

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**



TESIS

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y
GINECOLÓGICOS DE LA ADOLESCENTE
EMBARAZADA. CENTRO DE SALUD MATERNO
PERINATAL SIMÓN BOLÍVAR. CAJAMARCA 2018.**

Para optar el título profesional de:

OBSTETRA

Presentada por la bachiller:

ESTRELLITA DEL PILAR RAMÍREZ CASTRO

Asesora:

DRA. OBSTA. JULIA ELIZABETH QUISPE OLIVA

CAJAMARCA, PERÚ - 2018

Copyright © 2018 by
Estrellita Del Pilar Ramírez Castro
Derechos Reservados

SE DEDICA ESTE TRABAJO A:

DIOS PADRE, por nunca abandonarme, por siempre brindarme lo necesario y en el momento justo para poder seguir adelante.

Mis padres **TOMÁS** y **MIRIAM**, quienes me apoyaron en todo momento y me impulsaron a cumplir todas mis metas.

Estrellita

SE AGRADECE A:

DIOS PADRE, por prestarme la vida y por todas las bendiciones derramadas.

Mi querida **UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA** que forjó mi desarrollo personal y profesional.

Mi Asesora la Dra. Obsta **JULIA ELIZABETH QUISPE OLIVA**, por su valioso apoyo, conocimiento, orientación, consejo y tiempo dedicado.

Mi familia, por su apoyo incondicional para el logro de mis objetivos personales y profesionales.

Estrellita

LISTA DE CONTENIDOS

Dedicatoria:	iii
Agradecimiento:	iv
Lista de contenidos	v
Resumen	vii
Abstract	viii
Introducción	1
CAPITULO I: El problema	3
1.1. Planteamiento del problema:	3
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Objetivos.....	5
1.4. Justificación	5
CAPITULO II: Marco teórico	8
2.1. Antecedentes.....	8
2.2. Base teórica.....	11
2.2.1. Adolescencia	11
2.2.2. Embarazo en la adolescencia.....	17
2.2.3. Factores que intervienen en el embarazo adolescente.....	21
2.3. Conceptualización y operacionalización de variables	25
CAPITULO III: Metodología	27
3.1. Diseño y tipo de estudio.....	27
3.2. Área de estudio.....	27

3.3. Población	28
3.4. Muestra y muestreo	28
3.5. Unidad de análisis	28
3.6. Criterios de inclusión.....	28
3.7. Criterios de exclusión.....	28
3.8. consideraciones eticas.....	29
3.9. Técnicas de recolección de datos	29
3.10. Procesamiento y análisis de datos	30
3.11. control de calidad de datos	30
CAPITULO IV: Resultados de la investigación, análisis y discusión.....	31
CONCLUSIONES.....	46
RECOMENDACIONES	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
ANEXOS	54

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar los factores sociodemográficos y ginecológicos de la adolescente embarazada, que asisten al Centro Salud Materno Perinatal Simón Bolívar. El estudio de tipo descriptivo, prospectivo, de diseño no experimental y de corte transversal en una muestra de 60 adolescentes gestantes. Como resultado se encontró que el 76,7% de gestantes adolescentes perteneció al grupo etáreo de 17 -19 años; el 46,7% son convivientes; el 51,7% procedentes de la zona urbana; el 50,0% tuvo solo primaria; el 56,7% fueron amas de casa; el 63,3% nunca consumieron alcohol; el 33,3% pertenecen a una familia incompleta; el 56,7% tiene como ingreso económico menos de un salario mínimo vital; el 35,0% tuvieron como fuente de información de salud sexual y reproductiva en las instituciones educativas; el 53,3% recibieron información sobre prevención de embarazo y el 53,3% tienen como proyecto de vida trabajar; el 55,0% no profesan la religión católica. Se encontró que el 65,0% iniciaron su primera relación sexual entre los 14-16 años de edad; el 60,0% no tienen antecedente familiar de embarazo precoz; el 53,3% hizo uso de algún método anticonceptivo; el 81,7% no planificaron su embarazo.

Palabra clave: Adolescente embarazada, factores sociodemográficos, factores ginecológicos.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the sociodemographic and gynecological factors of the pregnant adolescent, who attend the Simón Bolívar Perinatal Maternal Health Center. The descriptive, non-experimental and cross-sectional design study in a sample of 60 pregnant adolescents. As a result, it was found that 76.7% of pregnant adolescents belonged to the age group of 17-19 years; 46.7% live together; 51.7% from the urban area; 50.0% had only primary school; 56.7% were housewives; 63.3% never consumed alcohol; 33.3% belong to an incomplete family; 56.7% have less than a minimum living wage as economic income; 35.0% had as a source of sexual and reproductive health information in educational institutions; 53.3% received information on pregnancy prevention and 53.3% have a life project to work on; 55.0% do not profess the Catholic religion. It was found that 65.0% began their first sexual relationship between 14-16 years of age; 60.0% have no family history of early pregnancy; 53.3% made use of some contraceptive method; 81.7% did not plan their pregnancy.

Key words: Pregnant adolescent, sociodemographic factors, gynecological factors.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes es aquel que se produce entre los 11 - 19 años de edad; en la actualidad, constituye un problema grave de salud pública que afecta al Perú y a otros países que se encuentran en vías de desarrollo, debido a que trasciende en diferentes dimensiones, repercutiendo a nivel individual, familiar y social.

Por otro lado, se observa que existe una deficiencia en la educación en salud sexual, que no es suficiente. La educación que reciben los adolescentes, sobre el tema en las instituciones educativas, o la poca información que los padres pueden brindarles, no es suficiente para lograr conductas orientadas a tener una vida sexual responsable conllevando a que tengan relaciones sexuales sin uso de anticonceptivos repercutiendo en un embarazo no deseado. Estos hechos pueden estar asociados a factores sociodemográficos y ginecológicos, los cuales deben tenerse en cuenta para un análisis exhaustivo del embarazo adolescente

A partir de estas premisas es que se realizó el presente trabajo de investigación con el objetivo de determinar los Factores Sociodemográficos y Ginecológicos de la adolescente embarazada. Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca 2018.

La presente tesis está estructurada de la siguiente manera:

CAPITULO I: conformada por el planteamiento del problema, la formulación del problema, los objetivos y la justificación de la investigación.

CAPITULO II: lo conforman, los antecedentes tanto internacionales como nacionales, las bases teóricas, y la operacionalización de las variables

CAPITULO III: constituido por el diseño y tipo de estudio, área de estudio, población, muestra y muestreo, unidades de análisis, criterios de inclusión y exclusión, técnicas de recolección de datos, descripción del instrumento, procesamiento y análisis de datos y aspectos éticos.

CAPITULO IV: en el que se encuentra el análisis y discusión de los resultados.

Forman también parte de esta tesis, las conclusiones, recomendaciones, referencia bibliográficas y anexos.

La autora.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema:

La Organización Mundial de Salud (OMS) estima que unos 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años están embarazadas a nivel mundial, y 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de bajos y medianos ingresos (1).

El embarazo adolescente acarrea múltiples consecuencias; las niñas menores de 15 años tienen mayores posibilidades de morir en el alumbramiento que las mujeres mayores de 20 años. Si una madre es menor de 18 años, su bebé tiene 60% más probabilidades de morir antes de cumplir un año, que un bebé nacido de una madre mayor de 19 años (2). El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza (1).

A pesar de que la tasa de natalidad entre las adolescentes ha disminuido, la OMS señala que el 11% de todos los nacimientos en el mundo se producen todavía entre adolescentes de 15 a 19 años. En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 adolescentes. Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 adolescentes, siendo las más altas las del África Subsahariana (1).

En América Latina y el Caribe, los porcentajes de embarazo son de tres a cinco veces más altos entre adolescentes de escasos recursos que entre adolescentes que cuentan con mayores recursos económicos (2). La desigualdad de género, la discriminación, la falta de acceso a los servicios, la pobreza y el concepto social que se tiene de las niñas y mujeres (3), han permitido que la tasa de embarazos adolescentes vaya en aumento.

En el Perú, del total de mujeres adolescentes, el 13,2%, están embarazadas o ya son madres lo que representa un problema de salud pública, por ser una de las causas de mortalidad materna, por la condición de la adolescente y porque muchos de los embarazos terminan en abortos inducidos debido a que se realizan en condiciones clandestinas e inseguras, lo que causa serias lesiones a la madre llevándola a la muerte (4). Sin embargo, para el año 2016 se observa una diferencia porcentual de 0,5%, donde el 12,7% de adolescentes peruanas de 15 a 19 años ya estuvo alguna vez embarazada (5).

En Cajamarca, en 2016, el 16,7% de adolescentes entre 15 a 19 años ya eran madres o han estado embarazadas por primera vez (5).

Existen múltiples factores de riesgo involucrados en el embarazo adolescente como los factores sociodemográficos y ginecológicos tales como la edad, el nivel de educación, el estado civil, la procedencia, ocupación, consumo de alcohol, tipo de familia, información sobre prevención del embarazo, fuente de información sobre prevención del embarazo, proyecto de vida e ingreso económico familiar, religión; edad de inicio de relaciones sexuales, antecedente familiar de embarazo precoz y, uso de métodos anticonceptivos.

En el Centro Materno Perinatal se atiende a una considerable cantidad de adolescentes embarazadas, todas inmersas dentro de los diversos factores sociodemográficos y con características ginecológicas comunes a todo el grupo de estudio.

En ese sentido, se creyó conveniente elaborar una investigación con el objetivo de determinar los principales factores sociodemográficos de la adolescente embarazada que acude al Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar Cajamarca 2018.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores sociodemográficos y ginecológicos de la adolescente embarazada atendida en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar 2018 - Cajamarca?

1.2. Objetivos

1.1.1. Objetivo general

Determinar los factores sociodemográficos y ginecológicos de la adolescente embarazada atendida en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar 2018 – Cajamarca

1.1.2. Objetivos Específicos

- Determinar los factores sociodemográficos de la adolescente embarazada del estudio.
- Determinar los factores ginecológicos de la adolescente embarazada del estudio.

1.3. Justificación

El embarazo adolescente es un serio problema de salud pública, dado que es considerado de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la

madre y el producto de la concepción, además de las secuelas psicológicas, sociales y ginecológicas que tiene sobre la adolescente.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), en el año 2016, informa que 20.000 adolescentes menores de 18 años dan a luz y cerca de 200 mueren como consecuencia de un embarazo o un parto en los países en vías de desarrollo. Cada año se producen en el mundo 7,3 millones de partos de niñas y adolescentes de hasta 18 años, de los cuales dos millones corresponden a niñas menores de 15 años, una cifra que, de mantenerse la tendencia actual, llegará a tres millones en 2030 (1). En el Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), informa que en el año 2016 el 12,7% de adolescentes de 15 a 19 años ya estuvo alguna vez embarazada (5).

Esta situación de embarazo en adolescentes se está convirtiendo en una problemática muy común que aqueja a las familias de más bajos recursos y debido a esto se está incrementando la población y la pobreza puesto que a estas madres se les dificulta acceder a una educación superior disminuyendo así las posibilidades de conseguir un trabajo mejor remunerado, lo que hace que sus hijos tengan menos oportunidades de tener un mejor futuro y una adecuada calidad de vida, todo esto a su vez acarrea consigo el aumento de la pobreza en el país.

Las causas del embarazo en adolescentes son múltiples y se relacionan entre sí. Una de las principales podría ser que la madre encabeza la mayoría de las familias de bajos ingresos, asume el rol de administradora del hogar y se convierte en la proveedora principal de los alimentos, por tanto, desatiende aspectos significativos de su casa y a menudo no tiene en quién delegar esas responsabilidades. Las consecuencias son múltiples: en primer lugar, los jóvenes carecen de modelos morales de referencia para guiar sus conductas; muchos de los roles adultos se transfieren tempranamente a las jóvenes. A esto añadimos que la adolescente embarazada suele exhibir una especie de competencia e identificación con la madre; por tanto, es frecuente que tenga su primer hijo aproximadamente a la misma edad en que lo hizo la mamá

En el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar se atiende a diario un porcentaje significativo de adolescente cada una de ellas pertenecientes a un grupo de factores sociales, demográficos y ginecológicos tales como la edad, el nivel de educación, el estado civil, la procedencia, ocupación, consumo de alcohol, tipo de familia, información sobre prevención del embarazo, fuente de información sobre prevención del embarazo, proyecto de vida e ingreso económico familiar, religión; edad de inicio de relaciones sexuales, antecedente familiar de embarazo precoz y, uso de métodos anticonceptivos que hacen de la adolescente una paciente muy particular y que requiere de atención especializada.

Por esta razón se creyó conveniente realizar la presente investigación con el objetivo de determinar los factores sociodemográficos y ginecológicos de la adolescente embarazada atendida en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar.

Los resultados aportarán al marco teórico del embarazo adolescente en lo concerniente a factores sociodemográficos y ginecológicos que puedan estar asociados a este problema de salud pública para tratar de seguir implementando estrategias de prevención y programas continuados de apoyo al adolescente, tratando de beneficiar no solo al adolescente sino también a la familia y la sociedad

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Narváez, P. (Ecuador. 2017). Realizó una investigación descriptiva, no experimental a 50 adolescentes con embarazo precoz con el objetivo de determinar el perfil psicológico y social de las adolescentes embarazadas de 15 y 19 años. Concluyendo que las adolescentes que se embarazan con más precocidad se encuentran en la edad de 17 años, con un nivel socio económico medio, un nivel de escolaridad de bachillerato incompleto. En el campo familiar 50% de las adolescentes viven con ambos padres, mientras que el otro 50% de las adolescentes restantes tienen una familia desestructurada, viven separados de ellos, el 74% de ellas mantienen una buena relación con sus padres; dentro de las familias se evidencia el uso de licor mayormente por parte del padre en un 50%, el 54% de los familiares de las adolescentes con embarazo precoz no consumen tabaco y en un 5% de los familiares hacen uso de drogas ilícitas. Dentro de las principales causas que provoca el embarazo adolescente fue que el 52% nunca usó métodos anticonceptivos, además, con el 50% las adolescentes afirman que es por iniciar precozmente una actividad sexual y reproductiva y el 32% dice que es por la mala utilización de métodos anticonceptivos, provocando consecuencias en un 40% problemas familiares, en un 34% deserción escolar, en un 14% casamientos precoces y un 10% fracaso en las relaciones de pareja (6).

