

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE OBSTETRICIA

**Factores biopsicosociales relacionados al
embarazo en adolescentes del Centro
Materno Infantil "Juan Pablo II" de Villa el
Salvador – 2005**

TESIS para obtener el título profesional de LICENCIADA EN OBSTETRICIA

AUTOR

Rocío Miranda Palacios

ASESOR Mercedes Gonzales Velasco

LIMA – PERÚ 2005

| | |
|---|-----------|
| .. | 1 |
| AGRADECIMIENTO . | 3 |
| RESUMEN . | 5 |
| CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN . . | 7 |
| CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE ESTUDIO . | 9 |
| 3.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA . | 9 |
| 3.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA . | 10 |
| 3.3. FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN . . | 10 |
| 3.3.1. OBJETIVO GENERAL . | 11 |
| 3.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS . . | 11 |
| 3.4. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA . | 11 |
| CAPÍTULO III. MARCO TEORICO / CONCEPTUAL . | 13 |
| 4.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO . . | 13 |
| 4.2. BASES TEÓRICAS . . | 17 |
| 4.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES - PROCESO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES . | 25 |
| 4.3.1 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO . | 25 |
| CAPITULO IV. MATERIALES Y METODOS . . | 29 |
| 5.1 AREA DE ESTUDIO . . | 29 |
| 5.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN . . | 30 |
| 5.2.1 TIPO DE ESTUDIO: . . | 30 |
| 5.2.2 POBLACIÓN: . . | 30 |
| 5.2.3 MUESTRA . | 30 |
| 5.3 TÉCNICAS . | 31 |
| 5.3.1 MÉTODO: . . | 31 |
| 5.3.2 TÉCNICA: . . | 31 |
| 5.4. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS . | 31 |

| | |
|-------------------------------|----|
| 5.5 PLAN DE PROCEDIMIENTO . . | 33 |
| 5.6 PLAN DE ANÁLISIS . . | 33 |
| CAPÍTULO V. RESULTADOS . . | 35 |
| CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN . . | 37 |
| CONCLUSIONES . . | 45 |
| RECOMENDACIONES . | 47 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS . | 49 |
| ANEXOS . | 55 |

DEDICATORIA *Dedico este trabajo a Dios y le doy gracias por dejarme conocerle, amarle y seguirle A mis padres Hernán y Beatriz por su abnegación y apoyo constante Asi como también a las “Cruzadas de Santa María” por su permanente ayuda*

AGRADECIMIENTO

Agradezco de una manera especial a la Dra. Mercedes Gonzáles Velasco y a las Obstetrices y Obstetras del Centro Materno Infantil “Juan Pablo II de Villa El Salvador, sin cuyo apoyo no hubiese sido posible la culminación de la presente tesis ”

RESUMEN

OBJETIVO: Conocer los factores biopsicosociales relacionados al embarazo en gestantes adolescentes atendidas

MATERIAL Y METODOS: Estudio descriptivo, transversal, prospectivo, observacional, basado en 94 gestantes adolescentes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Fueron incluidas por ser adolescentes embarazadas, no psiquiátricas, de habla castellana, que deseaban participar en el estudio y que acudían a ser atendidas en el Servicio de Obstetricia: Consultorio Externo, Hospitalización y Psicoprofilaxis Obstétrica del Centro Materno Infantil."Juan Pablo II" (Lima/ Villa el Salvador); en donde fueron encuestadas durante el periodo: 9 de abril al 10 de Mayo 2005. La recolección de datos se realizó a través de una encuesta que fue validada para el estudio; ésta se elaboró siguiendo criterios basados en la bibliografía consultada y en dos inventarios psicológicos adaptados y validados en anteriores investigaciones en la población peruana: Inventario de Eysenck forma B para la medición del tipo de personalidad y estabilidad emocional y el Inventario de Coopersmith para medir el nivel de autoestima. Se elaboró una base de datos de lo recolectado en el programa Microsoft Excel, los cuales fueron introducidas y analizadas en el programa SPSS versión 12; el análisis estadístico de los resultados se efectuaron mediante la estadística descriptiva (frecuencias absolutas y relativas, representación gráfica) y la estadística inferencial (prueba de chi cuadrado, nivel de significancia)

RESULTADOS:

FACTORES ANTROPOMÉTRICOS: Según el grupo etáreo el 86.2% de las gestantes adolescentes tenían entre 17 a 19 años (adolescencia tardía); con relación al estado civil el 64.9% convivían; el grado de instrucción con mayor porcentaje (50%) fue educación secundaria incompleta; en cuanto a la ocupación el 64.9% fueron amas de casa. La región de nacimiento con mayor porcentaje fue la costa (84%)

FACTORES OBSTÉTRICOS: Gravidez: El 77.7% fueron primigestas. Paridad: el 84% fueron nulíparas y sólo el 2.2% fueron multíparas.

