

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
FILIAL – CHOTA.



TESIS

**RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES BIOLÓGICOS, OBSTÉTRICOS,
SOCIOECONÓMICOS Y EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. HOSPITAL
JOSÉ SOTO CADENILLAS, CHOTA – 2015.**

**Para optar el Título Profesional de:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA.**

AUTORA:

Bach. Enf. MARÍA ERLY GAMONAL TARRILLO.

ASESORA:

Dra. MARTHA VICENTA ABANTO VILLAR.

CHOTA – PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
FILIAL – CHOTA.



TESIS

**RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES BIOLÓGICOS, OBSTÉTRICOS,
SOCIOECONÓMICOS Y EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. HOSPITAL
JOSÉ SOTO CADENILLAS, CHOTA – 2015.**

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

AUTORA:

Bach. Enf. MARÍA ERLY GAMONAL TARRILLO.

ASESORA:

Dra. MARTHA VICENTA ABANTO VILLAR.

CHOTA – PERÚ

2017

COPYRIGHT © 2017 by
MARÍA ERLY GAMONAL TARRILLO
Todos los derechos reservados

Gamonal M. 2017. RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES BIOLÓGICOS, OBSTÉTRICOS, SOCIOECONÓMICOS Y EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA, 2015./María Erly Gamonal Tarrillo.
143 Páginas.
Tutora: Martha Vicenta Abanto Villar
Disertación académica para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería-UNC

**RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES BIOLÓGICOS, OBSTÉTRICOS,
SOCIOECONÓMICOS Y EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. HOSPITAL
JOSÉ SOTO CADENILLAS, CHOTA – 2015.**

AUTORA: MARÍA ERLY GAMONAL TARRILLO

ASESORA: MARTHA VICENTA ABANTO VILLAR

Tesis evaluada y aprobada para la obtención del título de Licenciada en
Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca por los siguientes miembros:

JURADO EVALUADOR



.....
DRA. CARMEN YRENE YUPANQUI VÁSQUEZ
PRESIDENTA



.....
MCs. MARÍA ELOISA TICLLA RAFAEL
SECRETARIA



.....
MCs. SEGUNDA AYDEÉ GARCÍA FLORES
VOCAL

Chota 2017, Perú

A:

A mis queridos padres, Sisto y Santos que son el regalo más hermoso que Dios me ha dado. Quienes me apoyaron para poder realizar este sueño de ser una gran profesional.

A la Universidad Nacional de Cajamarca-Filial Chota, Alma Mater, que contribuyó a nuestra formación profesional.

A los Docentes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, porque pude adquirir los conocimientos, habilidades y valores, los que me servirán de guía en el desempeño de la carrera profesional de Enfermería, a ellos mi gratitud.

Expreso mi profundo agradecimiento a la Asesora de Tesis. Dra. Martha Vicenta Abanto Villar, por su apoyo continuo, sus enseñanzas, recomendaciones y sugerencias las que hicieron posible la formulación y culminación del presente trabajo de investigación.

Al Director y personal del servicio de obstetricia y ginecología del Hospital José Soto Cadenillas; por facilitar la recolección de la información, muy importante para el desarrollo de la misma, resultados que contribuirán a mejorar los indicadores respecto a la salud materna-perinatal de las adolescentes en nuestro medio.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
AGRADECIMIENTOS	v
ÍNDICE	vi
LISTA DE CUADROS	vii
LISTA DE ANEXOS	viii
GLOSARIO	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
1. EL PROBLEMA	3
1.1. Descripción y Delimitación del Problema	9
1.2. Problema de investigación	9
1.3. Objetivos de la investigación	9
1.4. Justificación del problema	10
CAPÍTULO II	
2. MARCO TEÓRICO	12
2.1. Antecedentes del Problema	20
2.2. Marco Teórico Conceptual	22
A. Embarazo en la adolescencia	28
B. Factores de riesgo en el embarazo: Biológicos, Obstétricos	43
C. Factores de riesgo Socio-económicos del embarazo en adolescentes	
2.3. Hipótesis	52
2.4. Variables	52
2.5. Operacionalización de variables	53
CAPÍTULO III	
3. METODOLOGÍA	65
3.1. Tipo y Diseño de Estudio.	66
3.2. Área de estudio	66
3.3. Población y muestra	69
3.4. Técnicas e Instrumentos de la Recolección de Datos	70
3.5. Procedimiento para la Recolección de información	70
3.6. Procesamiento de Datos	70
3.7. Análisis de los Datos	70
3.8. Rigor ético	71
3.9. Rigor Científico	72
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS	73
CONCLUSIONES	114
RECOMENDACIONES	115
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
ANEXOS	125

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Tabla 1. Adolescentes embarazadas según etapas de la adolescencia Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2015.	73
Tabla 2. Factores biológicos del embarazo y su relación con el embarazo en adolescentes. Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2015.	76
Tabla 3. Factores biológicos en el embarazo: Problemas de gestación anterior y su relación con el embarazo en adolescentes. Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2015.	81
Tabla 4. Factores obstétricos del embarazo y su relación con el embarazo en adolescentes. Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2015.	86
Tabla 5. Factores sociales del embarazo y su relación con el embarazo en Adolescentes. Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2015.	95
Tabla 6. Factores económicos del embarazo y su relación con el embarazo en Adolescentes. Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2015.	110

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
Anexo 1	Ficha de recolección de información	126
Anexo 2	Formulario de Autorización. Repositorio Institucional.	129
Anexo 3	Licencia Estándar.	130
Anexo 4	Oficio de Autorización dirigido al Director del Hospital José Soto Cadenillas de Chota.	131

GLOSARIO

Adolescencia. La Organización Mundial de la salud define a la adolescencia al “periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, fija sus límites entre los 10 y 20 años de edad.

Adolescencia temprana. Etapa comprendida entre los 10 a 13 años de edad. Se enfrenta a los cambios propios de la pubertad.

Adolescencia media. Etapa comprendida entre los 14 a 16 años, periodo de rápido crecimiento cognitivo cuando emergen pensamientos operacionales formales.

Adolescencia tardía. Etapa comprendida entre los 17 a 20 años de edad, periodo en donde se establece la identidad personal con relaciones íntimas y una función en la sociedad.

Embarazo en la adolescencia. Es el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquia, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen.

Factores Biológicos. El embarazo en la adolescencia implica alto riesgo para la salud de la madre, del feto y del recién nacido, que puede incluso llevarlos hasta la muerte. Los peligros están determinados por la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor en general.

Factores Económicos. La prosperidad económica de un individuo o familia es afectada directamente por la política económica y en particular por los efectos sobre el nivel de precios, la disponibilidad de empleo y el nivel de ingresos. Los bajos ingresos económicos en las adolescentes incrementan la posibilidad de embarazos.

RESUMEN

“Relación entre los factores biológicos, obstétricos, socio-económicos y el embarazo en adolescentes. Hospital José Soto Cadenillas, Chota-2015”

Autor: María Erly Gamonal Tarrillo¹

Asesora: Martha V. Abanto Villar²

El objetivo de la presente investigación fue describir y analizar la relación entre los factores biológico, obstétrico, socio-económicos y el embarazo en adolescentes, atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2015. Fue de tipo descriptivo, transversal, correlacional, diseño no experimental, la muestra fue 200 gestantes adolescentes. Para la recolección de la información se empleó una ficha elaborada teniendo en cuenta la propuesta del Choque, F (2004) y Chugden; Tello (2007). Se utilizó el paquete estadístico SPSS V23. Mediante la prueba del Chi-Cuadrado. Resultados: En cuanto a los factores biológicos, la edad más frecuente fue de 17 a 19 años 76,5%, talla mayor de 1.50cm 58,5%, eran primíparas 80%. Problemas de la gestación anterior, aborto incompleto 4,5%, infecciones del tracto urinario 5,0% y parto prematuro 3,0%. Los factores obstétrico frecuentes, infecciones del tracto urinario 53,0%, la ruptura prematura de membranas 17%, trabajo de parto prolongado 8,%, parto prematuro 6,5%, y la hipertensión inducida por él embarazo 4,5%. En cuanto a los factores sociales, la mayoría el estado civil convivientes 83,5% y pertenecen a la zona rural 75,5% En cuanto a los factores de riesgo económicos la mayoría son amas de casa 96,5%, su ingreso es menor de un mínimo vital (S/.850 nuevos soles) 53%. Se encontró relación estadística altamente significativa con los problemas del embarazo anterior ($p=0,000$). Asimismo, se encontró relación estadística significativa al relacionar los factores económicos. Para la ocupación ($p=0,002$) y el ingreso económico familiar ($p=0,0041$). Por tanto, se concluye que, existen factores que se relacionan y que la pobreza es un factor que contribuye a que el embarazo en la adolescencia se presente con mayor frecuencia en nuestro medio.

Palabras claves: Embarazo, adolescencia, Factores de riesgo.

¹ Aspirante a Licenciada de Enfermería (Bach. Enf. María Erly Gamonal Tarrillo, UNC)

² Martha V. Abanto Villar, Doctora en Salud. Profesora principal de la Facultad Ciencias de la Salud de la UNC

ABSTRACT

Relation between biological, obstetrical, socioeconomic and the adolescence at pregnancy factors José Soto Cadenillas Chota Hospital, 2015

Autor: María Erly Gamonal Tarrillo¹

Asesora: Martha V. Abanto Villar²

The objective of the present investigation research was to describe and analyze the relation between biological, obstetrical, socioeconomic and the adolescence at pregnancy factors treated at the José Soto Cadenillas Chota Hospital, 2015. Was the Descriptive, cross-sectional, correlational, non-experimental design, the Shows were 200 adolescent pregnant women. For the collection of the information was used a card elaborated and validated by the author; Taking into account the proposal of Dr. Choque, F (2004) and Chugden; Tello (2007). Was use the Statistical package SPSS v23 d. Through the Chi-Square test. Results: As regards to the biological factors, the most frequent age was from 17 to 19 years old, the 76.5%, height higher than 1.50cm the 58.5%, were primiparous the 80%. Problems of previous gestation, incomplete abortion the 4.5%, urinary tract infection the 5,0%, preterm delivery the 3,0%. Obstetric factors frequent, urinary tract infections 53%, premature rupture of membranes the 17%, prolonged labor the 8%, premature birth the 6.5% and pregnancy-induced by the hypertension – preeclampsia the 4.5%. Regarding to the social risk factors of the majority the civil status cohabiting the 83.5%, and belong to the rural area the 75.5%. About to the economic factors the most are homemakers the 96.5%, their entry is less than a vital minimum (S / .850 new soles) the 53%. When establishing the statistical relation, a statistically significant relation was found with the problems of the previous pregnancy ($p = 0.000$). Likewise, a significant statistical relation was also found in relation to economic factors. For occupation ($p = 0.002$) and family economic income ($p = 0.0041$). Therefore, it is concluded. Exist risk factors that are related and that the poverty is a factor that contributes to pregnancy in adolescence occur more frequently in our environment.

Key words: Pregnancy, adolescence, Biological, Obstetric, social and economic Factors of risk.

¹ Aspirante a Licenciada de Enfermería (Bach. Enf. María Erly Gamonal Tarrillo, UNC)

² Martha V. Abanto Villar, Doctora en Salud. Profesora principal de la Facultad Ciencias de la Salud de la UNC

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, el embarazo en la adolescencia sigue siendo considerado un problema de salud pública, con marcada importancia en países subdesarrollados y en vías de desarrollo. Es así como en América Latina un 15 a un 25% de los recién nacidos son hijos de madre menor de 20 años (1).

Así en el Perú los embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años de edad se han incrementado de 12,5% en el 2011 a 13,2% en el 2012 (2); observándose que este en nuestro medio cada día es más frecuente trayendo graves problemas para la adolescente. Como consecuencias se incluye la mayor probabilidad de que ocurra un aborto inseguro, que la atención pre natal se inicie en forma tardía o reciba un cuidado prenatal inadecuado, y que el niño nazca con bajo peso; además como se sabe un parto antes de los 18 años conlleva a peligros de salud tanto para la madre como para el niño, incrementándose las probabilidades de morbilidad materna-perinatal (2).

La investigación se realizó con el objetivo describir y analizar la relación entre los factores biológico, obstétrico, socio-económicos y el embarazo en adolescentes, atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2015. Observándose la existencia de los factores relacionados a la ocurrencia del embarazo en la adolescencia, es así que la mayor ocurrencia se dio en la adolescencia tardía de 17 a 19 años de edad (adolescencia tardía), encontrándose factores estrechamente relacionados como los antecedentes del embarazo anterior; asimismo los factores económicos, dentro de estos, la mayoría ocupación son amas de casa y el ingreso económico, menor de un mínimo vital (S/.850 nuevos soles) constituyendo factores para que se dé el embarazo en las adolescentes en nuestro medio.

Contando con esta información en el nivel local, se espera contribuir para que los responsables de atender y vigilar la salud sexual y reproductiva de las mujeres los tengan en cuenta en el momento de plantear las estrategias locales de intervención, además, teniendo en cuenta que si no se actúa en el control de estos factores de riesgo difícilmente se podrá superar los indicadores de morbilidad materna perinatal, es la adolescencia un grupo de riesgo de prioritaria intervención pero también el involucramiento de los padres de familia teniendo en cuenta que muchos de estos factores de riesgo están muy ligados al seno familiar de las adolescentes.

El presente trabajo de investigación consta de los siguientes capítulos:

Capítulo I. El problema: Definición y delimitación del problema, formulación del problema, justificación y objetivos.

Capítulo II. Marco teórico: Antecedentes del problema, marco teórico conceptual, hipótesis y variables.

Capítulo III. Metodología: Tipo y diseño de estudio, escenario de estudio, área de estudio, población y muestra, técnica e instrumentos de la recolección de datos, procedimiento para la recolección de la información, procesamiento de datos, análisis de datos, rigor ético y rigor científico.

Capítulo IV. Resultados, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1.- DESCRIPCIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.

El embarazo en adolescentes, es un problema social y de salud pública de alcance mundial y claramente se observa que la adolescencia es la etapa de vida del ser humano caracterizada por profundos y complejos cambios fisiológicos, psicológicos, anatómicos y sociales, que culminan en la transformación de quienes hasta ahora fueron niñas en adultas. Por lo que el embarazo en edades tempranas de la vida constituye en nuestros tiempos un reto de considerable envergadura; ya que, las consecuencias implícitas en este problema de orden biopsicosocial repercuten en la calidad de vida de la madre joven y de su familia, y determinan un riesgo considerable para el futuro de su hijo, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en el año 2012 (3).

Así, el embarazo en adolescentes se da como consecuencia del mismo comportamiento de experimentación en la sexualidad, la carencia de información y conocimientos insuficientes sobre los métodos anticonceptivos o también no tener un fácil acceso a su adquisición, además pueden sentirse avergonzados (as), tanto para preguntar, como para comprar anticonceptivos. Las adolescentes cada vez están teniendo relaciones sexuales a más temprana edad entre los 12 y 13 años (4).

Según la Organización de las Naciones Unidas, informa que hay más de siete millones de embarazos adolescentes en el mundo, en los países industrializados se registran 680,000 nacimientos anuales en adolescentes, más de la mitad en Estados Unidos. Una menor de cada cinco, aunque en Níger se eleva a una de cada dos (51%), se convierte en madre en el mundo en desarrollo. De los 7,3 millones de jóvenes menores de 15 años, “En países como Bangladesh, Guinea, Mali, Mozambique, Níger y Chad, una joven de cada 10 es madre antes de los 15 años. Según las encuestas que ha realizado la UNFAPA, el 19% de las mujeres de entre 20 y 24 años en los países en desarrollo

tuvieron su primer hijo antes de los 18 años. De esta muestra que representa a 36,4 millones de mujeres, cerca de la mitad (17,4 millones) viven en el sureste asiático, 10,1 millones en África subsahariana y 4,5 millones en América Latina (1).

En América Latina, el indicador de nacimientos por cada 1,000 mujeres adolescentes entre 15 y 19 años para América del Sur es de 74% con un rango entre 55 y 90 por 1000 para los países andinos, según el informe del Estado de la Población Mundial (UNFPA, 2010). En siete países de América Latina se encontró que el 19,5% de las mujeres entre 15 y 19 años habían estado embarazadas, de ellas, el 50% no tenía educación, y el 59% vivía en la pobreza (5).

En todo el país, los embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años de edad se han incrementado de 12,5%, en el 2011, a 13,2%, en el 2012, según cifras de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - Endes 2012. Es decir, en el 2011, 4.423 adolescentes ya fueron madres o estaban embarazadas por primera vez. Esto debido a causas como la violencia sexual, poca información sobre métodos de planificación familiar y falta de educación sexual en los colegios. La mayor prevalencia de embarazos adolescentes se encuentra en el área rural y en zonas de la selva, donde es común que una mujer inicie su vida sexual desde muy joven. En el 2011, según cifras facilitadas por el Ministerio de Salud, el número de adolescentes gestantes a nivel nacional, alcanzo la cifra de 12 970 mujeres entre los 12 y 17 años de edad. El departamento de Lima es el que concentra el mayor número de embarazos a nivel nacional con el 25,0%, seguido por los departamentos de Piura (7,9%) y San Martín (7,6%) respectivamente. Teniendo un promedio nacional del 4% de embarazos, los departamentos con menor porcentaje son Pasco, Huancavelica, Moquegua y Tacna que en conjunto hacen el 1,6% (6).

Y, según la misma fuente (Encuesta Demográfica y Salud Familiar del INEI), En el 2014, los embarazos en adolescentes aumentaron de 13,2%, en 2012, a 13,9% en 2013, con una creciente prevalencia en la costa norte y en Lima, que en conjunto congregan más de la mitad de la población de mujeres jóvenes embarazadas. (7) Entre los factores que estarían influyendo en el avance de este fenómeno estarían la migración, la baja calidad de la educación que antes era considerada un factor protector para las jóvenes y las nuevas conductas sexuales de los adolescentes. “La edad de inicio de la relación

sexual de forma precoz (entre los 14 y 17 años) que es un factor influyente, pues la mayoría de menores de edad lo hacen desinformadas sobre los métodos anticonceptivos que existen” (7).

La presencia de factores tanto biológicos, obstétricos como socio-económicos conlleva a complicaciones incrementando los indicadores de morbilidad materna-perinatal; estos pueden llevar a hemorragias, infecciones, muerte materno fetal y posibles daños al neonato.

Así con respecto a la edad de las adolescentes embarazadas existen estudios que evidencian diferencias significativas en la evolución del embarazo entre las adolescentes menores de 16 años y las de 17 años y más. Stain y cols., demostró que las complicaciones obstétricas en las adolescentes mayores (entre 16 y 19 años) estaban asociados con factores sociales como pobreza más que con la simple edad materna. En contraste, con las adolescentes menores de 16 años, los resultados obstétricos y perinatales son dependientes de la edad materna por sí misma. Algunos autores concluyen que las adolescentes embarazadas que reciben un adecuado control perinatal no presentarían mayor riesgo obstétrico que una embarazada adulta de similar nivel socioeconómico (2).

Se halló que las adolescentes de 15 años o menos tenían más anemia, más riesgo de muerte materna y muerte neonatal temprana, en comparación con las mujeres de 20-24 años de edad. Además todos los grupos de edad de las adolescentes tenían mayor riesgo para hemorragia postparto vaginal instrumentado, episiotomía, bajo peso en el momento del parto, parto prematuro y feto pequeño para la edad gestacional. Otras condiciones como la preeclampsia, eclampsia, amenaza de parto prematuro, parto pretérmino, distocias y la mayor frecuencia de cesáreas, con sus posibles complicaciones. La mortalidad materna hasta 2,5 veces mayor en menores de 15 años comparados con la mortalidad de 20-24 años (2).

Además, la disfunción familiar como un factor de riesgo social, predispone a una actividad sexual prematura y un embarazo puede ser visto como la posibilidad de huir de un hogar patológico donde la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto. Como factores de riesgo asociados a la familia, se

han descrito también la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres. Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación precoz de la actividad sexual. En la adolescencia media, el egocentrismo propio de la etapa les hace asumir a ellas que “eso no les va a pasar” (2).

Así, la pobreza lo que genera es la falta de oportunidades para la mujer, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tienen mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y de acceso a los sistemas de atención en salud, con el consecuente de generar mayores complicaciones. Además, los medios de comunicación, a través de los mensajes comercializados y estereotipados, han contribuido a la reducción de las barreras culturales que, en el pasado limitaban la actividad sexual. Muchas veces, de hecho, promueven la actividad sexual temprana. La pérdida de patrones religiosos tradicionales es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad (2).

El embarazo temprano ocurre en todos los estratos sociales, pero predomina en los sectores de menor nivel socioeconómico, y en los países en desarrollo. Un informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, reporta que, en un conjunto de países latinoamericanos analizados, la tasa específica de fecundidad adolescente del quintil más pobre cuadruplica la del quintil más rico. Asimismo, el embarazo adolescente es más frecuente en las jóvenes que tienen bajo nivel educativo (8).

La maternidad temprana marca el inicio de una responsabilidad económica difícil de afrontar por estas jóvenes madres, que cuentan con pocos recursos y limitadas oportunidades laborales. El abandono de la educación formal reduce las posibilidades de lograr un adecuado posicionamiento social y laboral a lo largo de sus vidas. El embarazo y la maternidad en adolescentes se relacionan estrechamente con los contextos de pobreza y exclusión, la falta de condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la ausencia de medidas de protección ante situaciones de riesgo. Una alta proporción de los embarazos adolescentes no son deseados entre 35% y 52% en América Latina y el Caribe y seguramente esta proporción es mayor en las menores de 15 años (8).

En la región de Cajamarca el porcentaje de embarazo adolescente oscilan entre 15% y el 19% cifras superiores a las nacionales, lo que implica mayor probabilidad de morbimortalidad infantil, complicaciones obstétricas y deserción escolar. (9) Cajamarca es el cuarto departamento que concentra la mayor cantidad de población adolescente a nivel nacional. Cabe resaltar que un 70% de este total residen en zonas rurales, justamente estas adolescentes tienen grandes diferencias en lo que ha educación se refiere, la mayoría de ellos solo tiene educación primaria o secundaria y muchas veces por la lejanía y pobreza no pueden continuar estudiando y se dedican a trabajar en las labores agrícolas, incidiendo el embarazo adolescente (10).

Además, en el Hospital Regional de Cajamarca en el año 2012, se registraron como complicaciones obstétricas en el embarazo incluidas las adolescentes: amenaza de aborto 15,3%, aborto espontaneo incompleto sin complicación 2,4%, Hemorragia 1,4%, pre eclampsia no especificada 1,4%, Hiperémesis grávida leve 0,9%, Embarazo ectópico no especificado 0,5%. (11) Hay que tener en cuenta que estos generan complicaciones en la gestante, al no ser detectados y controlados a tiempo ya sea durante el proceso del embarazo, en el parto o también en el puerperio.

A nivel Local. Según el Análisis de Situación de Salud Chota (ASIS, 2014). La proporción de gestantes adolescentes atendidas menciona que el indicador ha sufrido un ligero incremento con relación a años anteriores sin superar el estándar nacional o departamental. Para el año 2011 se controlaron un total de 552 gestantes adolescentes y correspondió al 10,4% de lo programado, para el año 2012 se controlaron 556 y correspondió al 10,7%, para el año 2013 se controlaron un total de 532 gestantes adolescentes y se alcanzó el 10,6% y en el año 2014 se controlaron 500 llegando a una cobertura del 11,2% del total programado (12)

Así, el embarazo adolescente llega al 12 % en las provincias de Chota, Santa Cruz y Hualgayoc, problema que frustra el proyecto de vida de las menores repercutiendo de esta manera en la salud de ellas y del producto; esto debido en gran parte al nivel socio cultural y a los escasos conocimientos que tienen los adolescentes frente a su sexualidad (13).

Asimismo, en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota, en el 2014 se registraron dentro de las complicaciones obstétricas en el embarazo y esta información incluye a las adolescentes, a la infección del tracto urinario 27,1%, hemorragias 15%, pre eclampsia 14%, anemia 6%, hiperémesis gravídica 2,6%, entre otras: embarazo molar, desnutrición, oligohidramnios y polihidramnios. (14) Los mismos que van a generar las complicaciones poniendo en riesgo la vida de la madre y del producto.

En la realidad local se observa también el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, generándose los embarazos en las adolescentes y este va en incremento cada día, asimismo la presencia de factores sociales, las adolescentes mayormente son de la zona rural, su nivel de educación llega a ser la primaria o secundaria y las que están cursando estudios superiores dejan de estudiar a consecuencia del embarazo, las adolescentes cuando se embarazan continúan viviendo en los hogares de los padres contribuyendo a que la pobreza continúe porque estas adolescentes seguirán dependiendo de sus padres y no generaran sus propios recursos para subsistir poniendo en riesgo la salud de su hijo y de ella misma, al salir embarazada la adolescente mayormente se dedica a los quehaceres del hogar.

Además las gestantes adolescentes presentan factores biológicos, dentro de estos la edad, los embarazos mayormente se dan entre los 17 a 19 años y también se observa el espacio intergenésico corto y dentro de los factores obstétricos, el aborto es frecuente, las hemorragias, las infecciones urinarias entre otros; los mismo que al no ser identificados y controlados pueden llegar a complicar el embarazo afectando la salud de la madre y de su hijo, especialmente en la adolescente pues su inmadurez biológica la hace muy propensa a sufrir daños que afecta su salud física y psicológica también.

Lo que ha motivado realizar la presente investigación y así poder identificar estos factores presentes en las gestantes adolescentes, especialmente identificar en qué etapa de la adolescencia es más frecuente, es importante detectar los factores más frecuentes; ya que, esto ayudará a disminuir la morbi-mortalidad materna perinatal pues guardan relación inversa con el número de controles prenatales, la posibilidad de detectar un factor significa evitar el daño en la madre y del producto y esto sólo puede ser bajo un adecuado control durante la gestación, la falta de control prenatal, es un factor grave;

pues la madre llegará a buscar asistencia tardíamente en el curso del parto, sin exámenes auxiliares, sin historia clínica previa, afectada en algunos casos por enfermedades intercurrentes, con complicaciones del embarazo. A partir de esta realidad y no existiendo estudios relacionados al tema se creyó por conveniente formular y ejecutar el presente trabajo de investigación.

1.2.-PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

¿Existe relación entre los factores biológicos, obstétricos, socio-económicos y el embarazo en adolescentes, atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas, Chota- 2015?

1.3.-OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.3.1.- OBJETIVO GENERAL:

Describir y analizar la relación entre los factores de riesgo biológico; obstétrico; socio-económicos y el embarazo en adolescentes, atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota- 2015

1.3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir según las etapas de la adolescencia a las adolescentes embarazadas. Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas, Chota- 2015.
- Determinar los factores biológicos del embarazo y establecer su relación con el embarazo en adolescentes. Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas, Chota- 2015.
- Identificar los factores obstétricos del embarazo y establecer su relación con el embarazo en adolescentes. Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas, Chota- 2015.

- Determinar los factores socio-económicos en el embarazo y establecer su relación con el embarazo en adolescentes. Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas, Chota- 2015.

1.4.- JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

Cada día el embarazo en adolescentes se convierte en un problema de salud pública en América Latina, por su magnitud y repercusiones biológicas, culturales y sociales (15), así se encontró en siete países de América Latina que el 19,5% de las mujeres entre 15 y 19 años habían estado embarazadas (16), los indicadores respecto a la salud materna perinatal no han disminuido, resultando a nivel Latino Americano el Perú, uno de los países con la más alta tasa de mortalidad materna perinatal.