Caivinagua, C. (Ecuador.2017). En su investigación de tipo descriptivo en 126 adolescentes embarazadas, con el objetivo de determinar el autoestima y características obstétricas en adolescentes embarazadas, concluyendo que su edad media fue de 17,64; el 50,79% son de unión libre, 51,59% son amas de casa, 45.24% posee bachillerato incompleto, 50.79% no usaron ningún método anticonceptivo previo a su embarazo, 65.08% refirieron que su embarazo no fue planificado (7).

Muñoz, S. (Chile. 2014). En su estudio transversal, con el objetivo de describir el perfil socio-demográfico y psicosocial de las adolescentes embarazadas, ente 15 y 19 años, donde encontró los siguientes resultados: donde el 69%son de una edad de entre 17-19 años, el 53% tiene solo primaria, el 50% son madres sin empleo, el 31% ha dejado de estudiar por causas económicas, el 61% tiene una pareja, el 30% ha consumido alcohol a una edad de 15-19 años, el 29% de las adolescentes manifestaron empezaron su actividad sexual a los 14 años y un 58% reportan que nunca utilizaron métodos anticonceptivos. (8).

Cauhtémoc, E, y cols. (México. 2013). En su estudio observacional, transversal y descriptivo, con el objetivo de explorar algunos de los conocimientos, creencias y actitudes acerca de la sexualidad en adolescentes embarazadas menores de 17 años, por medio de encuestas donde participaron 158 adolescentes con edad promedio de 15.6 años y de escolaridad de 8.8 años. La menarquia sucedió a los 11.5 años aproximadamente y después de 2 años tuvieron su primera relación sexual. El 56,9% tenían el antecedente de haber sido producto de madre adolescente, donde concluyeron que menores de 17 años ya habían experimentado el acto sexual por curiosidad pese a ya haber recibido información y poseer dichos factores de riesgo ya mencionados (9).

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Ruiz, Y. (Lima. 2017). En su investigación cuantitativa, descriptiva, transversal, con el objetivo de determinar las características epidemiológicas de las gestantes, donde encontraron que: la media de inicio de vida sexual fue $14,8 \pm$

1,4 años, la mayoría fueron estudiantes (90,5%) y más de la mitad de ellas (52,4%) tenían secundaria incompleta. Y 36 de ellas (85,7%) recibieron previamente educación sexual, la mayoría recibió educación a través de profesores (47,6%). El 61,9% de las gestantes reportó sentirse triste, el 47,6% reportó asustarse con facilidad, el 42,9% refirió sentirse tensa o nerviosa, el 38,1% refirió llorar con más frecuencia. El 61,9% no uso preservativo, el 38,1% uso condón, el que fue adquirido en una botica (23,8%). La mayoría de las que no usaron preservativo refirieron que no planearon tener relaciones sexuales (38,1%) (10).

García, K. y Sánchez, M. (Lima. 2016). En su estudio observacional, prospectivo, transversal y analítico con el objetivo de determinar las características sociodemográficas de las gestantes adolescentes (N=40). Los resultados que obtuvieron fueron que la edad de las adolescentes gestantes era un promedio de 16,72 DS+/- 1 año, en cuanto a la edad de la menarca el promedio fue de 12,58 DS+/- 1 año, siendo la edad de la primera relación sexual entre los 15,50 DS+/- 1 año. Afirmando un 52,5% ser conviviente, según el motivo de la primera relación sexual el 52,5% afirmó que sucedió por amor, sobre la planificación del embarazo un 85% no lo planificó; de acuerdo a las características familiares el 45,0% viven con los padres seguido de la pareja 37,5%; el 70% cursa con ingresos económicos entre 500 a 1000 soles, el 52,5% de las adolescentes afirma depender económicamente de los padres y el 45% solo de la pareja. Por último se identificó que el 50% tuvo alguna amistad que se encontraba en una situación de embarazo no planificado, el 92,5% afirma no haber sido influenciada o coaccionada a tener relaciones sexuales, habiendo recibido información de cómo prevenir un embarazo el 75%, siendo el medio más común para recibir información la televisión y el internet; se tuvo que un 95% no probó otro tipo de droga mientras que el 52,5% nunca había consumido alcohol (11).

Huanco A, y cols. (Lima. 2012). Realizaron un estudio de casos y controles que compara el riesgo materno-perinatal entre adolescentes (10 a 19 años) y adultas

(20 a 29 años) con el objetivo de conocer frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes en 23 hospitales del ministerio de salud del Perú 2012: las adolescentes representan 19,2% de los partos, con diferencia significativa entre regiones naturales(17,6% sierra, 18,1% costa y 295 selva), las repercusiones maternas, anemia, infección del trato urinario, enfermedades hipertensivas del embrazo e infección puerperal. Se asoció al embrazo adolescentes a una menor escolaridad, alta dependencia económica, y situación conyugal inestable; por lo cual concluyeron que las adolescentes embarazadas tienen condiciones demográficas desfavorables y alto riesgo de mortalidad materna (12).

2.2. BASE TÉORICA

2.2.1. Adolescencia

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia (13).

Para el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), adolescentes son todas las personas que tiene entre 10 y 19 años, y que están en una etapa de su vida en la cual se presentan cambios importantes en su aspecto físico, así como en su personalidad. Es una etapa en la cual se fijan prácticas y valores que determinarán su forma de vivir sea o no saludable en el presente y en el futuro (14).

a) Desarrollo físico

Durante la adolescencia, las personas jóvenes atraviesan por muchos cambios a medida que pasan a la madurez física. Los cambios prepuberales precoces ocurren cuando aparecen las características sexuales secundarias (15).

- **Niñas:**

- Las niñas pueden empezar a desarrollar los brotes de senos a los 8 años de edad, con un desarrollo completo de estos que se alcanza en algún momento entre los 12 y los 18 años.
- El crecimiento del vello púbico, de la axila y de la pierna comienza usualmente alrededor de los 9 o 10 años de edad, y alcanza los patrones adultos alrededor de los 13 o 14 años.
- La menarquia (el comienzo de los periodos menstruales) ocurre en forma característica alrededor de 2 años después de la aparición de los senos incipientes y el vello púbico. Puede suceder incluso desde los 9 años o, a más tardar, hacia los 16 años. La edad promedio de la menstruación en los Estados Unidos es aproximadamente a los 12 años.
- El crecimiento rápido de estatura en las niñas alcanza su punto máximo alrededor de los 11.5 años y disminuye alrededor de los 16 (15).

b) Desarrollo psicológico

Respecto al desarrollo psicológico en los adolescentes, se destaca la reafirmación del yo, el individuo toma conciencia de sí mismo y adquiere mayor control emocional. Una forma de reafirmar el yo es el deseo de mayor autonomía, la búsqueda de nuevas experiencias y cierta arrogancia y crítica con los padres y, en general, con la autoridad. Estos deseos novedosos originan en él cierta angustia e inseguridad provocada por el abandono de un mundo en el que se sentía seguro y la entrada en otro con el que no se siente plenamente identificado. A veces, el adolescente muestra un retraimiento interior que podemos interpretarlo como un exceso de egocentrismo, sobrevaloración

personal y disconformidad con quienes le rodean, pero este proceso es necesario para que el adolescente afiance su personalidad y adquiera cierta autonomía en su forma de pensar, sentir y actuar (16).

c) Búsqueda de la identidad.

La búsqueda de sí mismo y de la identidad supone responder a preguntas vitales como ¿quién soy yo?, ¿qué puedo y debo hacer?, ¿hacia dónde voy? Esta es una tarea que se inicia en la adolescencia y que no acaba nunca. La identidad de cada cual está íntimamente relacionada con la autoestima. La autoestima es lo que pienso de mí y cómo me siento en la vida. La autoestima depende de la familia, los amigos y grupos a los que pertenecemos. No hay adolescencia sin grupo, sin amigos. El grupo es el escenario donde se fabrica la autoestima y la identidad (16).

Entre las causas que pueden provocar una crisis de identidad señalamos las siguientes:

- La confusión bisexual.
- La necesidad de tomar decisiones sobre la familia, la profesión, las relaciones sociales, el amor. La búsqueda de un compromiso ideológico frente a la confusión de valores.
- La ambigüedad de su estatus social. Muchas veces los adultos le exigen la obediencia de un niño, y en otras, quieren que tenga la responsabilidad de un adulto (16).

Frente a las sociedades tradicionales en las que el individuo tenía asignado un papel predeterminado que era difícil cambiar, en la sociedad posmoderna cada individuo se ha convertido en creador de su propia identidad, siempre precaria y nunca definitiva, porque el ser humano es una realidad en perpetuo devenir (16).

d) Etapas de la adolescencia

- **Adolescencia temprana (10 a 13 años)**

Biológicamente es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías, no controlan sus impulsos y se plantean metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupan mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física (1).

- **Adolescencia temprana (de 12-14 años)**

Es la adolescencia propiamente dicha cuando ha ocurrido prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares compartiendo valores propios y conflictos. Para muchos es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda (1).

- **Adolescencia tardía (17 a 19 años)**

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está

transitando sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes. Es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando muchas de ellas el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes (1)

e) Sexualidad en la adolescencia

Los cambios físicos de la adolescencia ya comenzaron a darse, pero es en esta etapa donde la sexualidad comienza a vivirse de manera distinta a la niñez puesto que las hormonas comienzan a ser más efervescentes, la imaginación invita a explorar en fantasías sexuales, la atracción hacia personas de su mismo sexo o de otro sexo resalta más que antes, el sentirse ilusionado (a veces confundiendo conceptos de amistad, gusto, enamoramiento) despierta emociones muy intensas y también la respuesta sexual humana como la erección del pene y la lubricación vaginal puede darse con mayor frecuencia ante diversos estímulos (ya sea visuales, auditivos o ellos mismos tocándose) (17).

Muchos padres y madres consideran que es en esta etapa donde recién se debería conversar con sus hijos o hijas sobre sexualidad (sobre todo desde la prevención), sin embargo, la experiencia con adolescentes demuestra que hacia los 13 años en adelante, los chicos y chicas ya han recibido información sobre sexualidad desde los medios de comunicación, las redes sociales y el internet, los amigos, viendo a los padres expresarse afecto, y todos los espacios de socialización. Lamentablemente, la información que los adolescentes reciben no suele ser la adecuada, ya que no necesariamente es educación sexual sino solamente son datos o imágenes que llega sin filtros ni explicaciones que ellos desean tener, lo cual muchas veces genera más confusión de la que ya tienen (17).

Es importante que en esta etapa aprendan que el sexo es una forma de dar y recibir placer, y que su función no es sólo reproductiva. Deben saber los

cuidados y las consecuencias de tener relaciones sexuales a tempranas edades (17). También deben saber:

- Que la masturbación no causa daños físicos o psicológicos, pero que debe hacerse en privado.
- Lo que es el abuso sexual/violación.
- Sobre las infecciones de transmisión sexual.
- Sobre métodos anticonceptivos y dónde se consiguen. Esto es información que no promoverá su inicio sexual sino el cuidado que las personas responsables asumen.
- Sobre el aborto.
- Sobre sexting, que es el envío de fotografías y videos con desnudos o semidesnudos.
- Sobre diversidad sexual: heterosexualidad, bisexualidad, homosexualidad e identidades de género.
- Sobre las actitudes y reglas que la comunidad o la familia tienen sobre el enamoramiento y relaciones de pareja.
- Sobre la posibilidad de salir lastimado de una relación explorativa o poco seria.
- Sobre la responsabilidad de sus elecciones y conductas.
- Que todas las personas tienen derecho a decir “no”.
- Que la forma en que presentan la sexualidad los medios de comunicación no siempre es realista.
- Que ser asertivos implica saber exigir nuestro derecho al sexo protegido o seguro.
- Cómo cambia la vida de un adolescente un embarazo no deseado.
- Toma de decisiones para “la primera vez”. Buscando retrasar el inicio sexual activo.
- Las caricias entre varones y mujeres no siempre son con miras a lograr la excitación sexual (17).

Hay que tener en cuenta que en esta etapa a los adolescentes les gusta más andar con sus amigos y no con la familia, abundan en la muestra de afecto con personas del otro sexo o de su mismo sexo y ello muchas veces les genera confusiones porque comienzan a descubrir nuevas emociones, nuevas sensaciones, nuevas fantasías y en ocasiones se les dificulta conocer los límites de lo permitido. Muchos se cierran a la amistad por miedo a quedarse solos. Otros no reparan en tener relaciones sexuales con el fin de buscar seguridad y afirmarse como personas capaces de amar y hacer amigos. Por ello, es bueno brindarles espacio de escucha activa y contención emocional, buscar momentos para el diálogo con los hijos adolescentes y nunca juzgarlos, para que ello no genere rechazo ni desconfianza (17).