FACTOR BIOLÓGICO: El 89.4% no tuvo menarquia temprana; el 10.6% si presentó

FACTORES PSICOLÓGICOS: El tipo de personalidad extrovertido o fuerte representó el 57.4 %. La inestabilidad emocional fue de un 58.5 %; el nivel de autoestima media representó el 32.8%.

FACTORES SOCIALES- ENTORNO FAMILIAR: El tipo de familia nuclear fue 56.4%; en cuanto al estado civil de los padres la unión estable fue el 45.7%, el 63.8% tuvo inestabilidad familiar, el tipo de patrón de crianza permisivo fue de 50%; el 26.6% de los casos sus madres experimentaron el embarazo en la adolescencia; la comunicación intrfamiliar se presentó en el 58.5%; de este porcentaje el 45.7% tuvo una comunicación intrafamiliar inadecuada. Se encontró que relación significativamente estadística entre: el tipo de familia y el estado civil de los padres ($p=0.000$); entre la inestabilidad familiar y el tipo de familia ($p=0.000$); entre la inestabilidad familiar y el estado civil de los padres ($p=0.000$); entre el tipo de patrón de crianza y el tipo de familia ($p=0.011$); entre el antecedente de embarazo y el tipo de familia ($p=0.011$)

FACTORES SOCIALES – ENTORNO SOCIAL: La educación sexual incompleta

inadecuada fue del 83%, no tiene un modelo positivo de identidad el 62.8%; el inicio precoz de relaciones sexuales fue de un 100%; el 94.7% no tuvo presión de amigos para inició de sus relaciones sexuales ; el 61.7% tuvo sobrestimulación de los medios de comunicación para el inició de sus relaciones sexuales; el recurso económico bajo fue del 91.5%, el 69.1%, no tiene problemas de alcoholismo, ni el 91.5% de tabaquismo y el 97.9 no ha tenido problemas de drogadicción; se presentó en un 44.7% problemas de violencia familiar y el 19.1% de pandillaje

CONCLUSIÓN:

Al relacionar los factores biopsicosociales se concluye que los factores sociales del entorno familiar están relacionados al embarazo en adolescentes significativamente en comparación con los otros factores.

PALABRAS CLAVES : Factores relacionados al embarazo adolescente Embarazo en la Adolescencia

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

En muchos países el embarazo en la adolescencia es extremadamente común, constituyendo así un problema social, cerca del 50% de la población mundial es menor de 20 años (51). Cada año 15 millones de niños nacen de madres adolescentes,(78) y tienen mayor probabilidad de morir durante los primeros 5 años de vida que aquellos que son hijos de mujeres de 20 a 29 años. (1, 6, 59).En el Perú la gestación en adolescentes representan el 13% en una población adolescente entre 15 a 19 años (35)

.En los últimos tiempos, el embarazo en adolescentes se presenta como un problema social y de salud pública que preocupa a la sociedad en general, por las graves consecuencias que afectan principalmente el bienestar de la madre y del hijo (49, 54,56) y los riesgos psicológicos, sociales, obstétricos significativos que le acompañan (71)

En la mujer el embarazo es un evento trascendental en la vida que puede ser vivido de diferentes maneras por ser un hecho biopsicosocial muy importante. (27,42,76,81)

La aparición precoz de la maternidad es un factor de riesgo importante por los cambios y adaptaciones que exige al organismo el desarrollo del embarazo(61) y constituye una situación problemática que se evidencia en las altas tasas de morbilidad materna perinatal, (69) por ello, cuanto más joven es la madre, mayor probabilidad que su embarazo presente riesgos (49)

El embarazo adolescente, generalmente no deseado, es un grave y complejo problema en la sociedad mundial, que compromete a la adolescente y al recién nacido, a la familia y a la sociedad; (54) supone un impacto negativo sobre la condición física,

emocional de la joven, además de condicionar definitivamente su estilo de vida, por lo que constituye para las jóvenes que resultan embarazadas un problema tanto social como médico;(62) el que expone a las adolescentes a una situación de ruptura con la posibilidad de continuar desarrollando su proyecto de vida. Este acontecimiento le hace entrar en un mundo adulto, lo que significa asumir un rol nuevo; ser madre, comenzando a limitar sus potenciales de desarrollo personal y variar su proyección de vida (54, 56).