Por lo tanto, la presente investigación se justifica porque, el embarazo en adolescentes (menores de 19 años) es un fenómeno enmarcado dentro de la problemática de más alto impacto en la actualidad, con innumerables consecuencias para la salud sexual, reproductiva, económica y de ambiente familiar para la madre y para el hijo. También porque a pesar de todos los esfuerzos por parte del Ministerio de Salud por controlar este problema, aún no se evidencian resultados favorables.

Además son los factores, biológicos, obstétricos, sociales y económicos que van a incrementar los indicadores de morbi-mortalidad materna perinatal; el motivo es que por el hecho de ser adolescentes acuden tardíamente a su control prenatal o llegan al centro de atención en el momento del parto, lo que permite que la mujer pueda llegar a este momento con alguna patología que va a generar complicaciones muchas veces poniendo en riesgo la salud de la madre y del niño elevando así los indicadores de mortalidad materna perinatal o produciendo muchas veces discapacidad en la madre como es el caso de la preeclampsia-eclampsia. La frecuencia de anemia e infección del tracto urinario demostrando que estarían vinculados con parto prematuro y recién nacidos de bajo peso al nacimiento, rupturas prematuras de membranas entre otras.

Los resultados de la presente investigación serán de gran importancia, pues se conocerá la realidad local respecto al problema a investigar y con este conocimiento los responsables de la atención materna-perinatal formulen o reformulen programas de educación sexual y reproductiva dirigido a las mujeres en edad fértil, con la finalidad de posponer el embarazo en adolescentes por el riesgo materno que este significa.

El presente es relevante porque a través de la intervención que el personal de salud implemente y ejecute, contribuirá a reducir la morbilidad materna perinatal a través de estrategias adecuadas para la atención materna perinatal, la misma que ayudará al reconocimiento de los factores biológicos, obstétricos y socio-económicos presentes en las embarazadas y fortalecimiento de las capacidades del personal de salud en emergencias obstetricias por parte del Ministerio de Salud. Que, a pesar de los esfuerzos por disminuir los altos índices de morbilidad materna, aún constituye un problema para la salud de la mujer gestante y del producto, especialmente en el ámbito de la jurisdicción del Hospital José Soto Cadenillas.

Además, los resultados de la presente contribuirán al conocimiento científico, los resultados facilitarán a la propuesta de futuras investigaciones respecto al problema investigado y en cuanto a los estudiantes constituirá un punto de partida para futuras investigaciones; por tanto, la presente ha permitido conocer la problemática local en cuanto a la mujer gestante especialmente adolescente.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1.- ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

Chasi A. (Latacunga, 2015). En una investigación titulada. “Embarazos en la Adolescencia y Factores de Riesgo Maternos en el Hospital Provincial General de Latacunga, en el Período 2015”. Con la finalidad de ver en qué porcentaje se presenta los embarazos en las adolescentes y cuáles son sus factores de riesgos maternos que se producen, trabajo observacional descriptivo con una muestra de 50 adolescentes. Encontró como resultados que entre las edades de 16 a 19 años son más frecuentes los embarazos. Entre los factores de riesgo maternos: complicaciones obstétricas, deficiente atención médica durante el embarazo, toxemias del embarazo y del parto prematuro, distocias mecánicas y dinámicas, parto prolongado y difícil, abortos, anemia, infecciones urinarias, bacteriuria asintomática, hipertensión gestacional, pre eclampsia – eclampsia, escasa ganancia de peso, malnutrición materna, ruptura prematura de membranas, hemorragias. También existen cambios físicos, cambios psicológicos es decir la adolescente se encuentra en una etapa de desarrollo y la presencia del embarazo produce un estrés emocional marcado y ansiedad, cambios sociales en donde la adolescente se preocupa más por sus necesidades personales y no piensa en el embarazo. Además se presentan problemas físicos, sociales y psicológicos todo esto conlleva a que la adolescente no se encuentre preparada para asumir una gran responsabilidad, y se ven obligadas a abandonar sus estudios y su proyecto de vida se ve truncado (17).

Barrera, L. Tunja, (Boyacá, 2015), realizó un trabajo de investigación titulado: Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá, 2015. El presente estudio se propone describir factores posiblemente asociados al parto pretérmino (PP) en una muestra de gestantes adolescentes, atendidas en el Hospital San Rafael de Tunja, en 2010, estudio de corte transversal, observacional analítico. Se revisaron las historias clínicas de 30 adolescentes. Los resultados arrojan una prevalencia de parto prematuro 6,1%; media de edad 17,3 años; rango de edad gestacional 22-37 semanas. Se identificaron los

factores asociadas al parto prematuro, infección de vías urinarias (30.5%), vaginosis (26.7%), anemia (23.3%), preeclampsia (20%). En conclusión, el parto prematuro ocurrió en 6,1% de las gestaciones en adolescentes. Los principales factores que se insinúan como asociados con el parto prematuro son hemorragia, baja asistencia a controles prenatales, preeclampsia, bajo nivel de escolaridad (18).

Suarez, M. (Santa Elena, 2014). En un estudio. Titulado: Prevalencia y factores de riesgo en embarazos de adolescentes atendidas en los Hospitales del Ministerio de Salud Pública, Santa Elena 2014. El objetivo fue determinar la prevalencia y factores de riesgo en embarazos en adolescencia en la provincia de Santa Elena, mediante un análisis retrospectivo, descriptivo, no experimental, utilizando información obtenida de 1919 historias clínicas del Sistema Informático del adolescente (SIA) de los 4 hospitales del Ministerio de Salud Pública (MSP), desde Enero del 2010 a Diciembre del 2011. Los resultados revelan que la prevalencia de embarazos en adolescentes, en el año 2010 fue del 14%, en comparación al año 2011 en que se reportó un 11%; también se evidenció que el 52,4% fueron adolescentes tardíos y el 43% están solteras, el 5,1% trabajan. En los antecedentes personales, expresan que existe violencia familiar, el 1,0% indican que han sufrido maltrato, existiendo problemas de alcohol y drogas en el hogar. Dentro de los hábitos, los adolescentes que tomaron alcohol y fumaron tabaco lo hicieron a los 16 años, en la conducta sexual encontramos que el 1% tuvieron relaciones sexuales en la adolescencia temprana, el 2,3% declararon que fue en forma involuntaria, el 1,3% de las adolescentes sexualmente activas han adquirido alguna ITS, asimismo el 3,6% expresan haber abortado (19).

Romero, K; Muñoz, R et.al. Cuenca, 2014). Realizaron una investigación titulada: Prevalencia y Factores de riesgo asociados a Embarazo en Adolescentes que acuden a consulta externa del Hospital Básico, Cuenca- 2014. Objetivo: Determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes que acuden a consulta externa del Área de Salud Nro. 3 “Limón Indanza”, 2013. Método y materiales: Estudio analítico transversal en el que se investigó la prevalencia y los factores de riesgo relacionados con el embarazo en

adolescentes en el cantón Limón-Indanza. Para el levantamiento de los datos utilizo un formulario, la información se recopiló de las historias clínicas, posteriormente se transfirió a un programa de computación (software SPSS 20.0 para Windows y Excel 2010) para el análisis correspondiente. Entre los resultados se encontró una prevalencia de 10,52% en comparación con el total de la población en riesgo y de 24,54% si consideramos el total de pacientes que acudieron a control prenatal. Los factores que tuvieron significancia estadística fueron inicio precoz de la vida sexual activa, consumo de alcohol y tabaco. Las Conclusiones fueron: Los factores de riesgo que influyen de manera significativa en el embarazo adolescente son: inicio de la vida sexual activa precoz, abuso sexual, consumo de alcohol y tabaquismo (20).

Gonzales, E. (Lima, 2014). En una investigación. Titulada: Factores asociados con la Violencia en Gestantes Adolescentes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé Enero – Marzo 2014. Con el Objetivo: Identificar los factores asociados con la violencia en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé de enero a marzo del 2014. Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, transversal. Se recolectó información de las fichas de tamizaje de violencia de 140 gestantes adolescentes atendidas en el servicio de madre adolescente del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Encontró los siguientes resultados: La edad promedio fue de 16.98 años. El 78,57% tenían secundaria, el 63,57% eran amas de casa, el 60% de gestantes convivientes. El promedio de edad del Inicio de Relaciones sexuales fue de 15.46 años. El 83,57% de las adolescentes gestantes indicó no haber planificado el embarazo. El principal agresor de la gestante adolescente en los tres tipos de violencia son los padres o pareja. El tipo de violencia más frecuente en las gestantes adolescentes es la violencia psicológica con el 48,2% antes del embarazo, lo cual disminuye a un 10% durante el embarazo. La violencia física en el 41,2% de gestantes adolescentes antes del embarazo, durante el embarazo disminuyó a un 5,3%. La violencia sexual representó el 10,6% de las gestantes adolescentes antes del embarazo, disminuyendo durante el embarazo a un 2,4% Conclusión: Los factores socioeconómicos (edad, grado de instrucción, ocupación, estado civil) y de desarrollo biológico (menarquia, inicio de relaciones sexuales, número de

parejas sexuales, aceptación del embarazo, planificación del embarazo) son los más representativos con la violencia en gestantes. El tipo de violencia más frecuente en gestantes adolescentes es la violencia psicológica, seguida de violencia física y en menor porcentaje violencia sexual (21).

Osorio, R. (Lima, 2013). Realizó una investigación titulada: Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el hospital de Apoyo María Auxiliadora. Objetivo: Determinar los principales factores características sociodemográficas en el embarazo de adolescentes atendidas en los consultorios externos de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, diciembre del 2013. Metodología: Estudio de tipo cuantitativo, con diseño observacional-descriptivo. Se encuestó a las gestantes adolescentes que acuden para ser atendidas en los Consultorios Externos del Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el mes de diciembre del 2013. Se empleó un cuestionario validado, luego del cual se recolectaron los datos y fueron procesados utilizando el programa de SPSS Versión 22. Resultados, se encontró que el 90% se encuentran entre los 14 a 19 años de edad, el 80% no planificaron su embarazo, 64% provienen de familias desintegradas, 75% tienen grado de instrucción secundaria, 65% reciben apoyo económico de sus padres, 62% inició sus relaciones sexuales entre los 14 a 16 años de edad y 82% tiene algún conocimiento sobre los métodos anticonceptivos las conclusiones fueron: Las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora tienen ciertas características sociodemográficas comunes en el embarazo; la temprana edad de inicio de las relaciones sexuales, bajo nivel educativo, de origen familiar desintegradas y tienen algún conocimiento de métodos anticonceptivos por la alta frecuencia que se encontró en los entrevistados. Considerándose por ende un suceso difícil que afecta la salud integral de las madres adolescentes, la de sus hijos, familiares y de la comunidad en su conjunto (22).

Bendezú, G; Torres, J. (Ica, 2013). Realizaron una investigación. Características y riesgos de gestantes adolescentes. Institución: Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza”, EsSalud, Ica, Perú, entre el 1 de julio de 2013 y el 30 de junio de 2014, con el objetivo: Establecer la incidencia, riesgos y complicaciones

del embarazo y parto en las adolescentes, estudio retrospectivo. Participantes: Gestantes adolescentes. Métodos: se estudió 177 adolescentes que tuvieron su parto en el hospital. La información se obtuvo de las historias clínicas de las pacientes y registros de partos. Resultados: El embarazo en las adolescentes representó el 6,63% de la población atendida. Las complicaciones del embarazo anemia (18,2%) e infecciones urinarias (14,1%). La incompatibilidad cefalopélvica y el sufrimiento fetal agudo fueron las principales indicaciones de cesárea en las adolescentes. La frecuencia de complicaciones del puerperio fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Conclusiones: El embarazo en la adolescencia tiene riesgo elevado de complicaciones, haciendo necesario el desarrollo de políticas de salud, de educación sexual y sanitaria encaminadas a reducir las tasas de embarazo en este grupo etario (23).

Marín, C. (Callao, 2013). Realizó una investigación sobre: Infecciones Urinarias en Gestantes Adolescentes y Complicaciones en el Embarazo y el Recién Nacido Hospital San José del Callao, 2013. Objetivo. Determinar las complicaciones en el embarazo y recién nacido ocasionadas por las infecciones urinarias en gestantes adolescentes, en el Hospital San José del Callao en el año 2013. Material y método: El diseño fue cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo. El universo estuvo conformado por todas de gestantes adolescentes que se atendieron en el hospital en el año 2013 y fueron 2652 gestantes. La muestra estuvo constituida por 80 gestantes adolescentes. Resultados: El 38.8% de gestantes adolescentes tuvieron 18 años, nivel secundario (68.7%), convivientes (56.3%) y ama de casa (61.2%). Las primigestas alcanzaron el (78.7% 14 | primer diagnóstico de infección urinaria en mayor frecuencia se detectó en el tercer trimestre de 29 a 40 semanas (41.3%). Tuvieron parto vaginal (58.7%), control prenatal completo (63.8%), puntuación de Ápgar al minuto 7-10 (93.4%). La infección urinaria de mayor frecuencia fue la cistitis (56.2%). La mayor complicación de la infección urinaria fue la amenaza de parto pre término (48.7%) y el recién nacido con bajo peso al nacer (menos de 2500 gramos) alcanzó (30%). Conclusiones: Existen resultados que indican complicaciones en la gestación y en el recién nacido. Se necesita continuar con controles prenatales donde se enfatice la realización de exámenes

de orina con mayor interés en el primer y tercer trimestre que es donde se encuentran más casos de infecciones urinarias en las gestantes en estudio (24).

Rodríguez, A. (Ecuador, 2012-2013). Realizó una investigación titulada: “Incidencia del embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en maternidad Mariana de Jesús” de septiembre 2012 a febrero del 2013”. Tuvo por objeto realizar un estudio actualizado de la problemática que presenta la adolescente embarazada, por lo tanto, se evaluó; la incidencia del embarazo en la adolescente, sus complicaciones en el embarazo, la gravedad, y se evaluaron los factores que conllevan a la presencia de complicaciones psicosociales. Este estudio se lo realizó en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Maternidad Mariana de Jesús. Con un universo de todas las pacientes, adolescentes embarazadas en esta unidad, y una muestra determinada de 100 pacientes, en el período comprendido entre septiembre del 2012 hasta febrero del 2013. El estudio es de tipo descriptivo, con diseño no experimental, longitudinal, prospectivo. Los resultados del mismo indican que el mayor porcentaje de adolescente embarazada se presentó en pacientes de 15 a 17 años de edad con el 56%, mientras que en el rango de 18 años fue de 34%, y el menor porcentaje presento las pacientes de 12 a 14 años con el 10%. Dentro de las causas psico - sociales el mayor porcentaje presenta por la Falta de educación sexual 30%, luego problemas familiares 23%, seguido de maltrato familiar y pobreza con el 20% cada uno, y 7% abuso sexual. Lo que permitieron evaluar y analizar, un plan o protocolo para conocer detalladamente las causas de la morbi - mortalidad tanto materna como neonatal (25).

Gómez, C; Montoya, L. (Briceño, 2012). Realizaron un estudio titulado: Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012. Objetivo. Establecer la relación entre los factores sociales, demográficos, familiares y económicos con el embarazo en adolescentes de 13 a 19 años del área urbana en el municipio de Briceño, 2012. Métodos. Se aplicó una encuesta dirigida a buscar información sobre factores: sociales, demográficos, familiares y económicos. Se implementó un modelo de regresión logística. Resultados Las adolescentes que respondieron las encuestas fueron 193. Los factores asociados con mayor riesgo

de embarazo adolescente Fueron: la edad, el estrato socioeconómico, la ocupación, la convivencia con la pareja, el inicio temprano de las relaciones sexuales, el número de compañeros sexuales, el nivel de escolaridad del padre, el hecho de haber sido violada y los ingresos económicos familiares. Concluyéndose, que la edad, el estrato socioeconómico, la ocupación, la convivencia con la pareja, el inicio temprano de las relaciones sexuales, el número de compañeros sexuales, el nivel de escolaridad del padre, haber sido violada y los ingresos económicos familiares estaban relacionados con el embarazo en adolescentes en el área urbana del municipio de Briceño (26).

García, J. (Regla, 2012). Realizó una investigación titulada: Factores de riesgo presentes en el embarazo adolescente en la Habana-Cuba. (2012). Objetivo. Caracterizar el comportamiento de los factores de riesgos biológicos y sociales en los adolescentes del municipio Regla en el año 2012. Métodos. Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en 979 adolescentes entre 15 y 19 años del grupo básico de trabajo II del policlínico Lidia y Clodomira del municipio Regla en el año 2012. La información fue recopilada a partir del diagnóstico de salud del GBT en el departamento de estadística. De los resultados se destaca que es en la adolescencia tardía donde ocurre la mayoría de los embarazos representando el 67,2%, siendo solteras el 61,8% y se encontraban en la etapa estudiantil el 65,1% de ellas. El 75% iniciaron sus primeras relaciones sexuales entre los 14 a 17 años, siendo el olvido la causa fundamental del no uso de los anticonceptivos para un 44,8%. La mayoría de estas adolescentes tenían el antecedente de 2 o más abortos 15 ócados (46,3%). Concluyeron: Que en el estudio prevaleció el embarazo en aquellas jóvenes que se encontraban en la adolescencia tardía, estaban estudiando y eran solteras. La mayoría de ellas iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 17 años y no utilizaron métodos anticonceptivos por olvido. Se presentó con mayor porcentaje aquellas embarazadas adolescentes con buen peso al inicio de la gestación y que ya tenían más de 2 abortos previos (27).

Munares, O y Gómez, G. (Perú, 2009-2012). Realizaron una investigación titulada: Niveles de hemoglobina y anemia en gestantes adolescentes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, 2009-2012. Objetivos.

Determinar los niveles de hemoglobina y anemia en gestantes adolescentes atendidas en los establecimientos del Ministerio de Salud del Perú durante los años 2009 y 2012. Materiales y métodos. Estudio transversal de análisis de datos secundarios utilizando el Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) del niño y la Gestante. Se revisaron 265 788 registros de gestantes de 10 a 19 años. Se midieron los niveles de hemoglobina (g/dL) y el porcentaje de anemia en el primer, segundo y tercer trimestre. Se aplicó estadísticas descriptivas con intervalos de confianza al 95%. Resultados, se encontró que el 3,4% de las gestantes tenían entre 10 a 14 años (adolescencia temprana), el 21,6% entre 15 a 16 años (adolescencia intermedia) y el 75% entre 17 a 19 años (adolescencia tardía). Los niveles de hemoglobina en las gestantes adolescentes fueron de $11,6 \pm 1,3$ g/dL para el 2009 y de $11,5 \pm 1,3$ g/dL durante los años 2010, 2011 y 2012, la frecuencia global de anemia para el 2009 fue de 25,1%; para el 2010 de 26,0%, para el 2011 de 26,4% y para el 2012 de 25,2% (28).

Janco, A. (La Paz-Bolivia, 2011). Realizó un estudio sobre: “Factores de riesgo asociados a adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que acuden a su control prenatal en el Hospital Municipal Copacabana, Provincia Manco Kapac. Departamento de la Paz-Bolivia”-2011. Objetivo. Determinar los factores de riesgo asociados a adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que acuden a su control prenatal en el Hospital Copacabana. Diseño metodológico. Se analizó y se recabó la información del cuaderno de sistematización de las acciones de control prenatal, parto, puerperio y recién nacido para puestos de salud, centros de salud y hospitales básicos SNIS 2011. Correspondientes a mujeres adolescentes que estén cursando con un embarazo y que realizan su control prenatal en el Hospital Municipal Copacabana, el período fue entre los meses de octubre, noviembre, diciembre de 2011. Tipo de estudio, tipo de diseño. Este trabajo de investigación se ajusta al diseño del estudio analítico, prospectivo y descriptivo Población (universo). La población de referencia está compuesta por adolescentes mujeres entre 10 a 19 años que asisten a sus controles prenatales del Hospital Municipal Copacabana, en el período comprendido de octubre a diciembre de 2011, de un total de 108 pacientes que acudieron a consulta médica, que corresponde a pacientes embarazadas, esta información se obtuvo de los registros diarios de consulta externa del libro de control

prenatal, parto y puerperio. (Mujeres embarazadas que acuden a su control prenatal, registro diario del Hospital Municipal de Copacabana). Población de estudio (muestra). El número de controles fue de 108 este tamaño de muestra. Concluyeron: Que existe asociación entre el nivel de instrucción, nivel de ingreso económico en el embarazo durante la adolescencia. Las adolescentes tienen menos posibilidades de quedar embarazadas si concluyen sus estudios hasta nivel secundario. Las adolescentes con problemas en la escuela, posteriormente desertan y gran parte de ellas se embarazan. La mayoría de la población estudiada pertenece a un nivel socioeconómico bajo por lo que gran parte de la de ellas se ven en la necesidad de trabajar a corta edad, cuando están embarazadas cuentan con un ingreso menor, ya que quedan al cuidado de su hijo (29).

2.2.MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.

A. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.

a. ADOLESCENCIA.

La OMS define como Adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años. Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es en muchos aspectos un caso especial (30).

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

1. Adolescencia Temprana (10 a 13 años).

Biológicamente, es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía.

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 controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con incertidumbres por su apariencia física.

2. Adolescencia media (14 a 16 años). Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. 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.

3. 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" (30).

b. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquía, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen" (30).

c. CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES PARA EL AUMENTO DE LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES.

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

- a) Sociedad Represiva:* Niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.
- b) Sociedad Restrictiva:* Tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.
- c) Sociedad Permisiva:* Tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.
- d) Sociedad Alentadora:* Para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual

no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África Ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico. (30)

Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones:

1. *Estratos medio y alto*: La mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.
2. *Estratos más bajos*: Donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo (30).

d. ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES

- a) **La adolescencia de las adolescentes.** La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares.

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija-madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.

También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico. Así, por temor a perder lo que cree tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan.

En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del "abuso sexual", en la mayoría de los casos por su padre biológico.

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.

b) Actitudes hacia la Maternidad

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.

Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exageran los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja, aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos (30).

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del *exhibicionismo*. Es muy común que "*dramaticen*" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que le afirme su independencia de los padres.

En la adolescencia tardía, luego de los 18 años, 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 (30).

c) Consecuencias de la maternidad – paternidad adolescente.

A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad – paternidad en la segunda década de la vida.

1. Consecuencias para la Adolescente

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo; ya que, muchas se formalizan forzosamente por esa situación.

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia.

Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésico más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

2. Consecuencias para el hijo de la madre adolescente

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita".

Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.

Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "extramatrimoniales" o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos.

3. Consecuencias para el padre adolescente.

Es frecuente la deserción escolar para absorber la manutención de su familia. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un stress inadecuado a su edad. En general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz (30).

d) FACTORES BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y ECONÓMICOS QUE FAVORECEN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

Múltiples factores favorecen la ocurrencia de embarazo en adolescentes; estos se relacionan con aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales que, unidos a las vulnerabilidades propias de la adolescencia y a conclusiones de riesgo inherentes a diversas situaciones, predisponen a relaciones sexuales que conllevan a embarazos no planeados ni deseados en un gran número de casos. La edad de inicio de las relaciones sexuales se encuentra directamente relacionada con el incremento de la probabilidad de un mayor número de hijos al final de la vida reproductiva de una mujer. Dicha edad es cada vez más temprana entre los adolescentes; en Colombia el inicio de las relaciones sexuales en menores de 15 años pasó de 5,6 por ciento en el año 2000 a 13,6 por ciento en el 2005. En el 2005, alrededor del 40 por ciento de las adolescentes de 15 a 19 años ya había tenido actividad sexual (31).

El inicio temprano de las relaciones sexuales también se halla asociado con los factores biológicos como la presentación de la menarquía a edades cada vez más tempranas. Con factores psicológicos como la demora de los adolescentes en admitir que son sexualmente activos o el bajo riesgo percibido sobre la posibilidad de un embarazo no planeado. La vulnerabilidad percibida, propia de su edad, no les permite concebir el riesgo real de un embarazo cuando se tienen relaciones sexuales sin protección; no son conscientes del riesgo conductual que conlleva, por ejemplo, la monogamia repetitiva o seriada, frente al riesgo real de que, a mayor número de relaciones sexuales sin protección, con diferentes compañeros sexuales, se incrementa la probabilidad de un embarazo o de una infección de transmisión sexual.

Existen factores predictores de riesgo, como la actividad sexual, la edad, el número de parejas, el uso adecuado o no de anticonceptivos, el grado de invulnerabilidad percibida, el consumo de alcohol y el uso de sustancias ilícitas, que pueden desarrollarse con los embarazos en adolescentes.

El bajo estatus económico y menor nivel educativo son los factores de riesgo en todos los grupos étnicos. Adicionalmente, mujeres con antecedente de tener hijas de madres adolescentes son más propensas a embarazo temprano (31).

Los patrones de actividad sexual, unión y maternidad, son altamente diferenciales por estrato socioeconómico. Las adolescentes de estratos bajos inician relaciones sexuales, se unen y son madres mucho más temprano y más rápido que las de estratos altos. Se sugiere que este comportamiento diferencial se concatena con las percepciones sobre la maternidad, las adolescentes de estrato alto consideran que los hijos deben tenerse cuando se ha alcanzado estabilidad económica, emocional y de pareja; mientras que es más común que las de estrato bajo estimen que el embarazo en la adolescencia es una forma de reconocimiento y aceptación social, y una opción de conformar una verdadera familia.

Se estima que entre un 30-35 % de las primeras relaciones coitales se realizan sin protección anticonceptiva. La mayoría de los adolescentes que no usaron este método en su primera relación sexual afirmaban que no lo hicieron porque fue algo inesperado (31).

B. FACTORES DEL EMBARAZO: BIOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS.

a. FACTORES BIOLÓGICOS.

1.-EDAD DE LA MADRE.

La edad de la mujer se relaciona estrechamente con el riesgo durante el embarazo. Las niñas de 15 años y menos tienen más probabilidades de desarrollar preeclampsia (una enfermedad caracterizada por una presión arterial elevada, proteínas en la orina y retención de líquidos durante el embarazo) y eclampsia (convulsiones producidas por la preeclampsia); también tienen más probabilidades de tener hijos de bajo peso al nacer o desnutridos. En cambio, las mujeres de 35 años o más tienen más probabilidades de desarrollar presión arterial elevada, diabetes o fibromas (formaciones no cancerosas) en el útero, así como de tener problemas durante el parto (31).

2.-TALLA DE LA MADRE.

Una mujer de menos de 1,45 m de altura tiene más probabilidades de tener una pelvis pequeña; de ahí que el riesgo de tener un parto prematuro y un bebé anormalmente pequeño por retraso del crecimiento intrauterino también sea más alto de lo habitual (30).

3.-PARIDAD:

La mujer que ha tenido seis o más embarazos, tiene mayores probabilidades de tener contracciones leves durante el parto y hemorragias después del mismo, debido al debilitamiento de sus músculos uterinos. También puede tener un parto rápido, que aumenta el riesgo de padecer una hemorragia vaginal copiosa. Además, tiene muchas más probabilidades de tener placenta previa (una placenta anormalmente localizada en la parte inferior del útero).

Este trastorno puede causar hemorragia y, como la placenta puede bloquear el cuello, por lo general, se debe practicar una cesárea (32).

4.-ESPACIO INTERGENÉSICO.

