidencia educativa va por doble vía. De un lado, el embarazo lleva a la deserción escolar, mientras que una educación de mala calidad desalienta la continuidad en la escuela. En nuestro país, la deserción escolar por causa del embarazo, matrimonio o para cuidar niños varía, pues según los departamentos del 10 al 20% de mujeres de 15 a 24 años dejaron la escuela por alguno de esos motivos. Nueve de cada diez madres adolescentes no asisten a algún centro educativo, y según estudios realizados en América Latina, las más pobres al acceder mayoritariamente a una educación de muy mala calidad, no consideraban que ese acceso vaya a alterar su futuro.(27)

En cuanto a sus efectos sobre la continuidad en la escuela secundaria, los estudios encuentran que en el área urbana el efecto de haber tenido algún parto en los últimos tres años reduce en 33% las posibilidades de progresar en los estudios. En el área rural esa probabilidad alcanza el 39%⁽¹³⁾. Nuevamente, la pobre calidad educativa no hace sino reforzar este circuito de exclusiones; además del embarazo, la deserción escolar también puede resultar de uniones formales tempranas, de la baja calidad de la educación que se ofrece y de expectativas igualmente bajas que tienen las adolescentes para sus propias vidas. Por lo tanto, las políticas que buscan reducir el embarazo adolescente tendrían que considerar mucho más que solo brindar información sobre los anticonceptivos y facilitar su acceso. Es decir que, sin educación sexual de

calidad o el fortalecimiento de las capacidades de asertividad adolescente, es realmente poco lo que se pueda lograr.(28)

En el caso del embarazo adolescente, estudios realizados por el Banco Mundial han encontrado que el costo de oportunidad de por vida, medido por el ingreso anual no percibido por la madre adolescente durante toda su vida, varía entre 1% (en países muy desarrollados, con baja fecundidad) hasta el 30% (países muy pobres, con alta fecundidad) ⁽¹⁵⁾. Para el Perú, el costo que tiene la deserción escolar (para ambos sexos), en términos de la producción no materializada durante la vida de la cohorte actual de los jóvenes, ha sido estimado como equivalente a 17,1% del PBI. (29)

Estrechamente vinculado con lo anterior están las muertes maternas evitables, de no haberse producido estos embarazos o de no haberse producido su deterioro. En las adolescentes de nuestro país las razones de mortalidad maternas (RMM) son desproporcionadamente más altas que las registradas para las mujeres en edad reproductiva, sobre todo en la sierra y selva, llegando en esta última a valores de 453 muertes maternas por cien mil nacidos vivos en el periodo 2007-2011, según lo muestra un reciente estudio de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud del Perú y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (32). Estos valores demuestran claramente la inequidad existente, lo que justifica no solo una atención en términos geográficos. Adicionalmente, hay que considerar que, según registros de vigilancia epidemiológica, algunas muertes maternas en este grupo de edad son producidas por suicidios, situación sobre la cual la es escasa la información acerca de su magnitud y contexto.

Luego del embarazo se pueden considerar los efectos vinculados con la nutrición y desarrollo, no solo de la propia madre sino también la del recién nacido. En el Perú es mayor la probabilidad de que los hijos de las adolescentes multíparas (alrededor del 2% de las gestaciones entre las adolescentes) experimenten bajo peso al nacer o que sean pequeños para la edad gestacional, comparadas con quienes no son multíparas a esa edad ⁽²⁴⁾. Resultados de otros estudios evidencian una importante diferencia entre las madres adolescentes y las adultas

en términos de peso del recién nacido, más aun en la adolescencia temprana ⁽²⁵⁾. Los resultados nutricionales, sin embargo, pueden ser revertidos (33).