2.2.2. Embarazo en la adolescencia

Un embarazo en adolescente genera cambios en la joven, en el joven y en quienes los rodean; puede presentarse desde un drama familiar por la adaptación a la nueva situación, hasta la transformación en forma sustancial de todo el panorama. Esto, al igual que otras circunstancias lo pueden convertir en un hecho dinámico y muy complejo. A partir de la década de los 70 se han aplicado diversas estrategias para prevenir el embarazo en adolescentes; a pesar de ello, éste se ha incrementado, al igual que los indicadores de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, entre otras consecuencias (18)

Los embarazos en adolescentes son un problema de salud pública que afecta al Perú y a todos los países en vías de desarrollo a nivel mundial. La Organización Mundial de Salud (OMS) estima que unos 16 millones de muchachas de 15 a 19 años están embarazadas a nivel mundial, y 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de bajos y medianos ingresos (1).

A pesar de que la tasa de natalidad entre las adolescentes ha disminuido, la OMS señala que el 11% de todos los nacimientos en el mundo se producen todavía entre muchachas de 15 a 19 años. En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las

adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 muchachas. Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 muchachas, siendo las más altas las del África Subsahariana (1).

Sin embargo, a pesar de haber una disminución de la tasa de natalidad en las adolescentes a nivel mundial, América Latina se registra como la única región donde aumentaron los embarazos adolescentes, colocándola como la segunda región con más maternidad infantil, después de África (3).

En el Perú, del total de adolescentes de 15 a 19 años, el 12,7% ya estuvo alguna vez embarazada, de estas el 10,1% ya eran madres y el 2,6% estaban gestando por primera vez. Mientras que en Cajamarca, el 16,7% de mujeres adolescentes ya eran madres o estaban embarazadas por primera vez (5).

a) Actitudes frente al embarazo y la maternidad

El embarazo de la adolescente es una crisis que se impone a la crisis de la adolescencia y que presenta características diferentes según la etapa de desarrollo de la adolescente en que se presente. Las actitudes de los adolescentes frente al embarazo se manifiesta con gran variedad y en diferentes ángulos, de acuerdo a las influencias culturales, temperamentales de clase social y el estado de salud; sin embargo es posible encontrar alguna características comunes que permiten clasificar las conductas en base a etapas de desarrollo de la adolescencia (11).

b) Consecuencias del embarazo en adolescentes

Existen múltiples consecuencias para la mujer adolescente embarazada como:

- Frecuente abandono de los estudios, lo que reduce sus futuras oportunidades de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal.
- Menor duración y más inestables en pareja adolescente.
- Discriminación por su grupo de pertenencia.

- Tendencia a un mayor número de hijos con intervalos Inter-genésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza (19).
- Consecuencias fisiológicas:
 - Anemia
 - Prematuridad
 - Hipertensión
 - Enfermedades de transmisión sexual
 - Mortalidad materna
- Consecuencias psicológicas y sociales para la madre:
 - Mayor número de hijos no deseados.
 - Mayor inestabilidad con la pareja
 - Escaso nivel educativo o fracaso escolar
 - Menor ingreso económico que sus amigos
 - Mayor prevalencia de depresión y otros síntomas psiquiátricos.
 - Distanciamientos de sus amigos o aislamiento social
 - Estrecha relación con su familia.
- Consecuencias fisiológicas para el hijo:
 - Bajo peso al nacer
 - Prematuridad
 - Mayor incidencia de muerte súbita
 - Traumatismo e intoxicaciones accidentales
 - Infecciones agudas menores
 - La tasa de mortalidad en lactantes es el doble en los hijos de madres adolescentes.
 - Desnutrición
- Consecuencias psicológicas y sociales para el hijo:
 - Mayor problema de conducta en edad escolar
 - Obtienen más bajos puntajes en pruebas intelectuales
 - Mayor frecuencia de repetición del año escolar
 - Maltrato y abandono por parte de la madre
 - Mayor frecuencia de uso de drogas

- Mayor tasa de embarazo en la adolescencia.
- Consecuencias para la familia:
 - Al inicio, sentimientos de rabia, dolor y confusión. Posteriormente, se reemplaza por apoyo.
 - Traspaso de roles, siendo las abuelas las cuidadoras; la adolescente, disminuye el vínculo madre – hijo.
 - Cuando la adolescente vive en pareja, lo hace a expensas de sus padres o suegros.
 - Se genera violencia
 - Se incrementan los problemas económicos (20).

c) Prevención del embarazo en adolescentes

Es importante prevenir el embarazo en la adolescencia a través de la promoción de la salud sexual y reproductiva. Para ello, los adolescentes necesitan:

- Información, incluida una educación sexual integral.
- Acceso a una gama completa de servicios de salud sexual y reproductiva, incluido el acceso a los preservativos y a otros métodos anticonceptivos, según proceda, y el acceso a otras intervenciones de prevención, tratamiento y atención relacionadas con las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH.
- Un entorno libre de explotación y de abusos que les ofrezca seguridad y apoyo (21).

Como estrategia se deben tener en cuenta los factores protectores y los factores de riesgo psicosociales para implementar una intervención adecuada y oportuna (21).

Los factores protectores son recursos personales, familiares o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de un daño. Para la o el adolescente, estos factores protectores pueden ser una familia fuerte (aunque uniparental), un

diálogo fluido con un adulto referente un rendimiento escolar satisfactorio y un círculo social con conductas adecuadas (21).

Mientras que, los factores de riesgo son características o cualidades asociadas o vinculadas a una persona, familia o sociedad unidas a una mayor probabilidad de sufrir un daño en salud. En la adolescencia, estos pueden ser: conducta antisocial, depresión, estrés, baja autoestima, uso de drogas, ausencia de un proyecto de vida, bajo nivel educativo y socioeconómico, familia disfuncional entre otros (21).

2.2.3. Factores que intervienen en el embarazo adolescente

a) Factores sociodemográficos

- **Edad:** Tiempo que ha vivido una persona (22). Del 12,7% de mujeres adolescentes que ya son madres o que están embarazadas por primera vez, el 56,7% tienen edades entre 17 a 19 años (5).
- **Grado de instrucción:** es el nivel más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (23). Del 12,7% de mujeres adolescentes que ya son madres o que están embarazadas por primera vez, el 42,3% tenía nivel primario, el 39,2% no tenía educación, el 11,2% tenía secundaria y el 6,8% tenía nivel superior (5).
- **Estado civil:** Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas (24). Delgado & Martínez, encontraron que el estado civil predominante en las adolescentes embarazadas de su investigación fue el concubinato con 54 adolescentes (65.8 %), seguido por las solteras con 15 adolescentes (18.2 %), seguido por las casadas con 13 adolescentes (15.8 %) (25).

- Procedencia: Lugar, cosa o persona de que procede alguien o algo (26). Los mayores porcentajes de adolescentes alguna vez embarazadas se encuentran en el área rural (22,7%) y los menores porcentajes en el área urbana (9,8%) (5).
- Ocupación: Actividad o trabajo (27). De las gestantes adolescente el 73,1% son amas de casa, las demás se reflejan como estudiantes y/o obreras (25).
- Consumo de bebidas alcohólicas: El consumo de alcohol puede cambiar el comportamiento de los adolescentes orientándolos a actividades sexuales sin protección o conductas promiscuas, que pueden devenir en embarazos no deseados (28).
- Tipos de familias:
 - Familia nuclear: es la familia conviviente formada por los miembros de un único núcleo familiar, el grupo formado por los padres y sus hijos. Las definiciones más amplias consideran en un núcleo familiar tanto a los grupos formados por dos adultos emparejados, con o sin hijos, como a los formados por un adulto con uno o varios hijos. Algunas definiciones más restrictivas la reducen a los casos en los que están presentes los dos progenitores (29).
 - Familia incompleta: se le denomina familia nuclear incompleta a una familia nuclear donde falta uno de los miembros el esposo, la esposa o los hijos por alguna razón muerte otro lugar de residencia etc (30).
 - Familia extensa : esta corresponde a las familias de algún hijo que con su esposa e hijos sigue viviendo en la casa de sus padre en nuestro medio también es frecuente que los hijos después de separarse de sus compañeros regresa a casa con sus hijos y en algunas ocasiones hay varios hijos con sus hijos (30).
 - Familia recompuesta: Está integrada por una pareja donde uno de ellos o ambos, vienen de tener otras parejas y de haber disuelto su vínculo marital. En la nueva familia es frecuente que los hijos sean de diferentes padres o

madres; siendo mayor el número de hijos que en las forma nuclear o monoparental (30).

- Ingreso económico: García y Sánchez relacionaron la variable ingreso económico y embarazo adolescente, encontrando que el 70,0% (n=28) refirió que los ingresos mensuales promedio en su hogar estaban en el rango de 500-1000 soles, siendo solo 5,0% (n=2) menor de 500 soles (11).
- Información de prevención de embarazos precoces: Arias y cols. encontró que el recibir información de prevención de embarazos se puede asociar con menor incidencia de embarazos adolescentes (31).
- Fuente de información sobre salud sexual y reproductiva: Arias y cols. encontraron que el origen de la información que poseen las adolescentes gestantes encuestadas, el 36.67% refirió haber recibido información acerca de la sexualidad por parte de sus familiares; el 28.33% recibió información por medio de la escuela; el 18.33% de programas de televisión y el 16.67% restante de amigos.
- Proyecto de vida: se considera que el embarazo y la maternidad es un importante problema psicosocial, ya que implica cambios en su complejo proceso de transformación individual de la adolescente que incluye la elaboración de su identidad, la construcción de las bases para su proyecto de vida, las relaciones con el mundo y por lo tanto la redefinición de sus lazos familiares, el reconocimiento de las opciones y restricciones que la sociedad le ofrece (7).
- Religión: Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses) (32). Binstock refiere que el nivel de religiosidad familiar no guarda asociación con los embarazos precoces, pero si tienen influencia indirecta con la edad de iniciación sexual (33).

b) Factores ginecológicos

- Edad de inicio de relaciones sexuales: En un estudio, el 25 % de las adolescentes con experiencia sexual se embarazan, de las cuales, el 60 % de estas gestaciones suceden en los primeros 6 meses posteriores al inicio de las relaciones sexuales (25). El inicio temprano tiene mucha importancia principalmente para las adolescentes porque se convierte en un riesgo potencial para embarazos no deseados, abortos y contagio de enfermedades de transmisión sexual (5).
- Antecedente de embarazo precoz en la familia: García y Sánchez relacionaron el tener un familiar que desarrolló un embarazo en la adolescencia con el embarazo actual de la adolescente; encontrando que el 60,0% de gestantes adolescentes ha tenido un familiar que se embarazó durante su adolescencia (11).
- Uso de anticonceptivos: La adolescente embarazada carece por lo general de conocimiento y habilidades básicas para tomar decisiones responsables en término de inicio y de protección de su vida sexual, de manera que no está preparada para evitar un embarazo. Caivinagua encontró en su investigación que el 50,79% de gestantes adolescentes no usaron ningún método anticonceptivo previo a su embarazo (7).

2.3. Conceptualización y Operacionalización de Variables

VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMES	ESCALA
Factores sociodemográficos y ginecológicos	Elemento que contribuyen a que se produzca un embarazo en adolescentes	Factores sociales	Edad	[10-13] [14-16] [17-19]	Razón
			Estado civil	Soltera Conviviente Casada	Nominal
			Procedencia	Rural Urbano	Nominal
			Nivel de educación	Sin instrucción Primaria Secundaria Superior	Ordinal
			Ocupación	Ama de casa Estudiante empleado	Nominal
			Consumo de alcohol	Nunca Ocasionalmente Siempre	Nominal
			Tipo de familia	Nuclear Incompleta Extensa recompuesta	Nominal
			Ingreso económico familiar	< 1 SMV 1-2 SMV >2 SMV	Ordinal
			Información sobre prevención del embarazo	Sí No	Nominal
			Fuentes de información recibida sobre salud sexual y reproductiva	Padres Amigos Personal de Salud Institución educativa Radio, televisión o internet	Nominal
			Proyecto de vida	Trabajar Estudiar Casarse y ser ama de casa Aún no lo piensa	Nominal
			Religión	Católica No católica	Nominal

		Factores ginecológicos	Edad primera relación sexual	[11 – 13] [14 – 16] [17 – 19]	Razón
			Antecedente familiar de embarazo precoz	Sí No	Nominal
			Uso de métodos anticonceptivos	Sí No	Nominal

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Diseño y tipo de estudio

El diseño de la presente investigación fue no experimental y pertenece a un estudio tipo descriptivo, de corte transversal, prospectivo.

Descriptivo: Porque simplemente se describe Factores Sociodemográficos y Ginecológicos de la Adolescente Embarazada.

No experimental: no hubo manipulación de la variable, solo se las describió.

Corte transversal: Porque se buscó describir el Factores Sociodemográficos y Ginecológicos de la Adolescente Embarazada, en un punto específico de tiempo, sin realizar seguimientos.

3.2. Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en el área de Gineco Obstetricia del Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar se encuentra ubicado en la Av. Mario Urteaga N° 500 de la ciudad de Cajamarca.

La ciudad de Cajamarca se encuentra en el distrito, provincia y región del mismo nombre, la cual se encuentra ubicada al norte del Perú y entre los paralelos 4° 30' latitud Sur y los meridianos 77° 30' de longitud Oeste, a una altitud de 2,750 metros sobre el nivel del mar.

3.3. Población

La población del presente estudio de investigación estuvo conformada por todas las gestantes adolescentes que fueron atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar. Siendo un aproximado de 3 a 4 gestantes adolescentes por mes, existiendo un total de 50 gestantes adolescentes desde el mes de enero a diciembre del año 2017.