Es el lapso de tiempo entre el fin de un embarazo o aborto y el inicio de un nuevo embarazo. Muchos autores han descrito efectos adversos del corto intervalo intergenésico, por lo que se sugiere que un óptimo intervalo entre gestaciones de tres años mejoraría el resultado perinatal (32).

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

5.-MALA HISTORIA CLÍNICA: PROBLEMAS EN UN EMBARAZO PREVIO.

1.-ABORTOS REPETIDOS.

Una mujer que ha tenido tres abortos consecutivos siempre en los primeros 3 meses de embarazo tiene alrededor del 35 por ciento de probabilidades de sufrir otro. El aborto también es más probable cuando la mujer tuvo un feto muerto entre el cuarto y el octavo mes de embarazo o cuando tuvo un parto prematuro en un embarazo anterior (32).

Aborto:

Se define como la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación con un producto con un peso menor a 500gr, talla fetal de 25cm y de 18cm coronilla – rabadilla (33).

Amenaza de aborto: Se presenta con amenorrea, metrorragia de cantidad variable, dolor hipogástrico y/o lumbar (33).

Dentro de los signos hay sangrado uterino confirmado por especuloscopia, cuello uterino sin modificaciones, útero con tamaño acorde con tiempo de embarazo y prueba de embarazo positiva.

El diagnóstico es confirmado por la visualización ecográfica de una gestación intrauterina o la auscultación del latido cardíaco fetal mediante Doppler.

Aborto inevitable: Existe amenorrea, dolor hipogástrico moderado a severo, y metrorragia. El útero con tamaño acorde con tiempo de embarazo, contracciones uterinas, dilatación cervical y rotura de membranas

Aborto incompleto: Parte de los productos de la concepción se encuentran aún en la cavidad uterina. La ecografía transvaginal confirma la presencia de restos placentarios dentro de la cavidad uterina (33).

Aborto completo: Expulsión total de los productos de la concepción. La ecografía determina la ausencia de contenido uterino, certificando el diagnóstico (línea endometrial <10mm).

Aborto séptico: Infección que se superpone a cualquiera de las formas de aborto, a partir de la cavidad uterina.

Existen antecedentes de aborto provocado, maniobras instrumentales, DIU Concomitantemente con el embarazo, legrado o AMEU (33).

2.-FETO NACIDO MUERTO.

El hecho de que un feto nazca muerto o de que un bebé recién nacido muera se asocia a anomalías cromosómicas en el feto, diabetes, alguna enfermedad renal (crónica) o de los vasos sanguíneos, hipertensión arterial, drogadicción o una enfermedad del tejido conectivo, como el lupus en la madre (32).

3.-RECIÉN NACIDO PREMATURO.

Por otro lado, cuanto mayor sea el número de partos prematuros, mayor es el riesgo de repetirlos en los embarazos siguientes. Una mujer que haya tenido un recién nacido con un peso menor de 1,5 kilogramos, tiene 50 por ciento de probabilidades de que su próximo hijo nazca antes de término. Si un recién nacido sufrió retraso del crecimiento intrauterino, es probable que se repita en el siguiente. En estos casos, se investiga en busca de la presencia de enfermedades que puedan retrasar el crecimiento fetal, como la hipertensión arterial, afecciones renales, aumento de peso (32).

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

Factores predisponentes de amenaza de parto pretérmino: Entre los factores predisponentes para la amenaza de parto pretérmino, tenemos: (33).

Factores de riesgo mayores: Gestación múltiple, antecedentes de parto pretérmino, antecedente de amenaza de parto pretérmino con parto a término, polihidramnios, anomalías uterinas, cirugía abdominal durante el embarazo, antecedentes de conización, dilatación >1cm a las 32SG Cuello <1cm de longitud a las 32SG, 2 o más abortos en el segundo trimestre, consumo de cocaína.

Factores de riesgo menores: Enfermedad febril durante el embarazo. Pielonefritis Consumo +10 cigarrillos al día. Metrorragia después de las 12SG. 1 aborto en el segundo trimestre. 2 o más abortos en el primer trimestre.

Parto Prematuro: Es aquel que se produce después de las 20 semanas o antes de las 37 semanas de gestación. Las investigaciones han determinado que el riesgo de parto prematuro en las pacientes adolescentes es mayor mientras menor es la edad de la paciente, siendo el grupo de verdadero riesgo las adolescentes que se encuentran entre los 10 y los 15 años, no

existiendo diferencias en el grupo entre 16 y 19 años con respecto a las pacientes adultas.

Dentro de la etiología se plantea sobre todo el estrés psicosocial, las infecciones ascendentes del tracto genitourinario.

En este mismo sentido, la edad gestacional del parto prematuro está en relación a la edad materna, existiendo mayor riesgo de partos prematuros de menor edad gestacional a menor edad materna (33).

4.-RECIÉN NACIDO GRANDE.

Un recién nacido que pese más de 4,5 Kg al nacer sugiere que la madre pueda sufrir diabetes. El riesgo de aborto o muerte de la mujer o del recién nacido aumenta si la mujer padece de diabetes durante el embarazo. Por tanto, se debe controlar la presencia de esta enfermedad en las mujeres embarazadas midiendo sus niveles de azúcar en sangre (glucosa) entre las semanas 20 y 28 de embarazo (32).

5.-ENFERMEDAD HEMOLITICA.

Esta enfermedad se desarrolla cuando la madre cuya sangre es Rh-negativo tiene un feto con sangre Rh-positivo (incompatibilidad de factor Rh) y la madre produce anticuerpos contra la sangre del feto (sensibilización a Rh) que destruyen sus glóbulos rojos. En esos casos, se analiza la sangre de ambos progenitores. Si el padre tiene dos genes para sangre Rh- positivo, todos los recién nacidos tienen alrededor del 50 por ciento de probabilidades de ser Rh-negativo. Esta información es útil para tomar precauciones necesarias con la madre y el feto en embarazos subsiguientes (32).

6.-Hipertensión Arterial.

El antecedente de preeclampsia- eclampsia, en un embarazo anterior se asocia con mayor probabilidad de recurrencia de esta complicación en la etapa gestacional. Además, la hipertensión arterial incrementa el riesgo del retardo en el crecimiento intrauterino, muerte fetal y materna.

7.-Infección del tracto urinario.

Se asocia con mayor probabilidad de parto prematuro, retardo en el crecimiento intrauterino, subida de la presión arterial y producir la muerte fetal (32).

8.-Cesárea.

Se asocia con mayor de presentar inserción baja de placenta, acretismo placentario y ruptura de cicatriz uterina durante el trabajo de parto; este riesgo se incrementa de manera exponencial conforme es mayor el número de cesáreas previas (32).

b. FACTORES OBSTÉTRICOS.

Un factor de riesgo obstétrico se define como aquél que directa o indirectamente contribuye a que se modifique el desarrollo normal del feto, el estado materno o ambos. La identificación temprana de los factores de riesgo, seguida de una atención adecuada, pueden prevenir o modificar los resultados perinatales desfavorables. Los factores de riesgo son innumerables y su importancia puede ser mayor o menor, más cuando en una gestante pueden concurrir varios factores, con mayor efecto sobre el producto. La valoración del riesgo es un proceso dinámico; ya que, se puede incrementar, disminuir o mantener sin variaciones, de ahí la necesidad de la evaluación continua de toda gestante (34).

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

Existe una alta incidencia de enfermedades de transmisión sexual. Vaginosis bacteriana, con mayor frecuencia por *Gardnerella Vaginalis*, HPV. En el puerperio la morbilidad está ligada a la vía del nacimiento. Las complicaciones son: desgarro del canal del parto por uso de instrumentos como fórceps o desarrollo incompleto de estas pacientes (34).

1.-ANEMIA:

Es la capacidad disminuida de los glóbulos rojos para transportar oxígeno o hierro, muy común en las embarazadas llamadas también anemia gravídica causada por un aumento del volumen sanguíneo de la mujer. Con dos o más bebés, el volumen sanguíneo es aún mayor, un 50 por ciento mayor en el embarazo único, un 75 por ciento mayor en el de gemelos y casi del 90 por ciento en el de trillizos. También hay una alta incidencia de anemia microcítica hipocrómica, la cual puede ser multifactorial, sobresalen los hábitos nutricionales deficientes, el acudir tardíamente a su control prenatal y la propia adolescencia. Es una enfermedad frecuente en los países subdesarrollados.

Un valor menor a 13 gr/dl de Hb (leve), < a 11 gr/dl de Hb (moderada) y < a 9 gr/dl (severa); (Parámetros para la altura, 3000 msnm) (33).

2.-INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO:

Se trata de la infección de una o más estructuras del tracto urinario; se encuentra entre las infecciones más comunes padecidas por la mujer embarazada e incluyen:

Bacteriuria asintomática:

Es la colonización bacteriana del tracto urinario sin sintomatología. Muchos estudios mostraron que la incidencia de bacteriuria oscila entre un 4% y 7%; similar al reportado en mujeres no embarazadas. Sin embargo, durante el embarazo la obstrucción del flujo de orina y las modificaciones fisiológicas propias de esta etapa favorecen la estasis y un mayor riesgo de pielonefritis (33).

Uretritis y Cistitis:

Las infecciones de las vías urinarias bajas se caracterizan por un cuadro de polaquiuria, ardor miccional, tenesmo y síntomas pélvicos, generalmente afebril.

Pielonefritis: Constituye un problema grave que puede desencadenar una muerte materna debido a las complicaciones médicas que pueden aparecer tales como shock séptico y síndrome de dificultad respiratoria del adulto.

Se presenta en alrededor del 2% de las embarazadas. El 40% de las embarazadas con pielonefritis aguda tiene antecedentes de infección de las vías urinarias inferiores.

La frecuencia reportada de infección de vías urinarias en la mayor parte de las publicaciones es alta en las pacientes adolescentes embarazadas, con cifras que llegan a cerca del 23% (33).

Factores de riesgo asociados para la infección de vías urinarias durante el embarazo:

Infección urinaria previa.

Episodios repetidos de infección cérvico-vaginal (3 o más). Litiasis o malformación de la vía urinaria.

Antecedente de abortos en el segundo trimestre de la gestación o parto prematuro de causa no específica (33).

3.-HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO:

Es la principal causa de mortalidad materna y perinatal, retardo en el crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer. Se presenta con mayor frecuencia en pacientes primigrávida, embarazadas diabéticas, embarazo múltiple, embarazo molar, eritroblastocis fetal, polidramnios, obesidad, macrosomía fetal, pacientes de bajo nivel socioeconómico y en gestantes con antecedentes familiares y personales de preeclampsia. Cuando una gestante primigrávida tiene el antecedente familiar de preeclampsia proveniente de la madre, la posibilidad de desarrollar la enfermedad es de 25% y cuando es proveniente de la hermana es de 40%, lo cual demuestra la influencia de factores inmunogenéticos en la presentación de la enfermedad (35).

Las pacientes primigrávida y las de bajo nivel socioeconómico cuando presentan simultáneamente estrés psicosocial se aumenta en seis veces el riesgo de desarrollar la enfermedad posiblemente por una menor respuesta de inmunidad celular mediada por el estrés. Se ha observado que la gestante que desarrolla preeclampsia tiene una disminución en su respuesta de inmunidad celular especialmente en el recuento de linfocitos T ayudadores y en la relación de linfocitos T ayudadores/supresores. La obesidad especialmente con hiperlipidemia se asocia con un mayor nivel de estrés oxidativo con disfunción endotelial aumentando el riesgo de desarrollar la enfermedad. El alto riesgo biopsicosocial en el embarazo aumenta significativamente la posibilidad de identificación de mujeres embarazadas con riesgo de desarrollar preeclampsia lo cual se ha observado en comunidades latinoamericanas.

Factores predisponentes a trastornos hipertensivos del embarazo.

Entre los factores predisponentes para los trastornos hipertensivos durante el embarazo, tenemos:

Paridad: casi exclusiva de primigestas.

Embarazo múltiple.

Macrosomía fetal.

Patologías asociadas (diabetes, obesidad, mola, polihidramnios, eritroblastosis fetal).

Antecedentes familiares y personales.

Bajo nivel socioeconómico.

Factores ambientales.

Hipertensión inducida del embarazo:

Es la que se diagnostica por primera vez durante la gestación después de las 20 semanas, sin proteinuria. Las cifras de la tensión arterial regresan a la normalidad antes de las 12 semanas posparto, con lo que se confirma el diagnóstico.

En un estudio realizado en la ciudad de Cuenca las adolescentes con trastornos hipertensivos del embarazo están entre los 15 y 19 años, la mayoría nulíparas, de procedencia urbana e instrucción primaria.

Preeclampsia:

Llamada también “toxemia”, es una condición única y generalmente peligrosa que sólo ocurre durante el embarazo. Es un desorden multisistémico en el que la hipertensión diagnosticada después de las 20 semanas se acompaña de proteinuria. Desaparecen dentro de las 12 semanas del post parto.

Se debe a la reducción de la perfusión a los diferentes órganos secundariamente al vasoespasmo y a la activación endotelial.

Los resultados anormales de las pruebas de laboratorio de las funciones hepática y renal confirman el diagnóstico junto con la persistencia de cefaleas, alteraciones visuales y dolor epigástrico; este último es producido por la necrosis, la isquemia y el edema hepatocelular que comprime la cápsula de Glisson.

La persistencia de proteinuria de 2 (++) o mayor o la excreción de 2gramos o más de orina de 24 horas indica un cuadro de preeclampsia severa.

Eclampsia:

Se denomina así a la presencia de convulsiones en pacientes pre eclámpticas que no pueden ser atribuidas a otra causa.

Las convulsiones suelen ser tónico clónicas tipo gran mal. Aproximadamente la mitad de los casos de eclampsia aparecen antes del trabajo de parto, un 25% lo hace durante el trabajo de parto y el resto en el posparto.

Preeclampsia sobre impuesta a hipertensión crónica:

Es la aparición de proteinuria sobre un proceso hipertensivo crónico no proteinúrico.

Hipertensión crónica:

Es la elevación de la presión arterial diagnosticada antes del embarazo o en la primera consulta prenatal antes de las 20 semanas. No se presenta proteinuria y las cifras tensionales permanecen elevadas después de la décimo segunda semana posparto (35).

4.-DIABETES MELLITUS GESTACIONAL:

El embarazo normal produce varios cambios homeostáticos en la mujer. En ayunas la mujer embarazada es hipoglicémica, hipoaminoacídica, hipoinsulinémica, hiperlipidémica e hiperacetónémica. Desde el principio del embarazo, el ayuno incide en una severa disminución de la glucosa materna circulante del orden de 15 mg a 20 mg, en relación con la mujer no embarazada; este fenómeno es más acentuado en el segundo y tercer trimestre. La insulina materna no atraviesa la membrana placentaria por lo cual el feto secreta su propia insulina a partir de la semana 10 del embarazo actuando como hormona de crecimiento fetal (36).

La diabetes gestacional se sospecha complicando un embarazo normal cuando la gestante presenta factores de riesgo para desarrollar la enfermedad como son: los antecedentes familiares de diabetes, la macrosomía fetal en embarazos anteriores, la obesidad o aumento exagerado de peso durante el embarazo los antecedentes personales de intolerancia a carbohidratos o diabetes, el aumento de la altura uterina no proporcional para la edad gestacional (polidramnios) y los antecedentes de mortinatos. La toxemia y los partos prematuros también se han relacionado con la disfunción del metabolismo de los carbohidratos. Un sólo factor de riesgo de los descritos identifica riesgo para diabetes gestacional. Sin embargo, 44% de las gestantes que desarrollan diabetes gestacional no presentan factores de riesgo biológico. Esta es la razón por la cual las gestantes que no tienen factores de riesgo biológico deben tener una prueba de filtro para el diagnóstico precoz del riesgo como es la prueba de O'Sullivan y las que tengan uno o más factores de riesgo deben tener una curva de tolerancia oral a la glucosa para un diagnóstico temprano (36).

Cuando la madre diabética previa al embarazo mantiene cifras de glicemia de 150 mg/dl o más en ayunas, durante su gestación habrá una mortalidad perinatal de 24%; con unas cifras menores de 100 mg/dl la mortalidad perinatal es 3.6%; y con niveles menores a 90 mg/dl asociados con un control metabólico estricto no se produce mortalidad perinatal por esta causa. Esto justifica acciones de diagnóstico oportuno y manejo adecuado de la diabetes mellitus durante el embarazo (36).

5.-ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS:

La rotura prematura de membrana constituye una de las enfermedades obstétricas más relacionadas con la Morbimortalidad materno – perinatal, la infección puede llevar a la inducción de metaloproteinasa que actúan sobre las proteínas de la matriz extracelular de las membranas debilitándolas y provocando así la rotura. Esta se asocia a corioamnionitis, membrana hialina en el recién nacido por prematuridad e infección, presentación pelviana, prolapso del cordón, compresión de la cabeza fetal y/o del cordón umbilical, e incremento del índice de cesárea (34).

Se describen 3 mecanismos fisiopatológicos:

- a) Por alteración de la estructura de las membranas cervicales: la rotura ocurre espontáneamente y antes de que se produzcan cambios importantes en la madurez, posición o dilatación del cuello uterino.
- b) Por deformación y estiramiento a nivel del orificio cervical: La rotura ocurre espontáneamente después de cambios funcionales del segmento cérvix (borramiento y comienzo de la dilatación) acompañados por las contracciones uterinas.
- c) Mecanismo de formación y rotura de dos sacos ovulares: Se produce una acumulación de líquido amniótico en el espacio virtual amniocorial por filtración a través del amnios o por secreción. El líquido acumulado por presión hidrostática va disecando el espacio amniocorial para finalmente depositarse en el polo inferior entre el corion y el amnios. La rotura del corion determina la salida de líquido al exterior, y al conservarse el amnios íntegro se forma una segunda bolsa. Esta se rompe en una etapa posterior por el mecanismo anteriormente mencionado.

Factores predisponentes de la rotura prematura de membranas

Entre los factores predisponentes para la ruptura prematura de membranas ovulares, tenemos:

Factores de riesgo mayores: Parto prematuro previo. Metrorragia en el embarazo actual (más riesgo en el tercer trimestre). Consumo de cigarrillo.

Factores de riesgo menores: Vaginosis bacteriana (más riesgo entre las 8-18 semanas de gestación). HTA o diabetes. Anemia (Hto <30%). Consumo de café (>2 tazas diarias). 2 o más legrados previos.

Otros factores: Traumatismos Incompetencia cervical Enfermedades del colágeno Deficiencia de vitamina C y cobre. Polihidramnios Infecciones del tracto genital inferior. Trichomona, chlamydia, ureoplasma.

Algunos estudios destacan que existe una frecuencia mayor de rotura prematura de membranas en la paciente adolescente, encontrándose cifras que van desde aproximadamente el 7% al 17% (34).

6.-DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA:

Separación prematura de la placenta; abrupción placentaria; desprendimiento placentario; hematoma retro placentario; Ablación de la placenta. Se la define como la separación total o parcial de la placenta de su sitio de implantación en el segmento superior del útero luego de las 20 semanas de gestación o antes del tercer estadio del parto (35).

7.-RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO.

Este se clasifica en Tipo simétrico, cuando el peso, talla y la circunferencia cefálica, para la edad gestacional están por debajo del percentil 10. Pueden presentar compromiso solamente del peso y talla. Diverso a autores han señalado que corresponde a detecciones del crecimiento con inicio antes de las 30 semanas de gestación.

Y el retardo de crecimiento intrauterino II o asimétrico, el peso para la edad gestacional está en o por debajo del percentil 10, mientras que la talla y la circunferencia cefálica están por encima de éste. Generalmente corresponde después de la 30 semana de gestación (36).

8.-TRABAJO DE PARTO PROLONGADO.

Es el parto que dura en multíparas más de 12 horas y en primíparas más de 24 horas (37).

9.-CESÁREA:

Procedimiento quirúrgico que consiste en la extracción del feto y la placenta materna. El objetivo básico de la cesárea es preservar la vida o la salud de la madre y del feto, la cesárea se decide cuando hay evidencia de sufrimiento materno fetal, la cesárea puede ser programada o no (emergencia), cuando una mujer se somete a una cesárea pierde la experiencia de dar a luz a un bebé por la vía tradicional. La incidencia de la cesárea ha subido de forma dramática en los últimos 25 años, desde la mitad de los años 60 la tasa ha subido desde menos del 5% hasta el 25% en 1990. En la actualidad en Latinoamérica las cesáreas han aumentado de 15 a 33% en los últimos 25 años, en el Perú en el 2007 las cesáreas han aumentado en un 15 (36).

10.-PARTO CON FORCEPS:

Parto asistido con instrumentos.

11.-PARTO PREMATURO:

Los factores maternos más comúnmente asociados con la presentación del parto prematuro y el bajo peso al nacer son: el bajo nivel socioeconómico, la adolescencia, la desnutrición materna, el analfabetismo, el hábito de fumar, la farmacodependencia, las anomalías cérvico-uterinas, la infección cérvico-vaginal, la infección urinaria, la infección TORCH, las enfermedades que producen hipoxia (cardiopatías, asma, enfermedades hematológicas, diabetes, hipertensión arterial crónica), antecedente de abortos o partos prematuros, el exceso de actividad sexual y la promiscuidad. Los factores fetales más comúnmente asociados son: el embarazo múltiple, las malformaciones congénitas, el retardo en el crecimiento intrauterino y la pérdida fetal. Los factores del líquido amniótico más comúnmente asociados son: el polidramnios y el oligoamnios. Los factores placentarios más comúnmente asociados son: los defectos de implantación (placenta previa y abrupción de placenta), los defectos morfológicos (placenta circunvalada, hemangiomas, inserción marginal del cordón umbilical, tumores) y los defectos funcionales (hipertensión arterial, infartos) (37).

Cualquier de estos factores cuando se acompaña de estrés psicosocial aumenta más de tres veces el riesgo de desarrollar el parto prematuro posiblemente por una menor respuesta de inmunidad celular mediada por el estrés lo cual aumenta la agresividad de las infecciones asintomáticas y por efecto de las catecolaminas liberadas bajo el efecto del estrés se estimulan los receptores alfa del útero aumentando la contractibilidad uterina. Las acciones preventivas deben ir dirigidas al manejo del factor de riesgo obstétrico específico con una identificación oportuna y un manejo adecuado de las infecciones tanto clínicamente evidentes como de las infecciones asintomáticas.

Una paciente con este antecedente, tiene 2.5 veces más riesgo de parto pretérmino y a más temprana edad gestacional del parto antecedente, mayor es el riesgo. Se correlaciona fuertemente con un trabajo de parto pretérmino subsiguiente. El riesgo se encuentra 3 veces aumentado en aquellas mujeres cuyo primer parto fue pretérmino.

Es el factor de riesgo más importante relacionado con la prematuridad. Aquellas gestantes con historia obstétrica de un parto pretérmino espontáneo antes de las 35 semanas tienen un riesgo de parto pretérmino en una nueva gestación del 15%. Si 2 antecedentes, el riesgo es del 41 % y si 3 antecedentes, del 67%(4). O Si antecedente de parto < 28 semanas, el riesgo de presentar un nuevo parto pretérmino se multiplica por 10 (37).

12.-ATONÍA UTERINA:

Ocurre en el 90% de los casos, cuando hubo trabajo de parto prolongado, sobre distensión uterina (feto grande, polidramnios, gemelar), distocia, manipulación excesiva del útero, incluyendo la manipulación intrauterinas, inducción del parto, infección urinaria, el miometrio no se contare convenientemente, de manera que no controla el sangrado de los vasos sanguíneos que quedaron expuestos luego de la salida de la placenta (37).

C. FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE:

1.-FACTOR ECONÓMICO.

En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa o nula, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo. A la pobreza o poca capacidad económica de las adolescentes, a la desnutrición y la mala salud de la madre, a la escasa supervisión médica o rechazo de familiares, amigos o vecinos que reprueban su conducta (38).

De acuerdo con un nuevo estudio del Banco Mundial (39).

“La pobreza y la falta de oportunidades están directamente asociadas con el embarazo adolescente y la maternidad temprana, que pueden convertirse en impedimentos para que las mujeres aprovechen al máximo sus oportunidades de desarrollo”.

“Esto representa un reto para la región, pues si bien los embarazos adolescentes han disminuido en todo el mundo durante la última década, en América Latina y el Caribe disminuyen a un ritmo más lento que en otras regiones”.

Dentro de los factores de riesgo asociados con el embarazo adolescente se destaca que las tasas de fertilidad adolescente están directamente relacionadas con condiciones de pobreza y con factores asociados a la desigualdad. Los resultados sugieren que las adolescentes que tienen más educación, viven en zonas urbanas y provienen de familias con mayores recursos económicos tienen una menor probabilidad de quedar embarazadas. Las adolescentes embarazadas son más vulnerables y más pobres que adolescentes que no tienen hijos, lo que se explica en parte porque pertenecen a distintos grupos de riesgo.

“El embarazo adolescente es relevante desde el punto de vista del desarrollo, porque es una manifestación de la falta de oportunidades y porque la

maternidad temprana puede tener implicaciones que fomenten círculos viciosos de pobreza entre generaciones, exclusión social y altos costos sociales. Atender este reto demandará políticas mejor diseñadas que tomen en cuenta la complejidad del fenómeno” (39).

2.-INICIO TEMPRANO DE RELACIONES SEXUALES

Las relaciones sexuales en la adolescencia temprana son frecuentes en América Latina, tal vez más de lo que los adultos imaginan. Entre 10 y 12% de las adolescentes de 15 a 19 años en Brasil, República Dominicana, Nicaragua y Colombia reportaron haberse iniciado sexualmente antes de los 15 años. En Argentina una encuesta a madres adolescentes reveló que 64,8% de las encuestadas se inició antes de los 16 años, y 12% antes de los 14 años (40).

La iniciación sexual muy temprana puede representar un riesgo para la salud y el bienestar de las adolescentes, particularmente en términos de embarazo imprevisto e infecciones de transmisión sexual, especialmente si las jóvenes no tienen la madurez o el asertividad para utilizar medidas preventivas.

En las adolescentes muy jóvenes la decisión de iniciar relaciones sexuales no siempre es una decisión consciente o libre de ambigüedad, ni una decisión en la que se evalúen los riesgos y consecuencias involucrados. Aunque sean relaciones consentidas o aceptadas, muchas veces las adolescentes tienen poco control sobre el evento de la iniciación sexual.

La edad de iniciación influye en la vulnerabilidad frente a situaciones de riesgo reproductivo. El uso de anticonceptivos en la iniciación, por ejemplo, aumenta con la edad en la que ocurre, de modo que, cuanto más temprana es la iniciación sexual mayor es el riesgo de embarazo, no sólo porque aumenta el tiempo total que la mujer estará expuesta a embarazarse, sino porque es menor el porcentaje que adopta conductas preventivas (40).

3.-TIPO DE FAMILIA.

La familia es la institución por excelencia, provee el bienestar básico del individuo, y constituye la unidad primaria de salud, tiene como característica la unidad, satisface necesidades como la reproducción, cuidado, afecto y socialización, entre otras 30 tesis. Según su integración: Integrada: familia en la cual ambos padres viven y cumplen sus funciones. Semi-integrada, familia en la cual los padres viven y cumplen más o menos sus funciones. Desintegrada, familia en la que uno de los padres ha dejado el hogar por muerte, divorcio o separación (41).