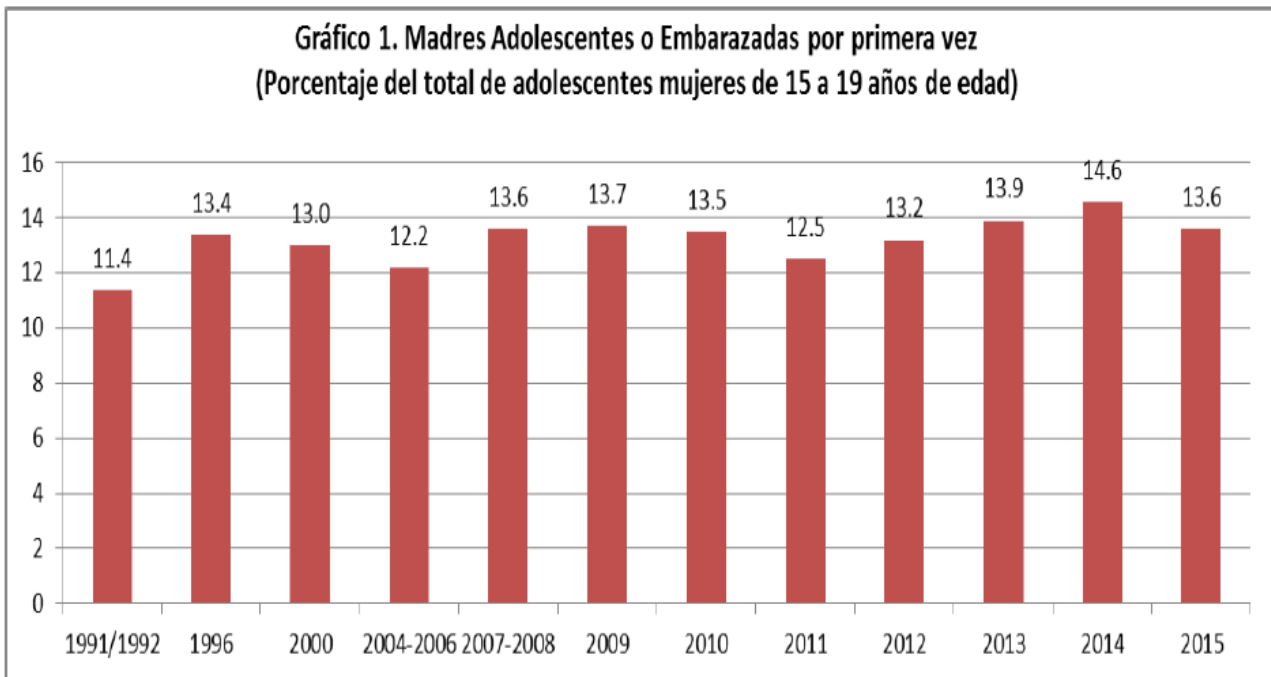
Un elemento adicional es que todos estos aspectos, a la larga, afectan el estado nutricional del niño, en estrecha asociación con un intervalo intergenésico corto ⁽²⁷⁾, más aun si es menor a 18 meses (34). En el Perú, en madres adolescentes de 15 a 19 años, dicho intervalo se mantiene alrededor de los 25 meses, mientras que en los otros grupos de edad es casi el doble.

2.5. Situación y tendencias del embarazo en adolescentes.

Para abordar el tema de la maternidad y la paternidad en la adolescencia es importante distinguir en este grupo, los adolescentes menores de 15 años, los adolescentes entre 15 y 19 años y los adolescentes entre 18 y 19 años, por referirnos a diferentes realidades y circunstancias. Para el análisis se utilizará las siguientes fuentes de información: INEI-ENDES, Ministerio de Salud, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Seguro Integral de Salud, y RENIEC.

Adolescentes de 15 a 19 años:

Al respecto, según los resultados del INEI-ENDES 2015, 14 de cada 100 adolescentes entre 15 y 19 años de edad ya son madres y/o están embarazadas por el primer hijo (INEI, ENDES 2015). Esta cifra casi no se ha modificado en los últimos 20 años.



Fuente: INEI-ENDES 2015. Elaboración: MCLCP.

a) El riesgo del segundo embarazo en la adolescencia.

