

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E. A. P. DE OBSTETRICIA

**Factores familiares y reproductivos asociados al
embarazo reincidente en adolescentes-Instituto
Nacional Materno Perinatal, 2008**

TESIS

para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTORAS

Pilar Carla Diego Damián
Griselda Jullisa Huarcaya Conislla

ASESORA

Susana García Parra

Lima – Perú

2008

A Dios por el privilegio de conocerle y por mostrarme el propósito de mi vida; a mis queridos padres por su amor, paciencia y cuidados; a mis amigos que con su tiempo, cariño y apoyo me animan a esforzarme por ser mejor cada día.

Pilar.

Al eterno Dios todopoderoso, que hace posible mi diario caminar; a mis amados padres Sixto y Maximina, que con su esfuerzo y dedicación me enseñaron la razón de mi existir; aquellas personas que marcan la diferencia y forman parte de mi historia de vida, cuyos recuerdos serán inolvidables.

Griselda.

Agradecimientos

A nuestro estimado amigo y asesor Oscar Munares García por sembrar en nosotras el interés por la investigación, motivarnos y apoyarnos siempre.

Al Ingeniero Luís Huamán Quintana por su motivación y por su desinteresado asesoramiento en el desarrollo de la tesis.

A nuestro amigo de siempre Mauro Huamaní Navarro por su apoyo incondicional en el proceso de investigación.

A todos los jóvenes que se esfuerzan cada día por hacer realidad sus sueños y ayudan a que otros también lo logren.

INDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCION	5
I. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	11
II. MATERIAL Y METODOS	12
III. RESULTADOS	17
IV. DISCUSION	27
V. CONCLUSION	39
VI. RECOMENDACION	40
BIBLIOGRAFIA	41
ANEXOS	49

RESUMEN

FACTORES FAMILIARES Y REPRODUCTIVOS ASOCIADOS AL EMBARAZO REINCIDENTE EN ADOLESCENTES - INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL - 2008

OBJETIVO: Analizar los factores familiares y reproductivos que se asocian al embarazo reincidente en adolescentes.

MATERIAL Y METODOS: Estudio de Casos y Controles en el que participaron 80 adolescentes entre 15 y 19 años, 40 primigestas (controles) y 40 multigestas (casos) del servicio de hospitalización del Instituto Nacional Materno Perinatal. La información fue recolectada a través de una entrevista estructurada. El análisis de datos se hizo con la distribución de frecuencias, Chi cuadrado (significativo $p < 0.005$) y para la determinación de las asociaciones se utilizó OR IC 95%.

RESULTADOS:

Las multigestas tuvieron la presencia de un familiar directo que se embarazó en la adolescencia (65%). La relación con los padres fue considerada mala, principalmente con la madre (35%). La reacción de los padres al enterarse del embarazo, fue negativa en casi la totalidad de los casos muy diferente al de la pareja que fue positiva (60%). El apoyo de los padres fue parcial (35%). El Periodo intergenésico es corto (<2 años) en el 82,5% de casos. El 70% de las multigestas refirieron nunca haber usado un método anticonceptivo. El anticonceptivos más usados antes del primer embarazo fue el preservativo (22,5%). Después de la primera gestación el uso de anticonceptivos aumentó a 77,5%, sin embargo fue esporádico, usándose principalmente los inyectables (40%). Tuvo una asociación significativa: la edad de la pareja (<18 años) OR= 0,3 IC=0,6-0,9; la edad de inicio de relaciones sexuales (<15 años) OR=6 IC=1,9-18,6 y la edad del primer embarazo (OR=6,3 IC=2,2-17,8).

CONCLUSION: Los factores familiares; antecedente de embarazo y edad de la pareja así como los factores reproductivos; edad de inicio de relaciones sexuales y edad del primer embarazo están asociados al embarazo reincidente.

Palabras Clave: Adolescentes, Embarazo reincidente, Factores Familiares, Factores Reproductivos.

INTRODUCCION

El embarazo adolescente es un problema de salud pública, por su prevalencia que se mantiene y tiende a aumentar en los sectores más carentes de la población; porque potencialmente puede extenderse a un mayor número de adolescentes y porque puede ser evitado ^(1,4, 54).

Según se estima, a nivel mundial cada año unos 14 millones de adolescentes entre 15 y 19 años dan a luz. Se desconoce la cantidad de las que dan a luz a edades aún más tempranas ⁽⁵⁾. El mayor porcentaje de los mismos se encuentran en África, América latina y El Caribe.

En América Latina el 16,3% del total de embarazos ocurre en adolescentes con rangos entre 5,7% en las Islas Caimanes y 24% en Nicaragua ^(5, 41, 64).

En el Perú el 12,7% de las adolescentes entre 15 y 19 años ya son madres o están gestando por primera vez, encontrándose el mayor número en la selva con un 29%⁽⁸⁾

Los riesgos que se presentan a causa de un embarazo en la adolescencia van más allá del aspecto físico y emocional, pues dejará de hacer otras cosas necesarias e imprescindibles para asegurarse una vida mejor para ella y su hijo. No continuará estudiando y no recibirá la capacitación que necesita para ingresar al mercado laboral y aspirar a un trabajo con mejor salario ^(4, 42, 48).

Peor aún las madres adolescentes tienen un alto riesgo de nuevamente salir embarazadas que van desde el 10% al 45% ^(10, 13, 18,19), lo cual implicaría una sobrecarga mayor para la adolescente, desde el punto de vista biológico, emocional, social y económico, disminuyendo casi completamente las posibilidades de sobresalir y de superar las desventajas a lo largo del tiempo ^(52, 63). A pesar de ello mientras se han desarrollado numerosas intervenciones con diversas estrategias para prevenir un embarazo en adolescentes que no

son madres, menos atención se ha centrado en las adolescentes que ya han tenido alguna gestación. Posiblemente hayan contribuido a esto, los pocos estudios que se han realizado al respecto.

Las investigaciones realizadas han identificado algunos factores fuertemente asociadas con un nuevo embarazo en la adolescencia ^(4, 10, 20, 27,28). Estos factores incluyen características que también están relacionadas con el primer embarazo, el uso inconsistente de métodos anticonceptivos, así como con otras situaciones

González y col (2003) en un estudio realizado en Chile sobre Factores Psicosociales que se asocian a la reincidencia del embarazo adolescente encontró que el 15,6% de las adolescentes eran multigestas. De las cuales el 5,2% tienen 15 años o menos, el 30%, entre 16 y 17 años y el 64,7% son casadas o convivientes. El 36,6% presentan periodo intergenésico de 11 meses, el 30,9% entre 12 y 24 meses, el 32,5% mayor de 24 meses y el 73,5% de estas adolescentes no usaron métodos anticonceptivos ⁽¹³⁾.

Acuña y Ochoa ,en el año 2006 en una investigación realizada en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), para analizar las complicaciones materno perinatales en adolescentes con reincidencia de embarazo, se encontró que de estas, el 75% estaban conviviendo, tenían grado de instrucción incompleta en el 73,9%, el 54,3% mencionó algún antecedente de aborto, un periodo intergénésico corto tenía el 87%, no usaba método anticonceptivo un 71,7%, la paternidad era diferente en cada embarazo en un 34,5% y la mayoría tenía padres separados 67,4%.

Nitz y col en el año 2000, realizando un estudio sobre factores asociados con la reincidencia del embarazo en adolescentes, obtuvieron que la repetición en el primer año estuvo relacionado al método anticonceptivo dado en el posparto, la edad materna y la historia de aborto; en comparación al segundo año que fue asociado solo al uso de método anticonceptivo ⁽¹⁹⁾.

Templeman y colaboradores en el año 2000, en un estudio para comparar la incidencia del embarazo repetido en mujeres que utilizaron los anticonceptivos orales y el Acetato de Medroxiprogesterona (DMPA); concluyeron que las adolescentes que usan la inyección de DMPA tienen un índice de continuación más alto del método y una incidencia más baja de la repetición del embarazo en 12 meses del posparto que los que seleccionan anticonceptivos orales durante ese mismo tiempo ⁽²⁶⁾.

Se ha podido apreciar que en la mayoría de estudios los factores más preponderantes son los familiares y reproductivos.

Dentro de los Factores Familiares tenemos a la Relación Familiar. Diversos estudios sobre fecundidad en adolescentes coinciden en que las relaciones familiares y el tipo de familia (monoparental, biparental, reconstituida) donde ha vivido la joven, influyen considerablemente en el comportamiento sexual de la adolescente ^(21,27,31,86). Según la Encuesta Nacional de Hogares(1998) en nuestro país las adolescentes que viven en familias numerosas (en el sector urbano), las que no son hijas del jefe del núcleo familiar y las que viven en hogares compuestos monoparentales, tiene mayor posibilidad de tener pareja sexual a edades más tempranas que sus pares y por lo tanto de embarazarse ⁽²¹⁾.

Asimismo la Reacción y la Actitud de la Familia frente a la noticia del embarazo parece también tener cierta influencia, estas van a variar según la cultura en el que la adolescente se encuentre. Dependiendo de la actitud tomada por parte de la familia esta le dará o no a la adolescente su soporte emocional y material. Lammers (2000) menciona que las adolescentes que tienen mayor probabilidad de tener un embarazo en la adolescencia provienen de familias donde hubo una reacción positiva ante la primera gestación ⁽⁴⁾.

Otro factor que puede ser asociado es el antecedente familiar de embarazo en la adolescencia. En el ámbito de la transmisión generacional, se ha observado que tanto en zonas rurales como urbanas, las madres adolescentes provenían de familias cuyos progenitores también lo habían sido en su mayoría (50-75%)⁽³⁶⁾, lo que sugiere que la maternidad en las adolescentes se puede “aprender” y transmitir dentro de las familias.

La unión marital según algunas investigaciones tiene asociación con el embarazo reincidente. La adolescente después de su primer embarazo cambia en muchos casos su estado conyugal^(10, 11, 14, 17) de solteras (43-67%) a convivientes (45-54%) o casadas (3%); dependiendo de la influencia de su medio. Curiosamente a pesar que la estabilidad marital se asocia a un mejor pronóstico de embarazo, y a un mejor uso de Métodos anticonceptivos (MAC), tener una pareja estable constituye un factor de riesgo importante para que la madre adolescente se embarace de nuevo rápidamente^(4,9).

Dentro de los factores reproductivos se encuentran características de la vida sexual de la adolescente. Algunas de estas, están asociadas a ciertos comportamientos antes del primer embarazo^(4, 19, 36, 37). La edad de inicio de algún tipo de unión y el número de parejas sexuales es importante por cuanto incide en la fecundidad, pues la duración de exposición afecta al riesgo de concepción^(16,21). Además la poca edad al primer embarazo aparte de implicar un mayor riesgo biológico, aumenta la probabilidad de que la adolescente tenga un embarazo reincidente^(10,19).

Asimismo la planificación del embarazo también podría estar relacionado. Las expectativas reproductivas están influenciadas por la cultura, la ideología y diferenciadas según el grupo social y el contexto histórico. Varios estudios mencionan que los embarazos no deseados son esencialmente comunes en adolescentes^(3, 9,10); sin embargo otros mencionan un alto número (74-86%) de adolescentes con embarazo deseado principalmente en las menores de 17 años, convivientes, de baja escolaridad, multigestas y con un nivel

socioeconómico bajo ^(12,58). Muchas de ellas no tienen otras motivaciones fuera del ámbito del hogar, dentro de su socialización no pudieron aprender otros valores, mas allá de la importancia de su tarea reproductiva.

Otro factor reproductivo es el uso de métodos anticonceptivos. Diversos estudios muestran que la mayoría de adolescentes los conocen, sin embargo sólo unos pocos lo utilizan ^(8,21,71). Daukku , Black y Stevens- Simons observaron que el uso inconsistente de anticonceptivos en las adolescentes con embarazo reincidente se asocia con el mal uso o no uso de los mismos antes del primer embarazo, con una mala relación madre-hija, la ausencia de la figura paterna en la casa , la ausencia de apoyo familiar para la anticoncepción , con una actitud más positiva hacia un nuevo embarazo, y la falta de motivación para evitar el mismo. Además es importante mencionar que las pocas adolescentes que están usando un MAC, eligen un método considerado ineficaz, y/o de corto plazo, que no les ayudaría mucho a evitar un embarazo no deseado, en un periodo corto de tiempo. ^(20, 26,28)

Varios estudios mencionan que los resultados perinatales del primer embarazo podrían constituir un factor de riesgo para la reiteración de una nueva gestación en la adolescencia ^(4,10,48). Las madres adolescentes tienen resultados perinatales menos favorables que las madres adultas. ^(4, 10, 15, 55, 61,65). Por un lado existen evidencias que indican que es por causa de las características biológicas de las adolescentes (menores de 16 años) mientras que otros mencionan que se debe a sus recursos económicos limitados.