Es importante conocer las características de la etapa adolescente para poder interpretar actitudes y comprender a las adolescentes, especialmente durante un embarazo, sabiendo que: “una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el hecho de estar embarazada (49)

Dicha realidad se ve reflejada en una de las entidades de salud como es el Centro Materno Infantil “Juan Pablo II” (CMI-JPII) del Distrito de Villa El Salvador; lugar de estudio; en el cual la estadística institucional hasta el año 2004 refleja que el 20% anual del total de partos institucionales son de adolescentes, situación que tiende a continuar y a incrementarse en el tiempo subsiguiente.

CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE ESTUDIO

3.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En el Encuentro Multidisciplinario para el Trabajo con Adolescentes en el Distrito de Villa El Salvador en el 2003, el Comité “Ananias Villar” nos dio algunos elementos diagnósticos de la población adolescente del distrito: de una población de 374 517 habitantes; el 16% tiene edades que fluctúan entre los 12 y 17 años de edad, lo que representa unos 60800 adolescentes, los que se encuentran en situación de riesgo, ya que son un grupo vulnerable de la población que está pasando por una serie de cambios en su vida; físicos, psicológicos, sociales y ambientales.

Según la Unidad de Estadística de la Red de Servicios de Salud de Villa El Salvador – Lurin - Pucusana –Pachacamac; la microrred de salud “Juan Pablo II”, brinda atención a 99 952 personas que equivalen al 29% del total de la población que atiende la presente Red. Dicha microrred está formada por el Centro Materno Infantil “Juan Pablo II” como sede principal y los cinco puestos de salud a su cargo: P.S. Fernando Tuyo Sierra, P.S. Cristo Salvador, P.S. Sarita Colonia, P.S. Oasis de Villa y P.S. SASBI

El Centro Materno Infantil “Juan Pablo II”, brinda servicios de salud a 44 978

personas; cantidad que representa al 45% de la población atendida por la microrred.

La población adolescente distrital es 67 605 habitantes que representan el 19.6% del total de la población del distrito de Villa El Salvador, de los cuales pertenecen a la jurisdicción el 29% del total de la población adolescente.

Según las estadísticas institucionales se conoce que en el tercer trimestre 2002 fueron atendidas 210 gestantes adolescentes, mientras que en el tercer trimestre 2003 sólo fueron atendidas 197; observándose una disminución del número de atenciones de las mismas; lo que nos hace pensar que los partos institucionales también tenderían a disminuir; pero, paradójicamente se observa lo contrario; ya que el número de partos institucionales atendidos en el Centro Materno han aumentando de 117 a 141 en el mismo período.

Dentro del primer semestre 2003 hubo un total de de 147 gestantes adolescentes atendidas de las cuales 120 llevaron y culminaron su embarazo sin complicaciones obstétricas; mientras que 27 restantes presentaron alguna complicación obstétrica. (entre las más recurrentes hipertensión inducida por el embarazo, ruptura prematura de membranas, amenaza de aborto, partos inmaduros, etc.); notándose que esto se incremento hasta el tercer trimestre 2003 ya que para este tiempo teníamos un total de 197 gestantes atendidas en la institución de las cuales 159 no presentaron complicaciones obstétricas y las 38 restantes si presentaron.

En el año 2002 se atendieron 158 partos de gestantes adolescentes, los cuales representan el 18.8% del total de partos institucionales; mientras que en los tres primeros trimestres del 2003 se atendieron 141 partos de gestantes adolescentes, incrementándose a 174 partos de gestantes adolescentes al finalizar el año. En el período enero a octubre 2004 se han llegado a atender 187 partos institucionales de adolescentes, lo que representa el 19% del total de la entidad.

En el distrito de Villa El Salvador existen 3 427 madres adolescentes lo que representa el 11.27% del total de adolescentes del distrito, esto quiere decir que en promedio de cada 10 mujeres adolescentes una ya es madre y el 41.7% de las madres ni trabajan, ni estudian; además que el número de hijos promedio por madre adolescente es de 2.