Con relación a la estructura familiar y la maternidad adolescente, Smith-Battle dice que la mayoría de madres adolescentes residen con sus padres después del nacimiento de su hijo. También que la adopción de un nuevo miembro en la familia es un proceso que se vive de manera diferente en cada una: mientras algunos abuelos adoptan de manera informal al niño de la adolescente y asumen todo el cuidado del bebé y apoyan a la nueva madre, hay otros casos donde los abuelos proporcionan poco cuidado al niño, reflejando y perpetuando el resentimiento familiar. Con lo descrito anteriormente se observa que en los hogares se encuentran más de dos generaciones agrupadas, en ciertos casos facilitando el desarrollo de la madre adolescente y en otros haciendo esta labor más difícil. Incrementándose así las familias extensas, muy comunes en los ámbitos rurales más que en los urbanos.

Otro aspecto considerado dentro de los factores de riesgo que se asocian al embarazo en adolescente no planeado, es el hecho de vivir con una familia disfuncional, dentro de ellas se encuentran las familias desintegradas por divorcio o separación, en donde se presentan abusos, incluso de tipo sexual, así como sufrir carencias afectivas, muchas jóvenes caen en la creencia que han encontrado un amor ideal, a consecuencia de no haberse sentido amadas y valoradas en su propio núcleo familiar. Por ello, confían en que esa relación les hará sentirse plenas y muchas deciden tener su primera vez, sin importar su edad, una vez que se ejerce la relación sexual las jóvenes no utilizan

métodos de protección para evitar embarazos no planeados, ni tampoco alternativas que prevengan infecciones de transmisión sexual (42).

4.-ESTADO CIVIL.

Situación jurídica concreta que posee un individuo con respecto a la familia. El estado o Nación a que pertenece. La importancia del matrimonio y el estado civil como factores que influyen en el tamaño y la estructura del hogar y la familia es patente y ha sido documentada ampliamente por sociólogos y especialistas en porque el matrimonio constituye el primer paso en la formación de familia biológica y la mayoría de las parejas recién casadas establecen su propio hogar inmediatamente después de la boda (4).

Respecto al estado civil de la madre adolescente. Cada vez es más frecuente que la madre permanezca soltera, a diferencia del pasado, cuando la mayoría de los embarazos adolescentes conducía a unión o matrimonio voluntario o forzado. Una posible explicación se puede encontrar en Smith-Battle, quien afirma que la mayoría de las madres adolescentes tiene matrimonios menos estables que aquellas que posponen la maternidad para más adelante (43).

Wolti, encontró que en todos los grupos de edad, sin excepción, aquellas mujeres que tuvieron un hijo en la adolescencia muestran un mayor porcentaje de divorcios, por lo que podría suponerse que el embarazo adolescente es un factor de inestabilidad conyugal. Esta opinión es compartida por varios autores y se asocia a la escolarización extendida y a la necesidad de desarrollar actividades propias de la mujer diferentes a la maternidad. Sin embargo, el "madresolterismo" parece no circunscribirse solamente a las madres adolescentes. Además observó que en todos los grupos de edad, las mujeres que han sido madres por primera vez después de la adolescencia (20 años) son en su mayoría solteras. Hecho que muestra un cambio en el patrón de nupcialidad de toda la población, más que únicamente en las madres adolescentes (43).

5.-NIVEL DE INSTRUCCIÓN.

El nivel educativo.

La escolaridad tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes. La precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, más bien la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones (41).

Sobre el nivel de educación en las adolescentes que ya son madres. El porcentaje de adolescentes que ya son madres se incrementó entre los años 2009 y el 2013, las adolescentes que ya son madres, aumentaron entre las que tienen niveles educativos de primaria y en las que alcanzaron superior, mientras que se mantuvo casi igual en el grupo que tiene secundaria (de 9,4% a 9,2%).

Según la Encuesta del 2013, más de ocho de cada diez adolescentes alguna vez embarazadas no asisten a un centro educativo (85,2%) y la razón más frecuente es por embarazo o matrimonio (45,9%) seguida de las razones económicas (22,1%) (7).

La deserción por embarazo en las adolescentes se enfrenta por problemas sociales y económicos que son los que generalmente motivan la deserción escolar en un gran número de ellas, por falta de apoyo emocional y/o económico por parte de la familia. Por lo tanto, el embarazo adolescente como tal no es la principal causa de deserción escolar, sino que existen factores externos relacionados con este hecho que afectan la permanencia en el proceso educativo formal. No se puede olvidar que la asistencia escolar guarda estrecha relación con las condiciones económicas (43).

6.-PROCEDENCIA.

Entre los años 2000 y 2009, las adolescentes que ya son madres se incrementaron en el área urbana (de 6,9% a 8,4%) en cambio en el área rural el porcentaje disminuyó (de 19, 2% a 18,4%) no obstante ser mayor que el

respectivo a las residentes en el área urbana. Entre el 2009 y 2013, las adolescentes que ya son madres y residentes en el área rural, continuaron con la tendencia hacia la disminución. En tanto que en el área urbana, el porcentaje se mantuvo en valores similares (8,4% y 8,5%, respectivamente) (7).

La fecundidad de las adolescentes sucede en un contexto en el cual el nivel de fecundidad en el país viene disminuyendo desde fines de los sesenta tanto en el área urbana como en la rural, sin embargo, el nivel de fecundidad no es uniforme; ya que, existen diferenciales según las características de las personas y del territorio. La fecundidad de las adolescentes muestra la tendencia hacia un incremento en el área urbana para el período 2000 al 2009, esta tendencia al incremento se mantiene según la Encuesta del 2013, en tanto que en el área rural tiende hacia el descenso, pero siempre es más alta que en el área urbana (7).

7.-HÁBITOS NOCIVOS.

La relación que existe entre el consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo y la posibilidad de que estos agentes generen resultados perinatales desfavorables, es una evidencia probada científicamente (44).

Es particularmente preocupante la forma en que el tabaquismo, el consumo de alcohol y el abuso de fármacos durante el embarazo afectan a la salud y al desarrollo del feto. El tabaquismo es la adicción más frecuente entre las mujeres embarazadas de algunos países desarrollados. A pesar de la información creciente acerca de los que fuman o viven con alguien que fuma sólo ha descendido ligeramente en 20 años y el porcentaje de mujeres grandes fumadoras se ha incrementado. Así mismo, el tabaquismo entre las adolescentes ha aumentado sustancialmente y supera al de los jóvenes de su misma edad (41).

En relación con el consumo de tabaco, experiencias científicas diversas permiten afirmar que aquellas adolescentes que fuman durante el embarazo corren considerables riesgos para su salud, y exponen al feto a peligros tales

como: aborto espontáneo, parto prematuro, bajo peso al nacer y defunción durante el primer año de vida (44).

El consumo de tabaco perjudica tanto a la madre como al feto, pero sólo cerca del 20 por ciento de las mujeres que fuma abandona el hábito durante la gestación. El efecto más marcado del tabaquismo sobre el recién nacido durante el embarazo es la reducción de su peso al nacer: cuanto más fuma una mujer durante el embarazo, menos pesará el recién nacido. Este efecto parece ser mayor entre las fumadoras de mayor edad, que tienen más probabilidades de tener recién nacidos de menor peso y estatura. Las fumadoras embarazadas también tienen más probabilidades de tener complicaciones con la placenta, rotura prematura de membranas, parto anticipado (pretérmino) e infecciones uterinas. Una mujer embarazada que no fuma debería evitar exponerse al humo de otro puesto que, igualmente, puede perjudicar al feto (41).

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

El consumo de alcohol, durante el embarazo es la principal causa conocida de anomalías congénitas. El síndrome alcohólico fetal, una de las principales consecuencias de beber durante el embarazo, aparece alrededor de 2,2 de cada 1 000 recién nacidos. Esta enfermedad incluye el retraso del crecimiento antes o después del parto, anomalías faciales, cabeza pequeña (microcefalia), probablemente causada por el crecimiento escaso del cerebro, y un desarrollo anormal del comportamiento. El síndrome alcohólico fetal es la principal causa de retraso mental. Además, el alcohol puede causar problemas que van

desde el aborto espontáneo casi se duplica cuando una mujer consume alcohol durante el embarazo. Por lo general, el peso con el que nacen los hijos de madres que consumen alcohol durante la gestación es inferior al normal. El promedio de peso al nacer es alrededor de 2 kilogramos, comparados con los 3,5 kilogramos del resto de los recién nacidos (41).

Las mujeres embarazadas que consumen marihuana en distintos grados, se exponen a su principal ingrediente, el tetrahidrocannabinol (THC) que es capaz de atravesar la placenta y, en consecuencia, afectar al feto. A pesar que ninguna evidencia específica demuestra que la marihuana cause defectos de nacimiento o retrase el crecimiento del feto en el útero, algunos estudios sugieren que un gran consumo de esta droga produce anomalías de comportamiento en los recién nacidos (44).

8.-VIOLENCIA FAMILIAR.

Violencia sexual.

El abuso sexual y las agresiones sexuales en la niñez y adolescencia son fenómenos que están ganando mayor visibilidad. El abuso sexual incluye acciones con y sin contacto sexual. El coito forzado es el abuso sexual definido como violación. En algunos países también es violación el coito entre una menor de 12 años y un mayor de edad, aun cuando sea voluntario por la posibilidad de coerción, inducción o seducción engañosa en la obtención del consentimiento (43).

Por lo general los abusadores y los agresores sexuales son familiares directos o personas conocidas que gozan de la confianza de las adolescentes (padres biológicos, padrastros, abuelos, tíos, cuñados, primos, vecinos, amigos de la familia, empleadores u otras personas con autoridad o ascendencia sobre las adolescentes). Sólo en una minoría de casos los perpetradores son personas extrañas a la víctima.

En las adolescentes mayores de 15 años, es común que los agresores sexuales sean pares de edad similar, mientras que en las adolescentes menores suelen

ser principalmente hombres mayores que ellas. Un grupo particularmente vulnerable al abuso sexual y las agresiones sexuales son las niñas y adolescentes con discapacidad mental. Una proporción importante de las agresiones sexuales en menores de 15 años ocurre en la escuela, perpetradas por compañeros y también por empleados, docentes o directores que abusan de su autoridad para demandar o forzar relaciones sexuales con las alumnas (43).

Asimismo, existe evidencia que relaciona la experiencia de abuso y agresiones sexuales en la infancia y adolescencia con una mayor probabilidad de adoptar conductas de riesgo, como tener sexo a edades tempranas, no utilizar anticoncepción, tener varias parejas sexuales, baja autoestima y baja capacidad de control, factores que generan contextos sociales y emocionales que contribuyen a la ocurrencia de embarazos no previstos en la adolescencia (43).

Uso de métodos anticonceptivos.

La edad de inicio de relaciones sexuales es cada vez más temprana, pero la capacidad de prevenir el embarazo no acompaña este comportamiento. Entre los 10 y los 14 años no existe la madurez emocional e intelectual necesaria para aplicar medidas adecuadas de prevención. Esto dificulta la posibilidad de las adolescentes de ejercer un control reflexivo sobre el ejercicio de la sexualidad y sus consecuencias, así como la capacidad para negociar con sus parejas las decisiones sobre la actividad sexual y la prevención de embarazos, máxime si éstas las superan ampliamente en edad.

En muchos países de la región las mujeres en edad reproductiva tienen poco conocimiento sobre el cuerpo y procesos fisiológicos como el ciclo menstrual y el período fértil. Este desconocimiento es mayor en las adolescentes más jóvenes. En casos extremos, el embarazo no es reconocido hasta el momento del parto. De igual forma, a edades tempranas el conocimiento sobre las formas de evitar el embarazo es escaso, o circula información errónea o distorsionada acerca de la fecundación y los métodos anticonceptivos (43).

El uso de anticoncepción en la primera relación sexual suele ser muy bajo por la imprevisibilidad del hecho. Además, por falta de conocimiento y experiencia, las adolescentes tienen más embarazos imprevistos que las adultas durante el primer año de uso de métodos anticonceptivos. Si bien la expansión del acceso a los métodos anticonceptivos alcanza a la población adolescente, en especial a las de mayor edad, no ha impactado lo suficiente en la fecundidad adolescente, ya que su uso no siempre es adecuado u oportuno (43).

2.3.-HIPÓTESIS.

H_i Existe relación estadística significativa entre los factores: biológicos, obstétricos, socio-económicos y el embarazo en adolescentes, atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de enero a diciembre del 2015.

H_o No existe relación estadística significativa entre los factores: biológicos, obstétricos y socio-económicos y el embarazo en adolescentes, atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de enero a diciembre del 2015.

2.4. VARIABLES:

2.4.1. VARIABLE DEPENDIENTE:

EMBARAZO ADOLESCENTE:

- Adolescencia temprana (De 10 a 13 años)
- Adolescencia media (De 14 a 16 años)
- Adolescencia tardía (De 17 a 19 años)

2.3.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

FACTORES DEL EMBARAZO:

- BIOLÓGICOS
- OBSTÉTRICOS
- SOCIOECONÓMICOS

2.5.-OPERACIONALIZACIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN DE VARIABLES:

Variable Dependiente: Embarazo adolescente.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	CATEGORÍAS O INDICADORES	RANGOS	NIVEL DE MEDICIÓN	Tipo de variable
Etapas de la adolescencia	Según la OMS define la adolescencia, como el periodo de vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, de la niñez a la adultez entre los 10 hasta los 20 años de edad, independiente de la edad ginecológica (32).	1. Adolescencia temprana 2. Adolescencia media 3. Adolescencia tardía	1. 10 a 13 años 2. 14 a 16 años 3. 17 a 19 años		Cualitativa Ordinal

Variable Independiente: Factores Biológicos, Obstétricos y socio-económicos del embarazo:

Factores Biológicos del embarazo

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	CATEGORÍAS O INDICADORES	RANGOS	NIVEL DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
1.- Edad materna	Periodo de tiempo que ha pasado desde el nacimiento y se expresa en años cumplidos (32).	Años cumplidos	De 10 a 13 años De 14 a 16 años De 17 a 19 años	De 10 a 13 años De 14 a 16 años De 17 a 19 años	Cuantitativa Razón
2.- Talla	Una mujer de menos de 1.45m de altura tiene más probabilidades de tener una pelvis pequeña; de ahí el riesgo de tener un parto prematuro y un bebé anormalmente pequeño (30).	Normal Baja	1. Mayor de 1.50 mts 2. Menor de 150	1. >1.50mts 2. <1.50 mts	Cuantitativa Ordinal

3.-Periodo intergenésico.	El número de años transcurridos desde la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo o aborto y el inicio de un nuevo embarazo (32).	1.Corto 2.Normogénésico 3.Largo	1. Menor de 2 años 2. De 2 a 4 años 3. Mayor de 4	1. Menor de 2 años 2. De 2 a 4 años 3. Mayor de 4	Cualitativa Ordinal
4.-Paridad	Está dado por el número de hijos que ha tenido la mujer, ya sea vía vaginal o por cesárea (32).	1.Primípara 2.Nulípara		1.Uno 2.Ninguno	Cualitativa Nominal
Problemas en un embarazo previo: 1.Parto prematuro	Es aquel que se produce después de las 20 semanas o antes de las 37 semanas de gestación (32).	Menor de 37 semanas		1. Sí 2. No	Cualitativa Nominal
2.Amenaza de parto prematuro	Dado por ciertos factores de riesgo como la enfermedad febril, pielonefritis, aborto que amenaza el nacimiento del producto antes de la 37 semanas de gestación (33)	1. Sangrado 2. Contracciones uterinas		1. Si 2. No	Cualitativa Nominal
3.Amenaza de aborto	Dado por la presencia de sangrado uterino en cantidad variable, dolor en el hipogastrio (33)	1. Sangrado		1. Si 2. No	Cualitativa Nominal

		2. Incremento de contracciones uterinas			
4.Aborto Completo	Se define a la expulsión del producto antes de las 20 semanas de gestación y con peso menor o igual a 500gr, completamente si quedar restos en la cavidad uterina (33)	Eliminación del producto de la concepción		1. Sí 2. No	Cualitativa Nominal
5.Aborto Incompleto	Expulsión del producto de la concepción antes de las 20 semanas de gestación, quedando restos en la cavidad uterina	1. Hemorragia 2. Restos placentarios		1. Sí 2. No	Cualitativa Nominal
6.Antecedente de Cesárea	Antecedente de haber tenido un hijo por cesárea o intervención quirúrgica (31).	Operación previa		1. Sí 2. No	Cualitativa Nominal
7.Hipertensión arterial	Subida de la presión arterial por encima de los valores normales 120/90mmhg (33)	Incremento de la presión arterial por encima de 120/90 mmHg		1. Sí 2. No	Cualitativa Nominal
8.Infección urinaria	Infección de una o más estructuras del tracto urinario, puede estar dado por los diagnósticos de: bacteriuria asintomática, uretritis, cistitis, pielonefritis que son las más comunes (33).	Bacteriuria + y – Presencia de bacterias en examen de orina		1. Sí 2. No	Cualitativa Nominal

9.Otras patologías	Son las afecciones que no están registradas en la operacionalización de variables y que se encuentren registradas en la historia de la paciente.			1. Sí 2. No	Cualitativa Nominal
--------------------	--	--	--	----------------	------------------------

- Factores Obstétricos del embarazo

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	CATEGORÍAS O INDICADORES	RANGOS	NIVEL DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
1. Anemia	Capacidad disminuida de los glóbulos rojos para transportar oxígeno o hierro común en las embarazadas (33).	1. Normal 2. Baja	1. Mayor de 11.5-15 mg/dl 2. Menor de 11.5 mg/dl	1. Sí 2. No	Cualitativa Ordinal
2. Infección de vías urinarias	Es la infección de una o más estructuras del tracto urinario (35)	1. Bacteriuria + y – 2. Presencia de bacterias en examen de orina		1. Sí 2. No	Cualitativa Nominal
3. Rotura prematura de membranas	Rotura espontánea del corion y del amnios, una o más horas antes de que se inicie el trabajo de parto (37).	1. Pérdida de líquido amniótico 2. Incremento de contracciones		1. Sí 2. No	Cualitativa Nominal
4. Desprendimiento prematuro de placenta(DPP)	Separación total o parcial de la de su sitio de implantación en el segmento superior del útero luego de las 20 semanas de gestación y antes del tercer estadio del parto (35).	1. Sangrado vaginal 2. Pérdida de líquido 3. Incremento de contracciones uterinas.		1. Sí 2. No	Cualitativa Nominal

5. Trabajo de parto prolongado	Tiempo de duración superior a 12 horas en primíparas y superior a 8 horas en multíparas una vez iniciado el trabajo de parto (36).	1. Superior a 12 horas en primíparas. 2. Superior a 8 horas en nulíparas		1. Sí 2. No	Cualitativa Nominal
6. Cesárea	Procedimiento quirúrgico que consiste en la extracción del feto y la placenta. El objetivo de la cesárea es preservar la vida de la madre y del producto (36).	Procedimiento quirúrgico		1. Sí 2. No	Cualitativa Nominal
7. Parto Instrumentado o con fórceps	También denominado parto instrumentado. Salida del producto de la gestación con ayuda de instrumentos denominado fórceps (36).	Parto instrumental		1. Sí 2. No	Cualitativa Nominal
8. Parto prematuro	Aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación (37) durante el embarazo actual.	Antes de las 37 semanas		1. Sí 2. No	Cualitativa Nominal
9. Hipertensión inducida por el embarazo: preeclampsia	Las Cifras tensionales superiores a 140mmhg frente a alzas de 30 mmhg en la presión arterial sistólica y 15	Incremento de las cifras de la presión arterial por encima de 140/90		1. Sí 2. No	Cualitativa Nominal

	mm Hg en la presión diastólica, sobre los valores de los controles durante la gestación temprana (35).				
10. Atonía uterina	Cuando el miometrio no se contare convenientemente, de manera que no controla el sangrado de los vasos sanguíneos que quedaron expuestos luego de la salida de la placenta (37).	1. Hemorragia uterina 2. Disminución de las contracciones uterinas.		1. Sí 2. No	Cualitativa Nominal
11. Otras Patologías.	Corresponde a los que no estén considerados en la operacionalización de variables y que se encuentren registrados en la historia clínica de la paciente.				Cualitativa Nominal

- Factores socioeconómicos de las gestantes adolescentes

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	CATEGORÍAS O INDICADORES	RANGOS	NIVEL DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
1. Estado civil	Situación jurídica concreta que tiene el individuo con respecto a la familia, el Estado o Nación a la que pertenecen (17)	Situación jurídica civil	1.Soltera 2.Casada 3.Divorciada 4.Conviviente	1. Sí 2. No	Cualitativa Nominal
2. Grado de instrucción	El nivel educativo máximo alcanzado (36).	Grado máximo aprobado.	1.-Sin instrucción 2.-Primaria 3.-Secundaria 4.-Superior	1. Sí 2. No	Cualitativa Ordinal
3. Consumo de sustancias nocivas	Ingesta de sustancias dentro de estas el alcohol, tabaco y otras drogas, las mismas que pueden traer consecuencias en el crecimiento y desarrollo del feto (29).	1. No consume (tabaco, alcohol u otras drogas) 2. Consumo de tabaco. 3. Consumo de alcohol	1. No consume (tabaco, alcohol u otras drogas) 2. Consumo de tabaco. 3. Consumo de alcohol	1. Sí 2. No	Cualitativa Nominal

4. Tipo de familia	La familia es el grupo de personas relacionadas por los lazos consanguíneos, como padres, hijos, hermanos, tíos, primos. Todas aquellas personas que descienden de un antepasado común, el sistema de parentesco también se forma por el matrimonio. Si falta uno de los padres ya se está habla de una familia desintegrada. Nuclear padre y madre,	1. Con padre y madre. 2. Solamente con padre o madre	1.-Completa 2.Incompleta	1. Sí 2. No	Cualitativa Nominal

	extensa más de dos generaciones (32).				
5. Relaciones sexuales con protección	Es el conjunto de acciones de mayor o menor complejidad que utilizan dos o más personas de igual o distinto sexo, haciendo uso de algún método o mecanismo de protección de embarazo o de algún contagio de ITS (41).	No utilización de métodos anticonceptivos		1. Sí 2. No	Cualitativa Nominal
6. Violencia familiar	Antecedentes familiares de agresión en sus diferentes formas: física, psicológica o sexual, familias conflictivas o en crisis (38).	Agresión en sus diferentes formas.	1. Agresión física 2. Agresión psicológica 3. Agresión sexual	1. Sí 2. No	Cualitativa Nominal
7. Área de Residencia	Lugar habitual donde vive la persona sea este urbana o rural (36).	Lugar habitual de residencia	1. Urbana 2. Rural	1. Sí 2.No	Cualitativa Nominal
8. Ocupación	Labor que desempeña la persona ya sea dentro o fuera del hogar (17).	Tareas que ejecutan dentro o fuera de su casa.	1. Ama de casa 2. Estudiante. 3. Comerciante.	1. Sí 2. No	Cualitativa Nominal

			4. Otra (vendedora)		
9. Ingreso promedio económico	Cuando el ingreso generado producto de su trabajo se encuentra por debajo del mínimo vital (35).	Ingreso económico producto de su trabajo.	1.Menor a S/.850.00 ns 2.Igual a S/.850.00 ns 3.Mayor a S/850.00 ns	1.Sí 2.No	Cualitativa Ordinal

CAPÍTULO III

3.- METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO.

El presente estudio corresponde a una investigación de tipo descriptivo, transversal, retrospectivo, correlacional y de diseño no experimental.

De tipo descriptivo, como su nombre lo indica describe la porción de la realidad que se investiga, pero no entra a profundizar en las causas de las relaciones internas o externas que lo condicionan (45). Esta investigación nos va a permitir identificar la presencia y describir los factores de riesgo biológico, obstétrico, socio-económicos presentes en las adolescentes embarazadas que acudieron a su control en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota.

Según el periodo de secuencia del estudio es de corte transversal, porque la información fue recolectada en un solo momento, el instrumento se aplicó por única vez.

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

Retrospectivo, porque se tomaron los datos de las gestantes adolescentes embarazadas y la información sobre los factores de riesgo biológicos, obstétricos y socio-económicos que se registraron en el momento de la atención en la historia clínica.

Correlacional, la cual tienen como objetivo analizar las relaciones entre dos o más variables significativas del objeto de estudio, se determinó el grado de relación existente entre la variable dependiente con la independiente. Se empleó la prueba estadística de chi-cuadrado para determinar la relación entre las variables embarazo adolescente con los factores de riesgo. Esta prueba considerada dentro de las pruebas estadísticas que pueden ser empleadas en los trabajos descriptivos (46).

3.2. ÁREA DE ESTUDIO:

La investigación se llevó a cabo en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, el mismo que corresponde a la Provincia y Distrito de Chota, se encuentra ubicado en la ciudad de Chota. Dicho nosocomio está categorizado como Hospital de segundo nivel de complejidad con categoría II-1, por contar con las 4 principales áreas de atención: medicina, cirugía neonatología-pediatría y Gineco-Obstetricia. Así mismo por tener capacidad resolutive.

El servicio de Gineco Obstetricia es un servicio que está a disposición de toda la población, en este servicio se atienden a las mujeres en estado de gestación, en el momento de parto, con afecciones ginecológicas, gestantes con complicaciones como hiperémesis, amenaza de aborto y aborto complicado, desprendimiento de placenta, ruptura prematura de membranas entre otras. En este servicio laboran 4 ginecólogos, 6 Obstetricas y 7 técnicas en enfermería.

El presente trabajo se realizó en el servicio de Gineco-Obstetricia, teniendo en cuenta el registro de las adolescentes embarazadas o que llegaron al parto, entre las edades de 12 a 19 años atendidas de enero a diciembre del 2015 y que correspondían al distrito de Chota.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.

Lo constituyeron todas las historias clínicas de las adolescentes embarazadas o que llegaron al parto entre las edades comprendidas de 12 a 19 años, atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota, en el servicio de Gineco-obstetricia en hospitalización y consultorios externos, durante el periodo de enero a diciembre del año 2015, cuyo embarazo llegó a término y son un total de 380.

3.3.1. MUESTRA

La muestra estuvo conformada por 200 historias clínicas de las mujeres gestantes adolescentes que llegaron al parto comprendidas entre las edades de 12 a 19 años, que acudieron a atenderse en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital José Soto Cadenillas de Chota, durante el período de enero a diciembre del 2015.

La información fue recogida en octubre del 2016, teniendo en cuenta el registro de atenciones del servicio de Gineco-obstetricia de enero a diciembre del 2015. La muestra fue seleccionada con el método muestral probabilístico para lo cual se utilizó la fórmula estadística y el tipo de muestreo fue el aleatorio simple, que se caracteriza porque todas las unidades de observación tienen la misma probabilidad de caer en la muestra, en este caso la selección se hizo sin reemplazo, cada vez que se sacó un número de historia se anotó este número y no se volvió a tomar en cuenta, este procedimiento se lo realizó teniendo en cuenta el registro de atenciones del servicio de Gineco-obstetricia, se tuvo en cuenta los criterios de inclusión: gestantes atendidas en el consultorio de Obstetricia-Ginecología de enero a diciembre del 2015, atendidas en su control pre natal o que llegaron al parto y la que la historia clínica estuviera completa y que las edades estuvieran comprendidas entre 12 a 19 años de edad, procedencia zona urbana o rural.