Por todo lo expuesto se formuló la siguiente pregunta: *¿Qué factores familiares y reproductivos están asociados con el embarazo reincidente en las adolescentes atendidas en el INMP-2008?*

Pues reconocemos la necesidad urgente de empezar a trabajar por este grupo de jóvenes para darles una mejor calidad de vida y además por que son parte del presente y el futuro de nuestro país.

Pretendemos que el presente estudio contribuya a solucionar este problema, pues permitirá identificar a las adolescentes que requieren acciones más intensas y específicas; así como formular estrategias para reducir el riesgo de un nuevo embarazo.

I. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis

Los factores familiares y reproductivos se asocian al embarazo reincidente en adolescentes

Objetivo General

Analizar los factores familiares y reproductivos asociados al embarazo reincidente en adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2008.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los factores familiares asociados al embarazo reincidente en adolescentes.
- Identificar los factores reproductivos asociados al embarazo reincidente en adolescentes.

II. MATERIAL Y METODOS

2.1-Tipo de investigación:

Retrospectivo, transversal analítico de casos y controles.

2.2-Área De Estudio:

Instituto Nacional Materno Perinatal: Institución perteneciente al Ministerio de Salud que cuenta con un servicio especializado en atención a la adolescente, principalmente de sectores menos favorecidos de Lima, cubre especialmente los distritos de Lima-Cercado, San Juan de Lurigancho, comas ,etc. ⁽³⁸⁾

2.2.1-Población

Gestantes adolescentes tardías atendidas en los servicios de hospitalización del Instituto Nacional Materno Perinatal que cumplan los criterios de selección.

2.2.2Criterios de Inclusión

Para los casos

- Adolescente entre 15 a 19 años
- Acepte participar en el estudio
- Tener embarazo reincidente
- Atendida en el Instituto Nacional Materno Perinatal

Para los controles

- Adolescente entre 15 a 19 años
- Acepte participar en el estudio
- Tener embarazo único
- Atendida en el Instituto Nacional Materno Perinatal

2.2.3Criterios de Exclusión

Para los casos

- Adolescente embarazada por violación
- Adolescente con enfermedades mentales

Para los controles

Adolescente embarazada por violación

Adolescente con enfermedades mentales

2.2.4-Tiempo: 5 meses

2.5 -Muestra

2.5.1- Unidad de muestreo: gestante adolescente tardía

2.5.2-Tamaño de la muestra:

En un estudio previo, se determinó que la prevalencia de multigestas adolescentes estaba en 14%, el 86% restante son gestantes que presentan solo una gestación, por lo que para una confianza del 95% y un 85% de poder, la muestra mínima requerida sería de 42 participantes, divididos en 21 casos y 21 controles. Pero nosotros decidimos ampliar la muestra a 40 casos y 40 controles, teniendo un total de 80 adolescentes.

2.5.3 Tipo de Muestreo: No Probabilística, por conveniencia

2.6 Variables

Variable Dependiente

Embarazo reincidente en adolescente.

Variables independientes

Factores reproductivos.

- Planificación del embarazo
- Uso de métodos anticonceptivos antes de la primera gestación
- Tipo de método anticonceptivo antes de la primera gestación
- Antecedente Obstétrico
- Clasificación edad según menarquia

- Edad durante el primer embarazo.
- Edad según inicio de relaciones sexuales

Factores familiares.

- Condición marital de los padres
- Antecedente de embarazo adolescente en la familia de origen.
- Reacción de la familia ante el primer embarazo de la adolescente
- Apoyo familiar dado a la adolescente durante su primera gestación
- Persona con quien vive durante el embarazo
- Edad de la pareja durante la ocurrencia del embarazo
- Actitud materna hacia los métodos anticonceptivos
- Actitud de la pareja hacia los métodos anticonceptivos

Variables intervinientes

- Edad
- Grado de instrucción
- Ocupación
- Estado Civil antes del primer embarazo
- Estado Civil después del primer embarazo
- Lugar de nacimiento.
- Lugar de residencia.
- Conocimiento de la familia del primer embarazo
- Número de parejas sexuales
- Número de gestaciones
- Número de partos
- Número de hijos vivos
- Condición obstétrica actual
- Periodo Intergenésico

Técnicas e instrumentos

Técnica

Como la información que se requería obtener no se encontraba registrado en algún documento, se procedió a preguntar de forma directa a las participantes a través de la técnica de entrevista estructurada.

Instrumentos

Hoja de selección (Anexo 1). Corresponde a un formulario donde se registrarán los criterios de inclusión y exclusión para seleccionar los casos o controles.

Consentimiento Informado (Anexo 2). Corresponde a la explicación que se le tiene que dar a los padres, apoderados y a cada participante, cumpliendo con los criterios éticos de beneficio, autonomía y justicia.

Asentimiento Informado (Anexo 3). Corresponde a la explicación que se le da a la posible participante si es menor de edad, cumpliendo con los criterios éticos de beneficio, autonomía y justicia.

Formulario de recolección de datos (Anexo 5). Corresponde al formulario en el que se encuentran una serie de preguntas y con el que se realizó la entrevista estructurada a las participantes, tanto para casos como para controles, consta de datos relacionados a características generales y los factores de riesgo a estudiar. El formulario de recolección de datos fue confeccionado basado en las referencias bibliográficas y fue validado basándose en los criterios de expertos y mediante un estudio piloto, en el que participaron 20 adolescentes divididos en 10 casos y 10 controles. El cual nos permitió mejorar la forma de las preguntas, del mismo modo tomar consideraciones para ciertas variables y el tiempo a emplear para el procedimiento.

Plan de procedimientos de recolección de datos

Se procedió a identificar a las participantes por medio de la revisión de las historias clínicas de hospitalización de los diferentes servicios del Instituto Nacional Materno Perinatal, pero especialmente del servicio de adolescencia. Una vez identificadas las historias se procedió a observar las mismas y a clasificar a las participantes según los criterios de selección (Anexo 1).

Posteriormente se le explicó al tutor de cada posible participante (si esta era menor de edad) la naturaleza del estudio, luego de la aceptación verbal, se procedió a leer el consentimiento informado (Anexo 2). El mismo procedimiento se realizó con la adolescente, leyendo el asentimiento informado en este caso y terminando con la inscripción del apellido, nombre y su rúbrica; así como el apellido y nombre de la investigadora que colectó la información y la entrega de una copia del asentimiento y consentimiento a cada participante según correspondía. Posteriormente se procedió a realizar la entrevista estructurada utilizando el formato de entrevista del Anexo 5. La entrevista tuvo una duración aproximada de 20 minutos.

Análisis de datos

Finalmente para el análisis de datos, se procedió a utilizar estadística descriptiva, con porcentajes para las variables cualitativas y promedios con desviaciones estándar para las variables cuantitativas. Posteriormente se extrapoló los datos utilizando estadística inferencial, con pruebas estadísticas Chi cuadrado para las variables cualitativas y t-student para las variables cuantitativas, ambas significativas con un nivel de significación estadística menor al 0,05. Finalmente para la identificación de la asociación entre casos y controles y los factores, se procedió a utilizar la razón de productos cruzados (odds ratio) con sus intervalos de confianza al 95%.

III. RESULTADOS

Se presentan los resultados divididos en tres áreas de acuerdo a los objetivos establecidos. En primer lugar los datos generales, luego las características de las adolescentes y finalmente los factores.

DATOS GENERALES

Tabla 1. Características generales de las adolescentes

Datos Generales	n	%
Edad (años)		
15-17	37	46,3
18-19	43	53,7
Grado de instrucción		
Ninguno	2	2,5
Primaria	7	8,8
Secundaria incompleta	40	50,0
Secundaria completa	25	31,3
Superior	6	7,5
Ocupación		
Ama de casa	32	40
Estudiante	31	38,8
Trabaja	17	21,3
Estado civil antes 1er embarazo		
Soltera	55	68,8
conviviente	25	31,3
Estado civil después 1er embarazo		
Soltera	34	42,5
Casada	3	3,8
Conviviente	42	52,5
Otro	1	1,3
Lugar de nacimiento		
Lima	61	76,3
Provincia	19	23,8
Total	80	100,0

Del total de participantes, el promedio de edades fue de 17,6 años; la mitad de ellas tenía secundaria incompleta, la mayoría (40%) eran amas de casa, cerca de las tres cuartas partes (68%) eran solteras antes de su primer embarazo y convivientes (52,5%) después de esta.

Tabla 2. Características generales de las adolescentes con embarazo reincidente (caso) y no reincidente (control). Instituto Nacional Materno Perinatal – 2008

Datos Generales	Grupo				p
	Caso		Control		
	n	%	n	%	
Edad (años)					<0,001
15-17	10	25,0	27	67,5	
18-19	30	75,0	13	32,5	
Grado de instrucción					0,88
Ninguno	1	2,5	1	2,5	
Primaria	3	7,5	4	10,0	
Secundaria incompleta	20	50,0	20	50,0	
Secundaria completa	15	37,5	11	27,5	
Superior	2	5,0	4	10,0	
Ocupación					0,40
Ama de casa	20	50,0	12	30,0	
Estudiante	10	25,0	21	52,5	
Trabaja	10	25,0	7	17,5	
Estado civil antes 1er embarazo					0,26
Soltera	25	62,5	30	75,0	
conviviente	15	37,5	10	25,0	
Estado civil después 1er embarazo					0,61
Soltera	16	40,0	18	45,0	
Casada	1	2,5	2	5,0	
Conviviente	22	55,0	20	50,0	
Otro	1	2,5	-	-	
Lugar de nacimiento					0,28
Lima	33	82,5	28	70,0	
Provincia	7	17,5	12	30,0	

Al hacer la comparación entre los dos grupos. Se encontró que en los casos más de la mitad (52,5%) tenía 19 años, a diferencia de los controles donde la mayoría (40%) refirió tener 16 años. En ambos grupos el 50% tenía secundaria incompleta, siguiéndoles las que habían terminado el colegio con el 37,5% para el grupo caso y 27,5% para el control. Con respecto a la ocupación en el grupo caso, la mitad (50%) se desempeñaban como amas de casa, a diferencia del grupo control en el que la mayoría (52,5%) eran estudiantes. Antes de su primer embarazo más de la mitad en los dos grupos: casos y controles, refirieron haber sido solteras (62,5% y 75% respectivamente) y después de su primer embarazo la mayoría pasaron a ser convivientes 55%(caso) y 50%(control)

CARACTERISTICAS FAMILIARES Y REPRODUCTIVOS**Tabla 3. Actitud y apoyo de la familia de la adolescente frente al primer embarazo– Instituto Nacional Materno Perinatal 2008**

Actitud de la familia	Grupo				p
	Caso		Control		
	n	%	n	%	
Actitud del padre					0,034
Rechazo	8	20,0	1	2,5	
Aceptación	21	52,5	29	72,5	
Ninguno	11	27,5	10	25,0	
Actitud de la madre					0,696
Rechazo	4	10,0	2	5,0	
Aceptación	34	85,0	36	90,0	
Ninguno	2	5,0	2	5,0	
Actitud de la pareja					0,222
Rechazo	6	15,0	3	7,5	
Aceptación	34	85,0	35	87,5	
Ninguno	-	-	2	5,0	
Apoyo económico de los padres					0,604
Total	14	35,0	15	37,5	
Parcial	18	45,0	14	35,0	
Ninguno	8	20,0	11	27,5	
Apoyo económico de la pareja					0,72
Total	20	50,0	23	57,5	
Parcial	13	32,5	11	27,5	
Ninguno	7	17,5	7	17,5	
Apoyo emocional de la familia					0,022
Si	25	62,5	34	85,0	
No	15	37,5	6	15,0	
Total	40	100,0	40	100,0	

Se aprecia que para ambos grupos la actitud del padre, madre y pareja fue de aceptación, sin embargo también se observa que fue mayor el rechazo de los familiares en el grupo caso (gestante reincidente) con respecto al grupo control (gestante no reincidente). El apoyo económico de los padres fue principalmente parcial para el grupo caso a diferencia del grupo control que fue total; respecto al apoyo económico de la pareja para los dos grupos, el 50% (caso) y 57% (control) recibió dicha ayuda. Mayor apoyo familiar emocional recibió el grupo control respecto del grupo caso con 85% y 62% respectivamente.