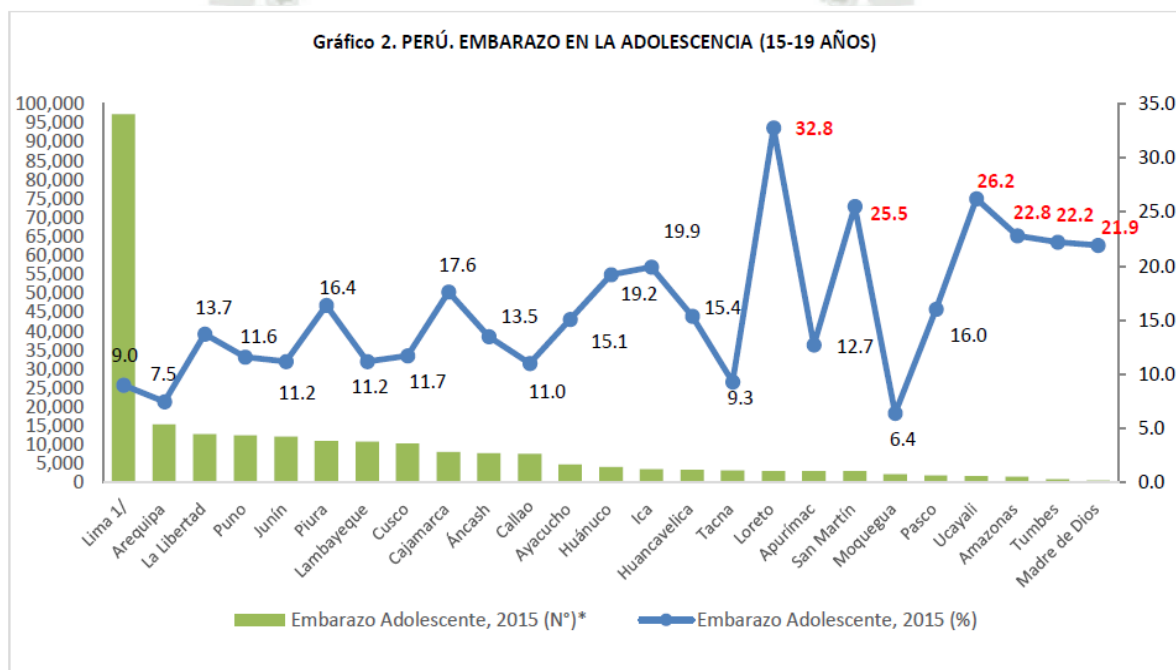
Las adolescentes que ya son madres representan el 10.6% y las adolescentes embarazadas por primera vez representan el 2.9%. Estos porcentajes se incrementan en adolescentes provenientes de las zonas rurales, en donde las adolescentes que ya son madres representan el 18.6% y las adolescentes embarazadas por primera vez representan el 3.9%. Asimismo, es más alta la maternidad en la adolescencia en las que tienen sólo educación primaria, en este grupo las adolescentes que ya son madres alcanzan el 32.9% y las adolescentes embarazadas por primera vez representan el 5.0%. Entre las adolescentes que provienen de la selva, las adolescentes que ya son madres alcanzan el 20.7% y las adolescentes embarazadas por primera vez representan el 4.2%.

b) El embarazo en la adolescencia expresa un problema de derechos humanos, de inequidad y de injusticia social.

De esta manera es más alto en las zonas rurales (22.5%), en la selva (24.9%), entre las que tienen sólo educación primaria (37.9%) y entre las que se encuentran en situación de pobreza (24.9%). Allí el contexto cultural puede tener una fuerte influencia. Sin embargo, la situación de vulnerabilidad y el poco acceso a oportunidades de desarrollo personal y social podrían condicionar la maternidad temprana en este grupo.

c) En los departamentos de la selva se observa el mayor porcentaje de embarazo adolescente. A nivel numérico, Lima concentra el mayor volumen de población adolescente embarazada.

En Loreto (32.8%), Ucayali (26.2%), San Martín (25.5%), Amazonas (22.8%), Tumbes (22.2%) y Madre de Dios (21.9%). En su mayoría departamentos con una importante presencia de población indígena. No obstante, en números absolutos, la población adolescente embarazada entre 15 y 19 años se concentra fundamentalmente en Lima (aproximadamente 97,328 adolescentes embarazadas).