El tamaño mínimo de muestra se calculó para estimar la proporción de gestantes con diagnóstico de alto riesgo, con una confiabilidad del 95% y un error máximo tolerable de 5 % basado en la siguiente fórmula y los datos que se encuentran a continuación.

$$n \geq \frac{N * Z^2 * P * Q}{(N - 1) * E^2 + Z^2 * P * Q}$$

Dónde:

$N = 380$ (total de partos de gestantes adolescentes según registro de atención de enero a diciembre, 2015).

$Z = 1.96$ Coeficiente del 95% de confiabilidad.

P = 0.50 Proporción de Gestantes con diagnóstico de alto riesgo (Estimado hipotético)

Q = 0.50 Proporción de Gestantes que no tienen diagnóstico de alto riesgo obstétrico

E = 0.05 Error máximo tolerable en la estimación de “P” (Precisión)

$$n \geq \frac{380 * 1.96^2 * 0.50 * 0.50}{(379) * 0.05^2 + 1.96^2 * 0.50 * 0.50} =$$

Consideramos n = 200

3.3.2. UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis, la constituyó cada una de las historias clínicas de las gestantes adolescentes que fueron atendidas o que llegaron al parto comprendidas entre las edades de 12 a 19 años, que acudieron a atenderse en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital José Soto Cadenillas de Chota, durante el período de enero a diciembre del 2015.

3.3.3. UNIDAD DE OBSERVACIÓN

La unidad de observación del presente estudio la conforma todas las historias clínicas de las gestantes adolescentes que fueron atendidas o que llegaron al parto comprendidas entre las edades de 12 a 19 años, que acudieron a atenderse en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital José Soto Cadenillas de Chota, durante el período de enero a diciembre del 2015.

3.3.4. CRITERIOS INCLUSIÓN

- Historias clínicas de mujeres embarazadas adolescentes comprendidas entre las edades de 12 a 19 años que fueron atendidas o que llegaron al parto en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital José Soto Cadenillas de Chota, durante el período de enero a diciembre del 2015.
- Historias clínicas de gestantes cuya procedencia fue de la zona urbana y rural.
- Historias clínicas de gestantes adolescentes atendidas o que llegaron al parto en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital José Soto Cadenillas de Chota, durante el período de enero a diciembre del 2015, con información completa.

3.3.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Historias clínicas de las gestantes adolescentes atendidas o que llegaron al parto en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital José Soto Cadenillas de Chota, durante el período de enero a diciembre del 2015, con información incompleta.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.4.1. TÉCNICAS.

De acuerdo a las características de la presente investigación se utilizó como técnica la revisión de las historias llenando las fichas correspondientes según la información requerida y que se encontraban registradas en las mismas según el número de la muestra propuesta.

3.4.2. INSTRUMENTOS.

Se utilizó como instrumento una ficha que ya ha sido validada en trabajos de investigación en relación al tema a investigar por Choque Mamani (47) y de Chugden; Tello (2007) (48).

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

Ficha 1: Se hizo referencia a los Datos Generales de Identificación. Y los factores Biológicos del embarazo que comprende: Edad, talla, paridad, espaciamiento intergenésico. Problemas o antecedentes de embarazo anterior: abortos repetidos, aborto, feto nacido muerto, parto prematuro, feto de gran tamaño, cesárea previa.

Factores Obstétricos del embarazo: anemia, infección de vías urinarias, hipertensión inducida por la gestación, diabetes gestacional, rotura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta, retardo en el crecimiento intrauterino, trabajo de parto prolongado, cesárea, parto con fórceps, parto prematuro, atonía uterina.

Factores de riesgo socio-económicos: área de residencia, estado civil, grado de instrucción, consumo de sustancias nocivas: alcohol, drogas, tipo de familia, relaciones sexuales sin protección, no uso de métodos anticonceptivos, violencia familiar (maltrato), ocupación, ingreso económico bajo.

3.5. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Se realizaron las coordinaciones pertinentes con el Director del “Hospital José Soto Cadenillas de Chota y con los responsables del Servicio de Gineco-obstetricia, con la finalidad de obtener la autorización y recabar información del área de estadística respecto a los reportes de atención a las gestantes adolescentes durante el año 2015.

Luego se procedió a la revisión de la Historias clínicas de las gestantes adolescentes que acudieron a control prenatal en el servicio de Gineco-obstetricia o que atendieron su parto en el Hospital José Soto Cadenillas, durante el período de enero a diciembre del 2015, se procedió a llenar la ficha antes descrita, el instrumento (formato) se aplicó por única vez.

3.6. PROCESAMIENTO DE DATOS.

Una vez recolectada la información se realizó una consistencia manual, tendiente a revisar y corregir posibles errores, se hizo el proceso de codificación. Luego se generó una base de datos en la plataforma del Software Estadístico, se procesó la información utilizando el SPSS Versión 23, elaborando tablas de contingencia, orientados a determinar los objetivos formulados.

Para el análisis de la relación entre la variable dependiente e independiente se utilizó la prueba estadística de Chi- cuadrado, los resultados se presentan en tablas simples y de doble entrada.

3.7. ANÁLISIS DE LOS DATOS.

El análisis se realizó, sobre la base de procesamiento de datos realizando un análisis cuantitativo de la información. Basándose en las estadísticas obtenidas en el

procesamiento de datos; contrastando los resultados con antecedentes y teorías y discutiendo sus coincidencias o diferencias, todo orientado a determinar los objetivos planteados.

Se tuvo en cuenta las conclusiones compatibles con los objetivos formulados; además se contrastó la hipótesis planteada, sobre la base de estadísticas inferenciales, tales como la prueba de Chi-Cuadrado, se determinó; si existe relación significativa entre los factores biológico, obstétrico y socio- económico y el embarazo en adolescente. Se realizó un análisis discriminatorio entre los factores que resultaron estar relacionados significativamente siendo el valor de ($p= 0.>005$).

3.8. RIGOR ÉTICO

En relación a la ética: se consideraron los siguientes principios éticos que aseguraran la validación del trabajo de investigación:

- Principio de no maleficencia: Expresa la obligación de no producir daño intencionadamente (49).

En la investigación se tuvo en cuenta los beneficios, puesto que no hubo riesgo de hacer daño a la persona; ya que, solo se buscó obtener información. Al conocer los factores de riesgo biológicos, obstétricos y socio-económicos frecuentes en las gestantes adolescentes.

- Principio de Beneficencia. Es la obligación ética de llevar al máximo los posibles beneficios y reducir al mínimo los riesgos.

El presente trabajo de investigación beneficiara a las adolescentes; ya que, aportará el conocimiento sobre el embarazo adolescente y su relación con los factores de riesgo biológicos, obstétricos y socio-económicos frecuentes, de tal manera que el personal de salud pueda trabajar en cuanto a su prevención e identificación temprana.

- Confidencialidad. Toda la información obtenida será tratada con absoluto hermetismo. Se guardará la identificación de las gestantes adolescentes.

3.9. RIGOR CIENTÍFICO.

Credibilidad: Se refiere al valor de la verdad, considerándose durante todo el proceso de investigación, para la confianza de la información que se tuvo durante todo el proceso de la investigación.

Confirmabilidad: Los resultados fueron determinados por la información recopilada tal cual estuvo escrita en las historia clínicas, dejando de lado los prejuicios e inferencias del investigador en la investigación (50).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

Tabla1, Adolescentes embarazadas según etapas de la adolescencia. Hospital José Soto Cadenillas, Chota-2015.

Etapas de la adolescencia	N°	%
Adolescencia temprana (De 10 – 13años)	2	1,00
Adolescencia Media (De 14 – 16 años)	45	22,50
Adolescencia Tardía (De 17 – 19 años)	153	76,50
TOTAL	200	100,00

En la tabla 1, se observa respecto a las adolescentes embarazadas según etapas de la adolescencia atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas, que el 76,5% son adolescentes de 17 a 19 años de edad la misma que corresponde a la adolescencia tardía, el 22,5% de 14 a 16 años adolescencia media y el 1% de las gestantes adolescentes de 10 a 13 años correspondiente a la adolescencia precoz.

Se observa que el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas se encuentran en las edades de 17 a 19 años, es decir en la adolescencia tardía y el menor porcentaje en las edades de 10 a 13 años, adolescencia precoz; etapa difícil por las complicaciones y consecuencias que puede generar un embarazo en esta edad.

Los resultados de la presente investigación tiene relación con los referidos por Suarez (19), donde se evidencia que el 52,4% de embarazos adolescentes se dieron en la adolescencia tardía. Asimismo con las referencias de Rodríguez (25), donde el embarazo se dio en mayor porcentaje en las edades de 16 a 17 años de edad con el 56% y el menor porcentaje en las edades de 12 a 14 años, con el 10%.

De igual forma tiene relación con el estudio realizado por Arce (20), quien concluye que el mayor porcentaje de los embarazos en las adolescentes se dio en la adolescencia tardía.

Respecto al embarazo en adolescentes en el Perú, en los últimos 20 años, se observa una tendencia hacia el incremento del embarazo en mujeres adolescentes de 15 a 19 años (adolescencia tardía). Así en el año 2011 fue de 11,3% y para el 2013 subió al 13,9%. A nivel departamental, Lima, Piura, La Libertad, Cusco y Cajamarca constituyen en números absolutos el 60% de embarazos adolescentes en el país (8).

Así, el embarazo en adolescentes, está determinado por la edad en que se origina, es decir cuando el embarazo se da entre las edades comprendidas entre 14 y 19 años de edad, representan situaciones de dificultad vinculadas a diferentes circunstancias, por la falta de educación, comportamientos sexuales, falta de conciencia propia de la edad, pobreza, migración, violación, abuso sexual entre otros. En este proceso de vida la joven corre el riesgo de experimentar problemas de salud, como anemia, preeclampsia, complicaciones en el momento del parto, así como un alto riesgo de mortalidad propia durante el embarazo y del producto, incrementando los indicadores de morbilidad materna perinatal (30).

Igualmente, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida (30).

Los resultados de la presente, evidencian que los embarazos en adolescentes en la realidad local se dan con mayor frecuencia en la adolescencia tardía entre 17 a 19 años de edad, concordante con las referencias de los estudios encontrados, edad de riesgo para la mujer pues no está preparada biológica ni psicológicamente para afrontar un embarazo el mismo que cambia el rumbo de su vida. Inclusive, en esta edad la joven inicia la búsqueda de su propia identidad, el desarrollo de valores, y a su vez, toma decisiones sobre su actividad sexual. Por tanto, es importante el trabajo de prevención y así evitar los embarazos precoces y las complicaciones respectivas. Además, los embarazos en las edades de 14 a 16 años adolescencia media; también constituye un factor de riesgo importante porque en esta edad un embarazo puede generar complicaciones obstétricas para la madre y riesgo para la vida y salud del producto incrementándose los indicadores morbi-mortalidad materna perinatal y si se da en la adolescencia precoz de 10 a 13 años incrementará aún más los riesgos.

Por tanto, es importante las estrategias de intervención para prevenir la ocurrencia de los mismos; se observa que a pesar de las intervenciones que se realizan por parte del Ministerio de Salud aún persisten los embarazos en adolescentes se tendrían que adecuar las estrategias teniendo en cuenta el aspecto cultural de la población y tener un mayor acercamiento a la población adolescente adecuando los servicios de atención a sus necesidades y requerimientos. Asimismo, la participación de los padres en esta etapa es fundamental.

Tabla 2, Factores biológicos del embarazo y su relación con el embarazo en adolescentes. Hospital José Soto Cadenillas, Chota-2015.

Factores biológicos del embarazo adolescente		Embarazo en Adolescentes								CHI ²
		Adolescencia temprana (De 10 - 13 Años)		Adolescencia Media (De 14 - 16 Años)		Adolescencia Tardía (De 17 - 19 Años)		Total		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Talla materna	Mayor de 150 cm	0	0,0	27	60,0	90	58,8	117	58,50	Chi ² : 2.868 P=0,238
	Menor de 150 cm	2	100,0	18	40,0	63	41,2	83	41,50	
Total		2	100,0	45	100,0	153	100,0	200	100,00	
Periodo Intergenésico	Corto (menor de 2 años)	0	0,0	1	2,22	5	3,27	6	3,00	Chi ² : 0.304 P=0,99
	Normo genésico (2 - 4 años)	0	0,0	2	4,44	6	3,92	8	4,00	
	Primigestas	2	100,0	42	93,33	142	92,81	186	93,00	
Total		2	100,0	45	100,0	153	100,0	200	100,0	
Paridad	Primípara	2	100,0	35	77,78	125	81,70	160	80,00	Chi ² : 8.415 P=0,15
	Múltipar	0	00,0	10	22,22	28	18,30	40	20,00	
Total		2	100,0	45	100,0	153	100,0	200	100,00	

En la tabla 2 se observa, respecto a los Factores Biológicos del embarazo y su relación con el embarazo en adolescentes.

En cuanto a la talla.

- En el grupo de adolescentes embarazadas de 10 a 13 años (adolescencia temprana); se observa que el 100% de las adolescentes embarazadas su talla fue menor de 1.50 m.

- Del grupo de adolescentes embarazadas de 14-16 años (adolescencia media), se observa que en el 60% la talla fue mayor de 1.50 m y el 40% tuvieron una talla menor a 1.50m.
- Mientras que, en el grupo de adolescentes embarazadas de 17 a 19 años, tenemos que el 58,8% la talla fue mayor a 1.50 m y el 41,2% menor a 1.50m

No se encontró relación estadística significativa, siendo el valor de χ^2 : 2.868 y de $p=0,238$; por tanto, la talla no es condicionante significativo para la gestación en la adolescencia, sin embargo, la talla menor de 1.50m constituye un factor de riesgo para la gestación especialmente para las gestantes en etapa de adolescencia temprana (de 10 a 13 años de edad).

Así, en los resultados de la presente se observa que el mayor porcentaje de adolescentes gestantes su talla era mayor de 1.50, por tanto el riesgo fue menor en cuanto a poder presentar alguna complicación en el desarrollo del embarazo y en el momento del parto; sin embargo, es importante resaltar que existe un porcentaje tanto en las adolescentes embarazadas de 14 a 16 años (adolescencia media) y de 17 a 19 años (adolescencia tardía), con talla menor a 1.50 m, lo que constituye un riesgo para sus futuros embarazos y partos pudiéndose generar complicaciones maternas perinatales; asimismo el riesgo es mayor para las adolescentes de 10 a 13 años (adolescencia temprana).

Una mujer de menos de 1.45 cm de altura tiene una mayor probabilidad de tener una pelvis pequeña; de ahí el riesgo de tener un parto prematuro y un bebé anormalmente pequeño por el retraso en el crecimiento. Así, la talla en la gestante adolescente implica un alto riesgo de lesiones (desgarros) como la probabilidad de hemorragias e infecciones, lo mismo que puede estar comprometido con la desnutrición y anemia como antecedente en la gestante. Además la estrechez del canal del parto (ósea y blanda), implica un mayor peligro de parto traumático para el feto (30).

Por ello es fundamental el control prenatal oportuno y continuo y así poder vigilar la evolución del embarazo, teniendo en cuenta que la adolescente aún no está preparada para afrontar un embarazo y un parto porque su desarrollo todavía no se ha concluido

existiendo una inmadurez física y psicológica; existiendo una alta probabilidad de complicaciones maternas-perinatales.

En lo que corresponde al espacio intergenésico.

- En las adolescentes embarazadas de 10 a 13 años (adolescencia temprana), se observa que para el 100% de embarazadas era su primera gestación.
- Para el grupo etáreo de 14 a 16 años (adolescencia media), el 93,33% correspondía su primera gestación, en el 4,44% el periodo intergenésico de (2-4 años) y en el 2,22% fue corto (menor de 2 años).
- Para las adolescentes embarazadas de 17-19 años (adolescencia tardía), el 92,81% constituía su primera gestación, el 3,92% el espacio intergenésico fue normal y el 3,27% el espacio intergenésico fue corto (menor de 2 años).

No se encontró relación estadística significativa, siendo el valor de Chi^2 : 0.304 y de $p=0,99$, significando que no existe relación entre ambas variables, pero es importante tener en cuenta que mientras a más temprana edad se dé el embarazo existe mayor posibilidad que la adolescente tenga más gestaciones por tanto se incrementan el riesgo de tener espacios íntergenésicos cortos incrementándose los riesgos para la salud de la madre y el niño.

En los resultados se observa, que para la mayoría de las gestantes adolescentes era su primera gestación; sin embargo existe un porcentaje que tienen un espacio intergenésico corto, tanto el grupo de adolescentes en (adolescencia media) como (adolescencia tardía), lo cual constituye factor de riesgo por la misma edad de las adolescentes; por tanto es importante trabajar en cuanto a la consejería en planificación familiar y así aplazar los embarazos y que estos no sean a espacios íntergenésicos cortos en bien de la salud de la madre y del producto.

Un óptimo intervalo entre gestaciones es de 3 años y mejoraría el resultado, si fuese entre 2 a 4 años, el tiempo menor a cinco años entre la menarquía y el parto se considera un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorable (32).

Generalmente las adolescentes de 10 a 13 años (adolescencia precoz) y de 14 a 16 años (adolescencia media), están propensas con mayor frecuencia a desgarros vaginales y del cuello uterino, además son candidatas a tener el parto por vía cesárea incrementándose los riesgos de morbi- mortalidad perinatal.

En cuanto a la paridad.

- En el grupo de adolescentes embarazadas de 10-13 años (adolescencia temprana); se encontró que el 100% fueron primíparas.
- Del grupo de adolescentes embarazadas de 14-16 años (adolescencia media), el 77,78% son primíparas y el 22,22% son multíparas.
- Mientras que en el grupo de adolescentes embarazadas de 14-17 años (adolescencia tardía), el 81,7% son primíparas y el 18,3% son multíparas.

No se encontró relación estadística significativa, siendo el valor de Chi^2 : 8.415 y $p=0,15$. En consecuencia la paridad no está relacionada con el embarazo en las adolescentes; sin embargo, por la misma edad en que se presentan las gestaciones mientras más precoz sea esta, mayor será la posibilidad que la paridad se incremente en la adolescente.

Se puede observar según los resultados que para la mayoría de gestantes adolescentes fue su primera gestación; sin embargo, existe un porcentaje importante en las adolescentes de 14-16 años (adolescencia media) y de 17 a 19 años (adolescencia tardía) que constituye son multíparas, lo cual es importante tener en cuenta; ya que, se van a incrementar los riesgos en las adolescentes, teniendo en cuenta los cambios que genera una gestación en los diferentes sistemas del organismo pudiéndose dar complicaciones tanto durante el embarazo como en el momento del parto.

Así, se demuestra que las mujeres que tienen su hijo durante la adolescencia tiene una mayor probabilidad de quedar embarazada nuevamente y de tener un mayor número de partos; por lo tanto tiene menos probabilidades de apoyo del padre biológico de sus bebés, de terminar sus estudios y de trabajar en al⁷⁹ profesión, y establecer una independencia y estabilidad financiera adecuada para sostenerse a sí mismas y a sus hijos y de

incrementar los riesgos a las complicaciones maternas- perinatales por la misma edad como es la adolescencia constituye un factor de riesgo, además que al darse su primer embarazo en esta etapa, existe el riesgo que la paridad en esta mujer aumente; por tanto está propensa a tener un mayor número de hijos y a mayor paridad se incrementaran los riesgos de hemorragias durante el parto o el puerperio incrementándose los riesgos maternos perinatales.

Tabla 3, Factores biológicos en el embarazo: Problemas en un embarazo previo y su relación con el embarazo en adolescentes. Hospital José Soto Cadenillas, Chota-2015.

Factores Biológicos del embarazo: Problemas en un embarazo previo	Embarazo en Adolescentes							
	Adolescencia Temprana (De 10 – 13 Años)		Adolescencia Media (De 14 – 16 Años)		Adolescencia Tardía (De 17 – 19 Años)		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Parto prematuro	0	0,00	1	2,22	5	3,27	6	3,00
Amenaza de parto prematuro	0	0,00	2	4,44	2	1,31	4	2,00
Amenaza de aborto	0	0,00	0	0,00	6	3,92	6	3,00
Aborto completo	1	50,0	1	2,22	0	0,00	2	1,00
Aborto incompleto	0	0,00	3	6,70	6	3,92	9	4,50
Antecedentes de cesárea	0	0,00	0	0,00	4	2,61	4	2,00
Hipertensión arterial	0	0,00	1	2,22	0	0,00	1	0,50
Infección urinaria	0	0,00	5	11,10	5	3,27	10	5,00
Ninguno	1	50,0	32	71,10	125	81,70	158	79,00
Total	2	100,0	45	100,0	153	100,0	200	100,00

Chi²: 64.683

P=0,000.

En la tabla 3, se observa dentro de los factores biológicos del embarazo: problemas en un embarazo previo y su relación con el embarazo en adolescentes.

- Del grupo de adolescentes embarazadas de 10-13 años (adolescencia temprana), se encontró que el 50% presentó aborto completo.
- Del grupo de adolescentes embarazadas de 14 a 16 años (adolescencia media), el 71,1% no presentó ningún problema en embarazo previo y de las que los tuvieron el 11,1% tuvo infección del tracto urinario, seguido de aborto incompleto 6,7%, amenaza de parto prematuro 4,4% y el 2,22% presentó hipertensión inducida por el embarazo, aborto completo y parto prematuro respectivamente.

- Mientras que en el grupo de adolescentes embarazadas de 17-19 años (adolescencia tardía), el 81,7% no presentó problemas en gestación anterior y de las que tuvieron problemas en gestación anterior el 3,92% tuvo amenaza de aborto y aborto incompleto respectivamente, 3,27% infección del tracto urinario y parto prematuro respectivamente.

Se encontró relación estadística altamente significativa siendo el valor de Chi²: 64.683 y de P=0,000. Por tanto ambas variables están relacionadas significativamente, así los problemas en la gestación anterior constituirán un factor de riesgo en el embarazo adolescente; pudiéndose generar complicaciones maternas perinatales en sus próximas gestaciones incrementando el riesgo materno perinatal.

En los resultados se observa, que en las adolescentes embarazadas el aborto se presentó como un problema frecuente tanto en el grupo de adolescentes 10-13 años (adolescencia precóz), de 14-16 años (adolescencia media) como de 17 a 19 años (adolescencia tardía); así como las infecciones del tracto urinario y parto prematuro, estas constituyen factores de riesgo que incrementan las complicaciones en la gestación y en la salud reproductiva de las gestantes poniendo en riesgo la salud materna- perinatal.

Resultados que concuerdan con los encontrados por Chasi (17), quien refiere que entre los factores de riesgo maternos se encontraron las toxemias del embarazo y del parto prematuro, parto prolongado, abortos, anemia, infecciones urinarias, hipertensión gestacional, pre eclampsia- eclampsia. Todos estos factores de riesgo pueden llevar a la muerte tanto a la madre como al producto si la gestante no se encuentra en un centro de atención que permita atender una emergencia o que el personal de salud no esté preparado o capacitado en resolver una emergencia obstétrica, por ello es fundamental el control prenatal oportuno y la identificación de riesgos a tiempo.

Así, la infección del tracto urinario, es una patología frecuente en las gestantes en general, y especialmente en las gestantes adolescentes en sus diferentes etapas; las mismas que al no ser detectadas a tiempo son causantes de abortos espontáneos en la etapa embrionaria y podría llegar a generar complicaciones como la preeclampsia- eclampsia poniendo en riesgo la vida de la madre y del niño. Muy importante que en el

control pre natal se identifiquen los antecedentes en forma oportuna para que se realice una vigilancia, se le administre el tratamiento correspondiente y se puedan evitar las complicaciones maternas- perinatales.

Las infecciones del tracto urinario reportada en la mayor parte de las publicaciones es alta en pacientes adolescentes embarazadas, con cifras que llegan cerca del 22% y 23% respectivamente, demostrándose que su presencia estaría vinculada con el parto prematuro y recién nacidos bajo de peso (35).

En cuanto al antecedente de aborto incompleto y amenaza de aborto, los resultados se relacionan con los encontrados por Suarez (19), donde el 3,6% de adolescentes abortaron. Asimismo, Gonzales; Salamanca; Hernández; Hernández R y Quesada (51), quien refiere como factores biológico a previos al embarazo la práctica del aborto y haber tenido aborto previo, asimismo la edad promedio de adolescentes que se practicaron el aborto fue de 15.3 años de edad.

También en relación al aborto se consigna en una investigación realizada por Arce, donde hace referencia que las adolescentes presentaban como antecedente de 2 o más abortos provocados en el 46% de las adolescentes y en el estudio realizado por Oñate (52), describe que existe un alto índice de abortos en las adolescentes.

Las adolescentes cada vez están teniendo relaciones sexuales a temprana edad entre 12 y 13 años, por lo que deben contar con un contexto de información y prevención de acuerdo a su demanda, estableciéndose servicios de atención diferenciados, así como los programas de educación sexual deben ser extensivos especialmente a los adolescentes población en riesgo.

Una situación frecuente en esta etapa, es que la adolescente tome como opción para librarse de un problema con los padres abortar, así se puede evidenciar en los diferentes estudios tanto a nivel internacional como nacionales, el enfrentar a los padres y ver un futuro condicionado por la paternidad, permite entender que vean al aborto como una salida; las jóvenes en condición de embarazo ya tienen una vida sexual con sus parejas; si desconocen de planificación familiar y existen otros factores agregados optaran por la opción del aborto poniendo en riesgo su vida.

Importante comentar sobre las consecuencias que el aborto genera en las mujeres que se someten a este, especialmente en lo biológico y psicológico mucho más en la etapa de la adolescencia donde las mujeres recién despiertan a la sexualidad y que muchas veces no las pueden superar generando una desestabilización emocional que traerá como consecuencias en su desarrollo personal.

Además existen algunos factores psicosociales que influyen para la decisión de abortar como el tener una familia desintegrada, pobreza la relación con la pareja la “negativa” al enterarse de la noticia de embarazo y también, en relación al no deseo de quedar embarazada siendo este no planificado.

De ahí la importancia de la consejería en salud sexual y reproductiva especialmente a los grupos en riesgo como son los adolescentes quienes al no tener opciones acuden a prácticas abortivas que nos les ofrece ninguna seguridad, puesto que solamente incrementa los riesgos de la salud y los indicadores de mortalidad materna.

Respecto al parto prematuro, los resultados del estudio no se relacionan a los presentados por Comacllaqui (53), quien encontró un 52,6% de nacimientos prematuros en madres con adolescencia temprana (de 10 a 13 años de edad), 28,8% con adolescencia media (de 14 a 16 años de edad) y 30,1% con adolescencia tardía (de 17 a 19 años). El mayor número de nacimientos prematuros entre madres adolescentes tempranas estuvo asociado a preeclampsia (26,3%) y hubo más casos en adolescentes tempranas de 10 a 13 años de edad y trabajo de parto prematuro (0,5%) que fueron significativamente mayores a este grupo adolescente.

La posibilidad del parto prematuro en las pacientes en estas edades más bien estaría relacionada con factores como el bajo nivel socioeconómico más que la adolescencia por sí misma; sin embargo, una serie de estudios realizados en poblaciones similares, demuestran que el riesgo de parto prematuro es mayor en las pacientes adolescentes embarazadas. En este mismo sentido, la edad gestacional del parto prematuro estaría en relación a la edad materna, existiendo mayor riesgo de partos prematuros de mayor edad gestacional a menor edad materna; de ahí que los embarazos adolescentes en edades de 10 a 13 años constituyen alto riesgo obstétrico para la gestante adolescente.