Tabla 4. Tipo de Relación de la adolescente con su familia –Instituto Nacional Materno Perinatal 2008

Tipo de relación	Grupo				p
	Caso		Control		
	n	%	n	%	
Relación con el padre					0,035
Muy buena	5	12,5	-	-	
Buena	11	27,5	22	55,0	
Regular	14	35,0	8	20,0	
Mala	3	7,5	1	2,5	
Muy mala	2	5,0	4	10,0	
Ninguno	5	12,5	5	12,5	
Relación con la madre					0,082
Muy buena	12	30,0	8	20,0	
Buena	14	35,0	26	65,0	
Regular	12	30,0	5	12,5	
Mala	1	2,5	1	2,5	
Muy mala	1	2,5	-	-	
Relación con la pareja					0,203
Muy buena	3	7,5	10	25,0	
Buena	27	67,5	20	50,0	
Regular	6	15,0	6	15,0	
Mala	4	10,0	3	7,5	
Muy mala	-	-	1	2,5	
Total	40	100,0	40	100,0	

Con respecto al tipo de relación de la adolescente con su familia; se encontró que un poco más de la mitad del grupo control sostienen una buena relación con el padre (55%) y madre (65%) a diferencia del grupo caso donde fue regular con el padre (35%), y buena con la madre (35%); en cuanto a la pareja, ambos grupos (caso y control) mantuvieron una buena relación, obteniendo así el mayor porcentaje, 67.5% y 50% respectivamente.

Tabla 5. Datos Reproductivos de las Adolescentes según grupo-INMP 2008

Características Reproductivos	Grupo				p
	Caso		Control		
	n	%	n	%	
Numero de parejas sexuales					0,083
1	26	65,0	35	87,5	
2	11	27,5	3	7,5	
≥ 3	3	7,5	2	5,0	
Planificación del primer embarazo					0,531
Si	5	12,5	7	17,5	
no	35	87,5	33	82,5	
Total	40	100,0	40	100,0	

Un poco más de la tercera parte (35%) del grupo caso, refirió haber tenido dos o más parejas a diferencia del grupo control en el que sólo fue el 12%.

En general, las adolescentes no habían planificado su primer embarazo, 87,5% de los casos y 82,5% de los controles. Aumentando este número a 90% en las multigestas para el segundo embarazo y obteniendo además un periodo intergenésico que varió de los 3 a 43 meses, donde la mayoría (82,5%) tuvo un intervalo menor a 2 años. También se encontró que en las multigestas, más de la mitad (52,5%) tuvo antecedente de un mal resultado perinatal en su primer embarazo.

Tabla 6. Uso y tipo de Métodos anticonceptivos utilizados por las adolescentes antes y después de la primera gestación -INMP 2008

USO Y TIPO DE MAC	Antes de la 1ra gestación				p	Después 1ra gestación	
	Caso		Control			Casos	
	n	%	n	%		n	%
Uso de MAC					0,104		
Siempre	-	-	4	10,0		3	7,5
A veces	12	30,0	13	32,5		28	70,0
Nunca	28	70,0	23	57,5		9	22,5
Tipo de MAC					0,902		
Natural	2	5,0	3	7,5		5	12,5
Barrera	9	22,5	11	27,5		9	22,5
A. Oral	1	2,5	2	5,0		1	2,5
Inyectables	1	2,5	1	2,5		16	40
Ninguno	27	67,5	23	57,5		9	22,5
Total	40	100,0	40	100,0		40	100,0

Con respecto a los Métodos anticonceptivos (MAC); en ambos grupos la mayoría nunca uso método antes de la primera gestación, aunque esto fue mayor en los casos (70%) que en los controles (57,5%); así como el tipo de anticonceptivo más utilizado en los dos grupos fue el preservativo 22,5 y 27% respectivamente, continuándole el natural con 5% para el caso y 7,5% para el control. Sin embargo después del primer embarazo casi las tres cuartas partes de los casos refirieron haber usado algún tipo de MAC esporádicamente, esta vez la preferencia se dirigió hacia los inyectables (40%), siguiéndole el preservativo con un 22,5%.

FACTORES FAMILIARES Y REPRODUCTIVOS**Tabla 7. Factores familiares –Instituto Nacional Materno Perinatal 2008**

Factor	Grupo				OR	IC
	Caso		Control			
	n	%	n	%		
Padres separados					0,7	0,3 – 1,7
Si	22	55,0	25	62,5		
No	18	45,0	15	37,5		
Reacción del padre de la adolescente al enterarse del embarazo					0,5	0,1 – 2,5
Buena	3	7,5	5	12,5		
Mala	37	92,5	35	87,5		
Reacción de la madre de la adolescente al enterarse del embarazo					0,8	0,2 – 2,5
Buena	8	20,0	9	22,5		
Mala	32	80,0	31	77,5		
Reacción de la pareja de la adolescente al enterarse del embarazo					0,8	0,3 – 2,0
Buena	24	60,0	25	62,5		
Mala	16	40,0	15	37,5		
Antecedente de embarazo					2,5	0,9 – 6,8
Si	26	65,0	17	42,5		
No	14	35,0	23	57,5		
Relación de la adolescente con su padre					1,8	0,6 – 4,9
Mala	24	60,0	18	45,0		
Buena	16	40,0	22	55,0		
Relación de la adolescente con su madre					3,0	0,9 – 10,4
Mala	14	35,0	6	15,0		
Buena	26	65,0	34	85,0		
Persona con quien vivía antes del primer embarazo					1,8	0,5 – 6,7
Con pareja	10	25,0	6	15,0		
Sin pareja	30	75,0	34	85,0		
Persona con quien vive en el primer embarazo					1,6	0,6 – 4,5
Con pareja	26	65,0	21	52,5		
Sin pareja	14	35,0	19	47,5		
Edad de la pareja en el primer embarazo					0,3	0,6 – 0,9
No adolescente	16	40,0	26	65,0		
Adolescente	24	60,0	14	35,0		
Actitud materna hacia los métodos anticonceptivos					0,7	0,2 – 1,8
Rechazo	10	25	13	32,5		
Aceptación	30	75	27	67,5		
Actitud de la pareja hacia los métodos anticonceptivos					1,7	0,6 – 4,4
Rechazo	16	40	11	27,5		
Aceptación	24	60	29	72,5		

En los dos grupos era alto el número de separación entre los padres ; 55,5% (casos), y 62,5% (controles). Con respecto a los antecedentes de embarazos en la familia, en los casos se encontró(65%) principalmente a la madre (50%), luego a la hermana (25%) y a las dos en un 10%. En los controles sólo el 42,5% tuvo algún familiar directo como antecedente. Existiendo 2,5 veces más probabilidad de tener un embarazo reincidente en las que presentan antecedente de algún embarazo en la familia que en las que no lo tienen.

La reacción de los padres ante la noticia del primer embarazo fue considerada mala para ambos grupos, a diferencia de la reacción de la pareja que la mayoría de adolescentes calificó como buena; 60% (casos) y 65% (controles).

La relación de la adolescente con su padre fue considerada mala en más de la mitad (60%) de los casos y en el 45% de controles, a diferencia de la relación con la madre que fue catalogada como buena para ambos grupos; 65% (casos) y 85% (controles), con un OR=3,0 IC (0.9 – 10.4). Existiendo una probabilidad de tener tres veces más riesgo de presentar un embarazo repetido en las adolescentes que tienen una mala relación con la madre.

El mayor porcentaje de adolescentes para ambos grupos, antes de su primer embarazo eran solteras (vivían con los padres, otros familiares y en algunos casos solas); caso (75%) y control (85%). Durante el embarazo y después de este la mayoría en los dos grupos pasaron a ser convivientes, siendo un poco mayor el número en los casos (65%) que en los controles (52,5%).

En cuanto a la edad de la pareja para nuestro estudio este factor se comporta como protector (OR=0.3 IC95% 0.6 - 0.9), resultando que por cada 3 embarazos reincidentes con pareja adolescente, existe 10 embarazos no reincidentes con pareja no adolescente.

La actitud de la madre de la adolescente frente al uso de MAC fue de aceptación en las tres cuartas partes de los casos y el 67% de los controles, parecido a la actitud de la pareja en el que el 60% de los casos y el 72,5% de los controles aceptaban el uso de un MAC.

**Tabla 8. Factores Reproductivos – Instituto Nacional Materno Perinatal
2008**

Actitud	Grupo				OR	IC
	Caso		Control			
	n	%	n	%		
Edad de la menarquia					1,9	0,7 - ,7
Precoz	28	70,0	22	55,0		
No precoz	12	30,0	18	45,0		
Edad (años)de inicio de las Relaciones Sexuales					6.0	1.9 – 18.6
≤15	32	80,0	16	40,0		
>15	8	20,0	24	60,0		
Edad del primer embarazo					6,3	2,2 – 17,8
Adolescencia temprana	33	82,5	17	42,5		
Adolescencia tardía	7	17,5	23	57,5		
Planificación del primer embarazo					0.7	0.1 – 2.6
Si	5	12,5	7	17,5		
No	35	87,5	33	82,5		
Uso de método anticonceptivo utilizado antes de la primera gestación					4,4	0,4-10,4
No siempre	40	100,0	36	90,0		
Siempre	-	-	4	10,0		
Tipo de método anticonceptivo utilizado antes de la primera gestación					1.5	0.1 – 14.1
Poco seguro	38	95	37	92,5		
Seguro	2	5	3	7,5		

Al analizar los factores reproductivos en ambos grupos, se observó que la mayoría tuvo una menarquia precoz (<12 años), siendo mayor en los casos (70%) que en los controles (55%). Al igual que la edad de la primera relación sexual en que el 80% de los casos se iniciaron antes de los 15 años en contraposición a los controles donde fue sólo el 40%, con un OR=6 y un IC de 1,9-18,6; existiendo 6 veces más probabilidad de embarazarse nuevamente en la adolescencia en las que se iniciaron antes de los 15 años. Algo parecido también se encontró al preguntar por la edad del primer embarazo, el 82,5% de los casos tuvieron embarazos antes de los 15 años, en comparación con los controles, donde sólo fue el 42,5%, con un OR=6,3 IC 2,2- 17,8 , existiendo 6,3 veces mas probabilidad de embarazarse nuevamente las que tuvieron su primera gestación en la adolescencia temprana.

Con respecto al uso de MAC por parte de la adolescente en el grupo de los casos todas refirieron no haber usado un método regularmente, encontrándose algo similar en los controles (90%). De las usuarias sólo el 5% y 7,5% de casos y controles usaban un método seguro.

IV. DISCUSION

La situación de la adolescente que ya es madre , pese a ser considerado un problema de salud pública y aún de Derechos Humanos ^(22,34,67-70) por todas las consecuencias negativas que trae para la adolescente , su hijo y la sociedad en general ,^(6,33,51,61) no ha sido abordado en una forma práctica ⁽⁸⁵⁾. Peor aún, en nuestro medio ni siquiera se han realizado estudios sobre el tema. Las escasas investigaciones están dispersas o sólo citadas en estudios sobre el embarazo en general.

En los últimos años la tasa de fecundidad ha disminuido en todas las mujeres incluso la adolescente en los países de América Latina y El Caribe. Sin embargo algunos estudios mencionan que los embarazos reincidentes en la población adolescente no se han reducido, sino que es más común ver adolescentes de 19 años con un segundo, tercer y cuarto embarazo. Esta situación implica una sobrecarga mayor para ella desde el punto de vista biológico, económico, social y emocional ^(6,21,61-63), disminuyendo casi completamente las posibilidades de sobresalir y de superar las ventajas a lo largo del tiempo.