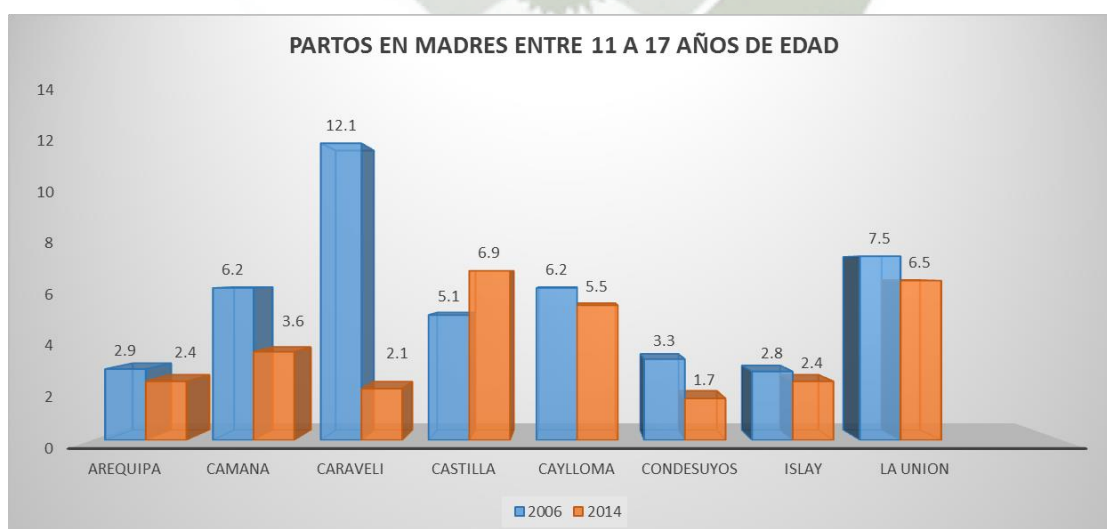


ATENCIÓN DE PARTOS POR GRUPOS DE EDAD, SEGÚN DEPARTAMENTO

Enero - Diciembre 2015						
DEPARTAMENTO (del Establecimiento)	TOTAL	<15 AÑOS	15-17 AÑOS	18-34 AÑOS	35 Y MAS	% partos de adolescentes
		adolescencia temprana	adolescencia			
	320,558	2,011	24,110	248,825	45,612	8.1%
LIMA	83,986	337	4,769	67,207	11,673	6.1%
LORETO	13,685	203	1,554	10,152	1,776	12.8%
SAN MARTIN	12,640	187	1,382	9,428	1,643	12.4%
UCAYALI	9,661	156	1,054	7,230	1,221	12.5%
CAJAMARCA	18,346	137	1,765	13,527	2,917	10.4%
JUNIN	14,077	118	1,158	10,820	1,981	9.1%
LA LIBERTAD	16,941	95	1,311	13,214	2,321	8.3%
CUSCO	17,124	91	1,230	13,181	2,622	7.7%
HUANUCO	10,275	82	1,082	7,411	1,700	11.3%
AYACUCHO	10,493	74	1,013	7,726	1,680	10.4%
ANCASH	12,645	71	868	9,646	2,060	7.4%
AMAZONAS	5,702	67	628	4,151	856	12.2%
PIURA	16,067	64	1,132	12,553	2,318	7.4%
PUNO	13,250	44	810	10,661	1,735	6.4%
AREQUIPA	12,371	42	606	10,008	1,715	5.2%
LAMBAYEQUE	10,632	42	764	8,474	1,352	7.6%
CALLAO	9,862	35	562	7,862	1,403	6.1%
ICA	7,959	32	526	6,390	1,011	7.0%
APURIMAC	6,350	29	418	4,875	1,028	7.0%
MADRE DE DIOS	2,528	29	194	2,013	292	8.8%
PASCO	2,828	29	244	2,183	372	9.7%
HUANCAVELICA	5,415	15	571	3,970	859	10.8%
TACNA	3,752	13	161	2,996	582	4.6%
TUMBES	2,709	13	253	2,112	331	9.8%
MOQUEGUA	1,260	6	55	1,035	164	4.8%

Fuente: Base de Datos SIS - Central. Estadísticas actualizadas al 08/01/2016

Ministerio de Salud, “PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE”, 2016



3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. ANTECEDENTES NACIONALES

Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013. Rubén Osorio Alania

Introducción: El embarazo en adolescente es un problema de salud pública dada la elevada prevalencia y por las repercusiones biológicas, psíquicas y sociales a corto o largo plazo. Son pocos los estudios orientados al enfoque de esta situación diversos autores han señalado a la familia como, como ente influyente en la aparición del problema, más aun, en la responsable de las complicaciones biopsicosociales del adolescente embarazada. Objetivo: Determinar los principales factores características sociodemográficas en el embarazo de adolescentes atendidas en los consultorios externos de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, diciembre del 2013. Metodología: Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, con diseño observacional-descriptivo. Se encuestó a las gestantes adolescentes que acuden para ser atendidas en los Consultorios Externos del Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el mes de diciembre del 2013. Se empleó un cuestionario validado, luego del cual se recolectaron los datos y fueron procesados utilizando el programa de SPSS Versión 22, previa elaboración de la base de datos, para las variables de tipo nominal, ordinal e intervalo, se usaron medidas de frecuencia. Resultados: Se entrevistó a 100 pacientes adolescentes gestantes. Respondieron como sigue; el 90% se encuentran entre los 14 a 19 años de edad, el 80% no planificaron su embarazo, 64% provienen de familias desintegradas, 75% tienen grado de instrucción secundaria, 65% reciben apoyo económico de sus padres, 62% inicio sus relaciones sexuales entre los 14 a 16 años de edad y 82% tiene algún conocimiento sobre los métodos anticonceptivos. Conclusiones: Las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora tienen ciertas características sociodemográficas comunes en el embarazo; la temprana edad de inicio de las relaciones sexuales, bajo nivel educativo, de origen familiar desintegradas y tienen algún conocimiento de métodos anticonceptivos por la alta frecuencia que se encontró en los entrevistados. Considerándose por ende un suceso difícil que afecta la salud integral de las madres adolescentes, la de sus hijos, familiares y de la comunidad en su conjunto. Palabras claves: Adolescentes, embarazo, factores

3.2. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Embarazo adolescente en Chile Alvarado Herrera, Daniela José. 2011.