Y, en cuanto a la hipertensión inducida por el embarazo-preeclampsia, Al respecto en una investigación realizada por Aguilar (54), concluyó que el deficiente nivel de instrucción, la ausencia de un adecuado control prenatal y la infección del tracto urinario durante la gestación fueron un factor de riesgo que influenciaron en la aparición de la preeclampsia en gestantes adolescentes. Así en la presente se encontró del total de gestantes adolescentes el 5% con infección urinaria siendo más frecuente en la adolescencia media (de 14 a 16 años) con el 11,1%.

Los resultados de la presente difieren de los referidos por Comacllaqui (53), quien encontró que en las adolescentes tempranas o precoz de (10 a 13 años) hubo más casos de preeclampsia 26,3% y trabajo de parto prematuro 10,5% entre las madres adolescentes tardías (17 a 19 años).

Numerosas investigaciones en adolescentes embarazadas demuestran que las complicaciones obstétricas más frecuentes es el desarrollo hipertensivo del embarazo, siendo las frecuencias reportadas de 22,4%; la importancia de vigilar a una gestante con cuadro hipertensivo es que rápidamente puede hacer un cuadro de eclampsia lo que incrementa el riesgo de muerte materna y fetal difícilmente las gestantes que hacen cuadro de eclampsia sobreviven y si lo hacen quedan con daños neurológicos y la muerte fetal es segura.

Al encontrar una relación estadística altamente significativa entre los antecedentes del embarazo anterior y el embarazo en adolescentes en sus diferentes etapas de la adolescencia, es de suma importancia fomentar los controles prenatales en forma oportuna y precoz con la finalidad de disminuir el riesgo de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio y reducir la mortalidad materno- fetal, de la misma forma promover la planificación familiar y educar en salud sexual y reproductiva a nuestra población muy en especial a los grupos de riesgo como son las adolescentes.

Tabla 4, Factores obstétricos y su relación con el embarazo en adolescentes. Hospital José Soto Cadenillas, Chota-2015.

Factores obstétricos del embarazo	Embarazo en Adolescentes							
	Adolescencia Temprana (De 10 – 13 Años)		Adolescencia Media (De 14 – 16 Años)		Adolescencia Tardía (De 17 – 19 Años)		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Anemia	0	0,0	2	4,44	8	5,23	10	5,00
Infección vías urinarias	1	50,0	21	46,70	84	54,91	106	53,00
Ruptura prematura de membranas	0	0,0	10	22,22	24	15,69	34	17,00
Desprendimiento prematuro de placenta (DPP)	0	0,0	1	2,22	1	0,65	2	1,00
Trabajo de parto prolongado	0	0,0	4	8,88	12	7,84	16	8,00
Cesárea	0	0,0	2	4,44	3	1,97	5	2,50
Parto Instrumentado con fórceps	0	0,0	0	0,00	1	0,65	1	0,50
Parto prematuro	0	0,0	2	4,44	11	7,19	13	6,50
Hipertensión inducida por el embarazo: preeclampsia	1	50,0	3	6,66	5	3,26	9	4,50
Atonía uterina	0	0,0	0	0,00	1	0,65	1	0,50
Ninguno	0	0,0	0	0,00	3	1,96	3	1,50
Total	2	100,0	45	100,0	153	100,0	200	100,0

Chi²: 14.672

p=0,982;

En la tabla 4, se observa respecto a los factores obstétricos del embarazo y su relación con el embarazo en adolescentes.

- Del grupo de adolescentes embarazadas de 10-13 años (adolescencia temprana), el 50% presentó infección de vías urinarias y 50% hipertensión inducida por el embarazo.
- Del grupo de adolescentes embarazadas de 14 a 16 años (adolescencia media), se encontró que el 46,7 % presentó infección de vías urinarias, el 22,22% ruptura

prematura de membranas, el 8,88% trabajo de parto prolongado y el 6,66% hipertensión inducida por el embarazo.

- Mientras que en el grupo de adolescentes embarazadas de 17-19 años (adolescencia tardía), el 54,91% presentó infección del tracto urinario, el 15,69% ruptura prematura de membranas, 7,84% trabajo de parto prolongado, 7,19% parto prematuro, anemia 5,23% y el 3,36% hipertensión inducida por el embarazo.

No se encontró relación estadística significativa, siendo el valor Chi^2 : 14.672 y de $p=0,982$; por lo cual ambas variables no están relacionadas; sin embargo, los factores obstétricos evidenciados son los que frecuentemente se presentan en las gestantes y especialmente en las adolescentes constituyendo factores de riesgo maternos-perinatales.

Se observa que los factores obstétricos de mayor frecuencia presentados en las adolescentes embarazadas en las diferentes etapas de la adolescencia, precóz (de 10 a 13 años), media (de 14 a 16 años) y tardía (de 17 a 19 años), fueron las infecciones del tracto urinario, la ruptura prematura de membranas, parto prolongado, parto prematuro, la anemia y la hipertensión inducida por el embarazo; probablemente por la misma edad de las adolescentes y por los cambios que se generan durante la gestación, entendiéndose que el organismo de estas todavía no está preparado para afrontar un embarazo; por lo que al no ser controlados y atendidos a tiempo pueden generar complicaciones mayores tanto para la madre y el recién nacido.

Es muy frecuente que las adolescentes por desconocimiento de los síntomas del embarazo, por la irregularidad de los ciclos menstruales, por temor, vergüenza, sentimientos de culpa o por otras razones no acudan al control pre natal, y si lo hacen es de manera tardía, lo que permite que se den las complicaciones y muchas veces ya no se puede actuar, generándose la muerte materna perinatal.

En cuanto a la infección del tracto urinario, los resultados guardan relación con lo referido por Marín (24), donde la infección urinaria se presentó en el (41,3%). La infección urinaria de mayor frecuencia fue la cistitis (56,2%), se necesita continuar con controles pre natales donde se enfatice la realización de exámenes de orina con mayor interés en el primer y tercer trimestre que es donde se encuentran más casos de infecciones

urinarias en las gestantes en estudio. También es concordante con los resultados de Barrera (18) quien encontró que las infecciones del tracto urinario se presentaron en las gestantes adolescentes en un 30,5%. Tal como se muestran los resultados de la presente investigación la infección urinaria se presenta en las adolescentes embarazadas tanto en la adolescencia precoz, media y tardía, del total de gestantes adolescentes el 53% presentó infección de vías urinarias; por tanto será necesario implementar los controles en cuanto a exámenes de orina con mayor frecuencia a fin de controlar este factor de riesgo, detectando a tiempo las infecciones urinarias; ya que, como lo refiere Aguilar (54), esta resulta ser un factor de riesgo para la preeclampsia.

Asimismo los resultados difieren de lo encontrado por Bendezú, Bendezú y Huamán (23), quienes reportaron que el 14% de las gestantes adolescentes presentaron infección del tracto urinario, siendo un porcentaje mucho menor a lo encontrado en el presente estudio.

La infección del tracto urinario, es la segunda patología de mayor frecuencia de la embarazada adolescente que contribuye al parto prematuro, por ello es importante un diagnóstico precoz. Importante los controles periódicos de la orina para vigilar la presencia de bacterias mucho más si existe el antecedente de infección urinaria o este es confirmado, así la infección del tracto urinario asintomática oscila entre un 4% y 7% similar al reportado en mujeres no embarazadas; sin embargo, en el embarazo la obstrucción del flujo de la orina y las modificaciones fisiológicas propias de esa etapa favorecen la estasis y un mayor riesgo de pielonefritis (33).

La infección del tracto urinario se comporta como factor de riesgo de amenaza de parto pretérmino. Se debe dirigir medidas preventivas a mujeres en edad fértil para disminuir la infección del tracto urinario y reducir la incidencia de amenaza de parto pretérmino, evitando un parto pretérmino que conlleva a un aumento de la morbi-mortalidad neonatal

La responsabilidad de la vigilancia en cuanto a esta patología es de gran importancia ya que los estudios demuestran en la etapa embrionaria se generan los abortos espontáneos y también es la causante para las toxemias en el embarazo la pre eclampsia y eclampsia las mismas que generan una alta tasa de morbimortalidad materna perinatal. Asimismo, la educación sanitaria es fundamental sobre todo las medidas de higiene personal disminuirá su frecuencia.

Respecto a la ruptura prematura de membranas, los resultados guardan similitud con lo referido por Chasi (17), quien encontró entre los factores maternos a la ruptura prematura de membranas y hemorragias.

Existen factores que predisponen a la ruptura prematura de membranas como parto prematuro previo, consumo de tabaco, metrorragia en el embarazo, la anemia, 2 o más legrados previos, infecciones del tracto genital inferior, el nivel socioeconómico, el bajo peso materno. Algunos estudios destacan que existe una frecuencia mayor de ruptura prematura de membranas en la paciente adolescente, encontrándose cifras que van desde aproximadamente el 7% al 17% (29). Por lo que resulta imprescindible que en el momento del control pre natal especialmente de la primera consulta tener que rescatar todos los antecedentes posibles de tal forma que se identifique y se los tenga en cuenta como factores de riesgo y en los próximos controles pre natales estar vigilantes de su presencia o no.

Una vez detectada la ruptura prematura de membranas, es importante cumplir con medidas terapéuticas a fin de evitar mayores complicaciones pues constituye unas de las enfermedades obstétricas más relacionadas con la morbilidad materna perinatal. En el presente estudio el 17% del total general de las gestantes adolescentes la presentó.

En relación al parto prolongado, los resultados de la presente concuerdan con los encontrados por Chasi (17), en su reporte sobre factores maternos encontró al parto prolongado. Según los resultados de la presente este se dio en el 8% del total de las gestantes adolescentes embarazadas, correspondiendo a la adolescencia media el mayor porcentaje 8,88%; por tanto, se evidencia el riesgo materno neonatal, además hay que tener en cuenta que el segundo embarazo en las adolescentes constituye una condición de alto riesgo obstétrico para que se presenten complicaciones maternas.

El parto prolongado, se da como resultados de algunos factores presentes en la adolescente gestante, situaciones propias de la edad que no permite que el parto se dé dentro de lo normal, aunque algunos autores opinan que el embarazo independientemente de la edad con un buen control termina con éxito. Es importante tener en cuenta que un

trabajo de parto prolongado aumenta la incidencia de morbilidad neonatal y también genera complicaciones maternas

El proceso de trabajo de parto debe ser vigilado rigurosamente y si se detecta que el parto se detiene luego de la presentación de contracciones intensas y vigorosas, sin progreso del feto prolongándose por encima de 12 horas, debe actuarse inmediatamente así cuando el parto supera las 14 horas en las madres primípara y dura más de 9 horas en mujeres que han tenido hijos, la opción inmediata de un parto prolongado es la cesárea por lo que es necesario actuar con diligencia y así evitar la muerte neonatal (33).

En cuanto al parto prematuro, Los resultados de la presente guardan relación con Chasi (17) quien refiere que dentro de los factores maternos se encuentra el parto prematuro según los resultados de su estudio. Según los resultados este se presentó en el 7,19% en la adolescencia tardía.

En relación a los resultados. Barrena (18), encontró como factores asociados al parto pretérmino, las infecciones urinarias (30,5%), anemia (23,3%), preeclampsia (20%); como se puede observar en los resultados de la presente investigación las gestantes adolescentes presentaron infecciones del tracto urinario, anemia y preeclampsia por tanto probablemente hayan actuado como generadores del parto prematuro en estas gestantes.

La maternidad en adolescentes conlleva a mayores riesgos de salud para ellos y sus hijos, aumentando la morbilidad, mortalidad, con una expectativa de exclusión social a lo largo de la vida, pues la mayoría son pobres, con poca educación y madres solteras.

La prematuridad continúa siendo un problema de mayor causa de morbilidad neonatal y la responsable de muertes neonatales y de secuelas neurológicas en el recién nacido. El estrés psicosocial, las infecciones ascendentes del tracto urinario o la edad gestacional del parto prematuro está en relación a la edad materna existiendo mayor riesgo de parto prematuro de menor edad gestacional a menor edad materna (33).

Además es el factor más importante relacionado con la prematuridad aquellas gestantes con historia obstétrica de un parto pretérmino espontáneo antes de las 35 semanas en un

nueva gestación del 15%, si hay 2 antecedentes, el riesgo es de 41% y si hay 3, del 67% (4).

Los factores maternos más comunes asociados con la presentación del parto prematuro y bajo peso al nacer son: el nivel socioeconómico bajo, la adolescencia, la desnutrición materna, el analfabetismo, el hábito de fumar, la infección urinaria, la hipertensión arterial, antecedente de abortos o partos prematuros, cualquiera de estos se acompaña de estrés psicosocial que aumenta tres veces el riesgo de desarrollar parto prematuro. Las gestantes con antecedente de parto prematuro antes de las 35 semanas tienen un riesgo de parto pretérmino en una nueva gestación del 15% (4).

En cuanto a los factores maternos citados se pueden observar en los resultados que, las gestantes adolescentes los tienen, por tanto, constituyen factores presentes que hacen que las próximas gestaciones de estas mujeres puedan tener complicaciones, de ahí que se debe realizar un trabajo óptimo en lo que respecta al control pre natal y su vigilancia frecuente hasta que culmine el embarazo y evitar las posibles complicaciones.

En referencia a la anemia, Según los resultados de la presente investigación del total de adolescentes gestantes el 5% tuvieron anemia y el grupo de 17 a 19 años (adolescencia tardía), la tuvo en el 5,23%; siendo la anemia muy frecuente en las embarazadas y mucho más en las adolescentes los indicadores presentados no son tan altos probablemente su alimentación este siendo cuidada o también por la ingesta del sulfato ferroso, lo cual es positivo para la salud de la mujer y del producto.

Así, los resultados difieren con los encontrados por Bendezú, Bendezú y Huamán (21), quien describe que el 18,2% de adolescentes gestantes presentaron anemia. Asimismo con los de Barrera (18), el mismo que encontró que el 23,3% de las adolescentes embarazadas tuvieron anemia. Y con las referencias de los resultados de una investigación realizada. Por Munares et.al (28), refieren que el 3,4% de las gestantes tenían entre 10 a 14 años (adolescencia temprana), el 21,6% entre 15 a 16 años (adolescencia intermedia) y el 75% entre 17 a 19 años (adolescencia tardía). Para el 2011 tenían anemia el 26,4% y para el 2012 de 25,2%, como se puede observar la anemia es frecuente en las gestantes adolescentes, por ello es importante la consejería nutricional en el momento del control

prenatal o en las visitas domiciliarias al realizar el seguimiento a la gestante como parte de las actividades de promoción de la salud por parte de la enfermera.

La anemia, es tal vez la patología más frecuente dadas las demandas del crecimiento y desarrollo que tienen las adolescentes, especialmente las menores de 15 años. La adolescente puede ser anémica antes del embarazo y la demanda de hierro del bebe puede agudizar el problema. La alta incidencia de anemia puede ser multifactorial, sobresalen los hábitos nutricionales deficientes, al acudir tardíamente a su control pre natal y la propia adolescencia y además tener en cuenta que es una enfermedad frecuente en los países subdesarrollados.

Se ha estimado que, durante el período de la adolescencia (10-19 años de edad), la anemia es el principal problema nutricional. La anemia en las adolescentes y adultas jóvenes puede tener efectos negativos sobre su rendimiento cognitivo y sobre su crecimiento. Si la adolescente se embaraza, la anemia no solo incrementa la morbilidad y mortalidad materna, también incrementa la incidencia de problemas en el bebé (por ejemplo, bajo peso al nacer y prematurez), también tiene un impacto negativo sobre el hierro corporal del lactante. Por otra parte, debido a sus efectos en el rendimiento cognitivo y laboral, la anemia también produce un impacto actual y futuro en la productividad económica. Los beneficios, en términos de productividad, de la corrección de la anemia en adultos tienen un rango del 5-17% para trabajos manuales y del 4% para todos los demás tipos de trabajo (62).

Los efectos negativos de la anemia durante la adolescencia justifican el desarrollo de acciones de salud pública a todos los niveles. Desafortunadamente, debido a que las iniciativas para prevenir la anemia frecuentemente se orientan, con mayor énfasis hacia los lactantes, niños pequeños, embarazadas y mujeres que dan de lactar y no necesariamente tienen un enfoque hacia los adolescentes, las necesidades de este grupo poblacional continúan sin ser satisfechas y las consecuencias de la anemia en las adolescentes persisten (62).

Por lo que es importante realizar acciones de control y prevención, así se evitarán consecuencias en el producto, como es el retardo en el crecimiento intrauterino, y las consecuencias maternas como es la anemia que le traería problemas para poder atender a

su hijo y la recuperación después de parto. La mujer que padece anemia durante el embarazo es más propensa a desarrollar preeclampsia, alguna infección o una hemorragia post parto y es evidente que constituye un factor de riesgo entendiendo que luego viene la etapa de la lactancia materna; por lo que es muy importante que en los controles prenatales se detecte la anemia a tiempo y evitar complicaciones.

De importancia la consejería nutricional a la gestante, teniendo en cuenta la producción de alimentos locales, la suplementación de hierro según lo establecido por las normas del Ministerio de salud, y el seguimiento domiciliario a fin de constatar sobre todo las prácticas alimentarias fundamentales en esta etapa del embarazo y asegurar un puerperio sin complicaciones.

Respecto a la hipertensión inducida por el embarazo: Preeclampsia, Según los resultados esta se presentó en las adolescentes tanto en la adolescencia, precoz. Media y tardía. Según Chasi (17), en el estudio, encontró la hipertensión gestacional presente y dentro de esta la preeclampsia- eclampsia

Los resultados no guardan relación con lo referido por Bendezú, Bendezú y Huamán (23), quien encontró que el 17,5% de las gestantes adolescentes desarrollaron enfermedad hipertensiva- preeclampsia. Asimismo con lo encontrado por Barrera (18), donde el 20% de adolescentes gestantes presentaron pre eclampsia; si bien es cierto no guardan relación en cuanto a porcentajes pero es evidente que el Síndrome Hipertensivo del embarazo se presenta con mucha frecuencia en los embarazos en adolescentes incrementando los riesgos de la madre y del producto.

Por eso es importante que la gestante acuda a su control pre natal en forma oportuna. Cuando la gestante primigrávida tiene antecedente familiar de preeclampsia que proviene de la madre, la posibilidad de desarrollar la enfermedad es en el 25% y cuando proviene de la hermana es del 40%, lo cual demuestra la influencia de factores inmunogenéticos (52). Si la toxemia o hipertensión no se detecta y se la controla a tiempo la adolescente puede llegar a convulsionar y hasta morir después del parto.

Asimismo, es frecuente en las pacientes primigrávida y las de nivel bajo socioeconómico, cuando presentan simultáneamente estrés, lo psicosocial aumenta en seis veces la

probabilidad de desarrollar la enfermedad posiblemente por una menor respuesta de inmunidad celular mediada por el estrés, por lo cual es de prioridad tener que evitar agentes estresores en la gestante o tratar de controlarlos a fin de evitar las complicaciones.

Es necesario plantear la posibilidad de desarrollar estudios futuros en el grupo de mayor probabilidad de embarazo de 17 a 19 años adoptar políticas de salud destinados a la atención integral multidisciplinaria de los jóvenes, la prevención del embarazo adolescente y medidas tendientes a mejorar la atención de las jóvenes embarazadas con lo que se tendrán mejores resultados obstétricos.

Según los resultados no se encontró relación estadística significativa entre los factores obstétricos y el embarazo adolescente; sin embargo los factores encontrados en el presente estudio como son: las infecciones urinarias, ruptura prematura de membranas, trabajo de parto prolongado, parto prematuro, la anemia y la hipertensión inducida por el embarazo, son factores que si no hubiesen sido detectados y controlados a tiempo habrían generado complicaciones mayores en las gestantes adolescentes elevando los indicadores de morbilidad y mortalidad materna perinatal.

Tabla 5, Factores sociales del embarazo y su relación con el embarazo en adolescentes. Hospital José Soto Cadenillas, Chota-2015.

Factores Sociales del embarazo		Embarazo en Adolescentes								Chi ²
		Adolescencia Temprana (De 10 - 13 Años)		Adolescencia Media (De 14 - 16 Años)		Adolescencia Tardía (De 17 - 19 Años)		Total		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Estado Civil	Soltera	1	50,00	5	11,11	18	11,76	24	12,00	Chi ² : 7.347 P=0,29
	Casada	0	0,00	3	6,66	5	3,26	8	4,00	
	Divorciada	0	0,00	1	2,22	0	0,00	1	0,50	
	Conviviente	1	50,00	36	80,0	130	84,97	167	83,50	
Total		2	100,00	45	100,00	153	100,00	200	100,0	
Grado de Instrucción	Sin instrucción	0	0,00	2	4,44	0	0,00	2	1,00	Chi ² :8.32 1 P=0,215;
	Primaria	1	50,00	15	33,33	45	29,41	61	30,50	
	Secundaria	1	50,00	25	55,56	91	59,48	117	58,50	
	Superior	0	0,00	3	6,67	17	11,11	20	10,00	
Total		2	100,00	45	100,00	153	100,00	200	100,0	
Consumo de sustancias Nocivas	No consume	2	100,0	45	100,00	151	98,70	198	99,00	Chi ² :0.62 1 P=0,961
	Tabaco	0	0,00	0	0,00	1	0,65	1	0,50	
	Alcohol	0	0,00	0	0,00	1	0,65	1	0,50	
Total		2	100,00	45	100,00	153	100,00	200	100,00	
Tipo de Familia	Completa	1	50,00	39	86,67	130	84,97	170	85,00	Chi ² : 2.02 P=0,364
	Incompleta	1	50,00	6	13,33	23	15,03	30	15,00	
Total		2	100,00	45	100,00	153	100,00	200	100,00	
Relaciones Sexuales Con Protección	Sí	0	0,00	22	48,89	93	60,78	115	57,50	Chi ² :4.74 2 P=0,093
	No	2	100,00	23	51,11	60	39,22	85	42,50	
Total		2	100,00	45	100,00	153	100,00	200	100,00	
Violencia Familiar	Sí	0	0,00	4	8,89	11	7,19	15	7,50	Chi ² :0.85 7 P=0,309;
	No	2	100,00	41	91,11	142	92,81	185	92,50	
Total		2	100,00	45	100,00	153	100,00	200	100,00	
Area de residencia	Urbana	0	0,00	7	15,56	29	18,96	36	18,00	Chi ² :0.71 6 P=0,699;
	Rural	2	100,00	38	84,44	124	81,04	164	75,50	
Total		2	100,00	45	100,00	153	100,00	200	100,00	

En la tabla 5, se observa dentro de los factores sociales del embarazo adolescente y su relación con el embarazo en adolescentes.

En cuanto al Estado Civil:

- Del grupo de adolescentes de 10-13 años (adolescencia temprana), se encontró que el 50% eran solteras y 50% convivientes.
- Del grupo de adolescentes de 14 a 16 años (adolescencia media), se encontró que el 80,0 % su estado civil era convivientes, y el 2,22% divorciadas.
- Mientras que en el grupo de adolescentes embarazadas de 17-19 años (adolescencia tardía), el 84,97% eran convivientes y el 3,26% casadas.

No se encontró relación estadística significativa, siendo el valor de χ^2 : 7.347 y de $p=0,29$; significando que el estado civil no está relacionado con el embarazo en las adolescentes; la convivencia incrementa la inestabilidad social en la adolescente incrementando las probabilidades de morbilidad tanto materna como perinatal.

Según los resultados en el mayor porcentaje de adolescentes su estado civil es de convivencia. Los resultados guardan similitud con lo encontrado por Rojas y Beltrán (55), quien encontró que la edad promedio del embarazo adolescente fue de 16.1 años y que el 72,73% eran convivientes.

Así, los resultados difieren de los encontrados en el estudio realizado por Suarez (19), donde el 43% eran solteras o mantenían estado civil de convivencia. La convivencia con la pareja o estar casado ha sido asociado por la literatura con el embarazo, con frecuencia los autores relacionan el deseo de tener un hijo en las parejas de adolescentes que viven en unión libre o son esposos.

Según la Encuesta INEI del 2013 (56), alrededor de un tercio de adolescentes alguna vez embarazadas, sus madres sin pareja conyugal constituyen el 25,5% y son solteras 96,8% separadas o divorciadas, y entre los que tienen pareja conyugal predominan las convivientes 64,8% frente a 2,9% de casadas. Así la maternidad adolescente ocurre

principalmente en uniones consensuales (convivientes), pero también existe importante proporción de madres solteras sobre todo en las embarazadas por primera vez (30,1%)

El estado civil, no tiene un efecto directo sobre la fecundidad, pues opera mediante la actividad sexual, que es la variable subyacente. El matrimonio formal, va perdiendo importancia a favor de la convivencia; las encuestas de la década del 2000 dan cuenta que tanto en el total de las mujeres en edades fértiles como en el total de mujeres adolescentes, se incrementan las convivencias consensuales y, por lo tanto, disminuye la proporción de los matrimonios formales, lo que se advierte sobre desde el 2009. Por otro lado, en ambos grupos poblacionales aumenta la ruptura de las uniones maritales (56).

Las adolescentes en unión libre y casadas, reportan un embarazo y se le atribuye a dos factores que contribuyen a esta situación, en primer lugar, la necesidad de casarse o irse a vivir en unión libre en la adolescencia hace parte de un concepto cultural en muchas regiones y en segundo lugar, muchas adolescentes se casan al enterarse de su embarazo, dada la presión social y familiar por la estigmatización de las madres solteras. El matrimonio precoz se ha vinculado con la fecundidad temprana debido a que las adolescentes al convivir con su pareja están dispuestas a iniciar la trayectoria reproductiva.

Así, en el caso de contraer matrimonio las dificultades continuaran, el divorcio es dos o tres veces más frecuente que en la población en general, el 20% de las separaciones ocurren en el primer año de matrimonio, los problemas típicos de los matrimonios adolescentes son el sentimiento que les ha sido robada su adolescencia, su educación y posición social.

Además, la mayoría de las madres adolescentes muestran escaso conocimiento en el desarrollo infantil y por ende poseen expectativas inapropiadas con respecto al comportamiento con sus hijos, manifestaciones frecuente de dicha actitud son la impaciencia, la irritabilidad e insensibilidad, las necesidades básicas del niño y de la madre no se encuentran aseguradas y se encuentran entre la población de alto riesgo de abuso físico, negligencia en los cuidados de la salud, malnutrición, retardo en el desarrollo físico y emocional.

En el Perú y en nuestra realidad tal como se observa en los resultados en la actualidad la convivencia se incrementa entre las parejas especialmente en los jóvenes, pero es importante decir que constituye un factor de riesgo, mucho más si el embarazo se da en una adolescente, porque tanto la madre como el producto quedarán sin protección, de ahí que la adolescente opta por no salir de su hogar y se queda a convivir con su familia, lo mismo que incrementa la inseguridad familiar e incrementa los riesgos para que la gestante pueda auto sostenerse y solventar los gastos que genere su embarazo y la crianza de su hijo más adelante.

En cuanto al Grado de Instrucción:

- Del grupo de adolescentes embarazadas de 10-13 años (adolescencia temprana), se encontró que el 50% tenían como grado de instrucción primaria y el 50% secundaria.
- Del grupo de adolescentes embarazadas de 14 a 16 años (adolescencia media), se encontró que el 55,56 % tenían secundaria y solamente el 6,67% superior.
- El grupo de adolescentes embarazadas de 17-19 años (adolescencia tardía), el 59,48% alcanzó el grado de instrucción secundaria y el 11,11% superior.