Los estudios a nivel de Latinoamérica mencionan que un 10%-45% de adolescentes tienen un embarazo reincidente. Investigaciones en el Instituto Nacional Materno Perinatal, refieren un 8% a 12% ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

En nuestro estudio pretendimos adentrarnos más en la realidad de la madre adolescente principalmente para determinar que factores influenciaban para que se embarace nuevamente. Las características generales que encontramos como tener secundaria incompleta, ser ama de casa y estar conviviendo en la mayoría de los casos; son mencionados también en otros estudios ^(12,13, 16, 31, 33,66) . Posiblemente las circunstancias y el entorno la obligan a abandonar la escuela limitando la oportunidad de ingresar más adelante al mercado laboral y tener un mejor salario. Stevens –Simons y col, mencionan que el regreso a la

escuela después del parto puede reducir la reincidencia de embarazos en estas adolescentes, pues los padres con más educación tienen menos posibilidades de tener embarazos poco espaciados, ya que tienen una mejor orientación hacia el futuro y toma de conciencia de los riesgos del embarazo (44, 78,80-82); sin embargo esto rara vez ocurre.

La familia es la estructura social que afecta o influencia de la forma más decisiva en los comportamientos de los hijos, pues desde un inicio transmite valores, pautas de conducta (35,50); sin embargo en nuestro continente esta surgiendo el perfil de una familia, desarticulada, inestable y debilitada con la presencia de un solo progenitor en la mayoría de los casos, la madre. (59)

Vivir en el hogar con los dos padres es una ventaja durante la niñez y continua siéndolo durante la adolescencia, al menos en términos de evitar comportamientos arriesgados⁽¹⁾ El vivir en un hogar monoparental según algunos estudios, repercute de alguna manera en los embarazos tempranos y sucesivos (57). Esto probablemente este vinculado a la mayor dificultad que tienen los padres solos de supervisar la conducta de los adolescentes. Rosa y col (2007) encontraron que el 87,5% de adolescentes que estaban casadas o conviviendo venían de hogares monoparentales.

En el estudio más la mitad de las adolescentes (55%) tenían padres separados, un poco menor a lo encontrado por Acuña (2007), quien observó en un 67,4% de adolescentes.

Según la teoría ecológica, el desarrollo y el comportamiento están influenciados por una serie de factores, desde los que están más cercanos a la persona, tales como: experiencias individuales y actitudes; a las más dístales (características del entorno social) como: la raza, la etnia y el estatus socioeconómico que operan en una cultura en particular (84).

Diversos estudios han encontrado que las madres adolescentes, tienen una madre que también tuvo un embarazo temprano, principalmente en los hogares más pobres (24, 33,62). Investigaciones en México y Chile (24,33) han observado

este antecedente en las dos terceras partes de las madres adolescentes. En nuestro estudio encontramos la presencia de un familiar directo en el 65% de los casos; principalmente la madre (50%), luego a la hermana (15%) y en un menor número a las dos (10%). Esto sugiere que la maternidad en las adolescentes se puede aprender y transmitir dentro de las familias. En estas familias pueden existir normas o creencias de actitudes positivas hacia el embarazo adolescente o simplemente la madre puede transmitirle sus preferencias en cuanto al estado civil, las expectativas con respecto a la escolaridad, la estabilidad de la pareja, etc. Otros sin embargo ven este hecho como un fenómeno psicológico (inconciente) pues piensan que el embarazo puede ser una tentativa de reconciliación entre la madre y su hija. ⁽¹⁰⁾

La relación familiar tiende a entrar en conflicto, en el comienzo de la adolescencia y disminuye hacia el final de esta ^(1,35) Esta relación parece estar asociada a ciertos comportamientos de riesgo. Buitrón (2005), menciona que la maternidad adolescente esta vinculada a la falta de afecto y comunicación de los jóvenes con sus padres. En nuestro estudio la relación en general fue más positiva con la madre que con el padre, aunque las primigestas refirieron una mejor relación con ambos padres que las multigestas, siendo la diferencia más alta al calificar la relación con la madre; controles (85%), casos (65%).

Resultados parecidos han encontrado diversos autores ^(58,73-75) que indican bajos niveles de comunicación directa entre padres e hijos sobre relaciones sexuales, la que se produce es por los esfuerzos de la madre ⁽⁷²⁾, la cual mencionan tiene una influencia muy fuerte en posponer el acto sexual, usar anticonceptivo y aun al parecer de embarazarse nuevamente. Incluso Gispert (1984) observó que el uso de anticonceptivos esta más asociado a la relación positiva entre las adolescentes y sus madres que a sus propias actitudes hacia el método. Una relación positiva implica entre otras cosas una buena comunicación. Usher-Seriky col (2008) mencionan que los hogares donde se conversan estos temas están relacionados con las consecuencias negativas del sexo prematrimonial y del retraso de las relaciones sexuales por razones

morales. Sin embargo para Thompson (1989), la influencia de los padres con respecto al uso de anticonceptivo no es tan significativo ⁽⁴⁷⁾ como la influencia que ejerce la pareja.

La reacción frente a la noticia del embarazo varía dependiendo del contexto en el que se vive. En las zonas urbanas un embarazo precoz da lugar a fuertes conflictos familiares ⁽³²⁾. Sin embargo en algunas culturas la familia numerosa es vista como proveedora de economía y seguridad ^(29,43). Waisman (2006) menciona que en los hogares de las multigestas adolescentes, los padres muestran una mejor reacción a la noticia del embarazo frente a los padres de las primigestas. Nosotros encontramos que la reacción de los padres al enterarse del embarazo, fue negativa en casi la totalidad de los casos principalmente en la del padre de la adolescente. Sin embargo la reacción de la pareja fue muy diferente, más de la mitad (60%) tuvieron una reacción positiva ante la noticia. Melgarejo en un estudio observo que la mayoría de los padres reaccionaron con cólera y vergüenza tomando actitudes como el de gritarles y golpearlas ⁽³²⁾. Estos resultados probablemente se deban a que nuestras adolescentes provenían principalmente de zonas urbanas.

Si bien la reacción de los padres fue negativa en el estudio, estos terminaron mayoritariamente aceptando el embarazo y dando algún tipo de apoyo. Este fue parcial en la mayoría de las multigestas (35%) y total en las primigestas (37%). En más de la mitad de los casos la pareja dio su apoyo total (50 y 57%). Nuestros resultados son parecidos a los mencionados por Buvinic (1989), que encontró que los padres sean pobres o no, son dos veces más probables de dar apoyo financiero, a sus hijas adolescentes en comparación de las hijas adultas. Por otro lado Waisman (2006) observo que la multigrávida depende económicamente más de la pareja que de la familia de origen, igualmente Stevens-Simon (1996), observó que las adolescentes con embarazo reincidente tienen un insuficiente apoyo por parte de los padres en su primer embarazo. Por lo que un buen apoyo familiar no solo puede ayudar a la salud de la

adolescente y su hijo sino también a que no se repita un nuevo embarazo en la adolescencia.

El estado conyugal tiende a cambiar luego del primer embarazo pasando de solteras a convivientes o casadas. ^(16, 23, 42,83) Reynolds y col. (2006) al hacer un análisis de los datos de las encuestas demográficas y de salud correspondientes a 15 países en desarrollo, encontró que la gran mayoría de madres (73-99%) se encontraban viviendo con sus parejas, siendo un poco menos el número en América Latina. Acuña (2007) en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) encontró una convivencia del 75% en las multigestas adolescentes.

En nuestro estudio de un 25% de adolescentes que mencionaron vivir con su pareja antes del primer embarazo, pasaron a ser un 65% después de la primera gestación encontrándose un poco mayor el porcentaje de uniones estables en las multigestas. Otros estudios por otro lado mencionan que la mayoría de madres adolescentes se encuentran solteras ⁽²⁾ perteneciendo principalmente a las zonas urbanas (ENAH01998). Pese a que la estabilidad marital se asocia a un mejor pronóstico del embarazo adolescente y un mejor uso de anticonceptivos, tener una pareja estable puede constituir un factor de riesgo para que la madre adolescente se embarace de nuevo rápidamente. ^(4,17-19,81) Atkin y col. (1992) refieren que los embarazos reincidentes son más probables que ocurran si la adolescente estaba casada o conviviendo cinco meses después del parto. Black (2006) observó que en los 24 primeros meses después del primer parto las madres que tenían un segundo hijo residían con el padre del primer niño. Por otro lado si bien la unión marital poco después del embarazo suele ser alta, algunas investigaciones ^(2, 21,23) indican que las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de separarse o divorciarse, conllevando a que el hijo viva en una familia de un solo progenitor ^(53,63) y también de que seguirán viviendo en la pobreza ⁽²⁾. Según Gispert (1984), la unión es un predictor muy bueno de un segundo embarazo pero un segundo embarazo no es un buen predictor de la unión.

Diversos estudios mencionan que la mayoría de parejas de las adolescentes embarazadas son personas mayores que ellas ^(1, 16,83) y que cuanto menor es la edad de la joven madre, mayor tiende a ser la diferencia entre ellos (AGI, 1994). En nuestro estudio las primigestas tuvieron en su mayoría (65%) parejas mayores de 19 años, a diferencia de las multigestas en el que más de la mitad (60%), tenían parejas adolescentes (OR= 0,3 IC=0,6-0,9), comportándose esta variable como protector. Reduciendo así la posibilidad de tener un embarazo reincidente cuando la pareja es mayor edad. Nuestros resultados fueron diferentes a los encontrados por Waisman(2006). Posiblemente esto se deba a que las parejas mayores, por lo general tienen una mayor educación y han adquirido más madurez en su comportamiento.

Atkin y col (1992) en la ciudad de México encontró que en los varones menores de 15 años, sólo un 16% reportó uso de anticonceptivos, comparado con un 51% de jóvenes mayores de 18 años observándose un aumentando considerablemente de uso de métodos con la edad. Por otro lado Thompson (1989) constató que la influencia de la pareja en la utilización de métodos anticonceptivos es muy fuerte. Alatorre y col. mencionan que las madres que tuvieron su primer hijo con hombres menores de 17 años presentan dos veces mas probabilidad de vivir en un nivel socioeconómico bajo en comparación con los que tuvieron su primer hijo con parejas mayores de 17 años, aumentando a la vez un mayor riesgo de embarazo reincidente.

Varios estudios^(4,19,36,37) mencionan que la repetición del embarazo en la adolescencia incluye características reproductivas que también están asociadas al primer embarazo, como son la menarquia precoz y el inicio temprano de relaciones sexuales.

Se ha observado que las jóvenes que maduran físicamente más temprano tienden a iniciar experiencia sexuales también más tempranos⁽²⁾. En el modelo de inicio de relaciones sexuales, la exposición del riesgo comienza a la edad de la primera menstruación. En el modelo del primer embarazo la exposición empieza a la edad de inicio de las relaciones sexuales. En cuanto más joven es una adolescente al momento de iniciar su actividad sexual, menor es la

probabilidad de que utilice anticonceptivos en su primera experiencia (Abmant y col, 1997), mayor la probabilidad de que espere para buscar ayuda sobre anticonceptivos, lo mismo que mayor la probabilidad que quede embarazada (Tanfer & Horn, 1985). Así mismo Waisman (2006) observó que es más común el inicio sexual temprano en multigestas adolescentes. Algo parecido encontramos en este estudio, el 70% de las multigestas tuvieron un inicio precoz de la menarquia en comparación con el 55% de las primigestas. La diferencia en cuanto a la edad de inicio de relaciones sexuales fue aun más alta, el 80% de multigestas, inicio su actividad sexual antes de los 15 años, en contraposición de las primigestas en el que hubo sólo un 40% (OR=6 IC=1,9-18,6).

La literatura en general ha asociado a las madres adolescentes con una mayor fecundidad ⁽⁶³⁾. Buvinic (1998) en Guatemala encontró que las mujeres que empezaron a tener hijos entre los 17 y 19 años, tuvieron 10,6 hijos y los que comenzaron a los 16 años de edad y menos un promedio de 11 hijos por mujer. Según Coard (1998) la edad del primer embarazo esta asociado a la repetición del embarazo en los dos primeros años. Nosotros observamos algo similar más de las dos terceras partes (82,5%) de las multigestas tuvieron su primer embarazo antes de los 15 años en comparación con las primigestas (42,5%) OR=6,3 IC=2,2-17,8.