3.4. Muestra y muestreo

Con la finalidad de obtener resultados más precisos, se optó por realizar la investigación con la totalidad de la población, es decir que se incluyó a todas las gestantes adolescentes que acudieron al Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar durante el periodo de ejecución del presente proyecto, es decir desde el mes de enero a abril de 2018.

n=60

3.5. Unidad de análisis

En el presente trabajo de investigación estuvo constituida por cada gestante adolescente que acudió al Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar, durante los meses de enero a abril del 2018.

3.6. Criterios de inclusión

- Gestantes adolescentes entre los 10 a 19 años de edad que acudieron al Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar.
- Gestantes adolescentes que desearon participar de la investigación.

3.7. Criterios de exclusión

- Gestantes adolescentes que no aceptaron participar de la investigación o cuyos padres o tutores no autorizaron de la investigación.

3.8. Consideraciones éticas

- **Consentimiento informado:** Se tuvo en cuenta en todo momento el deseo e interés de la adolescente embarazada de querer ser parte de la presente investigación, asimismo se solicitó su autorización de forma escrita y la de sus padres y/o tutores para la aplicación del cuestionario.
- **La confidencialidad:** Se garantizó la privacidad de la adolescente embarazada a la que se le realizó la encuesta, ya que fue de manera anónima, respetando sus opiniones, cultura, creencias, religión y principalmente respetando los derechos de los sujetos de estudio.
- **La veracidad:** Se garantizó respetar en todo momento de la investigación los datos encontrados, respetando las opiniones y la confianza de la adolescente embarazada, sin alterarlos ni manipularlos.

3.9. Técnicas de recolección de datos

Para la recolección de datos se tuvo en cuenta las fases de estudio:

- Primera fase: Se solicitó a través de documentos escritos al Director del Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar la autorización pertinente para ejecutar el presente proyecto en dicha institución.
- Segunda fase: Las gestantes adolescentes y sus padres y/o tutores fueron informados de los objetivos de la presente investigación luego de solicitar su consentimiento informado se procedió a realizar la encuesta y la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento el cuestionario de recolección de datos donde se consignaron datos correspondientes a los factores sociodemográficos y ginecológicos, tales como la edad, estado civil, procedencia, nivel de educación, ocupación, tipo de familia, ingreso económico, religión, consumo de alcohol, fuente de información recibida sobre salud sexual y reproductiva, información de prevención de embarazo y proyecto de vida, inicio de relaciones sexuales antecedente familiar de embarazo precoz, uso de métodos anticonceptivos.

3.10. Procesamiento y análisis de datos

Una vez recolectada la información manualmente se procedió a la tabulación electrónica de los datos; posteriormente se elaboró los cuadros estadísticos pertinentes para la realización del análisis e interpretación de los resultados obtenidos a través del Programa Estadístico SPSS v.22.para Windows

3.11. Control de calidad de datos

La validez del cuestionario se hizo a través de una prueba piloto, aplicando encuestas a 20 adolescentes gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar y luego se realizó un análisis de confiabilidad a través del Coeficiente de Cronbach cuyo resultado fue de 0.75. (ANEXO 3)

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

4.1. DETERMINAR LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.

Tabla 01: Factores sociodemográficos de la adolescentes embarazada atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar. 2018.

Edad	n°	%
14 -16	14	23,3
17 -19	46	76,7
Total	60	100,0
Estado civil	n°	%
Soltera	22	36,7
Conviviente	28	46,7
Casada	10	16,7
Total	60	100,0
Procedencia	n°	%
Rural	29	48,3
Urbano	31	51,7
Total	60	100,0
Nivel de educación	n°	%
Sin instrucción	7	11,7
Primaria	30	50,0
Secundaria	15	25,0
Superior	8	13,3
Total	60	100,0

Fuente: Cuestionario de Recolección de Datos

El primer factor social evaluado es la edad, donde se evidencia que las gestantes adolescentes se encuentran entre 14 a 19 años; existiendo un 76,7% de 17-19 años y 23,3% de 14-16 años respectivamente.

Estos resultados son similares a los expuestos por Narváez (2017), quien encontró en su investigación que la mayor parte de adolescentes que se embarazan tenían 17 años (6). Mientras que, García, K. & Sánchez, M. (2016) en su investigación encontró que el promedio de la edad de las gestantes adolescentes es de 16,72 años +/- 1 año (11). Por otro lado, Cuauhtémoc y cols. (2013) indicaron que la edad promedio de las gestantes adolescentes de su investigación es 15.6 años (9).

La OMS señala que 16 millones de mujeres de 15 a 19 años estaban embarazadas en el año 2014 (1). Mientras que el INEI, en el 2016 indicó que del 12,7% de mujeres adolescentes que ya son madres o están embarazadas por primera vez, el 56,7% tienen edades entre 17 a 19 años (5), coincidiendo con el grupo etáreo mayoritario de la presente investigación.

La edad cobra importancia pues esta suele constituir un factor de riesgo si la mujer es demasiado joven, pudiéndose presentar una serie de complicaciones obstétricas en el embarazo. La adolescencia es una etapa donde el cuerpo de la mujer está terminando de desarrollar y de madurar, tanto biológica como psicológicamente, por lo tanto, aún no se encuentra preparada para el proceso de un embarazo. En esta etapa, el embarazo se torna complicado y de peligro, puesto que la corta edad se convierte en un factor de riesgo asociado a la falta de capacidad de la gestante adolescente para entender la magnitud y la importancia de los procesos que se están produciendo en su cuerpo.

En cuanto al estado civil de las gestantes adolescentes, el 46,7% es conviviente, el 36,7% es soltera y el 16,6% es casada.

García, K. & Sánchez, M. (2016) coincide al encontrar una mayor población de gestantes adolescentes que conviven con su pareja (52,5%), existiendo una

diferencia porcentual de 5,8% (11). Mientras que Delgado & Martínez (2017), encontró que el estado civil predominante en las adolescentes embarazadas de su investigación fue el concubinato con 65,8%, seguido por las solteras con 18,2%, y las casadas con 5,8% (25).

En muchos casos, la existencia de un embarazo adolescente suele asociarse a la unión conyugal de manera apresurada, esto puede significar aspectos positivos y negativos para las adolescentes.

En algunos casos, tener apoyo de la pareja brinda seguridad emocional a la adolescencia al embarazo; sin embargo, las uniones forzadas por un embarazo, pueden llegar a ser relaciones inestables, puesto que los adolescentes no tienen la suficiente capacidad de decisión respecto a su futura pareja, en cuyo caso si afecta negativamente al embarazo.

Respecto a la procedencia, el 51,7% de gestantes adolescentes provienen del área urbana y el 48,3% del área rural.

El INEI (2016) indica que las adolescentes embarazadas, son en su mayoría pertenecientes a la zona rural (22,7%), mientras que de la zona urbana son (9,8%) (5).

Estos resultados sugieren que las que las adolescentes, tanto de zona urbana y rural, no reciben información calificada y oportuna sobre salud sexual y reproductiva.

Con respecto al nivel de educación, donde el 50,0% de gestantes adolescentes tienen como último nivel de estudios el nivel primario, el 25,0% secundaria, el 13,3% superior y el 11,7% son sin instrucción.

Estos resultados son similares a los que expone el INEI (2016), quien informa que el mayor grupo poblacional de gestantes adolescentes han estudiado hasta el nivel primario, el 42,3%, el 39,2% no tiene instrucción, el 11,2% tiene secundaria y el 6,8% tiene nivel superior (5).

Por el contrario, Ruiz Y. (2017), encontró en su investigación que el 52,4% de su población de gestantes adolescentes tenían secundaria incompleta (10).

El nivel educativo es importante porque permite a los adolescentes tener una mayor responsabilidad sobre su propia salud, probablemente quienes tengan mayor nivel educativo tienen un proyecto de vida más sólido que les permite tener una vida sexual más responsable utilizando métodos anticonceptivos para impedir un embarazo no deseado, lo que no ocurre quienes tienen bajo nivel educativos.

De otra parte Durante el embarazo, el personal de salud brinda información a la adolescente gestante sobre hábitos saludables en beneficio del estado de la gestación, pero el bajo nivel de educación que poseen las coloca en un estado de vulnerabilidad, probablemente porque no tienen los recursos económicos suficientes para poner en práctica las recomendaciones brindadas por el personal de salud.

Otro aspecto importante que atañe a este grupo poblacional de gestantes adolescentes con bajo nivel de instrucción, es que poseen pocas probabilidades de mejorar su estilo de vida y encontrar un trabajo que solvete sus necesidades básicas.

También cabe recalcar, que el grupo de adolescentes que actualmente se encuentran estudiando, ya sea niveles de estudios secundarios o superior, también podrían verse afectadas por el embarazo, ya que esto puede significar la posibilidad de que dejen sus estudios para dedicarse a su futura familia.

Al respecto, UNICEF señala que el embarazo adolescente es la segunda causa de deserción escolar (2). Aunque existen casos en que las adolescentes, después del embarazo, retoman sus estudios, o incluso quienes continúan estudiando antes y después del parto gracias al apoyo de sus padres, pero no todas las adolescentes tienen las mismas facilidades y oportunidades.

Tabla 02: Factores sociodemográficos de la adolescentes embarazada atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar. 2018.

Ocupación	n°	%
Ama de casa	34	56,7
Estudiante	25	41,7
Empleada de hogar	1	1,7
Total	60	100,0
Consumo de alcohol	n°	%
Nunca	38	63,3
Ocasionalmente	22	36,7
Total	60	100,0
Tipo de familia	n°	%
Nuclear	17	28,3
Incompleta	20	33,3
Extensa	5	8,3
Recompuesta	18	30,0
Total	60	100,0
Ingresos económicos	n°	%
< 1 SMV	34	56,7
1 - 2 SMV	26	43,3
Total	60	100,0

Fuente: Cuestionario de Recolección de Datos

En la tabla se evidencia la distribución de los datos con respecto a la ocupación de las gestantes adolescentes, el 56,7% son amas de casa, el 41,7% son estudiantes y el 1,6% están trabajando.

Delgado y Martínez (2017) manifestaron en su investigación que la mayor parte de gestantes adolescente son amas de casa en un 73,1% (25), el porcentaje de diferencia es notablemente marcado en comparación al de la presente investigación, existiendo una diferencia porcentual de 16,4%.

Por otro lado, los resultados también son similares a los de Ruiz Y. (2017), quien indicó en su investigación que el 90,5% de gestantes adolescentes son amas de casa (10).

El ser amas de casa en un gran porcentaje, está asociado al hecho de que las adolescentes muchas veces abandonan sus estudios y al no encontrar un trabajo por su situación académica, tienen que asumir la responsabilidad de las tareas de su hogar. Unas veces en su propio hogar y otras con los suegros.

Respecto al consumo de alcohol, el 63,3% de gestantes adolescentes refirieron nunca haber consumido alcohol, mientras que el 36,7% indicaron haber consumido alcohol ocasionalmente antes del embarazo.

Los resultados son similares a los de García, K. & Sánchez, M. (2016), quien encontró en su investigación que la mayor parte la población de gestantes adolescentes indicaron nunca haber consumido alcohol, siendo un total de 52,5% (11).

A pesar de que existe un porcentaje significativo de adolescentes que no consumen alcohol, más de la tercera parte de la población indica haber consumido alcohol ocasionalmente. Esto puede relacionarse con los posibles efectos que puede provocar el consumo de alcohol sobre el comportamiento de las adolescentes, ya que se trata de una sustancia estimulante que puede afectar la conducta de adolescente y provocar consecuencias como un inicio precoz de las relaciones sexuales, la cual puede ser la raíz de otras consecuencias sobre la salud sexual y reproductiva, entre ellos las de un embarazo no deseado para la adolescente.

El Instituto Deusto Drogodependencias postula que el consumo del alcohol en adolescentes distorsiona la percepción de señales que motivan a implicarse en una conducta de riesgo, en este caso la conducta de riesgo equivale a tener sexo sin usar preservativo, y las señales que inhiben esta conducta de riesgo sería evitar contraer una infección de transmisión sexual o un embarazo no

planificado. Los individuos que han consumido alcohol tienden a centrar su atención en las señales que motivan a la conducta de riesgo; mientras que los que no han consumido alcohol son capaces de atender a ambos tipos de señales (35).

Respecto al tipo de familia, se encontró que el 33,3% de gestantes adolescentes tienen una familia incompleta, el 30,0% recompuesta, el 28,3% nuclear y el 8,3% extensa.

Estos resultados difieren con los de Narváez P. (2017), quien encontró que el 50% de gestantes adolescentes tienen familias nucleares (6).

Zemudio y cols. (2018) investigó acerca del perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas en Michoacán – México, encontrando asociación con algún grado de disfunción familiar (36).

En la presente investigación, más del 60% de gestantes adolescentes tienen una familia carente de uno de los progenitores juntos, esta realidad suele ser muy común en la actualidad y que puede constituirse en un factor de riesgo para el embarazo adolescente.

En relación al ingreso económico familiar, el 56,7% de gestantes adolescentes perciben un ingreso menor a un salario mínimo vital y el 43,3% tiene un ingreso entre 1 a 2 salarios mínimos vitales.

García, K. & Sánchez, M. (2016), en su investigación encuentra una mayor población similar, pero con una cantidad porcentual mayor de (70,0%), demostrando que las gestantes adolescentes en su mayoría tienen un ingreso mensual promedio menor a 1 salario mínimo vital (11).