Resumen

Dentro de la escena de las políticas públicas la maternidad adolescente ha comenzado a tomar protagonismo como una preocupación relevante, tanto por el impacto social, económico y emocional que significa para la vida de las mujeres adolescentes y su entorno como por la significativa prevalencia del fenómeno en una escala global registrando altos índices incluso en países desarrollados donde las tasas de fertilidad global tienen una tendencia a la baja. En el caso de Chile se ha observado una progresiva baja en los índices de fertilidad general y hoy en día es el país con menor tasa global de fertilidad de Sudamérica. Sin embargo, en la última década ha mostrado un comportamiento errático en las tasas específicas de fertilidad adolescente lo que evidencia la necesidad de desarrollar estudios para investigar los determinantes de la maternidad adolescente que explican este comportamiento, y en función de ello diseñar e implementar políticas públicas enfocadas a manejar este fenómeno con una mayor seriedad. La evidencia para Chile es escasa y desagregada, por este motivo el presente estudio aspira a constituirse como un diagnóstico actual que permita caracterizar la maternidad adolescente en Chile, analizar los determinantes que influyen la condición de ser una madre adolescente y motivar la investigación en torno el tema. Para ello utilizando los datos de la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2011 se muestran estadísticas recientes respecto a las características de las mujeres chilenas que han tenido un embarazo entre los 13 y 19 años y, posteriormente, utilizando métodos de probabilidad lineal (MCO) y metodologías de variable dependiente binaria (Probit y Logit) se analizan los determinantes que afectan la probabilidad de ser madre adolescente.

FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS DEL MUNICIPIO DE BUENAVENTURA, COLOMBIA. JANETH MOSQUERA BECERRA

Objetivos Identificar factores individuales e interpersonales relacionados con el embarazo en adolescentes entre 13 y 19 años de edad, con inicio de vida sexual, escolarizadas y residentes en el municipio de Buenaventura. Metodología El componente cualitativo del estudio se hizo con un abordaje basado en el interaccionismo simbólico, orientado a explorar las percepciones del embarazo en adolescentes y del contexto que lo rodea. Las técnicas de recolección de

información fueron el grupo focal y la entrevista semi-estructurada. Con base en los resultados del estudio cualitativo, se definió el modelo (constructos y variables) que orientó el estudio cuantitativo. El componente cuantitativo, lo constituyó un estudio de cohorte prospectiva fija, en la cual participaron, en una encuesta estructurada cara-cara, adolescentes que habían iniciado vida sexual, no casadas (ni en convivencia con pareja), no embarazadas (verificado a través de prueba rápida de orina), escolarizadas y residentes en el área urbana de Buenaventura. Resultados Durante el seguimiento de 6.8 meses promedio, se perdieron 16 jóvenes (debido a cambio de ciudad o país de domicilio). De las 300 adolescentes del estudio se embarazaron 30 (10%). Los resultados principales de la cohorte sugieren que las adolescentes que no fueron a los servicios de salud para asuntos de planificación familiar, tuvieron 4.7 veces la oportunidad de embarazarse durante el seguimiento, comparadas con aquellas que si asistieron los servicios de salud (IC95% 0.54- 40.76; 7 p=0.160). Asimismo, quienes consideran que en su casa no se les permite tener relaciones sexuales, tuvieron mayor probabilidad de embarazarse (OR 3.87 IC95% 0.83- 17.86; p=0.083). Además, aquellas que no se perciben capaces de evitar las relaciones sexuales cuando no planifican (OR 2.77 IC95% 1.15 - 6.64; p=0.022), se sienten culpables por su consumo de alcohol (2.79 IC95% 1.10-7.06; p=0.030), tienen amigas que han abortado (OR 3.74 IC95% 1.32- 10.60;p=0.013) y fueron presionadas para iniciar vida sexual (OR 2.32 IC95% 0.81- 6.59; p=0.114), tuvieron mayores oportunidades de tener un embarazo durante los meses de seguimiento. Adicionalmente, como factores protectores del embarazo se encontró el hecho que sea la misma adolescente quien decida sus responsabilidades domésticas, éstas comparadas con quienes otros les deciden sus responsabilidades, tuvieron 70% menos oportunidad de ocurrencia de un embarazo (OR 0.34 IC95% 0.09- 1.24; p=0.104). También, las adolescentes que reportaron el uso de algún método de planificación familiar entre sus amigas, tuvieron entre 60% y 90% menor oportunidad de un embarazo temprano (Respectivamente, OR 0.11 IC95% 0.01- 1.03;p=0.053 y OR 0.40 IC95% 0.16- 1.02; p= 0.056). Conclusiones La conclusión principal del estudio de cohorte prospectiva desarrollado en Buenaventura, indica que los factores de riesgo y protectores de un embarazo temprano, no sólo están en el nivel individual, sino que pasan al ámbito de los padres, la familia de la adolescente y al de los servicios de salud.