La maternidad debería ser siempre un acto deseado y planeado, lamentablemente no es así, prueba de ello es el alto número de embarazos no deseados. En América Latina y El Caribe entre 35% y 52% de embarazos en adolescentes no han sido planificados ^(6, 23,39-41,52). En nuestro país la Tasa de fecundidad real es igual a 2,5 mucho mayor a la tasa de fecundidad esperada 1,7; variando este número de menor a mayor según las regiones (costa, sierra a selva) ⁽⁸⁾. Las decisiones que toman las jóvenes sobre su comportamiento sexual y reproductivo, difieren según las oportunidades económicas, laborales y educativas que se prevén, la oferta de planificación familiar, las características personales y de la influencia del medio en el que viven ^(25, 57,77)

por lo que la maternidad temprana puede representar una opción viable de “desarrollo personal “, disponible en el contexto familiar ^(25,33). En nuestro estudio en los dos grupos la mayoría no planeo el primer embarazo siendo similar en primigestas y multigestas, un poco mayor a lo encontrado por Acuña y Col (76%).

Si bien la mayoría de adolescentes no desean embarazarse, tampoco planean no hacerlo, tal vez por que no encuentran la motivación suficiente. La ambivalencia en la actitud de la adolescente con respecto a embarazarse, es un factor de riesgo no sólo para que tenga una gestación sino para reincidir en ellos ⁽⁸⁰⁾. Esta ambivalencia puede deberse en parte a la baja expectativa de realización que tuvieron antes y tienen aun más después del embarazo ^(33, 37,57). Mujica (2000) observó que las primigestas presentan expectativas de intensidad mediana con tendencia a baja, con respecto a su realización personal. Black(2006) encontró cierta evidencia de que los segundos nacimientos entre multigestas eran deseados pues consideraban su maternidad como un movimiento hacia la formación de su autonomía. Rosa y col (2007), menciona que el embarazo puede ser producto de una demanda interna como resultado de un deseo consciente pues la joven va sería bien aceptada en la sociedad por haberse convertido en madre; o producto de un deseo inconsciente en esa búsqueda con la maternidad de cuidado y amor, soñando ofrecer lo que talvez ellas no tuvieron; afecto y protección de la familia.

Al no encontrar una buena razón para posponer la gestación muchas adolescentes vuelven a embarazarse rápidamente. Diversos estudios mencionan que el periodo intergenésico corto se da principalmente en adolescentes^(4,10,16). Algunas investigaciones observaron que aproximadamente la mitad de las adolescentes que ya tuvieron la experiencia de un embarazo tenían un segundo embarazo dentro de 20 a 30 meses posteriores al parto^(4,8,14-16,44). Núñez en México encontró un porcentaje más alto de los adolescentes que cursaban su segundo o tercera gestación, el 66,2% tuvo un

intervalo de dos años o más, mientras que en el 37,4% el intervalo fue menor de dos años mucho menor a lo encontrado por Acuña (2007) que observo una tasa de embarazo en el INMP - Perú de 87% dentro de los dos primeros años. Nosotros encontramos que el 42,5% de adolescentes se embarazó nuevamente en el primer año, el 40% en el segundo y el 17,5% lo hizo en el tercer año o más. Como se observa que el número es mayor mientras más corto es el periodo intergenésico. Nuestros resultados son Inversos y mayores a lo encontrado por Stevens –Simon y col (1991), quienes observaron que de 30% a 35% de madres adolescentes tiene un embarazo en el plazo de un año y los 40%-50% se embarazó nuevamente en el segundo año. Esto es preocupante puesto que las consecuencias del periodo intergenésico corto son aumento de los partos pretérminos, bajo peso al nacer, muertes fetales, etc., a la vez se reduce aun mas las posibilidades que las madres adolescentes completen su educación. Por otro lado Kalmus y col (1994) mencionan que la prevalencia de los periodos intergenésico cortos son mayores en mujeres cuyo primer parto lo tuvieron antes de cumplir los 17 años.

Coard(1998) relaciona un periodo intergenésico corto de un año al uso de métodos anticonceptivos; y en el segundo año a la edad de la madre en el primer embarazo, a la historia de abortos y también al uso de métodos anticonceptivos.

Los embarazos adolescentes también tienden a tener ciertas complicaciones (abortos, partos pretérminos, natimuertos)^(16,83). Ya sea por razones propias de su edad ⁽⁴⁵⁾ (menores de 15 años) o por cuestiones sociales (pobreza) , como se le considera más actualmente ⁽⁶²⁾. Algunos autores mencionan que estas complicaciones se pueden convertir en antecedentes que influyan a que el adolescente se embarace de nuevo y en un periodo corto de tiempo. Según Coard(1998) y Stevens-Simón (1996) la historia de abortos esta asociada a los embarazos reincidentes dentro de los dos primeros años. Armebianchi (1999) en el Instituto Nacional Materno Perinatal encontró que el 8,3% de multigestas

tenían antecedentes de abortos diferentes de lo que observó Acuña y Col, que el 54,3% de adolescentes refería haber tenido un aborto.

Algo similar encontramos nosotros en el INMP, el 52,5% de multigestas tiene un mal resultado en el embarazo anterior, de los cuales el 76% fueron abortos, siguiéndoles los prematuros con un 14%.

Los embarazos reincidentes parecen estar muy asociados al uso de anticonceptivos por parte de la adolescente. Algunos estudios indican que la actitud de la madre y de la pareja influyen hacia la utilización del anticonceptivo por parte de la adolescente ⁽⁷³⁻⁷⁶⁾, e incluso Gispert (1984) menciona que la relación positiva con la madre, influye más que la propia actitud de la adolescente hacia el anticonceptivo. En el estudio, la mayoría de madres mostraban aceptación al uso de métodos anticonceptivos en los dos grupos. En el caso de la pareja, la actitud hacia el anticonceptivo tuvo un alta tasa de rechazo; en un 40% de las multigestas y 27,5% de las primigestas.

El no uso o mal uso de anticonceptivos después del primer embarazo se asocia también a factores existentes antes de la primera gestación. ^(15,21) Para la investigadora Cherril Davis, la mayoría de los embarazos precoces no se debe al desconocimiento por parte de los adolescentes, ni a la falta de acceso a los servicios o métodos; sino a la forma en que se suministra la información y se presta el servicio, y además la forma en que estos son percibidos y utilizados por la población adolescente. En América Latina y El Caribe el 90% o más de los adolescentes conocen algún método, excepto en Bolivia (74%), Guatemala (68%) y Paraguay (89%) ⁷¹; sin embargo los porcentajes de usos son bajos. Como se ve existe un gran desfase entre el conocimiento y el comportamiento ⁽²⁾. Un estudio realizado en Chile encontró que la joven se expone un año o más al coito sin protección, antes de solicitar anticoncepción (Varas y col 1992). Según Stevens- Simón (1998) las adolescentes que atribuyen el uso de anticonceptivos antes de una primera gestación a la preocupación sobre los efectos secundarios, la falta de motivación para aplazar la maternidad son menos propensas a utilizar anticonceptivos hormonales y

tienen mas riesgo de concebir nuevamente que los que atribuyeron la falta de uso a su carencia de capacidad para hacerlo. Según el INEI 2007, en los años 2004-2006, las jóvenes unidas de 15-19 años tienen la tasa más baja de uso de anticonceptivos (58,7%), frente a las mujeres de 20-44 años (69,4%-80,3%); sin embargo estos porcentajes ha ido en aumentó en todos los grupos a través de los años. Los métodos anticonceptivos utilizados por las adolescentes son los modernos 41,2%, entre ellos la inyección, 18.6%, la píldora 12% y el preservativo 3%.⁸

Florez (2006) en Colombia encontró que la mayoría de las adolescentes creen que las mujeres no se embarazan en las primeras relaciones sexuales, que no es necesario el preservativo, cuando los dos miembros de la pareja son vírgenes, que los métodos de protección no son eficaces y que tiene efectos secundarios e indeseables y que utilizar el preservativo con la persona que se ama constituye una falta de respeto.

Núñez-Urquiza(2003) en México observó que sólo el 35% de madres adolescentes estaban utilizando algún método efectivo después de las seis semanas post parto y siendo de ellas el DIU el más utilizado ; parecido a lo encontrado por Molina y col, que al hacer un seguimiento después del parto, sólo alrededor del 40% seguía usando un anticonceptivo. Acuña (2007) en el INMP encontró un mayor número de usuarias de anticonceptivos (76%).Por otro lado Paukku (2003) observó que el 52% de adolescentes después del primer embarazo utilizó anticonceptivos ineficaces o no usaron método.

Armebianchi (1999) constató que el método de mayor aceptación fue el hormonal parenteral, (61,5%), seguido de los progestágenos (23%).

Templeman (2000), observó que las madres adolescentes que usan Depoprovera, tiene un índice de continuación más alto y la incidencia de embarazo reincidente más bajo en 12 meses que los que elegían un anticonceptivo oral. Stevens –Simón y col. (1999) en su estudio observó que la administración temprana del implante disminuye perceptiblemente el índice rápido de embarazos, pero los índices del abandono del método antes del fin

del segundo año son también altos; algo parecido constato Kershaw y col (2005), las adolescentes aumentaron el uso de anticonceptivos hormonales a principio del posparto, pero disminuyó su uso en el puerperio tardío.

En nuestro estudio, el 70% de las multigestas refirieron nunca haber usado un método anticonceptivo en comparación con el 57,5% de las primigestas, encontrándose un valor similar entre ambos grupos en referencia al uso esporádico 30 y 32,5% respectivamente. Entre los métodos anticonceptivos más usados antes del primer embarazo estuvieron: el preservativo (22,5%) y el natural (5%) parecido a lo encontrado por otros autores. Después de la primera gestación el uso de métodos anticonceptivos aumentó a 77,5%; sin embargo el uso fue esporádico, siendo el principal método de elección esta vez los inyectables (40%) y preservativos (22,5%).

Indudablemente, la reiteración del embarazo en la adolescencia es multifactorial y complejo ⁵⁶. Estos embarazos no son sólo expresiones de la vida sexual, sino que son medios que puede utilizar la adolescente para lograr una forma de autonomía y realización cuando las políticas no le ofrecen otras posibilidades.

Los jóvenes son la fuente de mayor productividad en el país, si se efectuaran mayores inversiones en su educación, su salud reproductiva, sus aptitudes para trabajar y sus oportunidades de empleo, se fomentaría la reducción de la pobreza, desigualdad y en general el desarrollo de nuestro Perú. ²²

El hecho de que exista poca información en este grupo de adolescentes en nuestro medio, hace que los datos expuestos constituyen en sí mismos una información relevante para futuras investigaciones.