No se encontró relación estadística significativa, siendo el valor de $\chi^2:8.321$ y de $p=0,215$; las variables no están relacionadas; sin embargo, el grado de instrucción incompleto constituye un factor para la adolescente y su hijo al no poder desarrollarse dependan de otras personas.

Según los resultados de la presente se observa que el mayor porcentaje de adolescentes han alcanzado como máximo grado de instrucción secundaria, y que un porcentaje minoritario tiene estudios superiores, y en las adolescentes de 10 a 13 años (adolescencia precoz), el 50% alcanzó la primaria y secundaria; probablemente el abandono de los estudios se dio como consecuencia del embarazo; pues este cambia el futuro de la adolescente bien la familia opta por apoyarla a continuar estudiando o simplemente se queda a cuidar a su hijo o comprometerse con la pareja.

Los resultados encontrados tienen relación con los referidos en Osorio (57), donde encontró que el 75% de adolescentes embarazadas tenían un grado de instrucción secundaria. También con Marín (24), en que las adolescentes el 68,7% alcanzaron la secundaria y con Gonzales (21), quien encontró que el 78,57% tenían estudios secundarios.

También se relaciona con los resultados del estudio realizado por Arce (58), donde el 65,1% se encontraban en etapa estudiantil y las adolescentes se hallaban en la adolescencia tardía.

Así, los resultados difieren de lo encontrado por Janco (29), que concluye que tiene menos posibilidades de quedar embarazadas las adolescentes si termina su secundaria; sin embargo los estudios demuestran que el mayor porcentaje de embarazos se dan en la adolescencia tardía de 17 a 19 años, justo cuando han o están por concluir los estudios secundarios y a ello se asocia con la pobreza y la deserción escolar, incrementando la brecha de la pobreza porque al quedar embarazadas dejan de estudiar, no trabajan por tanto disminuyen sus ingresos, pues quedan al cuidado de su hijo(a).

El nivel educativo es un factor determinante frente a la toma de decisiones; en las publicaciones de artículos científicos se observa con frecuencia como relacionan esta variable con el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos y mejor planeación en la primera relación sexual. Almeida (59), plantea que la falta de comunicación de los padres hacia los hijos en los temas relacionados con la sexualidad y el embarazo condicionan a las adolescentes a ser vulnerables a un embarazo.

El periodo de la adolescencia debería caracterizarse por ser una etapa de vida en la que la formación educativa fuese uno de los principales roles que deba desempeñar. Pero hay una menor asistencia escolar entre las adolescentes madres que entre no madres, tanto en el área urbana como en la rural; lo cual ya lo mostraban los Centros de Población y Vivienda de 1993 y 2007, confirmando la relación negativa entre asistencia escolar y maternidad temprana. Según la Encuesta del I.N.E - 2013 (56) y la razón más frecuente es por embarazo o matrimonio 45,9%, seguido de las razones económicas 22,1%.

Al encontrarse estudiando la adolescente es un factor protector tanto para un embarazo único como para su recurrencia. Por lo tanto, evitar la deserción escolar es una herramienta fundamental para impedir tanto un embarazo, como un segundo periodo de gestación, una madre adolescente que continúa sus estudios, a pesar de tener un hijo, tiene la posibilidad de ampliar sus perspectivas personales y profesionales.

Las adolescentes que ya son madres y abandonan sus estudios tienen mayor posibilidad de presentar otro embarazo. Es prioritario realizar programas a nivel local especiales para este grupo de adolescentes, con el fin de proyectar un mayor futuro y establecer mejores oportunidades en el aspecto profesional y laboral.

Respecto al Consumo de sustancias nocivas:

- Del grupo de adolescentes embarazadas de 10-13 años (adolescencia temprana), se encontró que el 100% de embarazadas adolescentes no toman licor ni fuman.
- Del grupo de adolescentes embarazadas de 14 a 16 años (adolescencia media), se encontró que el 100,0 % no consumían alcohol ni fumaban.
- El grupo de adolescentes embarazadas de 17-19 años (adolescencia tardía), el 98,7% no consumían alcohol ni fumaban solamente el 0,65% manifestó consumir alcohol y tabaco respectivamente.

No se encontró relación estadística significativa, siendo el valor de $\text{Chi}^2:0.621$ y de $p=0,961$; por lo que el consumo de sustancias nocivas no se relaciona con el embarazo en las adolescentes, pero el consumir sustancias nocivas como, tabaco, alcohol u otras drogas constituye un factor que posibilita el incremento de embarazo en las adolescentes, además que traen consecuencias negativas para la salud de la madre y de su hijo.

Según los resultados se observa que la gran mayoría de adolescentes gestantes no consumían alcohol ni tabaco, solo un pequeño porcentaje de las que correspondían a la etapa de adolescencia tardía de 17 a 19 años, lo cual es positivo tanto para la salud de la madre como para el bebé se evita las consecuencias que estos hábitos nocivos generan.

Los resultados tienen relación con lo referido por Muñoz (60), quien manifiesta que los factores de riesgo que influyen de manera significativa para que se dé el embarazo en adolescentes, son el inicio de actividad sexual activa precoz, consumo de alcohol y tabaquismo y según Romero (20), relata que los factores de riesgo que tuvieron significancia estadística fueron el inicio precoz de la vida sexual activa, el consumo de alcohol y tabaco.

Asimismo, los resultados difieren de lo encontrado por Cardello (44), quien encontró que el 69,9% de las encuestadas ha fumado alguna vez. Este porcentaje es menor entre 13 y 14 años, alcanzando cifras cercanas al 70% a los 18 años y manteniéndose con pequeñas variaciones alrededor de dicha cifra hasta los 20 años. La media de edad de inicio como fumadora es de 14,1 años, siendo los grupos etarios de 14 y 15 años los que representan las edades de inicio más frecuentes en el consumo de tabaco. Las no fumadoras representan el 30%.

En cuanto al consumo de alcohol, de 12 y 14 años alcanzando el 77% en los 15 años. Se mantiene entre 75% y 82% desde los 16 a 20 años. Con respecto a la edad de consumo de alcohol en promedio es de 15,1 años, en el grupo etario de 14 a 16 años, más del 60% de los encuestados se inició en consumo de alcohol (57).

La política de prevención de los embarazos debería priorizar el componente de información y capacitación, que es determinante tener en cuenta la relación del consumo tanto de alcohol como tabaco y otros con el “tiempo libre”; ya que, las adolescentes que no trabajan o estudian presentan indicadores de consumo significativamente mayores. Así el proceso de información sobre su acción perjudicial para la salud es de suma importancia.

En relación al consumo de tabaco, experiencias científicas diversas permiten afirmar que los adolescentes que fumaron durante el embarazo corren considerables riesgos para la salud, y exponen al feto a peligros como: aborto espontáneo, parto prematuro, bajo peso al nacer.

Como se sabe tanto el tabaco como el alcohol son dañinos, pero el más dañino para el feto es el consumo de alcohol por el síndrome alcoholismo fetal, caracterizado por una

constelación de signos neurológicos y extra neurológicos en hijos de madres con alcoholismo crónico. Trabajos posteriores han demostrado que la exposición materna al alcohol puede no dar lugar a la expresión completa de síndrome de alcoholismo fetal, sino a una serie de alteraciones dismórficas cognitivas y del comportamiento denominado efectos alcohol fetal.

Por lo que es fundamental realizar acciones de prevención del consumo de sustancia psicoactivas y así estaremos protegiendo la salud de los futuros bebés asegurando su normal crecimiento y desarrollo.

Respecto al tipo de familia:

- Del grupo de adolescentes embarazadas de 10-13 años (adolescencia temprana), se encontró que el 50% tenían familia completa y el 50% familia incompleta.
- Del grupo de adolescentes embarazadas de 14 a 16 años (adolescencia media), se encontró que el 86,67 % tenía familia completa y el 13,33% incompleta.
- El grupo de adolescentes embarazadas de 17-19 años (adolescencia tardía), el 84,97% tenían familia completa y el 15,03% familia incompleta.

No se encontró relación estadística significativa, siendo el valor de χ^2 : 2.02 y de $p=0,364$; no existe relación estrecha entre ambas variables el embarazo en las adolescentes se da tanto en familias completas o incompletas, probablemente intervengan otros factores para que este se genere.

Según los resultados, se puede decir que el tipo de familia de la mayoría de las adolescentes embarazadas es completa; sin embargo, existe un porcentaje de las adolescentes precoces cuyo tipo de familia es incompleta, lo que se lo cataloga como un factor de riesgo para que se genere el embarazo en adolescentes. Además el hecho de tener al padre y a la madre juntos protege a la adolescente de un embarazo, probablemente incidan otros factores presentes dentro de la familia para que se propicie el embarazo en las adolescentes.

Los resultados encontrados difieren de los referidos por Osorio (57), refiere que el 64% de las familias de las adolescentes eran desintegradas o incompletas.

La familia y las condiciones socioeducativas constituyen un factor esencial, porque se evidencia que generalmente las madres adolescentes provienen de hogares mal constituidos, hogares de madres solteras, sin una comunicación adecuada padres, hija, con nivel cultural bajo, donde no se da importancia a la educación sexual.

El hogar donde residen las adolescentes alguna vez embarazadas, en gran porcentaje es no nuclear (91,9%); es decir no solamente está conformado por padre, madre e hijos sino que se agrupan personas que no necesariamente tienen vínculos sanguíneos pero que de acuerdo a la definición de hogar, comparten un mismo presupuesto y elaboran y consumen en común sus alimentos, gran porcentaje entra las que ya son madres (96,7%) y más de tres cuartos 77,5% en las embarazadas por primera vez, residen en este tipo de hogares (57).

La familia con los que los adolescentes habitan tiene una importante influencia sobre las conductas sexuales y reproductivas. Así las familias “nucleares”, con ambos padres biológicos presentes, ofrecen un entorno protector. Los adolescentes provenientes de esas familias tienen una posibilidad menor de adoptar conductas de riesgo, es decir, de tener una iniciación sexual temprana y relaciones sexuales sin protección, por lo tanto, de quedar embarazada.

Sin embargo, los jóvenes que viven con un solo progenitor, en la mayoría de casos, con la madre o las que viven con otros (tíos, tías, hermanas) presentan una mayor frecuencia de conductas de riesgo que viven con padre y madre.

Los factores como el hecho de vivir con una familia disfuncional es donde se presentan abusos, así como sufrir carencias afectivas, son factores que se ha observado influyen en el desarrollo de un embarazo adolescente no planeado, muchos jóvenes con la creencia de que han encontrado un amor ideal a consecuencia de no haberse sentido amada y valorada en su propio núcleo familiar, una vez que se ejerce la relación sexual los jóvenes no utilizan métodos de protección para evitar embarazos no planeados ni tampoco alternativas que prevengan enfermedades de transmisión sexual.

Sobre las Relaciones Sexuales con protección:

- Del grupo de adolescentes embarazadas de 10-13 años (adolescencia temprana), se encontró que el 100% no se protegían al momento de las relaciones sexuales.
- Del grupo de adolescentes embarazadas de 14 a 16 años (adolescencia media), se encontró que el 48,89 % si se protegían al tener relaciones sexuales y el 51,11% no se protegían.
- El grupo de adolescentes embarazadas de 17-19 años (adolescencia tardía), el 60,78% si se protegía y el 39,22% no se protegía al tener relaciones sexuales.

No se encontró relación estadística significativa, siendo el valor de $\chi^2:4.742$ y de $p=0,093$. Las relaciones sexuales con protección no se relacionan con el embarazo en las adolescentes; sin embargo, las relaciones sexuales sin protección incrementan la posibilidad de un embarazo no deseado en la etapa de la adolescencia; ya que, estos no son planificados.

Se puede observar a través de los resultados que las adolescentes embarazadas en su mayoría no se protegieron al tener relaciones sexuales generándose como consecuencia el embarazo en esta edad adolescente; aun conociendo sobre métodos anticonceptivos se evidencia que los adolescentes no hacen uso de ellos especialmente en la primera relación que muchas veces no es planificada.

Los resultados en referencia al no uso de métodos de protección, se relaciona con el estudio realizado por Odeam (61), donde los resultados evidencian que la situación de pobreza, la falta de educación, las creencias y mitos respecto a los anticonceptivos y además que existen parejas que desalientan el uso de métodos anticonceptivos fomentándose el embarazo adolescente.

Así se puede observar, según INEI (2013) (56), que en el transcurso de 17 años, el total de mujeres adolescentes que usa algún método anticonceptivo se ha incrementado (de 7,5% en 1996 a 14% en el 2013), en especial el uso de métodos modernos. Entre las adolescentes actualmente unidas (casada, convivientes al momento de la encuesta), la

proporción que usa algún método anticonceptivo se encontró de 46,0% en 1996 a 65,9% en el 2013, los métodos modernos para el 2013 es del 63,7%. En especial el condón masculino y los tradicionales y folklóricos 45,1%; sin embargo, tal como observamos el embarazo en adolescentes continúan en incremento por la falta de cobertura de atención reproductiva a la población adolescente.

Así, Odeam (61), manifiesta sobre los factores que influyen en el embarazo y en el uso de anticonceptivos de adolescentes, son la falta de educación, la expectativa de las mujeres adolescentes para ser madres, la falta de aprobación de la sexualidad de las mujeres, la ideología y creencias en contra del uso de anticonceptivos en la comunidad, mitos sobre los anticonceptivos, la falta de educación sexual integrada, parejas que desalientan el uso de anticonceptivos y fomentan el embarazo adolescente. Las causas para la prevalencia de embarazos adolescentes están, de este modo relacionado con la cultura y la situación socioeconómica

Muchos factores existen que bloquean el uso de anticonceptivos y promueven embarazo adolescente culturalmente, esto está influido también por el precepto de que las mujeres deben ser madres y por el otro lado el valor de la maternidad. Esto está vinculado con las dinámicas de género y las estructuras de poder entre las mujeres y hombres, en que los hombres tratan de controlar la actividad sexual y la reproducción de las mujeres para conservar su poder. También existe una falta de educación sexual importante.

En los resultados se observa que la mayoría se protegió durante las relaciones sexuales; pero existe un porcentaje que no lo hizo, tal como se expresa líneas arriba es probable que alguno de los factores intervino, lo cierto es que en el Perú los estudios demuestran que los adolescentes conocen sobre los métodos anticonceptivos; pero que al momento de tener las relaciones sexuales no hacen uso de ellos, se tendría que ampliar la cobertura informativa sobre salud sexual y reproductiva así como los servicios de planificación familiar con apertura para los jóvenes.

En relación a la violencia familiar:

- Del grupo de adolescentes embarazadas de 10-13 años (adolescencia temprana), se encontró que el 100% no sufrieron de violencia familiar.

- Del grupo de adolescentes embarazadas de 14 a 16 años (adolescencia media), se encontró que el 91,11 % no sufrió de violencia familiar solamente el 8,89% sufrió de violencia familiar.
- El grupo de adolescentes embarazadas de 17-19 años (adolescencia tardía), el 92,81% no sufrió de violencia familiar solamente el 7,19% si sufrió de violencia familiar.

No se encontró relación estadística significativa, siendo el valor de $\chi^2:0.857$ y de $p=0,309$; es decir que las variables no están estrechamente relacionadas. La violencia está catalogada como un factor para que se genere los embarazos en las adolescentes.

Los resultados revelan que en la mayoría de adolescentes embarazadas no se generó violencia familiar y el porcentaje que la sufrió se encuentra en la etapa de la adolescencia media (14 a 16 años) y adolescencia tardía (17 a 19 años); aun dándose la violencia en un pequeño grupo, hay que tener en cuenta el daño psicológico que esta genera en la adolescente, y que si ella no denunció la agresión se convertirá en un círculo vicioso del cual no podrá salir y afectará a su salud mental y a la de sus hijos, generalmente esta va ligada al consumo de alcohol o drogas.

Los resultados no concuerdan con los resultados del estudio realizado por Suarez (19), refiere que la violencia se generó en el 1% e indica que sufrieron maltrato, existiendo problemas de alcohol y drogas en el hogar. Asimismo con lo referido por Gonzales (51), quien manifiesta según los resultados de su estudio los principales agresores de las adolescentes son los padres y la pareja y que el tipo de violencia más frecuente en las gestantes adolescentes fue la violencia psicológica (48,2%), la física (41,2%) y en un menor porcentaje la sexual (10,6%); pero reflejan una realidad de las adolescentes gestantes quienes sufren violencia dentro de su hogar afectando su desarrollo emocional.

Además Rodríguez (25), refiere que dentro de las causas psicosociales el mayor porcentaje se presenta por la falta de educación sexual 30% problemas familiares 23%, maltrato y pobreza con el 20% cada uno, y el 7% abuso sexual, también, encontró la ocurrencia de maltrato familiar en el 20%.

El sufrimiento de la violencia afecta directamente al estado de bienestar físico, mental y social de la persona agredida, por lo que constituye una amenaza integral y es productora de enfermedades y discapacidades tanto individuales como colectivas.

En concordancia con el área de residencia:

- Del grupo de adolescentes embarazadas de 10-13 años (adolescencia temprana), se encontró que el 100% su área de residencia fue la zona rural.
- Del grupo de adolescentes embarazadas de 14 a 16 años (adolescencia media), se encontró que el 84,44 % el área de residencia es la zona rural y el 15,56% la zona urbana.
- El grupo de adolescentes embarazadas de 17-19 años (adolescencia tardía), el 81,04% corresponde el área de residencia a la zona rural y el 18,96% a la zona urbana.

No se encontró relación estadística significativa, siendo el valor de $\text{Chi}^2:0.716$ y de $p=0,699$; por tanto el área de residencia no se relaciona con el embarazo en las adolescentes, los embarazos se dan indistintamente tanto en las adolescentes de la zona urbana y rural.

Los resultados muestran que el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas corresponden a la zona rural tanto en la adolescencia precoz, media y tardía, es importante tener en cuenta la característica del lugar donde se ha desarrollado la investigación; sin embargo, esta se da indistintamente en ambos lugares en este caso al ser el Hospital José Soto Cadenillas un establecimiento de salud de referencia se puede observar que las adolescentes atendidas corresponden más a lugares fuera de la ciudad de Chota y en menor porcentaje son de la zona urbana.

Así, los factores predisponentes para el embarazo adolescente están presentes tanto en la zona urbana como rural, pues en la zona urbana por la misma realidad se cuenta con medios de comunicación tanto radial como televisiva y el internet, lo que permite que las adolescentes tengan mayor acceso a la información que muchas veces es mal utilizada,

generando algunos contactos que resultan ser de riesgo. Asimismo se puede observar a través de los resultados que el embarazo en las adolescentes en la zona rural se encuentra en aumento.

El embarazo en adolescentes incrementa el riesgo de morbilidad materna perinatal en cuanto que las mujeres en la zona rural dan a luz en su casa, en ausencia de atención especializada ante cualquier eventualidad durante el parto lo que puede terminar en una cesárea, hay que destacar que la atención a través del seguro Integral de salud SIS, también permite que las mujeres embarazadas tengan mayor acceso a los servicios de salud, lo que está permitiendo que los indicadores de morbilidad materna perinatal se estén controlando.

Los factores de tipo social, juegan un papel fundamental en el embarazo temprano, es así como la posición económica de la adolescente (o más bien del hogar donde ella reside) es un factor determinante. Las mujeres con mayor nivel económico tienen menor probabilidad de tener un hijo, esto ha sido reportado por varios autores y explica por qué las adolescentes con mayor posición económica tienden a iniciar su vida sexual y nupcial a edades más tardías, a tener más incentivos para evitar el embarazo, a tener mayor acceso a la anticoncepción y a presentar mayor estabilidad en el núcleo familiar.

Cabe anotar que el número de miembros que componen la familia es un factor que aumenta la probabilidad de un embarazo adolescente. El hacinamiento ha sido asociado con el deseo de salir temporalmente del hogar, la violencia intrafamiliar y con abuso sexual, factores que contribuyen a que las adolescentes quieran embarrarse precozmente para irse de sus casas o embarrarse precozmente producto de relaciones de abuso sexual.

La violencia hace parte del contexto social de nuestro país. Está comprometido diversos aspectos de la vida del adolescente afectando su comportamiento y desarrollo psicológico. La exposición a la violencia se asocia a la inestabilidad emocional, mala adaptación al entorno social y predisposición a conductas de riesgo. Las adolescentes que sufren de violencia asumen el embarazo como una solución para salir de su hogar y un motivo para declarar su independencia.

Así el embarazo adolescente es un evento importante en la vida de la adolescente y es el resultado de factores que emergen en el contexto individual, social y reproductivo. La pobreza, la violencia sexual y el maltrato son situaciones que estimulan la aparición tanto del embarazo único como reincidente; es fundamental mejorar las condiciones socioeconómicas, proporcionar entornos saludables en las adolescentes para que se puedan desarrollar plenamente y así puedan posponer un embarazo.

Tabla 6, Factores Económicos del embarazo y su relación con el embarazo en adolescentes. Hospital José Soto Cadenillas, Chota-2015.

Factores Económicos del embarazo		Embarazo en Adolescentes								Chi ²
		Adolescencia temprana (De 10 - 13 Años)		Adolescencia Media (De 14 - 16 Años)		Adolescencia Tardía (De 17 - 19 Años)		Total		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Ocupación	Ama de casa	1	50,00	45	100,00	147	96,10	193	96,50	Chi ² : 20.305 P=0,002,
	Estudiante	0	0,00	0	0,00	1	0,65	1	0,50	
	Comerciante	0	0,00	0	0,00	1	0,65	1	0,50	
	Otra(vendedora)	1	50,00	0	0,00	4	2,60	5	2,50	
Total		2	100,00	45	100,00	153	100,00	200	100,00	
Ingreso Promedio Económico	Menor a 850 nuevos soles	2	100,00	32	71,11	72	47,06	106	53,00	Chi ² :9.959 P=0,0041
	Igual a 850 nuevos soles	0	0,00	9	20,00	60	39,22	69	34,50	
	Mayor a 850 nuevos soles	0	0,00	4	8,89	21	13,72	25	12,50	
Total		2	100,00	45	100,00	153	100,00	200	100,00	

En la tabla 6, se observa dentro de los factores económicos y su relación con el embarazo en adolescentes.

En cuanto a la ocupación:

- Del grupo de adolescentes embarazadas de 10-13 años (adolescencia temprana), se encontró que el 50% su ocupación era ama de casa y 50% otra (vendedora).
- Del grupo de adolescentes embarazadas de 14 a 16 años (adolescencia media), se encontró que el 100,0 % eran amas de casa.
- El grupo de adolescentes embarazadas de 17-19 años (adolescencia tardía), el 96,10% su ocupación era amas de casa y 0,65% estudiante y comerciante respectivamente.

Se encontró relación estadística significativa; siendo el valor de χ^2 : 20.305 y de $p=0,002$, lo que significa que ambas variables están estrechamente relacionadas; constituyendo la ocupación un factor para que la adolescente se embarace incluso en forma recurrente.

Según los resultados el mayor porcentaje de adolescentes su ocupación es ama de casa tanto en la adolescencia precoz (de 10 a 13 años), media (de 14 a 16 años) y tardía (de 17 a 19 años) y un mínimo porcentaje de ellas estudian o se dedican a otras labores.

Los resultados concuerdan con los referidos en el estudio realizado por Osorio (57), ya que el 65% recibe apoyo económico de sus padres; significando que la mayoría no trabaja bien reciben apoyo de la pareja o de los padres, ellas se dedican a los quehaceres domésticos. Asimismo con el estudio de Gómez y Montoya (26), quienes encontraron que la edad, el estrato socio- económico, la ocupación, la convivencia con la pareja, el inicio temprano de las relaciones sexuales y los ingresos familiares están relacionados con el embarazo en adolescente en sus diferentes etapas.

Asimismo los resultados difieren de los encontrados por Suarez (19), donde el 5,1% de las adolescentes trabajan; según los resultados la mayoría de dedica a los quehaceres del hogar.

Las adolescentes que están dedicadas a las labores domésticas, al cuidado de otros miembros de la familia o ejercen cualquier otra labor de la casa, tienen un rol bien diferenciado, con respecto a las que se ocupan en actividades académicas, el riesgo aumenta. Autores plantean que el embarazo en adolescentes obedece al inicio temprano de labores domésticas y a la incertidumbre sobre perspectivas de mejores empleos.

Estudios mundiales muestran que el embarazo adolescente contribuye a la perpetuación del ciclo de la pobreza; colocando a los jóvenes en un riesgo más alto para alcanzar sus logros educativos, ocupacionales y socioeconómicos. La maternidad temprana se asocia a un mayor riesgo de resultados reproductivos adversos y una creciente mortalidad materna infantil.

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

La mayoría de las mujeres que fallecen en gestación o por causas relacionadas con el embarazo están desnutridas y anémicas, porque carecen de una dieta adecuada y equilibrada. Los bajos factores socioeconómicos tales como vivir en el área rural, desempleo, pobre higiene y no disponibilidad de cuidados antenatales tienen una influencia en la alta mortalidad materna, las mujeres con bajo estatus socioeconómico son a menudo ignoradas (44).

En cuanto al ingreso promedio económico:

- Del grupo de adolescentes embarazadas de 10-13 años (adolescencia temprana), se encontró que el 100% su ingreso promedio económico es menor a 850 nuevos soles.
- Del grupo de adolescentes embarazadas de 14 a 16 años (adolescencia media), se encontró que el 71,11 % su ingreso promedio económico era menor a 850 nuevos soles solamente el 8,89% su ingreso económico era mayor a 850 nuevos soles.
- El grupo de adolescentes embarazadas de 17-19 años (adolescencia tardía), se encontró que el 47,06%, su ingreso era menor a 850.00 nuevos soles y solamente el 13,72%% mayor a 850 nuevos soles.

Se encontró relación estadística significativa; siendo el valor de $\chi^2:9.959$ y de $p=0,0041$, ambas variables están relacionadas; en este caso el embarazo adolescente depende del ingreso económico constituyendo un factor para que este ocurra a menor ingreso económico, mayor probabilidad que la adolescente se embarace.

Se observa que la mayoría de gestantes adolescentes tanto en la adolescencia temprana (de 10 a 13 años), media (de 14 a 16 años) y tardía (de 17 a 19 años), su ingreso económico es menor a 850.00 nuevos soles y un grupo minoritario mayor al mínimo vital.

Los resultados de la presente concuerdan con los encontrados por Rodríguez (25), donde concluye que lo económico dentro de ello la pobreza es un factor causante para el embarazo en adolescentes, los mismos que se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de 15 años con el 56% en el rango de 18 años 34% y de 12 a 14 años el 10%. Asimismo concuerda con los resultados del estudio realizado en Bolivia (29), donde las adolescentes embarazadas correspondían a un nivel económico bajo.

Igualmente, en la investigación realizada por Oñate (52), determinó que un dato relevante y a la vez contradictorio es el incremento del embarazo en edades de 18 años con educación primaria. Dato concordante con lo encontrado en el estudio donde las adolescentes con grado de instrucción primaria están en segundo lugar en cuanto a la frecuencia del embarazo adolescente.