IV. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general:

Determinar los factores de riesgo que impactan al embarazo en adolescentes en la Micro Red Chivay Caylloma en los años 2014-2016, Arequipa

4.2. Objetivos específicos:

Determinar los factores de riesgo en las gestantes adolescentes en la Micro Red Chivay Caylloma en los años 2014-2016, Arequipa

Determinar las características de las gestantes según la etapa de la adolescencia a la cual pertenecen en la Micro Red Chivay Caylloma en los años 2014-2016, Arequipa

Determinar cual es el impacto del embarazo en las gestantes adolescentes en la Micro Red Chivay Caylloma en los años 2014-2016



III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.

Técnica: Mediante entrevista tipo cuestionario para la recopilación y recolección de la información.

Instrumento: Hoja de recolección de datos (Anexo 1),

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 Ubicación espacial:

Micro Red Chivay Caylloma en los años 2014-2016, PS Chivay, PS Yanque, PS Achoma, PS Maca, PS Coporaque, PS Lary, PS Madrigal.

2.2 Ubicación temporal:

El presente trabajo se llevara a cabo durante el mes enero y febrero del 2018.

2.3 Unidades de estudio:

Gestantes adolescentes Micro Red Chivay Caylloma en los años 2014-2016, PS Chivay, PS Yanque, PS Achoma, PS Maca, PS Coporaque, PS Lary, PS Madrigal.

2.4 Universo o población:

Gestantes adolescentes Micro Red Chivay Caylloma en los años 2014-2016,

2.5. Muestra:

Tamaño de la muestra

Para determinar la muestra se partió de la encuesta estructurada.

$$n = \frac{z^2(p * q) * N}{e^2(N - 1) + z^2(p * q)}$$

Dónde:

N= población del cercado (250).

n = Tamaño de la muestra.

Z = Nivel de confianza (al 95% tiene un valor Z de 1.97)

p = % de probabilidad (50%)

e = Error muestral permitido (5%)

$$n = \frac{1.97^2(0.50 * 0.50) * 210}{0.05^2(210 - 1) + 1.97^2(0.50 * 0.50)}$$
$$n = 109$$

2.5. Criterios de inclusión:

- Paciente adolescente con diagnóstico de gestación en la micro red Chivay-Caylloma
- Paciente adolescente cuya gestación estuvo comprendida entre los años 2014-2016 en la micro red Chivay Caylloma

2.6. Criterios de exclusión:

- Paciente con alteraciones o en tratamiento psiquiátrico
- Pacientes con datos insuficientes.
- Gestantes cuya residencia permanente no sea Chivay
- Gestantes mayores de 19 años

ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización:

Se realizarán coordinaciones con la Dirección de la Micro Red Chivay para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se entrevistará a las pacientes adolescentes embarazadas en el periodo de estudio aplicando la hoja de recolección de datos.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos:

Humanos

- Investigadora
- Asesor.

Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con acceso a internet con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.
- Papel, lapiceros