V. CONCLUSIONES

- Las jóvenes que tienen embarazo reincidente en la adolescencia tiene secundaria incompleta, son amas de casa y están conviviendo en la mayoría de los casos.
- La presencia de un familiar directo (madre-hermana) que tuvo un embarazo en la adolescencia, es mayor en las multigestas (65%) que en las primigestas (42,5%)
- Las adolescentes con embarazo reincidente, tuvieron una relación más negativa con sus padres, principalmente con la madre (35%) en comparación con las primigestas (15%)
- La reacción de los padres al enterarse del embarazo, fue negativa en casi la totalidad de los casos principalmente en la del padre de la adolescente. Sin embargo la reacción de la pareja fue muy diferente, más de la mitad (60%) tuvieron una reacción positiva ante la noticia.
- El apoyo económico fue recibido principalmente de parte de la pareja en ambos grupos. Las multigestas recibieron una menor ayuda de los padres.
- Las parejas de las multigestas eran adolescentes en el primer embarazo en comparación con las primigestas (OR= 0,3 IC=0,6-0,9)
- El promedio de edad de inicio de relaciones sexuales fue mas baja en multigestas que en primigestas (OR=6 IC=1,9-18,6).Las dos terceras partes (82,5%), de las multigestas tuvieron su primer embarazo antes de los 15 años en comparación con las primigestas (42,5%) OR=6,3 IC=2,2-17,8.
- El 82,5% de las multigestas, tuvieron su primer embarazo dentro de los primeros 24 meses.
- La actitud de la pareja de las multigestas hacia el anticonceptivo fue más de rechazo (40%) en comparación con las primigestas (27,5%)
- El 70% de las multigestas refirieron nunca haber usado un método anticonceptivo en comparación con el 57,5% de las primigestas.
 - Los Factores Reproductivos están más asociados al embarazo reincidente en adolescentes que los Factores Familiares.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere hacer estudios de tipo analítico de cohorte sobre el tema pues permitirá hacer una mejor comparación de los casos para un mas acertado diagnóstico de la situación
- Se deben efectuar también investigaciones cualitativas que permitan profundizar en los diferentes aspectos.
- Realizar programas de intervención con un mínimo de dos años dirigidos a estas madres adolescentes en los distintos establecimientos de salud incluyendo el INMP, en donde trabajen profesionales capacitados de los distintos sectores (médicos, obstetricas, psicólogos, asistentes sociales, etc.). Estos programas deben incluir no solamente a la adolescente; sino también a la pareja, familia y comunidad, trabajando en base a los factores de riesgo y protección.
- Debe realizarse la promoción de uso de anticonceptivos de largo plazo, como los inyectables e implantes en las madres adolescentes.
- Crear un centro de atención integral e investigación del adolescente en la Escuela Académica Profesional de Obstetricia – UNMSM, que provea servicios de salud sexual y reproductiva, investigue y realice proyectos de intervención que contribuyan a conocer y mejorar la situación de los adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Papalia D. Psicología del Desarrollo Humano. 2° Ed. Edit Mc Graw-Hill/Interamericana. México. 1992;766-691
2. OPS-OMS La Familia, su dinámica y tratamiento México. 2003;270-101
3. Ortiz R, Anaya N, Sepúlveda C, Torres S, Camacho P. Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga, Colombia. Un estudio transversal. Med UNAB 2005;8:71-77
4. Lammers C. Adolescencia y embarazo en el Uruguay” Joven, pobre y embarazada: antecedentes y estrategias para mejorar la situación y el futuro de las madres adolescentes. [Reporte] MSP. 2000.
5. CLAP- OPS “El Embarazo adolescente “Informe 2005
6. UNFPA “Informe del Estado de la Población Mundial 2005”
7. Peña Díaz y col.”Incidencia de abortos en embarazadas adolescentes Venezuela. 2000. URL: http://www.indexmedico.com/publicaciones/journals/revistas/venezuela/cardon/edicion4/ginecologia_embarazo.htm#Resumen. Acceso 20 de Noviembre del 2008
8. Instituto de Estadística e Informática. Encuestas Nacional de Salud ENDES continua 2004 Informe preliminar. Perú. 2004
9. Langer A. El embarazo no deseado: Impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y El Caribe. Rev. Panam. Salud Publica.2003;11:192-204
10. Persona Lia y col. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de prenatal”.Universidad del Estado de Campinas. Rev. Latino Americana de Enfermagem, Out. 2004; 12 (5): 745 - 750
11. Urmeneta A, Echeverría M, Martín L. Las madres adolescentes [Monografía] Anales Sistema sanitario Navarra. España 1997:23(1)

12. Núñez Urquiza y col. Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto". Rev. Salud Pública México. 2003;45:592-602
13. González y col. Factores psicosociales que se asocian a la reincidencia del embarazo en adolescente chilenas". Rev. Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia". 2003;10: 71-72.
14. Gutiérrez y col. "Situación sociofamiliar y nivel de autoestima de la madre adolescente" Universidad autónoma de Tamaulipas. Rev. Enferm. 2002;10:21-25
15. Sánchez Campos Hallazgos perinatales de los Recién nacidos de madres adolescentes y madres adultas en el Hospital Nacional Docente madre-niño San Bartolomé 2002-2003. [Tesis] Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
16. Acuña H, Ochoa Y. Complicaciones Materno Perinatales atendidas en adolescentes con reincidencia de embarazo. Estudio Caso-Control. INMP 2006. [Tesis] Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2007.
17. Armebianchi Maria "Salud Reproductiva de la adolescente .INMP" [Tesis] 1999. Perú
18. Maia, V.O.A y col Via de parto em gestações sucessivas em adolescentes: estudo de 714 casos "Universidad Federal de Pernambuco.Rev. Bras. Ginecol. Obstet . 2004; 26 (9): 703 – 707.
19. Coard Stephanie y col. Predictors of Repeat Pregnancy in Urban Adolescent Mothers. [Abstract]. J Adolesc Health 1998 February; 22(2):173.
20. Paukku y col. "Adolescents contraceptive use and pregnancy history: Is there a pattern. American College of Obstetricians and gynecologist. 2003; 101: 534-538.
21. ENAHO " Fecundidad de la adolescente en el Perú : Determinantes e Implicancias.Peru 1998: 49-7

- 22.OMS “Contribución de la OMS a la aplicación de la estrategia para la salud y el desarrollo del niño y del adolescente”. 5ta Asamblea mundial. Informe de la secretaria.2006
- 23.OPS-FNUAP “Perfil de la salud sexual u reproductiva de los adolescentes y jóvenes de América Latina y El Caribe” Revisión 1988-1998.44-5
- 24.Atkin LC, y AlaTorre Rico Pregnant again? Psychosocial predictors of short-interval repeat pregnancy among adolescent mothers in Mexico City. J. Adolesc Health. 1992 Dec; 13 (8): 700-6
- 25.Black Maureen M. y col. “Delaying Second Births Among Adolescent Mothers : A Randomized, Controlled Trial of a Home-Based Mentoring Program” Pediatrics Vol.118 Nro.4 October 2006;1087-1099
- 26.Templeman Claire y col “Postpartum Contraceptive use among adolescent mothers” Rev.The American Collage of Obstetricians and gynecologist . 2000;95:770-776
- 27.Gispert Maria y col “ Predictors of repeat pregnancies among low-income adolescents“ HospCommunity Psychiatry.1984 Jul;35(7):719-23
- 28.Stevens- Simons y col. “Preventing repeat adolescent pregnancies with early adoption of the contraceptive implant .*Family Planning Perspectives* 1999; 31: 88-93.
- 29.USAID “Planificación Familiar para las adolescentes casadas”. Informe Técnico de la salud mundial. 2006
- 30.OMS ¿Qué ocurre con los muchachos? Revisión bibliográfica sobre la salud y el desarrollo de los muchachos adolescentes. 2000
- 31.Núñez Rocha y col. “Diferencias en la utilización de métodos de Planificación Familiar por mujeres adolescentes en Monterrey, México, según el modelo de educación sanitaria utilizado “ Rev.Esp.Salud Publica,2005;79(1)

32. Melgarejo Chamorro "Reacciones emocionales de la gestante y soporte familiar frente al embarazo, Hospital de apoyo" Maria auxiliadora 1992" [Tesis] .Perú .
33. Alatorre Rico y col. "“El embarazo adolescente y la pobreza” Instituto Nacional de Salud Pública. Fundación Ford. México: Gimtrap, 1998:13-30.
34. MINSA "Guía Nacional de Atención integral de la Salud Sexual y reproductiva" 2004
35. Silverio Barriga "Psicología General" Editorial CEAC. Barcelona 2000
36. Valdivia P. Maruzella y col. "Factores psicológicos asociados a la maternidad en menores de 15 años ". Revista de Psicología de la Univ. Chile. 2003;12: 85-109
37. Mújica Huatuco "Expectativas sobre realización personal que tienen las primigestas adolescentes del INMP.1999-2000" [Tesis] Perú
38. INMP-"Informe anual 2006" Oficina de Estadística e informática. Perú
39. Alan Guttmacher Institute (AGI) "Maternidad temprana en Guatemala: Un desafío constante" 2006;5:8-1
40. Alan Guttmacher Institute (AGI) "Maternidad temprana en Honduras: Un desafío constante" 2006;4:6-1
41. Alan Guttmacher Institute (AGI) "Maternidad temprana en Nicaragua: Un desafío constante" 2006;3:7-1
42. Reynolds Heidi y col. "Uso de los servicios de salud materno Infantil por los adolescentes en los países en desarrollo. Internacional/Youth Net.research Triangle Park,NC EEUU. Family Planning Perspectives,2006,32(1):6-16
43. Redhead Roberto "Salud Reproductiva" Rev. Ginecología y Obstetricia. 1996;42(1)

44. Kalmuss D, Namerow P. Subsequent childbearing among teenage mothers: the determinants of a closely spaced second birth. *Fam Plann Perspect.* 1994;26(4):149-53
45. Donoso Siña y col. "Las tasas de natalidad y del riesgo reproductivo en adolescentes de Chile, 1990-1999. [Abstract] PUCH , 2003
46. Williams y col. "La correspondencia entre la intención de evitar que la maternidad y al fertilidad posterior: Un análisis prospectivo" [Abstract] Univ. Cornell. NY. EEUU. 1999
47. González Electra y col. "factores familiares asociados al uso de anticonceptivos en mujeres adolescentes solteras sexualmente activas". *Rev.SOGIA* 2005;12(1):16-9
48. Rosa Alcindo y col. "Gestações sucessivas na adolescência". Sao Paulo. *Rev Bras crecimiento de Desarrollo Hum* 2007; 17 (1) :165-172
49. Real Academia de la Lengua española "Diccionario" Vigésima segunda edición. URL: <http://www.rae.es/rae.html>. Acceso 20 de Noviembre del 2008
50. Saavedra Oviedo José "La familia" [Monografía] Chile 2003
51. OMS "Informe sobre la Salud en el Mundo 2005"
52. Ibarra Mustelier Lourdes "Adolescencia y maternidad. Impacto psicológico en la mujer. *Rev.Cubana de Psicología.*2003;20(1):46-43
53. Inabif "La mujer peruana en cifras" [Revisión] 2004
54. Isis internacional "La niñas madres " [Revisión] Santiago de Chile. 1998
55. Inga Jacobo "Factores de riesgo asociados al embarazo en gestantes adolescentes en el C.S.M.I Base Zapallal" [Tesis] Perú. 1997-1998
56. Dolinsky Gabriela y col. "Maternidad Adolescente: Posibles intervenciones del trabajador social. *Rev.Panam Salud Pública.*2005: 18(6);29-1

57. Flórez carmen “Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de los adolescentes en Colombia”. Univ. De los Andes, Bogotá. Colombia. 2005
58. Buitrón Aranda Ayme “Identidad, estereotipos de genero y maternidad adolescente en el Perú “ UPCH. 2005
59. UNICEF “Declaración de UNICEF en América Latina y Caribe, en el Día Internacional de las familias”. Panamá 2008.
60. Fernández Susana y col. “Caracterización de la gestante adolescentes” Rev. Cubana Obst Ginec. 2004;30(2)
61. Steven-Simon Catherine y col. “Reasons for First Teen Pregnancies Predict the Rate of Subsequent Teen Conceptions,” *Pediatrics* 101:1 (January 1998) [www.pediatrics.org/cgi/content/full/101/1/e8]
62. Buvinic Mayra “Costos de la maternidad adolescente en Barbados, Chile, Guatemala y México” [Revisión] Washington. 1998 .
63. Estado de la Población mundial 2005. Seguimiento de las metas de la CIPD. Indicadores seleccionados.
64. Valdes Dacal y col. “Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones”. Rev Cubana Obst Ginecol .La Habana .2002;28(2)
65. Zegarra Martina “Contribución al conocimiento del producto del producto del embarazo de la madre adolescente en nuestro medio en relación a la población general” Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Chimbote. 1994-1998. [Tesis]Perú
66. Huayanca Carmela “Morbimortalidad en recién nacidos hijos de madres adolescentes y factores asociados a la gestación”. Hospital Rezola. Cañete 1999. [Tesis]Perú
67. MIMDES “Plan Nacional De Acción Por La Infancia Y La Adolescencia . 2002 – 2010” Lima-Perú
68. MIMDES “Código de los Niños y Adolescentes” DL 27337. Lima-Perú
69. “Declaración Universal de los Derechos Humanos” Art.3

70. Távara-Orozco " contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú" Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología.2004; 50 (2) : 122-111
71. Moya Cecilia "La Salud Sexual y Reproductiva de los Jóvenes en América Latina y el Caribe" 2002 . URL: <http://www.advocatesforyouth.org/publications/factsheet/fssaludsexual.pdf>
72. Fox GL, Inazu JK. Mother-daughter communication about sex. *Family Relations*, 1980; 29: 347-52
73. Usher-Seriki Kimberl y col. "Mother–Daughter Communication About Sex and Sexual Intercourse Among Middle- to Upper-Class African American Girls" *Purdue University, West Journal of Family Issues*. 2008. 29; 7: 901-917
74. Fox GL. The mother-daughter relationship and sexual socialization structure: A research review. *Family Relations*, 1980; 29: 21-28
75. Fox GL. The family's role in adolescent sexual behavior. In: T Ooms (Ed). *Teenage Pregnancy in a Family Context. Implications in policy*. Philadelphia: Temple University Press, 1981.
76. Thompson & Spanier. Influence of parents, peers and partners on the contraceptive use of college men and women. *J Marriag: Family*, 1978; 40: 481-92.
77. Pantoja y col "Ser alguém na vida": uma análise sócio-antropológica da gravidez/ maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. *Cad. de Saúde Pública*, 2003;19 (12): 115 – 22.
78. Linares L.O.; Leadbeater B.J; Jaffe, L.; Kato, P.M.; Diaz, A. Predictors of repeat pregnancy outcome among black and Puerto Rican adolescent mothers. *J Dev Behav Pediatr*. 1992 Apr; 13 (2): 89 - 94.
79. Kershaw, T y col." Short and long-term impact of adolescent pregnancy on postpartum contraceptive use: implications for prevention of repeat pregnancy. *J. Adolesc Health*. 2003 Nov; 33 (5): 359 - 68.