En cuanto a los resultados se encontró que el factor económico tiene una relación estadística significativa, dentro de ellos la ocupación ($P= 0,0002$) y el ingreso económico familiar ($P=0,0041$), lo que significa que existe una relación muy estrecha entre ambas variables, así el embarazo en la adolescencia se presentará con mayor frecuencia; ya que, ambas están muy ligadas a la pobreza y la mayoría está dentro de un ingreso económico por debajo del mínimo vital; por lo que la mayoría de adolescentes se ven en la necesidad de salir de su hogar y tener que trabajar, dejar los estudios a corta edad mucho más si ya salen embarazadas. Por lo que se concluye que la pobreza es un factor que contribuye a que el embarazo en adolescentes se presente con mayor frecuencia en las diferentes etapas de la adolescencia.

CONCLUSIONES

1. El embarazo adolescente se presentó con mayor frecuencia en las adolescentes comprendidas entre las edades de 17 a 19 años, lo que corresponde a la adolescencia tardía.
2. En cuanto a los factores biológicos en el embarazo, la talla en la mayoría de las adolescentes fue mayor de 1.50 cm, en cuanto al periodo intergenésico correspondió su primera gestación. No se encontró relación estadística significativa; siendo el valor de $p > 0,005$
3. Los problemas o antecedentes en un embarazo previo más frecuentes fueron el aborto, infección del tracto urinario, parto prematuro. La relación estadística fue altamente significativa; siendo el valor de $\chi^2:64.683$ y de $p=0,000$
4. Los factores de riesgo obstétricos más frecuentes fueron: las infecciones del tracto urinario, ruptura prematura de membranas, trabajo de parto prolongado, parto prematuro e hipertensión inducida por el embarazo- preeclampsia. No se encontró relación estadística significativa; siendo el valor de $\chi^2:14.672$ y de $p=0,082$
5. En cuanto a los factores sociales, tenemos que la mayoría son convivientes, el tipo de familia es completa y el área de residencia corresponde a la zona rural. No se encontró relación estadística significativa; siendo el valor de $p>0,005$
6. En cuanto a los factores de riesgo económicos, la mayoría son amas de casa y su ingreso es menor de un mínimo vital (S/.850 nuevos soles).

Se encontró relación estadística significativa al relacionar los factores económicos y el embarazo en adolescentes. Tanto para la ocupación; siendo el valor de $\chi^2:20.305$ y de $p=0,002$ como el ingreso económico familiar, valor de $\chi^2:9.959$ y de $p=0,0041$, lo que significa una estrecha relación entre ambas variables. Por tanto se concluye que la pobreza es un factor que contribuye a que el embarazo en adolescentes se presente con mayor frecuencia en las diferentes etapas de la adolescencia, aceptándose la hipótesis alterna parcialmente.

RECOMENDACIONES

1. Al Personal de Salud del Hospital José Soto Cadenillas y de los establecimientos de salud que refieren a este Centro de atención.

- Considerar dentro de las estrategias de intervención programas de sexualidad y salud reproductiva que involucre la participación de la familia con la finalidad de motivar la comunicación de padres a hijos.
- Desarrollar programas de capacitación a los docentes en relación a la sexualidad humana a fin de fortalecer la orientación sexual a los estudiantes y también a los padres de familia.
- Fortalecer las intervenciones de atención en salud a los adolescentes involucrando al equipo multidisciplinario con intervención de enfermeras, Obstetrices, psicólogos y médicos.
- Continuar con la realización de los controles pre natales en forma precoz, oportuna, detectando en forma oportuna los factores de riesgo presentes o potenciales en las mujeres embarazadas, especialmente en las adolescentes.
- Ampliar la cobertura de atención en cuanto a orientación y consejería en Planificación familiar, con un horario diferenciado para los (las) adolescentes.

2. A los Docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca:

- A los Docentes del Área Materno- Infantil, se continúen con las investigaciones en el binomio Madre- niño, fundamentales para el conocimiento de la salud en esta area en el ámbito local.
- Tomar en cuenta los resultados y a partir de ellos implementar estrategias de intervención en coordinación con el Ministerio de salud, y la participación de los estudiantes y las demás áreas especialmente en aspectos de promoción y educación para la salud.

3. A las mujeres adolescentes del ámbito de atención del Hospital José Soto Cadenillas y Establecimiento de Salud que refieren a este centro de atención.

- Tener en cuenta que existen factores de riesgo en un embarazo adolescente que ponen en riesgo su vida y la de su hijo, por lo cual es importante tener en cuenta que existen programas para planificar un próximo embarazo a fin de evitar complicaciones y mejorar sus indicadores de vida de ella y de su hijo.
- Cumplir con los controles prenatales si se da el embarazo lo más pronto posible, así se identificarán y se vigilarán los factores de riesgo presentes y se evitarán las probables complicaciones que pongan en riesgo su vida y el su bebé.
- Acudir a las citas programadas para la psicoprofilaxis, análisis y otras evaluaciones porque le ayudaran a vigilar su gestación y permitirán la culminación de un embarazo favorable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Organización Mundial de la Salud (OMS).** Hay más de siete millones de embarazos adolescentes cada año. [En línea] Perú 21, 2013. [Citado el: 13 de Febrero de 2015.] <http://peru21.pe/mundo/onu-hay-mas-siete-millones-embarazos-adolescentes-cada-ano-2155607>.
2. **Gaviria, S y Chaskil, R.** Embarazo en adolescentes de América Latina y el Caribe: Impacto psicosocial. [En línea] 28 de Julio de 2015. http://www.scp.com.co/precop-old/precop_files/ano12/TERCERO/embarazo_adolescentes.pdf.
3. **Salomón, A y Álvarez, L.** Iniciación sexual y sus efectos en la salud de las adolescentes. Salud sexual y reproductiva en adolescentes Cubanas. Cuba : Cap II. 2012.
4. **Dávila , Soto Estefany.** Embarazo en adolescentes: Una realidad que no cambia. [En línea] 2013. [Citado el: 13 de Agosto de 2016.] http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3570/1/Osorio_ar.pdf.
5. **Naciones Unidas para la Población (UNFAPA).** ONU: Hay más de siete millones de embarazos adolescentes cada año. [En línea] Perú21. [Citado el: 13 de Agosto de 2017.] <http://peru21.pe/mundo/onu-hay-mas-siete-millones-embarazos-adolescentes-cada-ano-2155607>.
6. **León, Jesica.** Mortalidad materna en adolescentes aumenta por casos de suicidio y aborto. [En línea] La República, 2012. [Citado el: 13 de Agosto de 2017.] <http://larepublica.pe/07-06-2013/mortalidad-materna-en-adolescentes-aumenta-por-casos-de-suicidio-y-aborto>.
7. **Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES).** Embarazo adolescente aumenta en Lima y la costa norte del Perú. [En línea] Perú21, 12 de Julio de 2014. [Citado el: 13 de Agosto de 2017.] <http://peru21.pe/actualidad/embarazo-adolescente-aumenta-lima-inei-2191608>.

8. **Gómez, I.** Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años. [En línea] 2011. [Citado el: 13 de Agosto de 2017.] <https://books.google.com.pe/books?isbn=6124589761>.
9. **Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).** Lima - Perú : Situación salud materna en el Perú-Cajamarca, 2013.
10. **Dirección Regional de Salud (DIRESA).** Embarazo Adolescente. Estrategia Salud Sexual y Reproductiva. Cajamarca, 2016.
11. **Hospital Regional de Salud Cajamarca.** Oficina de Estadística e Informática, 2012.
12. **Dirección Sub Regional de Salud Chota - Santa Cruz - Hualgayoc.** Documento: Análisis Situacional de Salud Chota. . Dirección General de Epidemiología. Chota, 2014.
13. **Dirección Sub Regional de Salud.** Embarazo Adolescente. Estrategia Salud Sexual y Reproductiva. Chota, 2016.
14. **Vallejos, M.** Complicaciones más frecuentes de las gestantes atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas. Chota : Universidad Nacional de Cajamarca. Facultad. Ciencias de la Salud. 2014, Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería.
15. **García, N y Silva, T.** Madurez psicoafectiva en adolescentes embarazadas. Trabajo de Grado. Técnico Superior Mención Enfermería. Colegio Universitario de Teques “Cecilio Acosta” República de Venezuela. [En línea] [Citado el: 27 de Agosto de 2015.] <http://www.monofragías.com/trabajo28/programa-adolescente/programa-adolescente.html>.
16. **Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES).** Boletín estadístico “Salud en la Etapa de Vida Adolescente”. [En línea] Lima- Perú, 2012. [Citado el: 30 de Marzo de 2016.] <http://www.Bvs.minsa.bob.pe/local/Minsa/2732.pdf>.
17. **Chasi, A.** Embarazos en la Adolescencia y Factores de Riesgo Maternos en el Hospital Provincial General de Latacunga, en el Período 2015. Universidad Regional Autónoma de los Andes “Uniandes” Facultad de Ciencias Médicas Carrera De Medicina. Tesis de Grado Previo a la Obtención del Título de Médico –Cirujano. [En línea] 2016. [Citado el: 02 de Agosto de 2017.]

<http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/3509/1/TUAMED010-2016.pdf>.

18. **Barrera, L, Manrique, F y Ospina , J.** Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá. Revista Virtual Universidad Católica del Norte. [En línea] 48, 2016. [Citado el: 02 de Agosto de 2017.]

<http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/769/1295>.

19. **Suarez, M.** Prevalencia y factores de riesgo en embarazos de adolescentes atendidas en los hospitales del Ministerio de Salud Pública. Revista. Ciencias Pedagógicas e Innovación Edición digital ISSN: 1390-7603 . [En línea] Santa Elena, 2014. [Citado el: 12 de Agosto de 2017.] <http://www.upse.edu.ec/rcpi/linndephp/vol-iii-no-2-julio-2012/98-prevalencia-y factores-de riesgo-en embarazos-de-adolescentes-atendidos-en es-hospitales de ministerio de salud>.

20. **Romero K; Rionaula M, et.al.** Prevalencia y factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. [En línea] Cuenca - Ecuador. [Citado el: 13 de Agosto de 2017.]

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20973/1/TESIS.pdf.pdf>.

21. **Gonzales Guerrero, Erika.** Factores asociados con la violencia en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, enero-marzo. [En línea] 2014. [Citado el: 11 de Agosto de 2017.]

<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/3714>.

22. **Osorio Alania, Rubén.** Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, 2013. Embarazo en la adolescencia. [En línea] [Citado el: 11 de Agosto de 2017.]

<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3570>.

23. **Bendezú Quispe Guido y Torres Román Junior.** Características y riesgos de gestantes adolescentes. [En línea] Scielo-Perú. [Citado el: 11 de Agosto de 2017.] http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-&script=sci_arttext.

24. **Marín Carrillo, Shirley Paola.** Infecciones Urinarias en Gestantes Adolescentes y Complicaciones en el Embarazo y el Recién Nacido Hospital San José del Callao, 2013. [En línea] 2013. [Citado el: 11 de Agosto de 2017.]
- http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2410/3/marin_s.pdf
25. **Rodríguez Aquino, Vivivana Jacqueline.** Incidencia del embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en maternidad Mariana de Jesús” de septiembre 2012 a febrero del 2013. [En línea] Guayaquil - Ecuador. [Citado el: 11 de Agosto de 2017.]
26. **Gómez Mercado, Carlos A y Montoya Vélez, Liliana P.** Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño. [En línea] 2012. [Citado el: 11 de Agosto de 2017.] <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v16n3/v16n3a06.pdf>.
27. **García Mendiola, José Jesús.** “Factores de riesgos biológicos y sociales en los adolescentes del municipio Regla”. [En línea] [Citado el: 11 de Agosto de 2017.] <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/37%20-%20Factores%20de%20riesgos%20biol%C3%B3gicos%20y%20sociales%20en%20los%20adoles.pdf>.
28. **Munares, O y Gómez, G.** Niveles de hemoglobina y anemia en gestantes adolescentes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, 2009-2012. [En línea] 2013. [Citado el: 11 de Agosto de 2017.]
- <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/87/1926>.
29. **Janco, A.** Factores de riesgo asociados a adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que acuden a su control pre natal en el Hospital municipal Copabana,. Provincia Manco Kapac. Departamento de la Paz octubre-diciembre. [En línea] 2011. [Citado el: 11 de Agosto de 2017.]
- http://www.revists.Bolivaresorg.po/Scielo.php?pid=s4321---Script=Sci._arttext.
30. **Issler, Juan R.** Embarazo en la adolescencia. Rev. Vía Medicina. Revista de Post Grado de la VI Cátedra de Medicina. [En línea] 2016. [Citado el: 11 de Agosto de 2017.] http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html.

31. **Flores, V y Gonzales, K.** “Fecundidad adolescente en Colombia; incidencia, tendencia y determinante. Un enfoque de historia de vida”. Universidad de los Andes . [En línea] Bogotá, 2014. [Citado el: 11 de Agosto de 2017.]

http://www.bdigital.unal.edu.co/1563/30/Cap_7.pdf.
32. **Manual Merck. MSD.** Factores de riesgo previos al embarazo. [En línea] [Citado el: 11 de Agosto de 2017.] <http://pacientes.msd.com.pe/manual-merck/022-problemas-de-la-salud-de-la-mujer/244-embarazo-de-alto-riesgo/factores-de-riesgo-previos-al-embarazo.xhtml>.
33. **Pacheco, R.** Ginecología-obstetricia y Reproducción. TomoII. 2ª edición. 2007.ISB 978-603-4532-05.Lima-Perú.
34. **Oliva J; Herrear V; Dominguez F.** Riesgo Reproductivo. 2009. Rev. Gineco-Obstetricia. [En línea] [Citado el: 11 de Agosto de 2017.]

http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/riesgo_reproductivo.pdf
35. **Pacheco , J.** Hipertensión inducida por el embarazo.Ginecología y obstetricia.Tomo II 2ª edición.Lima -Perú.
36. **Gadw, E y Fiorillo, A.** Obstetricia en Esquema. Editorial el ateneo. Lodormilk. Sexta Edición : Primera Edición. Buenos Aires, 2004.
37. **Organización Mundial de la Salud (OMS).** ¿Qué es niño prematuro? [En línea] [Citado el: 11 de Agosto de 2017.] www.who.int/factores/qa/preterm-babies/esOMS/.
38. **Medina, A.** Factores de riesgo de bajo peso al nacer. La Paz Honduras; Universidad Nacional Autónoma de Honduras, 2004 - 2005.
39. **López, A.** “Pobreza, baja educación y falta de oportunidades aumentan el riesgo de embarazo en adolescentes”. Banco Mundial para América Latina y el Caribe. [En línea] Guatemala , 2013. [Citado el: 11 de Agosto de 2017.]

<http://www.bancomundial.org>.

40. **Ávares, L; Rodríguez, A y Salomón, N.** Iniciación sexual precoz y la salud de la adolescente. Memorias convención internacional de la salud pública. La Habana : Cuba Salud, 2012.
41. **Kraus Kopt, Dina.** Adolescentes y educación. 2da edición EUNED, Editorial Boixxaren Universitaria. [En línea] 2007. [Citado el: 11 de Agosto de 2017.] <http://7www.scielo.org.pe/php?Scrip=arttex&=S172859172011100040001111>.
42. **Curiel, T.** Familia disfuncional entre los factores de embarazo adolescente. Jalisco Guadalajara : 2015, Unidad de Investigación en Servicios de Salud de Adolescentes (UIESSA) del IMSS .
43. **Pio , G; Molina, R y Zamberlin, N.** Factores Relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. Lima - Perú : Federación Latino Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Comité de Derechos sexuales y Reproductivos. Primera edición, 2011.
44. **Cardello, C.** Consumo de sustancias psicoactivas. Observatorio Argentino de drogas SENDRONAR. Universidad Nacional de Cuyo- Argentina, 2015.
45. **Hernández, R y Fernández, CB.** Metodología de la investigación. Perú : Quinta edición. Ed., 2010.
46. **Tamayo, M.** El proceso de investigación científica. México : Tercera edición , 2007
47. **Choque , F.** actores obstétricos en el embarazo de adolescentes, Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima - Perú : 2003, Universidad Nacional mayor de san Marcos. Facultad de Medicina Humana. Unidad de Post Grado.
48. **Tello, W ; Chugden, L.** "El embarazo y su relación con los factores de riesgo, en las gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas. Chota-2007". [En línea]
49. **Solana, EP.** Academia Edu. [En línea] [Citado el: 11 de Agosto de 2017.] http://www.academia.edu/2443891/No-Maleficencia_principio_de.
50. **Cacera, P.** Ética y Deontología. Primera edición. Filipis - Perú, 2010.

51. **González Quiñones, Juan y Salamanca , Jenny** . Identificación de factores de riesgo de embarazo en población adolescente escolar urbana y rural Colombiana. [En línea] Scielo, 2012. [Citado el: 11 de Agosto de 2017.]
- <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v14n3/v14n3a04.pdf>.
52. **Oñate Castro, Verónica Alexandra**. Factores de riesgo en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Provincial General de Latacunga –México. [En línea] 2011. [Citado el: 11 de Agosto de 2017.]
- <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/126>.
53. **Camacllanqui Aburtu, Gladys Noemi**. Hijo de madre adolescente riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2013”. [En línea] 2015. [Citado el: 11 de Agosto de 2017.]
- http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/329/1/Camacllanqui_gn.pdf.
54. **Aguilar, M**. Factores Personales y Ginecoobstétricos que influyen en la aparición de Preeclampsia en Gestantes Adolescentes atendidas en el Hospital Iquitos. Iquitos - Perú : Tesis para optar el Título de Médico Cirujano - 2016, Universidad Nacional de la Amazonia Peruana Facultad de Medicina Humana “RAFAEL DONAYRE ROJAS”.
55. **Rojas, L y Beltrán, N**. Análisis de aspectos familiares, socioeconómicos y ginecológicos como factores de riesgo para el embarazo en la adolescencia. [En línea] 2014. [Citado el: 11 de Agosto de 2017.]
- Http://www.scielo.org.bo/scielo.php?scrip=sci_arttex&pid=Si726-895820140000100004.
56. **Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI**. Las adolescentes y su comportamiento reproductivo. Lima - Perú, 2013.
57. **Osorio, A**. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora. Lima - Perú, 2013.

58. **Arce, Á, y otros.** Factores de riesgo presentes en los embarazos adolescentes. Revista Médica electrónica. [En línea] 2015. [Citado el: 11 de Agosto de 2017.] [Http://www.Revista-portales médicos-embarazo-adolescente](http://www.Revista-portales_médicos-embarazo-adolescente).
59. **Almeida, MC y Aquino, E.** La educación le integración y el embarazo adolescente en Brasil. Brasil : 2009, Internacional perperctives on sexual and reproductive heath.
60. **Muñoz, M, L, Romero y Zari, K.** Embarazo Adolescente Prevalencia y factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes que acuden a consulta externa del hospital básico. [En línea] Limón Indanza - Ecuador, 2015. [Citado el: 11 de Agosto de 2017.] [Http://.www.dispacefrecuenciaedu ec/handle/123456789/20973](http://www.dispacefrecuenciaedu.ec/handle/123456789/20973).
61. **Odean, Isabel .** Los Factores Sociales que Influyen en el Embarazo y en el uso de Anticonceptivos de Adolescentes en el Barrio 25 de Mayo, Maipú, Mendoza. [En línea] [Citado el: 11 de Agosto de 2017.] http://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2495&context=isp_collection.
62. **Organización Mundial de la Salud.** La anemia entre adolescentes y mujeres jóvenes adultas en América Latina y el Caribe un motivo de preocupación. [En línea] 2009. [Citado el: 11 de Agosto de 2017.] [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/AdolescentAnemiaSpan%20\(2\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/AdolescentAnemiaSpan%20(2).pdf).

ANEXOS

ANEXO 1

FICHA

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

TESIS: RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS, OBSTETRICOS, SOCIO-ECONÓMICOS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE, ATENDIDAS HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA- 2015”

Formulario N°. _____ Historia Clínica N° _____

I.-Datos Informativos.

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

II.-Factores Biológicos:

1.- Edad:

- 1.- De 10 a 13 ()
- 2.- De 14 a 16 ()
- 3.- De 17 a 19 ()

4.- Talla:

- 1.- >1.50 mts.
- 2.- <1.50 mts.

5.- Paridad: Número de hijos:.....

6.- Periodo intergenésico.....

7.- Problemas en un embarazo previo:

- | | SÍ | NO |
|--------------------------------|-----------|-----------|
| 1.- Parto prematuro | () | () |
| 2.- Amenaza de parto prematuro | () | () |

- 3.-Amenaza de aborto () ()
- 4.-Aborto completo () ()
- 5.- Aborto incompleto () ()
- 6.- Antecedente de cesárea () ()
- 7.-Hipertensión arterial () ()
- 8.-Infección urinaria () ()
- 9.- Ninguna ()

III.-Factores de riesgo Obstétricos:

- 1.-Anemia () ()
- 2.-Infección vías urinarias () ()
- 3.-Roptura prematura de membranas () ()
- 4.-Desprendimiento prematuro de placenta (DPP) () ()
- 5.-Trabajo de parto prolongado () ()
- 6.-Cesárea () ()
- 7.-Parto instrumentado con fórceps () ()
- 8.-Parto prematuro () ()
- 9-Hipertensión inducida por el embarazo () ()
- 10.-Atonía uterina () ()
- 11.-Ninguna ()

IV.-Factores Sociales:

1.- Estado civil:

- 1.- Soltera () ()
- 2.- Casada () ()
- 3.-Divorciada () ()
- 4.- Conviviente () ()

2.- Grado de instrucción:

- 1.- Sin instrucción () ()
- 2.- Primaria () ()
- 3.- Secundaria () ()

4.- Superior () ()

3.-Consumo de sustancias nocivas:

1.- No consume () ()

2.-Consumo de alcohol () ()

3.- Consumo de tabaco () ()

4.-Tipo de familia:

1.- Familia completa () ()

2.- Familia incompleta () ()

5.-Relaciones sexuales con protección () ()

6.-Violencia familiar () ()

7.- Area de Residencia:

1.-Urbana () ()

2.- Rural () ()

III.- Factores de riesgo económico:

1.-Ocupación:

1.- Ama de casa () ()

2.- Estudiante () ()

3.- Comerciante () ()

4.- Otras () ()

2.-Ingreso promedio económico mensual:

1.- Menor a S/.850.00 nuevos soles que equivale a un sueldo () ()

Mínimo vital

2.- Igual a S/.850.00 nuevos soles que equivale a un sueldo () ()

Mínimo vital.

3.-Mayor a S/.850.00nuevos soles que equivale a un sueldo () ()

Mínimo vital

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
"NORTE DE LA UNIVERSIDAD PERUANA"
Av. Atahualpa N°1050

Repositorio Digital Institucional

Formulario de Autorización

1. Datos del autor:

Nombres y Apellidos:

Maria Erly Mamonal Cornejo

DNI/Otros

N°: 47489901

Correo Electrónico:

megamamonal@unc.edu.pe

Teléfono:

962645937

2. Grado, título o Especialidad

Bachiller Título Magister Doctor Segunda

Especialidad

3. Tipo de Investigación¹:

Tesis Trabajo Académico Trabajo de Investigación

Trabajo de Suficiencia profesional

Título:

"Relación Entre Los Factores Biológicos, Genéticos, Socio -
Económicos y El Embarazo en Adolescentes Hospitalizados
Soto Focón (Ica), RHCIA - 2013"

Asesor:

Marta Vicenta Abanto Villar

Año:

2015

Escuela Académica/Unidad:

Profesional de Enfermería

4. Licencias:

¹ Tipos de Investigación

Tesis: para título profesional, Maestría, Doctorado y Programas de Segunda Especialidad

Trabajo Académico: Para Programas de Segunda Especialidad

Trabajo de Investigación: para bachiller y Maestría

Trabajo de Suficiencia Profesional: Proyecto Profesional, Informe de Experiencia Profesional

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
"NORTE DE LA UNIVERSIDAD PERUANA"
Av. Atahualpa N°1050

a) Licencia Estándar:

Bajo los siguientes términos autorizo el depósito de mi trabajo de Investigación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Nacional de Cajamarca. Con la autorización de depósito de mi trabajo de investigación, otorgo a la Universidad Nacional de Cajamarca una Licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi trabajo de investigación, en forma físico o digital en cualquier medio, conocido por conocer, a través de los diversos servicios provistos de la universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de la UNC, colección de Tesis, entre otros, en el Perú y en el extranjero, por el tiempo y veces que considere necesarias, y libre de remuneraciones. En virtud de dicha licencia, la Universidad Nacional de Cajamarca podrá reproducir mi trabajo de investigación en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad y respaldo y preservación.

Declaro que el trabajo de investigación es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad comparativa, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, así mismo, garantizó que dicho trabajo de investigación no infringe derechos de autor de terceras personas. La Universidad Nacional de Cajamarca consignará en nombre del/los autor/re del trabajo de investigación, y no lo hará ninguna modificación más que la permitida en la presente licencia.

Autorizo el depósito (marque con un X)

Si, autorizo que se deposite inmediatamente.

Si, autorizo que se deposite a partir de la fecha (dd/mm/aa): _____

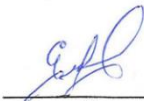
No autorizo

b) Licencias Creative Commons²:

Autorizo el depósito (marque con un X)

Si autorizo el uso comercial y las obras derivadas de mi trabajo de investigación.

No autorizo el uso comercial y tampoco las obras derivadas de mi trabajo de investigación.


Firma

05 / 01 / 2018
Fecha

² Licencias Creative Commons: Las licencias creative commons sobre su trabajo de investigación, mantiene la titularidad de los derechos de autor de ésta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de ésta, siempre y cuando reconozcan la autoría correspondiente. Todas las Licencias Creative Commons son de ámbito mundial. Emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales. En consecuencia, goza de una eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
 Fundada por Ley N° 14015 del 13 de Febrero de 1962
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA
SEDE CHOTA

ARCHIVO

“Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación”

Chota, 12 de noviembre de 2015

OFICIO N° 0516-2015- DIR/ENF-UNC-SECH

DR. GUSTAVO ADOLFO VALLEJO BARBOZA
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL I “JOSE HERNAN SOTO
CADENILLAS”

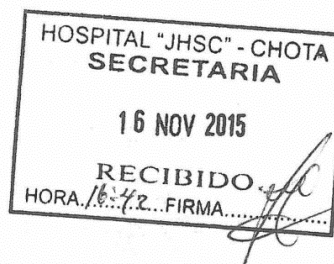
CIUDAD.-

ASUNTO: Solicito brindar facilidades para obtener datos para elaboración de Proyecto de Tesis.

Tengo a bien dirigirme a usted para saludarle cordialmente y a la vez hacer de su conocimiento que la estudiante de la Escuela Académico Profesional de Enfermería Sede Chota: **GAMONAL TARRILLO MARIA ERLY**, viene elaborando su Proyecto de Tesis titulado: **“Factores de riesgo biológicos, obstétricos y el embarazo en adolescentes. Atendidas en el Hospital José H. Soto cadenillas, Chota – 2014”**, asesorado por la Dra. Martha Vicenta Abanto Villar; por lo que solicito su autorización y apoyo a la mencionada estudiante para que pueda obtener los datos necesarios para la elaboración de su Proyecto de Tesis.

Agradeciendo por anticipado la atención que brinde al presente; hago propicia la oportunidad para manifestar las muestras de mi consideración y estima.

Atentamente;



c.c a:
 Archivo
 KMPC/Dir.
 dlcs/sec

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
HOSPITAL “JHSC” - CHOTA

REG: _____
 PROCEDENCIA: _____
 PASE: _____
 PARA: _____
 HORA: _____ FECHA: _____

DIRECCIÓN