Financieros

- Autofinanciado

Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

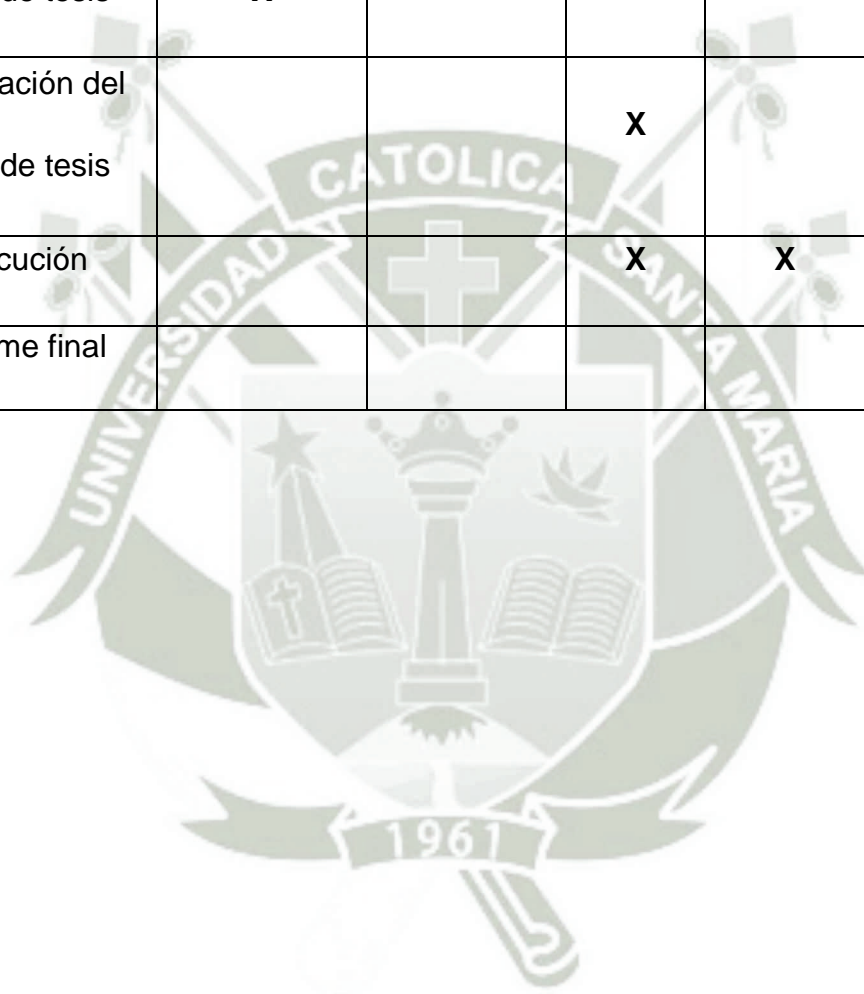
e) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva, análisis de regresión múltiple, nivel de significación estadística se calcularán los intervalos de confianza al 95% de los diferentes estadísticos descriptivos y de comparación.

Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSS.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

	Noviembre 2017	Diciembre 2017	Enero 2017	Febrero 2017	Marzo 2017
Búsqueda de bibliografía	X				
Plan de tesis	X				
Aprobación del Plan de tesis			X		
Ejecución			X	X	
Informe final					X



BIBLIOGRAFIA

1. Secretaría de Educación Pública. Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: Una visión desde el Promajoven. Secretaría de Educación Pública. 1a Ed. México: 2012; 1-185.
2. Hidalgo Vicario MI. Atención Integral del adolescente. Revisión crítica. XVIII Congreso nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria Pediatr Integral. 2004; 7 especial: 76-84.
3. WHO (World Health Organization). Programming for Adolescent Health and Development Report. 2009: 886-99.
4. Ziv A, Boulet JR, Slap GB. Utilization of physician offices by adolescents in the United States. Pediatrics. 2010; 104: 35-42.
5. OMS. Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década. 2014.
6. Breinbauer C, Maddaleno M. Youth A new approach to classifying adolescent developmental stages. En: Choices and change. Promoting healthy behaviors in adolescents. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2009.p. 257-68.(Scientific and Technical Publication No. 594).
7. R. Florenzano Aspectos biopsicosociales del crecimiento y desarrollo M. Maddaleno, R. Florenzano (Eds.), Guías curriculares. Salud integral del adolescente, Corporación de Promoción Universitaria, Santiago (2010), pp. 31-41
8. K. Konrad, C. Firk, P.J. Uhlhaas Brain development during adolescence: Neuroscientific insights into this developmental period Dtsch Arztebl Int, 110 (2013), pp. 425-431
9. L. Hornberger Adolescent psychosocial growth and development J Pediatr Adolesc Gynecol, 19 (2008), pp. 243-246 [ArticlePDF \(53KB\)](#)
10. M. Radzik, S. Sherer, L. Neinstein Psychosocial development in normal adolescentsL. Neinstein, C. Gordon, D. Katzman, D. Rosen, E. Woods (Eds.), Adolescent health care. A practical guide (5th ed.), Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia (2008), pp. 27-31
11. R. Muuss Social cognition. Part 2: David Elkind's theory of adolescent egocentrism R. Muuss (Ed.), Theories of adolescence (6th ed.), Random House, New York (2008), pp. 264-278