El ingreso económico de la mayoría de las gestantes adolescentes es bajo, esto las coloca en un grado de vulnerabilidad, ya que el factor económico suele ser limitante para el desarrollo de mejores estilos de vida. Gómez y Montoya (2012) dicen que el embarazo adolescente contribuye a la perpetuación del ciclo de la

pobreza; conllevando a las jóvenes en tener menores posibilidades para alcanzar sus logros educativos, ocupacionales y socioeconómicos (37).

Si dentro del grupo familiar se percibe deficiencia económica, entonces se empezará a priorizar los gastos más importantes o que cubran las necesidades básicas. En ocasiones esto podría implicar abandonar los estudios, llevar una mala alimentación, etc.

Tabla 03: Factores sociodemográficos de la adolescentes embarazada atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar. 2018.

Fuente de información recibida salud sexual y reproductiva	n°	%
Padres	11	18,3
Amigos	17	28,3
Personal de salud	8	13,3
Institución educativa	21	35,0
Radio, televisión o internet	3	5,0
Total	60	100,0
Información sobre prevención de embarazo	n°	%
Sí	32	53,3
No	28	46,7
Total	60	100,0
proyecto de vida	n°	%
Trabajar	32	53,3
Estudiar	25	41,7
Casarse y ser ama de casa	1	1,7
Aún no lo piensa	2	3,3
Total	60	100,0
Religión	n°	%
Católica	27	45,0
No católica	33	55,0
Total	60	100,0

Fuente: Cuestionario de Recolección de Datos

En cuanto a las fuentes de información sobre salud sexual y reproductiva, el 35,0% indica que la información provenía de las instituciones educativas, el

28,3% de los amigos, el 18,3% de los padres, el 13,3% del personal de salud y el 5,0% de la radio, televisión o internet.

Ruiz Y. (2017) indicó que los adolescentes de su estudio refería que la información recibida sobre prevención de embarazos y sexualidad provenía de sus profesores en un 47.6% (10). Mientras que García, K. & Sánchez, M. (2016), encontró que la fuente de información más común era la televisión y el internet (11).

La investigación demuestra que la fuente más frecuente de información sobre salud sexual y reproductiva son las instituciones educativas; sin embargo, considerando que la mayoría poblacional tiene un nivel de instrucción deficiente, es decir que ha tenido poco contacto con las instituciones educativas, se infiere que esta fuente de información no ha sido lo suficientemente adecuada ni de calidad.

En la investigación se evidencia que más de la cuarta parte de gestantes adolescentes reciben información sobre prevención de embarazos de sus amigos, dato preocupantes, puesto que los amigos no son fuentes fidedignas de este tipo de conocimiento, ya que los consejos que brindan se basan en sus propias experiencias sin tener un sustento científico, terminando por orientar a sus pares a situaciones que colocan en riesgo el bienestar de los adolescentes, su futuro y su vida.

En la tabla se observa que el 53,3% de las gestantes adolescentes refirieron haber recibido información sobre prevención de embarazos, mientras que el 46,7% indicaron no haber recibido información sobre el tema.

Ruiz Y. (2017) refirió que en su población el 85,7% de gestantes adolescentes habían manifestado recibir información de educación sexual previamente al embarazo (10). Mientras que García, K. & Sánchez, M. (2016), encontró que el 75% de su población había recibido información respecto al tema (11).

En tanto, Arias (2016) señala que el recibir información de prevención de embarazos se puede asociar con menor incidencia de embarazos adolescentes (32). Pero esta información debe ser constante y precisa, logrando que el adolescente se empodere para la toma de decisiones responsables.

Si bien es cierto, más de la mitad de la población de gestantes adolescentes indican haber recibido información sobre prevención de embarazos, se evidencia que esto no ha sido suficiente, ya que no se ha logrado que la adolescente internalice la información brindada y la adopción de conductas preventivas.

En relación al proyecto de vida que tienen las gestantes adolescentes, el 53,3% piensan trabajar, el 41,7% estudiar, el 3,3% no lo piensa y el 1,7% desea casarse y ser ama de casa.

Muñoz S. (2014) difiere completamente con los resultados puesto que al investigar la percepción de las gestantes adolescentes encuentra que en su mayoría tenían planes de vida confusos (8).

Más del 90% de la población ha pensado en su proyecto de vida y desea continuar con sus planes para el futuro; el querer proseguir con sus estudios o querer iniciar un trabajo les permitirá a las adolescentes buscar nuevas oportunidades que les permita lograr desarrollarse en diferentes planos, psicológico, social y económico. Sin embargo, un pequeño porcentaje de gestantes adolescentes no tiene claros cuáles son sus deseos para el futuro, para ellas probablemente hayan algunos inconvenientes para lograr su pleno desarrollo.

El tener como proyecto de vida casarse y ser amas de casa, suele observarse en algunas regiones del país, donde un hijo a temprana edad, constituye una meta que muchas adolescentes escogen para afirmar el matrimonio y su identidad ante sí mismas, su familia y la comunidad (4).

Se considera que el embarazo y la maternidad en la adolescencia es un problema psicosocial, que cambia por completo los proyectos de vida de las

jovencitas; implica cambios en su complejo proceso de transformación individual, la cual incluye la elaboración de su identidad, la construcción de las bases para su proyecto de vida, las relaciones con el mundo y por lo tanto la redefinición de sus lazos familiares, el reconocimiento de las opciones y restricciones que la sociedad le ofrece (29).

En cuanto a la religión, el 55,0% de gestantes adolescentes no profesan religión católica y el 45,0% si son católicas.

En este aspecto, Binstock (2017) refiere que el nivel de religiosidad familiar no guarda asociación con los embarazos precoces, pero si tienen influencia indirecta con la edad de iniciación sexual y el uso de anticonceptivos (33).

Si bien es cierto, la bibliografía indica que el tipo de religión no se asocia con los embarazos adolescentes, algunos autores mencionan que al tener cierta influencia sobre el inicio precoz de las relaciones sexuales (33).

La iglesia católica no apoya en el uso de anticonceptivos, debido a que la iglesia católica piensa que una mujer tiene el rol de ser madre y las relaciones sexuales existen por esa razón, la iglesia católica y algunos sectores evangélicos dicen que la mujer debe tener los hijos que dios les mande, no pueden rechazar la palabra de dios. (40)

4.2. DETERMINAR LOS FACTORES GINECOLÓGICOS DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.

Tabla 04: Factores ginecológicos de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar. 2018.

Inicio de relaciones sexuales	n°	%
11 - 13 años	1	1,7
14 - 16 años	39	65,0
17 - 19 años	20	33,3
Total	60	100,0
Antecedente familiar de embarazo precoz	n°	%
Sí	24	40,0
No	36	60,0
Total	60	100,0
Uso de métodos anticonceptivos	n°	%
Sí	32	53,3
No	28	46,7
Total	60	100,0

Fuente: Cuestionario de Recolección de Datos

En cuanto a los factores ginecológicos, se encontró que el 66,7% de gestantes adolescentes inició sus relaciones sexuales entre los 14 a 16 años, el 33,3% entre los 17 a 19 años y el 1,7% entre los 11-13años.

Ruiz Y. (2017), encontró que la edad promedio de la gestantes adolescentes en la que iniciaron las relaciones sexuales fue de 14.8 +/- 1.4 años (10).

Es preocupante el porcentaje de adolescentes que iniciaron sus relaciones sexuales tempranamente sobre todo si no optaron por una sexualidad responsable, es decir utilizar algún método para evitar el embarazo no deseado o protegerse de infecciones de transmisión sexual, pues en ambos casos las adolescentes van a mermar su bienestar físico, psicológico y afectar su estado social.

García, K. & Sánchez, M. (2016) precisamente manifiesta que el inicio temprano tiene mucha importancia, principalmente para las adolescentes, porque se convierte en un riesgo potencial para embarazos no deseados, abortos y contagio de infecciones de transmisión sexual (9).

En un estudio realizado por Delgado y Martínez (2017) se determinó que, el 25% de las adolescentes con experiencia sexual se embarazaron, el 60% de estas gestaciones sucedieron en los primeros 6 meses posteriores al inicio de las relaciones sexuales (26).

En cuanto a los antecedentes familiares, el 60,0% señaló no tener en su familia casos de embarazos adolescentes y el 40,0% si tenía antecedentes.

García, K. & Sánchez, M. (2016), difieren con los resultados, quien encontró en su investigación que el 60,0% de gestantes adolescentes ha tenido un familiar con antecedente de embarazo precoz (11), de igual manera, Cuauhtémoc E. y cols. (2013), señalaron que el 56,9% de gestantes adolescentes tenían el antecedente de haber sido producto de madre adolescente (9).

Gonzales y cols. (2012), señalaron que las circunstancias desventajosas de las madres adolescentes tienden a repetirse, con consecuencias aún más graves en la vida de sus hijas, ya que suelen embarazarse a una edad incluso más temprana que sus propias madres (38).

Respecto al uso de métodos anticonceptivos, el 53,3% de gestantes adolescentes indicaron haberlos usado alguna vez y el 46,7% no.

Estos resultados difieren con los de Ruiz Y. (2017) quien encontró en su investigación que el 61,9% de gestantes adolescentes no usaron anticonceptivos (10).

La adolescente embarazada carece por lo general de conocimiento y habilidades básicas para tomar decisiones responsables en término de inicio y de protección de su vida sexual, de manera que no está preparada para evitar un embarazo (7).

En la presente investigación, más de la mitad de la población de gestantes adolescentes conocen o han escuchado sobre los métodos anticonceptivos, sin embargo se desconoce el grado de veracidad de la información que las adolescentes tienen al respecto.

La educación para prevenir embarazos no deseados también considera el uso correcto de los métodos anticonceptivos dirigido a aquellas adolescentes que no lograron postergar el inicio de las relaciones sexuales; puesto que ellas con mucha más razón deben conocer la variedad y utilidad de estos métodos anticonceptivos para que logren planificar su familia.

Existe un porcentaje considerable que nunca ha utilizado métodos anticonceptivos, probablemente sea porque desconocen de su existencia o forma de uso, ya sea porque su religión no se lo permite, o porque tienen vergüenza al solicitarlo en una farmacia o un establecimiento de salud.

Esto evidencia que aún existen tabúes y brechas que provocan que la población más vulnerable se exponga al riesgo de un embarazo adolescente, conllevando a consecuencias que ponen en peligro la vida de la adolescente, e incluso de su bebé.

CONCLUSIONES

Luego de finalizar la investigación se llegó a cabo a las siguientes conclusiones:

- Los factores sociodemográficos de la adolescente embarazada en estudio, se caracteriza: las adolescentes gestantes se encuentran con edades de 17 - 19 años, son convivientes, procedentes del área urbana, con un nivel de educación de primaria, amas de casa, nunca consumieron alcohol, de familias incompletas, con un ingreso económico menor de un salario mínimo vital, recibieron información de salud sexual y reproductiva en instituciones educativas, recibieron información de prevención de embarazo ,proyecto de vida trabajar, no profesan la religión católica.
- Los factores ginecológicos de la adolescente embarazada en estudio, se caracteriza por iniciar las relaciones sexuales entre 14-16 años, no presentan antecedentes familiar de embarazo precoz, usaron métodos anticonceptivo.

RECOMENDACIONES

Las sugerencias planteadas están dirigidas a:

- Sugerir al Ministerio de Salud y al Ministerio de Educación trabajar mancomunadamente implementando programas de sexualidad y anticoncepción en las instituciones educativas para prevenir el inicio precoz de las relaciones sexuales, los embarazos no deseados en adolescentes y otras conductas de riesgo, para lo cual como estrategia se debe emplear la necesidad de recurso humano especialista o capacitado en salud sexual y reproductiva, tales como las obstetras.
- Se sugiere al personal de salud del Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar concientizar a la población adolescente con edades entre 11 - 19 años, para que a través de las instituciones educativas o la formación de redes juveniles en los barrios, se brinde conocimientos adecuados en salud sexual y reproductiva.
- Se recomienda al personal de salud del Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar realizar campañas preventivos-promocionales en temas relacionados a la salud sexual y reproductiva, y buscar su empoderamiento de los mismos.
- Se sugiere que a través del Ministerio de Educación se reactive las escuelas para padres en instituciones educativas de nivel primario y secundario, para un mayor un mayor apoyo del adolescente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia. [Online].; 2014 [Citado el 26 de noviembre del 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>.
2. BBC Mundo. América Latina es la única región donde aumentaron los embarazos adolescentes. [Online].; 2013 [Citado en noviembre del 2017]. Disponible en: http://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/10/131030_salud_embarazo_adolescente_onu_gtg.
3. UNICEF. Hechos sobre adolescencia y jóvenes en América Latina y el Caribe. [Online]. 2010 [Citado el 26 de noviembre del 2017]. Disponible en: [https://www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP\(1\).pdf](https://www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP(1).pdf).
4. Ministerio de Salud del Perú. Embarazos adolescentes es el Perú. [Online]. 2013 [Citado el 26 de noviembre del 2017]. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/prevemb/embarazos.html>.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lima - Perú: INEI; 2016.
6. Narváez P. Perfil psicológico y social de las adolescentes en edades entre los 15 a 19 años que presentan embarazo precoz. Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 2017.
7. Caivinagua J. Repositorio Universidad de Cuenca. [Online]. 2017[Citado el 26 de noviembre del 2017]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27092/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>.
8. Muñoz S. Perfil socio-demográfico y psicosocial de las adolescentes embarazadas en una Maternidad de Guayaquil, Ecuador. Chile:

Universidad de Chile; 2014.