80. Stevens-Simon y col. "Absence of Negative Attitudes toward Childbearing among Pregnant Teenagers – A Risk Factor For a Rapid Repeat Pregnancy?" Arch Pediatr Adolesc Med 1996; 150: 1037 - 43.
81. Nelson, P.B. Repeat pregnancy among adolescent mothers: a review of the literature. J Natl Black Nurses Assoc. 1990; 4 (1): 28 - 34.
82. Stevens-Simon y col "What is the relationship between postpartum withdrawal from school and repeat pregnancy among adolescent mothers" J. Adolesc Health Care 1986 May; 7 (3): 191 - 4.
83. Waissman, Adriana "Análise dos fatores associados à recorrência de gravidez na adolescência" Tese de Doutorado Universidade de São Paulo 2006
84. Raneri Leslie y col "Social Ecological Predictors of Repeat Adolescent Pregnancy ". Perspectives on Sexual and Reproductive Health. Volume 39, Number 1, March 2007
85. Omar H y col. "Significant reduction of repeat teen pregnancy in a comprehensive young parent program. Journal of pediatric and adolescent gynecology 2008;21(5):283-7.
86. Guijarro S. y col. " Familia factores de riesgo asociados con el embarazo en la adolescencia: Estudio de un grupo de adolescentes y sus familias en Ecuador" Diario de la salud de los adolescentes 1999 ; 25(2):166-172

Anexo 1

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

**FACTORES FAMILIARES Y REPRODUCTIVOS ASOCIADOS AL EMBARAZO
REINCIDENTE EN ADOLESCENTES - INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL -
2008**

HOJA DE SELECCIÓN

Nombre: _____

Fecha: ___/___/___

Versión 1.0

Hora: _____

	Si	No
Criterios de Inclusión		
1. Adolescente entre 15 a 19 años	[]	[]
2. Acepte participar en el estudio	[]	[]
3. Tener embarazo reincidente.	[]	[]
4. Tener embarazo único.	[]	[]
5. Atendida en el Instituto Nacional Materno Perinatal	[]	[]
Criterios de Exclusión		
6. Adolescente, embarazada por violación	[]	[]
7. Adolescente con enfermedades mentales	[]	[]
8. Criterios de Inclusión	[]	[]

Para ser considerada caso, se requiere marcar Si en los numerales 1, 2, 3 y 5; y marcar No en los numerales 4, 6, 7 y 8.

Para ser considerada control, se requiere marcar Si en los numerales 1, 2, 4 y 5; y marcar No en los numerales 3, 6, 7 y 8.

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FACTORES FAMILIARES Y REPRODUCTIVOS ASOCIADOS AL EMBARAZO REINCIDENTE EN ADOLESCENTES - INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL - 2008

DESCRIPCION

Su menor hija ha sido seleccionada para participar en una investigación titulada “Factores Familiares y Reproductivos Asociados al Embarazo Reincidente en Adolescentes”. Con el presente estudio se pretende analizar estos factores para identificar a las adolescentes que puedan requerir acciones más intensas y específicas con el fin de brindarles el apoyo necesario, así como formular estrategias para reducir el riesgo de un nuevo embarazo.

Esta investigación es realizada por las Srtas: Pilar Diego Damián y Griselda Huarcaya Conislla, Bachilleres de Obstetricia de la UNMSM. Las cuales desean obtener el Título de Licenciadas en Obstetricia, con la presentación de este trabajo de investigación.

Su hija fue seleccionada para participar en esta investigación por cumplir con ciertas características requeridas en nuestro estudio. Si acepta que ella participe en este estudio, se le hará una sola entrevista, las respuestas serán confidenciales y anónimas. La entrevista tomará aproximadamente 15 minutos.

A ella se le informará en una forma clara y sencilla sobre todo lo que respecta a la investigación para pedirle su asentimiento antes de empezar la investigación.

RIESGOS Y BENEFICIOS

No existen riesgos en el estudio de sufrir ningún tipo de daño físico, psicológico u otro.

El primer beneficio es que la información nos permitirá mejorar las atenciones de salud en este grupo poblacional.

El segundo beneficio es que toda investigación finaliza con una consejería sobre métodos anticonceptivos.

CONFIDENCIALIDAD

La identidad de la participante será protegida pues la información que se recolecte será de forma anónima. Toda información o datos que pueda identificar al participante serán manejados confidencialmente.

Los datos se utilizarán únicamente para efectos de investigación, es decir, cualquier otro uso que no sea el que se indica, tendrá que realizarse previo consentimiento suyo y de la menor y será evaluado por un comité de ética.

DERECHOS

Si ha leído este documento y ha aceptado que su hija participe, entiende que la participación es completamente voluntaria y que ella tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tienen derecho a no contestar alguna pregunta en particular .

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor Comuníquese con la Srta. Pilar Diego Damián Cel. 994907524, e-mail: pilardiego10@hotmail.com y/o la Srta. Griselda Huarcaya Conislla Cel 998954422 ,e-mail: grishc22@hotmail.com

De tener alguna pregunta sobre sus derechos como participante o reclamación o queja relacionada con su participación en este estudio puede comunicarse con la Unidad de Investigación de la OEAIDE del INMP al teléfono 3281370-Anexo1253'

Su firma en este documento significa que usted ha decidido que la menor participe, después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Nombre del padre o apoderado

Firma

Fecha

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con el arriba firmante. Le he explicado los riesgos y beneficios del estudio.

Nombre del entrevistador

Firma

Fecha

Anexo 3

ASENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del Proyecto de Investigación: “Factores Familiares y Reproductivos Asociados al Embarazo Reincidente (repetido). Instituto Nacional materno Perinatal.2008”.

Nombre de los Investigadores:
Bach. Pilar Carla Diego Damián
Bach.Griselda Jullisa Huarcaya Conislla

Parte I: Información

Introducción

Mi nombre es (nombre del entrevistador)_____ y mi trabajo consiste en investigar que influye para que las madres adolescentes se vuelven a embarazar. Con este trabajo deseo optar el Titulo de Licenciada en Obstetricia.

Te voy a dar información e invitarte a tomar parte de este estudio de investigación. Puedes elegir si participas o no. Hemos discutido esta investigación con tus padres/apoderado y ellos saben que te estamos preguntando a ti también para tu aceptación. Pero si no deseas tomar parte en la investigación no tiene porque hacerlo, aún cuando tus padres lo hayan aceptado.

Puedes discutir cualquier aspecto de este documento con tus padres o amigos o cualquier otro con el que te sientas cómodo. Puedes decidir participar o no después de haberlo discutido. No tienes que decidirlo inmediatamente.

Puede que haya algunas palabras que no entiendas o cosas que quieras que te las explique mejor porque estás interesado o preocupado por ellas. Por favor, puedes pedirme que pare en cualquier momento y me tomaré tiempo para explicártelo.

Objetivo: ¿Porqué se esta haciendo esta investigación?

Queremos encontrar que causa que las adolescentes que ya han tenido algún embarazo tengan nuevamente otro embarazo en su adolescencia. Creemos que esta investigación nos ayudará para poder darles una mejor atención y hacer estrategias para evitar un nuevo embarazo.

Elección de participantes: ¿Porqué se te pide a ti?

Estamos realizando esta investigación en personas de tu edad –entre los 14 y los 19 años- que han tenido como mínimo un embarazo , han nacido en Lima y viven en los distritos mas poblados de esta ciudad.

La participación es voluntaria:

No tienes porque participar en esta investigación si no lo deseas. Es tu decisión si decides participar o no en la investigación, está bien y no cambiara nada. Esta es todavía tu hospital, todo sigue igual que antes. Incluso si dices que “sí” ahora, puedes cambiar de idea más tarde y estará bien todavía.

Procedimientos ¿Qué va a suceder?

Si aceptas participar en este estudio, se te hará una sola entrevista, que consta de una serie de preguntas, las cuales puedes contestar las que quieras. Tomara aproximadamente 20 minutos . No hay respuestas correctas e incorrectas.

Riesgos y beneficios

No existen riesgos en el estudio de sufrir ningún tipo de daño físico, psicológico u otro. El beneficio que tendrás es que toda investigación finaliza con una consejería sobre métodos anticonceptivos .Además tu información nos permitirá mejorar las atenciones de salud en este grupo de personas.

Confidencialidad:

No diremos a otras personas que estas en ésta investigación y no compartiremos información sobre ti a nadie que no trabaje en el estudio de investigación. La información recogida será retirada y nadie sino los investigadores podrá verla. Cualquier información sobre usted, tendrá un número en vez de su nombre. Solo los investigadores sabrán cual es su número.

A Quien Contactar: ¿Con quién puedes hablar para hacer preguntas?

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor Comuníquese con la Srta. Pilar Diego Damián Cel. 994907524, e-mail: pilardiego10@hotmail.com y/o la Srta. Griselda Huarcaya Conislla Cel 998954422 ,e-mail: grishc22@hotmail.com

De tener alguna pregunta sobre tus derechos como participante o reclamación o queja relacionada con tu participación en este estudio puede comunicarte con la Unidad de Investigación de la OEAIDE del INMP al teléfono 3281370-Anexo1253'

Si elegiste ser parte de esta investigación, también te daré una copia de esta información para ti. Puedes pedir a tus padres que lo examinen si quieres.

PARTE 2: **Formulario de Asentimiento**

Entiendo que con la investigación se quiere encontrar que causa que las adolescentes que ya han tenido algún embarazo tengan nuevamente otro embarazo en su adolescencia. Para lo cual se me hará una entrevista, que consta de una serie de preguntas, de las cuales puedo contestar las que quiero. Y que mis respuestas serán confidenciales. Sé que puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo. Sé que puedo retirarme cuando quiera. Se me ha leído la información y la entiendo. Me han respondido las preguntas y sé que puedo hacer mas preguntas después si las tengo. Acepto participar en la investigación.

Nombre del participante

Firma

Fecha

He informado el contenido de esta Hoja de Asentimiento con el arriba firmante. Le he explicado los riesgos y beneficios del estudio.

Nombre del entrevistador

Firma

Fecha

Anexo 4

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

Embarazo reincidente en adolescente. Se define como la gestación mayor a dos, es decir, aquella adolescente que luego de tener un embarazo o un aborto, nuevamente tiene una gestación.

Factores reproductivos. Consisten en una serie de factores de riesgo que incrementan la posibilidad de presentar embarazo reincidente en la adolescencia.

Edad menarquía. Edad en años cumplidos del momento en que inició su menstruación.

Edad de la primera relación sexual: Edad en años cumplidos cuando la adolescente tuvo su primera relación coital.

Andría: numero de parejas sexuales de la adolescente.

Edad del primer embarazo. Edad en años cumplidos cuando la adolescente gestó por primera vez.

Resultado perinatal del primer embarazo. Antecedente de la adolescente de algún aborto provocado o espontáneo, muerte fetal, recién nacido prematuro, muerte neonatal.