12. R. Muuss Lawrence Kohlberg's cognitive-developmental approach to adolescent morality R. Muuss (Ed.), Theories of adolescence (6th ed.), McGraw-Hill, New York (2010), pp. 176-195
13. Ministerio de Desarrollo Social. 7.^a Encuesta Nacional de Juventud 2012. Instituto Nacional de la Juventud, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile, agosto de 2013.
14. R.A. Sanders Adolescent psychosocial, social, and cognitive development *Pediatr Rev*, 34 (2013), pp. 354-358
13. Atienzo EE, Campero L, Lozada AL, Herrera C. Aspiraciones educativas y familiares como condicionantes en la prevención de embarazos tempranos en México. *Salud Pública Méx.* 2014;56:286-294.
14. Villalobos-Hernández A, Campero LD, Suárez-López L, Atienzo EE, Estrada FE, De La Vara-Salazar E. Embarazo adolescente y rezago educativo: Análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Pública Méx.* 2015;57:135-143.
15. Villalobos RC, Franco AB, Enríquez RF, Mendoza ML, Eugenio JL. Perfil obstétrico y neonatal de adolescentes atendidas en el Hospital General de Occidente de Jalisco, México. *Rev Cub de Obstetricia y Ginecología.* 2015;41:1-15.
16. Gallardo-Bravo, FR. Riesgos y consecuencias de las prácticas sexuales en los adolescentes de Juigalpa bajo los efectos de alcohol y otras drogas, Chontales, Nicaragua. *Rev Científica de FAREM Estelí.* 2014;9:71-77.
17. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Mujeres violentadas por su pareja en México. 1^a Ed. México: INEGI; 2007:29-38.
18. Gómez-Cañón CC. Consecuencias de ser padre a temprana edad sobre los ingresos: Caso colombiano. *Ensayos sobre Política Económica.* 2016;34:103-125.
19. Rosende GV. Embarazo adolescente y pobreza rural. *Revista E-Rural. Educación, cultura y desarrollo local.* 2016;1:1-11.
20. Rodríguez-Álvarez L, López-Nava JC. Complicaciones del embarazo y riesgo obstétrico en mujeres adolescentes y pacientes del Hospital Materno-Infantil "Morelos". *Revista Salud Quintana Roo.* 2010;3:18-20.

21. Fernández PF, Castro CMA, Fuentes AS. Características sociofamiliares y morbilidad materno-infantil del embarazo en adolescentes. *Bol Med Hosp Infant. Mex.* 2008;55:452-457.
22. Dolz I, Cerezo MA, Milner JS. Mother-child interactional patterns in high and low risk mothers. *Child Abuse and Neglect.* 2011;20:1031-1048.
23. Loredó-Abdalá A, Casas-Muñoz A, Monroy-LLaguno DA. La marihuana: Entorno social y sus efectos en el producto in útero, en la niñez y en la adolescencia. *Rev Fac Medicina UNAM.* 2014;57:27-37.
24. Mendoza W, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.* 2013;30:471-479.
25. Loredó-Abdalá A, Trejo-Hernández J, Báez-Medina V. Grupos de menores en alto riesgo de maltrato. En: Loredó-Abdalá A. *Maltrato en niños y adolescentes.* Editores de Textos Mexicanos: México; 2010. p. 241.
26. Miranda R. Factores biopsicosociales relacionados al embarazo en adolescentes del Centro Materno Infantil "Juan Pablo II" de Villa el Salvador-2005. Tesis de Bachiller en Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2015.
27. Benavides M, Ríos V, Olivera I, Zúñiga R. Ser joven excluido es algo relativo. Dimensiones cuantitativas y cualitativas de la heterogeneidad de los jóvenes pobres urbanos peruanos. Buenos Aires: CLACSO; 2010
28. Mujica J, Cavagnoud R. Mecanismos de explotación sexual de niñas y adolescentes en los alrededores del puerto fluvial de Pucallpa. *Anthropologica.* 2011;29(29):91-110.
29. Näslund-Hadley E, Manzano G. Educación de calidad: ¿un anticonceptivo eficiente? New York: Banco Interamericano de Desarrollo; 2011
30. Chaaban J, Cunningham W. Measuring the economic gain of investing in girls: the girl effect dividend . Policy Research Working Paper 5753. Washington, DC: The World Bank; 2011
31. Secretaría Nacional de la Juventud (SENAJU). Primera Encuesta Nacional de la Juventud. Resultados finales. Lima: SENAJU; 2012
32. Tarqui-Mamani C, Barreda A, Barreda M, Sanabria-Rojas H. Prevalencia del intento de interrumpir el embarazo y factores asociados en una comunidad

urbano marginal de Lima-Perú, 2006. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2010;27(1):38-44

33. Guttmacher Institute; International Planned Parenthood Federation (IPPF). Facts on the Sexual and Reproductive Health Of Adolescent Women in the Developing World . New York: IPPF; 2010.
34. Ventura W, Ventura-Laveriano J, Nazario-Redondo C. Perinatal outcomes associated with subsequent pregnancy among adolescent mothers in Peru.. Int J Gynaecol Obstet. 2012;117(1):56-60