9. Cuauhtémoc E, Lira J, Watty A, Acosta M. La adolescente embarazada: información, creencias y actitudes hacia la sexualidad. México; 2013.
10. Ruiz Gomez. Epidemiología del embarazo en adolescentes en el Hospital Sergio E, Bernales.. Lima -perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
11. García Amado K, Sánchez Ramos M. Características sociodemográficas de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Carmen De La Legua, Callao. Lima - Perú: Universidad Privada Arzobispo Loayza; 2016.
12. Huanco D, Ticona M, Ticona M, Huanco F. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del MINSA del Perú. Cajamarca: Revista chilena de Obstetricia Y Ginecología; 2012.
13. Organización Mundial de la Salud. Desarrollo en la adolescencia. [Online].; 2017 [Citado el 26 de noviembre del 2017]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.
14. Ministerio de Salud del Perú. Promoción de las y los Adolescentes. [Online]. 2016 [Citado el 26 de noviembre del 2017]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaludesprimero/adolescente/adol-promocion.asp>.
15. MEDLINE. Desarrollo del adolescente. [Online]. 2017 [Citado el 26 de noviembre del 2017]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002003.htm>.
16. Rehue. Adolescencia. [Online]. 2010 [Citado el 26 de noviembre del 2017]. Disponible en: <http://www.rehueong.com.ar/sites/default/files/Adolescencia.%20Los%20cambios.pdf>.
17. Martínez C. Adolescentes: la sexualidad a partir de los 12 años. [Online]. 2016 [Citado el 26 de noviembre del 2017]. Disponible en:

<http://vital.rpp.pe/expertos/adolescentes-la-sexualidad-a-partir-de-los-12-anos-noticia-1008628>.

18. Definición ABC. Definición ABC. [Online]. 2018 [Citado el 26 de noviembre del 2017]. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/general/perfil.php>.
19. Blázquez Morales M. Embarazo adolescente. [Online]. 2012 [Citado el 26 de noviembre del 2017]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/embarazo_adolescente_2012.pdf.
20. Barrozo M, Pressiani G. Embarazo adolescente entr 12 y 19 años. [Online]. 2011 [Citado el 30 de noviembre del 2017]. Disponible en: http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5989/barrozo-mariela.pdf.
21. Organización Panamericana de la Salud. Guía de prevención del embarazo en la adolescencia en Guatemala. [Online]. 2012 [Citado el 30 de noviembre del 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=618-guia-de-prevencion-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-guatemala&Itemid=518.
22. Organización Mundial de la Salud. Salud reproductiva del adolescente. [Online]. 2017 [Citado el 26 de noviembre del 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/es>.
23. Real Academia Española. RAE. [Online]. 2014 [Citado el 30 de noviembre del 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=EN8xffh>.
24. Euskal Estatistika Erakundea. Eustat. [Online]. 2017 [Citado el 26 de noviembre del 2017]. Disponible en: http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html.
25. Diccionario Google. Diccionario. [Online]. 2017 [Citado el 26 de noviembre del 2017]. Disponible en: <https://www.google.com.pe/search?dcr=0&ei=rNAtWrGLHsWFmwGahKD4BQ&q=definici%C3%B3n+de+religion&oq=definici%C3%B3n+de+reli>

gion&gs_l=psy-

ab.3.0l5.173255.174444.0.174662.8.8.0.0.0.0.204.544.0j2j1.3.0.0.1.1.64
. psy-ab.5.3.544.0.lSd3oygkBa4#dobs=estad.

26. Delgado R, Martínez M. Aspectos epidemiológicos sobre adolescentes embarazadas en un área del Municipio El Salvador, Guantánamo. Cuba: Universidad de Ciencias Médicas; 2017.
27. Diccionario Google. Diccionario. [Online]. 2017 [Citado el 26 de noviembre del 2017]. Disponible en: https://www.google.com.pe/search?dcr=0&ei=rNAtWrGLHsWFmwGahKD4BQ&q=definici%C3%B3n+de+religion&oq=definici%C3%B3n+de+religion&gs_l=psyab.3.0l5.173255.174444.0.174662.8.8.0.0.0.0.204.544.0j2j1.3.0.0.1.1.64. psy-ab.5.3.544.0.lSd3oygkBa4#dobs=proce.
28. Diccionario Google. Diccionario. [Online]. 2017 [Citado el 26 de noviembre del 2017]. Disponible en: https://www.google.com.pe/search?dcr=0&ei=rNAtWrGLHsWFmwGahKD4BQ&q=definici%C3%B3n+de+religion&oq=definici%C3%B3n+de+religion&gs_l=psyab.3.0l5.173255.174444.0.174662.8.8.0.0.0.0.204.544.0j2j1.3.0.0.1.1.64. psy-ab.5.3.544.0.lSd3oygkBa4#dobs=ocupa.
29. Alarcón R, Coello J, Cabrera J, Monier G. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Cuba; 2009.
30. Bobatunde A, Osotimehin. Adolescencia. 4th ed. Buenos Aires: López Libreros; 2014.
31. Fondo de Población de Naciones Unidas. Pregnancy in adolescents. J Audiov Media Med. 2015; 4.
32. Arias J, Jimenez R, Caro I, Escamilla J., Ramírez G, Álvarez A. Factores de riesgo que influyen en el embarazo en la adolescencia (10 a 19 años) en una comunidad de Actopan Hidalgo en el periodo enero - junio 2016. México; 2016.
33. Pérez J, Merino M. Definición.de. [Online]. 2012 [Citado el 30 de noviembre del 2017]. Disponible en: <https://definicion.de/religion/>.
34. Binstock G. Maternidad adolescente en Argentina. Factores asociados

en contextos sociales vulnerables. [Online]. 2016 [Citado el 26 de noviembre del 2017]. Disponible en: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/download/2711/2614>.

35. Requejo E. Factores biosocioculturales que influyen en el embarazo de las adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Motupillo. Chiclayo - Perú. [Online]. 2016 [Citado el 26 de noviembre del 2017]. Disponible en: http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/5251/1/REQUEJO_RAMOS-Resumen.pdf.
36. Instituto Deusto Drogodependencias. Poniendo otras miradas a la adolescencia Bilbao - España: Universidad de Deusto; 2015.
37. Zamudio R, Silva C, Gómez A, Chacón V.. Perfil epidemiológico de adolescentes embarazadas adscritas a una unidad de medicina familiar en Morelia, Michoacán, México. [Online]. 2018 [Citado el 30 de noviembre del 2017]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=78194>.
38. Gómez C, Montoya L. Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño. Colombia. [Online]. 2013 [Citado el 28 de noviembre del 2017]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2014.v16n3/393-407/>.
39. Gonzáles E, Leal I, Molina T, Chacón P. Patrón intergeneracional del embarazo adolescente en las hijas de una cohorte de mujeres que controlaron su primer embarazo en un centro integral para adolescentes embarazadas. Chile. [Online]. 2013 [Citado el 28 de noviembre del 2017]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262013000400006&script=sci_arttext&tlng=pt.
40. Isabel Odean. Los factores sociales que influyen en el embarazo en adolescentes y el uso de anticonceptivos de adolescentes en el barrio 25 de Mayo, Maipú, Mendoza. Colombia. . [Online]. 2012 [Citado el 07

de noviembre del 2018]. Disponible en:
https://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/&httpsredir=1&article=2495&context=isp_collection

ANEXOS

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación:

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y GINECOLÓGICOS DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA. CENTRO DE SALUD MATERNO PERINATAL SIMÓN BOLÍVAR. CAJAMARCA 2018.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo:
identificada con N° DNI.....y edad....., estoy de acuerdo para participar en la investigación titulada “FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y GINECOLÓGICOS DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA. CENTRO DE SALUD MATERNO PERINATAL SIMÓN BOLÍVAR. CAJAMARCA 2018.”; Se me ha explicado que la finalidad es de recoger datos que permitan identificar los factores que llevaron al embarazo a las adolescentes en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar.

MI participación es voluntaria por lo cual y para qué ha si conste firmo este consentimiento informado, así como también lo firmará mi padre, madre o tutor quien también autoriza mi participación.

A los ___ días del mes de _____ del año 201__

Adolescente

Firma: _____

DNI: _____

Huella: _____

Padre, madre o tutor

Parentesco: _____

Firma: _____

DNI: _____

Huella: _____



ANEXO N° 2

CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA.

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



Instrucciones: Buen día. Sírvase responder las siguientes interrogantes con toda la sinceridad posible, puesto que la información brindada solo será utilizada para fines de la investigación. Se le agradece de antemano

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y GINECOLÓGICOS DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA. CENTRO DE SALUD MATERNO PERINATAL SIMÓN BOLÍVAR. CAJAMARCA 2018.

- I. Factores sociodemográficos
 1. Edad:_____
 2. Estado civil: soltera () conviviente() casada()
 3. Procedencia: rural () urbano ()
 4. Nivel de educación : sin instrucción() primaria () secundaria() superior ()
 5. Ocupación: ama de casa () estudiante () empleado ()
 6. Tipo de familia:
Nuclear () incompleta () extensa () recompuesta ()
 7. Ingreso económico familiar
<1SMV () 1-2 SMV () >2SMV ()

8. Que religión profesas: católica() no católica ()
9. Antes de embarazarte ¿consumías alcohol?
Nunca () ocasionalmente () siempre ()
10. ¿Cuál fue la fuente de información recibida sobre salud sexual y reproductiva?
Padres () amigos () personal de salud ()
Institución educativa () radio, televisión, internet ()
11. ¿Has recibido información sobre prevención del embarazo?
Si () no ()
12. ¿Qué piensas hacer en un futuro?
Trabajar () estudiar () casarse y ser ama de casa ()
Aún no lo piensa ()

II. Factores ginecológicos

1. Edad de primera relación sexual: 11-13 años () 14-16() 17-19()
2. ¿Algún familiar ha tenido embarazo en su adolescencia?
Si () no ()
¿quién? _____
3. ¿Usaste algún método anticonceptivo?
Si () no ()
¿cuál? _____

ANEXO N° 3

PRUEBA DE CONFIABILIDAD: ALFA DE CRONBACH

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,750	15

ARTÍCULO CIENTÍFICO DE LA TESIS:

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y GINECOLÓGICOS DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA. CENTRO DE SALUD MATERNO PERINATAL SIMÓN BOLÍVAR. 2018.

¹ Ramírez Castro, Estrellita del Pilar; ² DRA. Obsta. Julia Elizabeth Quispe Oliva

1 Bachiller en Obstetricia – Universidad Nacional de Cajamarca. Av. Atahualpa 1050, Cajamarca – Perú.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar los factores sociodemográficos y ginecológicos de la adolescente embarazada, que asisten al Centro Salud Materno Perinatal Simón Bolívar. El estudio de tipo descriptivo, prospectivo, de diseño no experimental y de corte transversal en una muestra de 60 adolescentes gestantes. Como resultado se encontró que el 76,7% de gestantes adolescentes perteneció al grupo etáreo de 17 -19 años; el 46,7% son convivientes; el 51,7% procedentes de la zona urbana; el 50,0% tuvo solo primaria; el 56,7% fueron amas de casa; el 63,3% nunca consumieron alcohol; el 33,3% pertenecen a una familia incompleta; el 56,7% tiene como ingreso económico menos de un salario mínimo vital; el 35,0% tuvieron como fuente de información de salud sexual y reproductiva en las instituciones educativas; el 53,3% recibieron información sobre prevención de embarazo y el 53,3% tienen como proyecto de vida trabajar; el 55,0% no profesan la religión católica. Se encontró que el 65,0% iniciaron su primera relación sexual entre los 14-16 años de edad; el 60,0% no tienen antecedente familiar de embarazo precoz; el 53,3% hizo uso de algún método anticonceptivo; el 81,7% no planificaron su embarazo.

Palabra clave: Adolescente embarazada, factores sociodemográficos, factores ginecológicos

Abstract

The objective of this study was to determine the sociodemographic and gynecological factors of the pregnant adolescent, who attend the Simón Bolívar Perinatal Maternal Health Center. The descriptive, non-experimental and cross-sectional design study in a sample of 60 pregnant adolescents. As a result, it was found that 76.7% of pregnant adolescents belonged to the age group of 17-19 years; 46.7% live together; 51.7% from the urban area; 50.0% had only primary school; 56.7% were housewives; 63.3% never consumed alcohol; 33.3% belong to an incomplete family; 56.7% have less than a minimum living wage as economic income; 35.0% had as a source of sexual and reproductive health information in educational institutions; 53.3% received information on pregnancy prevention and 53.3% have a life project to work on; 55.0% do not profess the Catholic religion. It was found that 65.0% began their first sexual relationship between 14-16 years of age; 60.0% have no family history of early pregnancy; 53.3% made use of some contraceptive method; 81.7% did not plan their pregnancy.

Key words: Pregnant adolescent, sociodemographic factors, gynecological factors.

Introducción.

El embarazo en adolescentes es aquel que se produce entre los 11 - 19 años de edad; en la actualidad, constituye un problema grave de salud pública que afecta al Perú y a otros países que se encuentran en vías de desarrollo, debido a que trasciende en diferentes dimensiones, repercutiendo a nivel individual, familiar y social.

Por otro lado, se observa que existe una deficiencia en la educación en salud sexual, que no es suficiente. La educación que reciben los adolescentes, sobre el tema en las instituciones educativas, o la poca información que los padres pueden brindarles, no es suficiente para lograr conductas orientadas a tener una vida sexual responsable conllevando a que tengan relaciones sexuales sin uso de anticonceptivos repercutiendo en un embarazo no deseado. Estos hechos pueden estar asociados a factores sociodemográficos y ginecológicos, los cuales deben tenerse en cuenta para un análisis exhaustivo del

embarazo adolescente

A partir de estas premisas es que se realizó el presente trabajo de investigación con el objetivo de determinar los Factores Sociodemográficos y Ginecológicos de la adolescente embarazada. Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca 2018.