Uso de método anticonceptivo antes de la primera gestación. Utilización de uno o varios métodos anticonceptivos antes de la primera gestación, pudiendo ser el uso siempre, a veces o nunca.

Tipo de método anticonceptivo utilizado antes de la primera gestación. Corresponde a tipo de método anticonceptivo elegido, pudiendo ser natural, de barrera, hormonal (A.oral, inyectables), dispositivo intrauterino u otro antes de la primera gestación.

Uso de método anticonceptivo después de la primera gestación. Utilización de uno o varios métodos anticonceptivos después de la primera gestación, pudiendo ser el uso siempre, a veces o nunca.

Tipo de método anticonceptivo utilizado después de la primera gestación. Corresponde a tipo de método anticonceptivo elegido, pudiendo ser natural, de barrera, hormonal (A.oral, inyectables) , dispositivo intrauterino u otro después de la primera gestación.

Uso de método anticonceptivo antes de la última gestación. Utilización de uno o varios métodos anticonceptivos antes de la última gestación, pudiendo ser el uso siempre, a veces o nunca.

Tipo de método anticonceptivo utilizado antes de la última gestación. Corresponde a tipo de método anticonceptivo elegido, pudiendo ser natural, de barrera, hormonal (A.oral, inyectables), dispositivo intrauterino u otro antes de la ultima gestación.

Factores familiares. Consisten en una serie de factores de riesgo dependientes de determinantes familiares que influyen en el embarazo reincidente de la adolescente.

Tipo de familia. Consiste en la identificación del tipo de familia que presenta la adolescente, puede ser monoparental, biparental u otro.

Reacción de la familia al enterarse del primer embarazo de la adolescente: respuesta inmediata de los padres u otro familiar en el momento de recibir la noticia del embarazo de la adolescente.

Actitud hacia el primer embarazo por parte de la familia. Forma de actuar de los padres, pareja u otro familiar después de enterarse del embarazo de la adolescente, pudiendo ser esta de aceptación o rechazo.

Actitud de la pareja hacia el primer embarazo. Forma de actuar de la pareja después de enterarse del embarazo de la adolescente, pudiendo ser esta de aceptación o rechazo.

Antecedente de embarazo adolescente en la familia de origen. Presencia de algún embarazo de la madre y/o hermana de la adolescente cuando estas tuvieron menos de 20 años.

Relación con los padres. Trato entre la adolescente con su padre y madre, pudiendo ser muy buena, buena, regular, mala , muy mala.

Tipo de relación de la adolescente con la pareja. Consiste en la identificación de la relación de la adolescente con su pareja de la primera gestación, pudiendo ser muy buena, buena, regular, mala, muy mala.

Apoyo familiar dado a la adolescente durante su primera gestación: ayuda económica y/o emocional que la adolescente recibe parte de sus padres u otro familiar en su primer embarazo. Pudiendo ser esta total, parcial o ninguna.

Apoyo de la pareja a la adolescente durante su primera gestación: ayuda económica y/o emocional que la adolescente recibe por parte de su pareja u otro familiar en su primer embarazo. Pudiendo ser esta total, parcial o ninguna.

Grado de instrucción.- Nivel de preparación académica de un individuo

Ocupación.- labor que desempeña un individuo para obtener un beneficio personal

Estado civil.- situación legal del individuo ante la sociedad.

Lugar de nacimiento.- Departamento de origen

Lugar de residencia.- Distrito en el que vive actualmente

Número de gestaciones. Cantidad de gestaciones, sean estas, embarazos o abortos que ha presentado la adolescente.

Número de hijos vivos. Cantidad de hijos vivos que manifiesta la adolescente.

Periodo intergenésico corto. Intervalo menor de dos años.

ANEXO 5

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
**FACTORES FAMILIARES Y REPRODUCTIVOS ASOCIADOS AL EMBARAZO REINCIDENTE EN ADOLESCENTES -
 INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL - 2008**

FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS

Encuesta: Nro _____

Fecha: ___/___/___ Hora: _____

Buenos días(tardes):

Se esta trabajando en un estudio que servirá para la elaboración de una tesis profesional acerca del embarazo reincidente en la adolescencia. Para ello le pediría que fuera tan amable de contestar unas preguntas con la mayor sinceridad posible. Tus respuestas serán confidenciales y anónimas, no hay respuestas correctas e incorrectas. Muchas gracias por su colaboración.

DATOS GENERALES

1. Edad _____ (años)

2. Grado de instrucción

Ninguna [0]
 Primaria [1]
 Secundaria incompleta [2]
 Secundaria completa [3]
 Superior [4]

3. Ocupación

Ama de casa [1]
 Estudiante [2]
 Trabaja [3]

4. Estado Civil antes del primer embarazo

Soltera [1]
 Casada [2]
 Conviviente [3]
 Otro [4]

5. Estado Civil después del primer embarazo

Soltera [1]
 Casada [2]
 Conviviente [3]
 Otro [4]

6. Lugar de nacimiento

Lima [1]
 Provincia [2]

7. Lugar de residencia (distrito)

Familiares	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala	Ninguno
Padre	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Madre	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Otro Famil.	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Pareja	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	SJL		[1]			
	Comas		[2]			
	Otro		[3]			

FACTORES FAMILIARES

8. Tipo de familia

Monoparental [1]
 Biparental [2]
 Otro [3]

9. Padres separados.

Si [1]
 No [2]
 Otro [3]

10. Antecedente de embarazo adolescente en la familia

No tiene [0]
 Madre [1]
 Hermana [2]

- | | |
|-----------|-------|
| Madre+Hna | [3] |
| Otro fam | [4] |
11. Conocimiento de la familia del 1er embarazo
- | | |
|----|-------|
| Si | [1] |
| No | [2] |
12. ¿Cómo fue la reacción de su familia al enterarse del primer embarazo?
- Actitud de la familia hacia el primer embarazo**
13. actitud del padre
- | | |
|------------|-------|
| Rechazo | [1] |
| Aceptación | [2] |
| Ninguno | [3] |
14. Actitud de la madre
- | | |
|------------|-------|
| Rechazo | [1] |
| Aceptación | [2] |
| Ninguno | [3] |
15. Actitud de otro familiar
- | | |
|------------|-------|
| Rechazo | [1] |
| Aceptación | [2] |
| Ninguno | [3] |
16. Apoyo emocional de la familia al primer embarazo
- | | |
|----|-------|
| Si | [1] |
| No | [2] |
17. Apoyo económico de la familia al primer embarazo
- | | |
|---------|-------|
| Total | [1] |
| Parcial | [2] |
| Ninguna | [3] |
18. Actitud de la pareja hacia el 1er embarazo
- | | |
|------------|-------|
| Rechazo | [1] |
| Aceptación | [2] |
| No sabe | [3] |
19. Apoyo económico de la pareja al primer embarazo
- | | |
|---------|-------|
| Total | [1] |
| Parcial | [2] |
| Ninguna | [3] |
- Relación de la adolescente con sus padres antes 1E**
20. Relación con el padre.
- | | |
|-----------|-------|
| Muy buena | [1] |
| Buena | [2] |
| Regular | [3] |
| Mala | [4] |
| Muy mala | [5] |
| Ninguna | [6] |
21. Relación con la madre.
- | | |
|-----------|-------|
| Muy buena | [1] |
| Buena | [2] |
| Regular | [3] |
| Mala | [4] |
| Muy mala | [5] |
| Ninguna | [6] |
22. Tipo de relación con la pareja.
- | | |
|-----------|-------|
| Muy buena | [1] |
| Buena | [2] |
| Regular | [3] |
| Mala | [4] |
| Muy mala | [5] |
| Ninguna | [6] |
23. Persona con quién vivía antes del primer embarazo
- | | |
|----------------|-------|
| Padre | [1] |
| Madre | [2] |
| Padre y madre | [3] |
| Pareja | [4] |
| Sola | [5] |
| Otra | [6] |
| Padres +pareja | [7] |
24. Persona con quién vive ahora
- | | |
|----------------|-------|
| Padre | [1] |
| Madre | [2] |
| Padre y madre | [3] |
| Pareja | [4] |
| Sola | [5] |
| Otra | [6] |
| Padres +pareja | [7] |
25. Edad de la pareja del primer embarazo____(años)
26. Clasificación de la pareja según edad
- | | |
|----------------|-------|
| Adolescente | [1] |
| No adolescente | [2] |
27. Edad de la pareja del segundo embarazo____(años)
28. Clasificación de la pareja según edad
- | | |
|----------------|-------|
| Adolescente | [1] |
| No adolescente | [2] |
- FACTORES REPRODUCTIVOS**
29. Edad de la menarquia _____ (años)
30. Edad de la primera relación sexual ____ (años)
31. Numero de parejas sexuales____
32. Edad del primer embarazo _____ (años)
33. Planificación del primer embarazo
- | | |
|----|-------|
| Si | [1] |
| No | [2] |
34. Planificación del segundo embarazo

- | | | | | | |
|--|----|-------|--|---------|-------|
| | Si | [1] | | | |
| | No | [2] | | Siempre | [1] |
35. Número de gestaciones _____
36. Número de partos _____
37. Número de hijos vivos _____
38. Condición Obstétrica
- | | | | | | |
|--|-------------|-------|--|---------|-------|
| | Post aborto | [1] | | A veces | [2] |
| | Gestante | [2] | | Nunca | [3] |
| | Puérpera | [3] | | | |
39. *Periodo intergenésico entre la 1ra y 2da gestación*
_____ (meses)
40. *Periodo intergenésico entre la 2da y 3ra gestación*
_____ (meses)
41. Actitud materna hacia los métodos anticonceptivos antes 1E
- | | | | | | |
|--|--------------|-------|--|--|--|
| | Aceptación | [1] | | | |
| | Rechazo | [2] | | | |
| | Indiferencia | [3] | | | |
42. Actitud de la pareja hacia los métodos anticonceptivos antes 1E
- | | | | | | |
|--|--------------|-------|--|--|--|
| | Aceptación | [1] | | | |
| | Rechazo | [2] | | | |
| | Indiferencia | [3] | | | |
43. Uso de método anticonceptivo antes de la primera gestación
- | | | | | | |
|--|---------|-------|--|--|--|
| | Siempre | [1] | | | |
| | A veces | [2] | | | |
| | Nunca | [3] | | | |
44. Tipo de método anticonceptivo utilizado antes de la 1ra gestación
- | | | | | | |
|--|------------------|-------|--|--|--|
| | Natural | [1] | | | |
| | Barrera | [2] | | | |
| | A.oral | [3] | | | |
| | Inyectables[4] | | | | |
| | DIU | [5] | | | |
| | Otro | [6] | | | |
| | Ninguno | [7] | | | |
| | Oral +iny | [8] | | | |
45. *Uso de método anticonceptivo después de la primera gestación*
- | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
46. *Tipo de método anticonceptivo utilizado después de la 1ra gestación*
- | | | | | | |
|--|------------------|-------|--|--|--|
| | Natural | [1] | | | |
| | Barrera | [2] | | | |
| | A.oral | [3] | | | |
| | Inyectables[4] | | | | |
| | DIU | [5] | | | |
| | Otro | [6] | | | |
| | Ninguno | [7] | | | |
| | Oral +iny | [8] | | | |
47. *Uso de método anticonceptivo antes de la última gestación*
- | | | | | | |
|--|---------|-------|--|--|--|
| | Siempre | [1] | | | |
| | A veces | [2] | | | |
| | Nunca | [3] | | | |
48. *Tipo de método anticonceptivo utilizado antes de la última gestación*
- | | | | | | |
|--|------------------|-------|--|--|--|
| | Natural | [1] | | | |
| | Barrera | [2] | | | |
| | A.oral | [3] | | | |
| | Inyectables[4] | | | | |
| | DIU | [5] | | | |
| | Otro | [6] | | | |
| | Ninguno | [7] | | | |
| | Oral +iny | [8] | | | |
49. Antecedente obstétrico
- | | | | | | |
|--|----------------------|-------|--|--|--|
| | Aborto | [1] | | | |
| | Muerte fetal | [2] | | | |
| | Prematuro | [3] | | | |
| | Muerte neonatal | [4] | | | |
| | Recién nacido normal | [5] | | | |
| | 1+5 | [6] | | | |
| | 1+emb. actual | [7] | | | |