Materiales y Métodos

El diseño de la presente investigación fue no experimental y pertenece a un estudio tipo descriptivo, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 60 gestantes adolescentes que acudieron al Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar durante el periodo de ejecución del presente proyecto, es decir desde el mes de enero a abril de 2018, que cumplieron con los Criterios de inclusión. Para la recolección de datos la técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento el cuestionario de recolección de datos donde se consignaron datos correspondientes a los factores sociodemográficos y ginecológicos, tales como la edad, estado civil, procedencia, nivel de educación, ocupación, tipo de familia, ingreso económico, religión, consumo de alcohol, fuente de información recibida sobre salud sexual y reproductiva, información de prevención de embarazo y proyecto de vida, inicio de relaciones sexuales antecedente familiar de embarazo precoz, uso de métodos anticonceptivos. El instrumento utilizado tuvo un grado de confiabilidad, cuyo resultado fue de 0.75, validando su uso para la recolección de datos. Los datos recolectados fueron consensados en forma manual, luego fueron codificados para crear una base de datos en la plataforma del paquete de software estadístico SPSS v.22.para Windows.

Resultados y Discusión

DETERMINAR LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.

Tabla 01: Factores sociodemográficos de la adolescentes embarazada atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar. 2018.

Edad	n°	%
14 -16	14	23,3
17 -19	46	76,7
Total	60	100,0
Estado civil	n°	%
Soltera	22	36,7
Conviviente	28	46,7
Casada	10	16,7
Total	60	100,0
Procedencia	n°	%
Rural	29	48,3
Urbano	31	51,7
Total	60	100,0
Nivel de educación	n°	%
Sin instrucción	7	11,7
Primaria	30	50,0
Secundaria	15	25,0
Superior	8	13,3
Total	60	100,0

Fuente: Cuestionario de Recolección de Datos

El primer factor social evaluado es la edad, donde se evidencia que las gestantes adolescentes se encuentran entre 14 a 19 años; existiendo un 76,7% de 17-19 años y 23,3% de 14-16 años respectivamente.

Estos resultados son similares a los expuestos por Narváez (2017), quien encontró en su investigación que la mayor parte de adolescentes que se embarazan tenían 17 años (4). Mientras que, García, K. & Sánchez, M. (2016) en su investigación encontró que el promedio de la edad de las gestantes adolescentes es de 16,72 años +/- 1 año (9). Por otro lado, Cuauhtémoc y cols. (2013) indicaron que la edad promedio de las gestantes adolescentes de su investigación es 15.6 años (7)

La OMS señala que 16 millones de mujeres de 15 a 19 años estaban embarazadas en el año 2014 (1). Mientras que el INEI, en el 2016 indicó que del 12,7% de mujeres adolescentes que ya son madres o están embarazadas por primera vez, el 56,7% tienen edades entre 17 a 19 años (3), coincidiendo con el grupo étnico mayoritario de la presente investigación.

La edad cobra importancia pues esta suele constituir un factor de riesgo si la mujer es demasiado joven, pudiéndose presentar una serie de complicaciones obstétricas en el embarazo. La adolescencia es una etapa donde el cuerpo de la mujer está terminando de desarrollar y de madurar, tanto biológica como psicológicamente, por lo tanto, aún no se encuentra preparada para el proceso de un embarazo. En esta etapa, el embarazo se torna complicado y de peligro, puesto que la corta edad se convierte en un factor de riesgo asociado a la falta de capacidad de la gestante adolescente para entender la magnitud y la importancia de los procesos que se están produciendo en su cuerpo.

En cuanto al estado civil de las gestantes adolescentes, el 46,7% es conviviente, el 36,7% es soltera y el 16,6% es casada.

García, K. & Sánchez, M. (2016) coincide al encontrar una mayor población de gestantes adolescentes que conviven con su pareja (52,5%), existiendo una diferencia porcentual de 5,8% (9) Mientras que Delgado & Martínez (2017), encontró que el estado civil predominante en las adolescentes embarazadas de su investigación fue el concubinato con 65,8%, seguido por las solteras con 18,2%, y las casadas con 5,8% (10).

En muchos casos, la existencia de un embarazo adolescente suele asociarse a la unión conyugal de manera apresurada, esto puede significar aspectos positivos y negativos para las adolescentes.

En algunos casos, tener apoyo de la pareja brinda seguridad emocional a la adolescente en el embarazo; sin embargo, las uniones forzadas por un embarazo, pueden llegar a ser relaciones inestables, puesto que los adolescentes no tienen la suficiente capacidad de decisión respecto a su futura pareja, en cuyo caso si afecta negativamente al embarazo.

Respecto a la procedencia, el 51,7% de gestantes adolescentes provienen del área urbana y el 48,3% del área rural.

El INEI (2016) indica que las adolescentes embarazadas, son en su mayoría pertenecientes a la zona rural (22,7%), mientras que de la zona urbana son (9,8%) (3).

Estos resultados sugieren que las que las adolescentes, tanto de zona urbana y rural, no reciben información calificada y oportuna sobre salud sexual y reproductiva.

Con respecto al nivel de educación, donde el 50,0% de gestantes adolescentes tienen como último nivel de estudios el nivel primario, el 25,0% secundaria, el 13,3% superior y el 11,7% son sin instrucción.

Estos resultados son similares a los que expone el INEI (2016), quien informa que el mayor grupo poblacional de gestantes adolescentes han estudiado hasta el nivel primario, el 42,3%, el 39,2% no tiene instrucción, el 11,2% tiene secundaria y el 6,8% tiene nivel superior (3).

Por el contrario, Ruiz Y. (2017), encontró en su investigación que el 52,4% de su población de gestantes adolescentes tenían secundaria incompleta (8).

El nivel educativo es importante porque permite a los adolescentes tener una mayor responsabilidad sobre su propia salud, probablemente quienes tengan mayor nivel educativo tienen un proyecto de vida más sólido que les permite tener una vida sexual más responsable utilizando métodos anticonceptivos para impedir un embarazo no deseado, lo que no ocurre quienes tienen bajo nivel educativos.

De otra parte Durante el embarazo, el personal de salud brinda información a la adolescente gestante sobre hábitos saludables en beneficio del estado de la gestación, pero el bajo nivel de educación que poseen las coloca en un estado de vulnerabilidad, probablemente porque no tienen los recursos económicos suficientes para poner en práctica las recomendaciones brindadas por el personal de salud.

Otro aspecto importante que atañe a este grupo poblacional de gestantes adolescentes con bajo nivel de instrucción, es que poseen pocas probabilidades de mejorar su estilo de vida y encontrar un trabajo que solviente sus necesidades básicas.

También cabe recalcar, que el grupo de adolescentes que actualmente se encuentran estudiando, ya sea niveles de estudios secundarios o superior, también podrían verse afectadas por el embarazo, ya que esto puede significar la posibilidad de que dejen sus estudios para dedicarse a su futura familia.

Al respecto, UNICEF señala que el embarazo adolescente es la segunda causa de deserción escolar (19) Aunque existen casos en que las adolescentes, después del embarazo, retoman sus estudios, o incluso quienes continúan estudiando antes y después del parto gracias al apoyo de sus padres, pero no todas las adolescentes tienen las mismas facilidades y oportunidades.

Tabla 02: Factores sociodemográficos de la adolescentes embarazada atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar. 2018.

Ocupación	n°	%
Ama de casa	34	56,7
Estudiante	25	41,7
Empleada de hogar	1	1,7
Total	60	100,0
Consumo de alcohol	n°	%
Nunca	38	63,3
Ocasionalmente	22	36,7
Total	60	100,0
Tipo de familia	n°	%
Nuclear	17	28,3
Incompleta	20	33,3
Extensa	5	8,3
Recompuesta	18	30,0
Total	60	100,0
Ingresos económicos	n°	%
< 1 SMV	34	56,7
1 - 2 SMV	26	43,3
Total	60	100,0

Fuente: Cuestionario de Recolección de Datos

En la tabla se evidencia la distribución de los datos con respecto a la ocupación de las gestantes adolescentes, el 56,7% son amas de casa, el 41,7% son estudiantes y el 1,6% están trabajando.

Delgado y Martínez (2017) manifestaron en su investigación que la mayor parte de gestantes adolescente son amas de casa en un 73,1% (10), el porcentaje de diferencia es notablemente marcado en comparación al de la presente investigación, existiendo una diferencia porcentual de 16,4%.

Por otro lado, los resultados también son similares a los de Ruiz Y. (2017), quien indicó en su investigación que el 90,5% de gestantes adolescentes son amas de casa (8).

El ser amas de casa en un gran porcentaje, está asociado al hecho de que las adolescentes muchas veces abandonan sus estudios y al no encontrar un trabajo por su situación académica, tienen que asumir la responsabilidad de las tareas de su hogar. Unas veces en su propio hogar y otras con los suegros.

Respecto al consumo de alcohol, el 63,3% de gestantes adolescentes refirieron nunca haber consumido alcohol, mientras que el 36,7% indicaron haber consumido alcohol ocasionalmente antes del embarazo.

Los resultados son similares a los de García, K. & Sánchez, M. (2016), quien encontró en su investigación que la mayor parte la población de gestantes adolescentes indicaron nunca haber consumido alcohol, siendo un total de 52,5% (9).

A pesar de que existe un porcentaje significativo de adolescentes que no consumen alcohol, más de la tercera parte de la población indica haber consumido alcohol ocasionalmente. Esto puede relacionarse con los posibles efectos que puede provocar el consumo de alcohol sobre el comportamiento de las adolescentes, ya que se trata de una sustancia estimulante que puede afectar la conducta de adolescente y provocar consecuencias como un inicio precoz de las relaciones sexuales, la cual puede ser la raíz de otras consecuencias sobre la salud sexual y reproductiva, entre ellos las de un embarazo no deseado para la adolescente.

El Instituto Deusto Drogodependencias postula que el consumo del alcohol en adolescentes distorsiona la percepción de señales que motivan a implicarse en una conducta de riesgo, en este caso la conducta de riesgo equivale a tener sexo sin usar preservativo, y las señales que inhiben esta conducta de riesgo sería evitar contraer una infección de transmisión sexual o un embarazo no planificado. Los individuos que han consumido alcohol tienden a centrar su atención en las señales que motivan a la conducta de riesgo; mientras que los que no han consumido alcohol son capaces de atender a ambos tipos de señales (35).

Respecto al tipo de familia, se encontró que el 33,3% de gestantes adolescentes tienen una familia incompleta, el 30,0% recompuesta, el 28,3% nuclear y el 8,3% extensa.

Estos resultados difieren con los de Narváez P. (2017), quien encontró que el 50% de gestantes adolescentes tienen familias nucleares (4).

Zemudio y cols. (2018) investigó acerca del perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas en Michoacán – México, encontrando asociación con algún grado de disfunción familiar (15).

En la presente investigación, más del 60% de gestantes adolescentes tienen una familia carente de uno de los progenitores juntos, esta realidad suele ser muy común en la actualidad y que puede constituirse en un factor de riesgo para el embarazo adolescente.

En relación al ingreso económico familiar, el 56,7% de gestantes adolescentes perciben un ingreso menor a un salario mínimo vital y el 43,3% tiene un ingreso entre 1 a 2 salarios mínimos vitales.

García, K. & Sánchez, M. (2016), en su investigación encuentra una mayor población similar, pero con una cantidad porcentual mayor de (70,0%), demostrando que las gestantes adolescentes en su mayoría tienen un ingreso mensual promedio menor a 1 salario mínimo vital (9).

El ingreso económico de la mayoría de las gestantes adolescentes es bajo, esto las coloca en un grado de vulnerabilidad, ya que el factor económico suele ser limitante para el desarrollo de mejores estilos de vida. Gómez y Montoya (2012) dicen que el embarazo adolescente contribuye a la perpetuación del ciclo de la pobreza; conllevando a las jóvenes en tener menores posibilidades para alcanzar sus logros educativos, ocupacionales y socioeconómicos (16).

Si dentro del grupo familiar se percibe deficiencia económica, entonces se empezará a priorizar los gastos más importantes o que cubran las necesidades básicas. En ocasiones esto podría implicar abandonar los estudios, llevar una mala alimentación, etc.

Tabla 03: Factores sociodemográficos de la adolescentes embarazada atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar. 2018.

Fuente de información recibida salud sexual y reproductiva	n°	%
Padres	11	18,3
Amigos	17	28,3
Personal de salud	8	13,3
Institución educativa	21	35,0
Radio, televisión o internet	3	5,0
Total	60	100,0
Información sobre prevención de embarazo	n°	%
Sí	32	53,3
No	28	46,7
Total	60	100,0
proyecto de vida	n°	%
Trabajar	32	53,3
Estudiar	25	41,7
Casarse y ser ama de casa	1	1,7
Aún no lo piensa	2	3,3
Total	60	100,0
Religión	n°	%
Católica	27	45,0
No católica	33	55,0
Total	60	100,0

Fuente: Cuestionario de Recolección de Datos

En cuanto a las fuentes de información sobre salud sexual y reproductiva, el 35,0% indica que la información provenía de las instituciones educativas, el 28,3% de los amigos, el 18,3% de los padres, el 13,3% del personal de salud y el 5,0% de la radio, televisión o internet.

Ruiz Y. (2017) indicó que los adolescentes de su estudio refería que la información recibida sobre prevención de embarazos y sexualidad provenía de sus profesores en un 47,6% (8). Mientras que García, K. & Sánchez, M. (2016), encontró que la fuente de información más común era la televisión y el internet (9).

La investigación demuestra que la fuente más frecuente de información sobre salud sexual y reproductiva son las instituciones educativas; sin embargo, considerando que la mayoría poblacional tiene un nivel de

instrucción deficiente, es decir que ha tenido poco contacto con las instituciones educativas, se infiere que esta fuente de información no ha sido lo suficientemente adecuada ni de calidad.

En la investigación se evidencia que más de la cuarta parte de gestantes adolescentes reciben información sobre prevención de embarazos de sus amigos, dato preocupante, puesto que los amigos no son fuentes fidedignas de este tipo de conocimiento, ya que los consejos que brindan se basan en sus propias experiencias sin tener un sustento científico, terminando por orientar a sus pares a situaciones que colocan en riesgo el bienestar de los adolescentes, su futuro y su vida.

En la tabla se observa que el 53,3% de las gestantes adolescentes refirieron haber recibido información sobre prevención de embarazos, mientras que el 46,7% indicaron no haber recibido información sobre el tema.

Ruiz Y. (2017) refirió que en su población el 85,7% de gestantes adolescentes habían manifestado recibir información de educación sexual previamente al embarazo (8). Mientras que García, K. & Sánchez, M. (2016), encontró que el 75% de su población había recibido información respecto al tema (9).

En tanto, Arias (2016) señala que el recibir información de prevención de embarazos se puede asociar con menor incidencia de embarazos adolescentes (13). Pero esta información debe ser constante y precisa, logrando que el adolescente se empodere para la toma de decisiones responsables.

Si bien es cierto, más de la mitad de la población de gestantes adolescentes indican haber recibido información sobre prevención de embarazos, se evidencia que esto no ha sido suficiente, ya que no se ha logrado que la adolescente internalice la información brindada y la adopción de conductas preventivas.

En relación al proyecto de vida que tienen las gestantes adolescentes, el 53,3% piensan trabajar, el 41,7% estudiar, el 3,3% no lo piensa y el 1,7% desea casarse y ser ama de casa.

Muñoz S. (2014) difiere completamente con los resultados puesto que al investigar la percepción de las gestantes adolescentes encuentra que en su mayoría tenían planes de vida confusos (6).

Más del 90% de la población ha pensado en su proyecto de vida y desea continuar con sus planes para el futuro; el querer proseguir con sus estudios o querer iniciar un trabajo les permitirá a las adolescentes buscar nuevas oportunidades que les permita lograr desarrollarse en diferentes planos, psicológico, social y económico. Sin embargo, un pequeño porcentaje de gestantes adolescentes no tiene claros cuáles son sus deseos para el futuro, para ellas probablemente hayan algunos inconvenientes para lograr su pleno desarrollo.

El tener como proyecto de vida casarse y ser amas de casa, suele observarse en algunas regiones del país, donde un hijo a temprana edad, constituye una meta que muchas adolescentes escogen para afirmar el matrimonio y su identidad ante sí mismas, su familia y la comunidad (2).

Se considera que el embarazo y la maternidad en la adolescencia es un problema psicosocial, que cambia por completo los proyectos de vida de las jovencitas; implica cambios en su complejo proceso de transformación individual, la cual incluye la elaboración de su identidad, la construcción de las bases para su proyecto de vida, las relaciones con el mundo y por lo tanto la redefinición de sus lazos familiares, el reconocimiento de las opciones y restricciones que la sociedad le ofrece (12).

En cuanto a la religión, el 55,0% de gestantes adolescentes no profesan religión católica y el 45,0% si son católicas.

En este aspecto, Binstock (2017) refiere que el nivel de religiosidad familiar no guarda asociación con los embarazos precoces, pero si tienen influencia indirecta con la edad de iniciación sexual y el uso de anticonceptivos (20).

Si bien es cierto, la bibliografía indica que el tipo de religión no se asocia con los embarazos adolescentes, algunos autores mencionan que al tener cierta influencia sobre el inicio precoz de las relaciones sexuales (20).

La iglesia católica no apoya en el uso de anticonceptivos, debido a que la iglesia católica piensa que una mujer tiene el rol de ser madre y las relaciones sexuales existen por esa razón, la iglesia católica y algunos sectores evangélicos dicen que la mujer debe tener los hijos que dios les mande, no pueden rechazar la palabra de dios. (18)

DETERMINAR LOS FACTORES GINECOLÓGICOS DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.

Tabla 04: Factores ginecológicos de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar. 2018.

Inicio de relaciones sexuales	n°	%
11 - 13 años	1	1,7
14 - 16 años	39	65,0
17 - 19 años	20	33,3
Total	60	100,0
Antecedente familiar de embarazo precoz	n°	%
Sí	24	40,0
No	36	60,0
Total	60	100,0
Uso de métodos anticonceptivos	n°	%
Sí	32	53,3
No	28	46,7
Total	60	100,0

Fuente: Cuestionario de Recolección de Datos

En cuanto a los factores ginecológicos, se encontró que el 66,7% de gestantes adolescentes inició sus relaciones sexuales entre los 14 a 16 años, el 33,3% entre los 17 a 19 años y el 1,7% entre los 11-13años.

Ruiz Y. (2017), encontró que la edad promedio de la gestantes adolescentes en la que iniciaron las relaciones sexuales fue de 14.8 +/- 1.4 años (8).

Es preocupante el porcentaje de adolescentes que iniciaron sus relaciones sexuales tempranamente sobre todo si no optaron por una sexualidad responsable, es decir utilizar algún método para evitar el embarazo no deseado o protegerse de infecciones de transmisión sexual, pues en ambos casos las adolescentes van a mermar su bienestar físico, psicológico y afectar su estado social.

García, K. & Sánchez, M. (2016) precisamente manifiesta que el inicio temprano tiene mucha importancia, principalmente para las adolescentes, porque se convierte en un riesgo potencial para embarazos no deseados, abortos y contagio de infecciones de transmisión sexual (7).

En un estudio realizado por Delgado y Martínez (2017) se determinó que, el 25% de las adolescentes con experiencia sexual se embarazaron, el 60% de estas gestaciones sucedieron en los primeros 6 meses posteriores al inicio de las relaciones sexuales (11).

En cuanto a los antecedentes familiares, el 60,0% señaló no tener en su familia casos de embarazos adolescentes y el 40,0% si tenía antecedentes.

García, K. & Sánchez, M. (2016), difieren con los resultados, quien encontró en su investigación que el 60,0% de gestantes adolescentes ha tenido un familiar con antecedente de embarazo precoz (9), de igual manera, Cuauhtémoc E. y cols. (2013), señalaron que el 56,9% de gestantes adolescentes tenían el antecedente de haber sido producto de madre adolescente (7).

Gonzales y cols. (2012), señalaron que las circunstancias desventajosas de las madres adolescentes tienden a repetirse, con consecuencias aún más graves en la vida de sus hijas, ya que suelen embarazarse a una edad incluso más temprana que sus propias madres (17).

Respecto al uso de métodos anticonceptivos, el 53,3% de gestantes adolescentes indicaron haberlos usado alguna vez y el 46,7% no.

Estos resultados difieren con los de Ruiz Y. (2017) quien encontró en su investigación que el 61,9% de gestantes adolescentes no usaron anticonceptivos (8).

La adolescente embarazada carece por lo general de conocimiento y habilidades básicas para tomar decisiones responsables en término de inicio y de protección de su vida sexual, de manera que no está preparada para evitar un embarazo (5).

En la presente investigación, más de la mitad de la población de gestantes adolescentes conocen o han escuchado sobre los métodos anticonceptivos, sin embargo se desconoce el grado de veracidad de la información que las adolescentes tienen al respecto.

La educación para prevenir embarazos no deseados también considera el uso correcto de los métodos anticonceptivos dirigido a aquellas adolescentes que no lograron postergar el inicio de las relaciones sexuales; puesto que ellas con mucha más razón deben conocer la variedad y utilidad de estos métodos anticonceptivos para que logren planificar su familia.

Existe un porcentaje considerable que nunca ha utilizado métodos anticonceptivos, probablemente sea porque desconocen de su existencia o forma de uso, ya sea porque su religión no se lo permite, o porque tienen vergüenza al solicitarlo en una farmacia o un establecimiento de salud.

Esto evidencia que aún existen tabúes y brechas que provocan que la población más vulnerable se exponga al riesgo de un embarazo adolescente, conllevando a consecuencias que ponen en peligro la vida de la adolescente, e incluso de su bebé.

CONCLUSIONES

Luego de finalizar la investigación se llegó a cabo a las siguientes conclusiones:

- Los factores sociodemográficos de la adolescente embarazada en estudio, se caracteriza: las adolescentes gestantes se encuentran con edades de 17 -19 años, son convivientes, procedentes del área urbana, con un nivel de educación de primaria, amas de casa, nunca consumieron alcohol, de familias incompletas, con un ingreso económico menor de un salario mínimo vital, recibieron información de salud sexual y reproductiva en instituciones educativas, recibieron información de prevención de embarazo ,proyecto de vida trabajar, no profesan la religión católica.
- Los factores ginecológicos de la adolescente embarazada en estudio, se caracteriza por iniciar las relaciones sexuales entre 14-16 años, no presentan antecedentes familiar de embarazo precoz, usaron métodos anticonceptivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia. [Online].; 2014 [Citado el 26 de noviembre del 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>.
2. Ministerio de Salud del Perú. Embarazos adolescentes es el Perú. [Online]. 2013 [Citado el 26 de noviembre del 2017]. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/prevemb/embarazos.html>.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lima - Perú: INEI; 2016.
4. Narváez P. Perfil psicológico y social de las adolescentes en edades entre los 15 a 19 años que presentan embarazo precoz. Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 2017.
5. Caivinagua J. Repositorio Universidad de Cuenca. [Online]. 2017[Citado el 26 de noviembre del 2017]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27092/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf>.
6. Muñoz S. Perfil socio-demográfico y psicosocial de las adolescentes embarazadas en una Maternidad de Guayaquil, Ecuador. Chile: Universidad de Chile; 2014.
7. Cuauhtémoc E, Lira J, Watty A, Acosta M. La adolescente embarazada: información, creencias y actitudes hacia la sexualidad. México; 2013.
8. Ruiz Gomez. Epidemiología del embarazo en adolescentes en el Hospital Sergio E, Bernales.. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
9. García Amado K, Sánchez Ramos M. Características sociodemográficas de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Carmen De La Legua, Callao. Lima - Perú: Universidad Privada Arzobispo Loayza; 2016.
10. Diccionario Google. Diccionario. [Online]. 2017 [Citado el 26 de noviembre del 2017]. Disponible en: [https://www.google.com.pe/search?dcr=0&ei=rNAtWrGLHsWFmwGahKD4BQ&q=definici%C3%B3n+de+religion&oq=definici%C3%B3n+de+religion&gs_l=psy-ab.3.0l5.173255.174444.0.174662.8.8.0.0.0.204.544.0j2\]1.3.0.0.1.1.64. psy-ab.5.3.544.0.lSd3oygkBa4#dobs=estad](https://www.google.com.pe/search?dcr=0&ei=rNAtWrGLHsWFmwGahKD4BQ&q=definici%C3%B3n+de+religion&oq=definici%C3%B3n+de+religion&gs_l=psy-ab.3.0l5.173255.174444.0.174662.8.8.0.0.0.204.544.0j2]1.3.0.0.1.1.64. psy-ab.5.3.544.0.lSd3oygkBa4#dobs=estad).
11. Delgado R, Martínez M. Aspectos epidemiológicos sobre adolescentes embarazadas en un área del Municipio El Salvador, Guantánamo. Cuba: Universidad de Ciencias Médicas; 2017.
12. Alarcón R, Coello J, Cabrera J, Monier G. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Cuba; 2009.
13. Arias J, Jimenez R, Caro I, Escamilla J., Ramírez G, Álvarez A. Factores de riesgo que influyen en el embarazo en la adolescencia (10 a 19 años) en una comunidad de Actopan Hidalgo en el periodo enero - junio 2016. México; 2016.
14. Binstock G. Maternidad adolescente en Argentina. Factores asociados en contextos sociales vulnerables. [Online]. 2016 [Citado el 26 de noviembre del 2017]. Disponible en: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/download/2711/2614>.
15. Instituto Deusto Drogodependencias. Poniendo otras miradas a la adolescencia Bilbao - España: Universidad de Deusto; 2015.
16. Zamudio R, Silva C, Gómez A, Chacón V.. Perfil epidemiológico de adolescentes embarazadas adscritas a una unidad de medicina familiar en Morelia, Michoacán, México. [Online]. 2018 [Citado el 30 de noviembre del 2017]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=78194>.
17. Gómez C, Montoya L. Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño. Colombia. [Online]. 2013 [Citado el 28 de noviembre del 2017]. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rsap/2014.v16n3/393-407/>.
18. Isabel Odean. Los factores sociales que influyen en el embarazo en adolescentes y el uso de anticonceptivos de adolescentes en el barrio 25 de Mayo, Maipú, Mendoza. Colombia. . [Online]. 2012 [Citado el 07 de noviembre del 2018]. Disponible en: https://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/&httpsredir=1&article=2495&context=isp_collection.
19. BBC Mundo. América Latina es la única región donde aumentaron los embarazos adolescentes. [Online].; 2013 [Citado en noviembre del 2017]. Disponible en:

- http://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/10/131030_salud_embarazo_adolescente_onu_gtg.
20. Pérez J, Merino M. Definición.de. [Online]. 2012 [Citado el 30 de noviembre del 2017]. Disponible en: <https://definicion.de/religion/>.