3.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores biopsicosociales relacionados al embarazo en gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Infantil "Juan Pablo II" - 2005?

3.3. FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.3.1. OBJETIVO GENERAL

- Conocer los factores biopsicosociales relacionados al embarazo en gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Infantil "Juan Pablo II" - 2005.

3.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los factores antropométricos - obstétricos relacionados con el embarazo adolescente.
- Determinar la presencia del factor biológico relacionado al embarazo adolescente.
- Establecer que factores psicológicos se presentan.
- Determinar los factores sociales: entorno familiar y social presentes.

3.4. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Actualmente el embarazo adolescente se presenta como uno de los problemas sociales y de salud pública que preocupa a la sociedad en general , ya que la fecundidad presenta mayores riesgos asociados, tanto para la madre como para su hijo, cuando se ejerce en las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer(30,54,57,62)

Las jóvenes entre 15 a 19 años de edad corren un riesgo 2 veces mayor de morir en el parto que las mujeres de 20 a 29 años y en las menores de 15 años el riesgo de morir es 5 veces mayor. (50)

Debido a que el embarazo es tan frecuente a esta edad y conlleva a tantos riesgos para la salud, las complicaciones del mismo representan la principal causa de muerte entre las jóvenes de 15 a 19 años de edad en todo el mundo. (51)

La maternidad o gestación temprana es una realidad patente en el 13% de la población adolescente del Perú (entre 15 y 19 años), de acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES 2000) (21). Cifra que, sin incluir la Costa (de 15 a 20% de partos), se incrementa por factores socioeconómicos y culturales a niveles increíbles: 25% en la sierra y entre 30 a 35% de los partos en la Selva.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INEI) en 1998 el Perú tenía una población de mujeres entre los 15 a 19 años en situación de riesgo de embarazo, el 13,4% del total ya eran madres por primera vez o estaban gestando nuevamente; al mismo tiempo esta realidad se daba en un 31% del total de adolescentes en la Región Amazónica y un 26% del total de adolescentes en el área rural por patrones familiares y culturales de algunas regiones en las que se apoya y acompaña al proceso de embarazo y los primeros años de vida del hijo.(35)

También se conoce que dentro de los departamentos del Perú con mayor porcentaje de madres adolescentes se tiene a Ucayali con 32.9%, Loreto con 29.4%, San Martín con 34.2%, Madre de Dios con 28.4%, Amazonas con 28.1% y a Lima Metropolitana con un 8% según el Plan Nacional de Población 1998 – 2002 de la Presidencia de la República. (49)

.Las tasas porcentuales presentadas anteriormente nos permiten ver que en nuestro país el embarazo adolescente en la última década se está incrementando, además continúa siendo un problema de salud pública y social. Esta realidad se ve plasmada en el distrito de Villa El Salvador en el cual el 11.27% de la población adolescente son madres, con un número promedio de 2 hijos por madre adolescente. En el Centro Materno infantil “Juan Pablo II” de este distrito , el 20% de aptos institucionales anules son de adolescentes.

La presente investigación tiene como objetivo general conocer los factores biopsicosociales relacionados al embarazo en gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Infantil “Juan Pablo II”, del distrito de Villa El Salvador. Este resultado ayudará a continuar el desempeño profesional en Obstetricia como también el trabajo del equipo multidisciplinario de salud; con el fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de la futura madre adolescente y del niño, diseñar y ejecutar estrategias de promoción y prevención en salud, que ayuden a disminuir los embarazos adolescentes y brindar una atención integral a la población adolescente acorde a su realidad.

Por ello se vio por conveniente hacer la investigación de la misma; planteando así el problema que es conocer cuáles son los factores biopsicosociales relacionados al embarazo, en gestantes adolescentes pertenecientes a la jurisdicción del Centro Materno Infantil “Juan Pablo II” del distrito de Villa El Salvador.

CAPÍTULO III. MARCO TEORICO / CONCEPTUAL

4.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Pérez Arnoldo y Col. (6) realizaron un estudio en 61 adolescentes embarazadas y 122 no embarazadas, para determinar los factores sociales asociados a la gestación precoz en el área de salud del Policlínico Docente “28 de setiembre” de Santiago de Cuba, durante 1997, demostraron que la maternidad a destiempo está condicionada por múltiples factores, entre los cuales revisten particular importancia los psicosociales, considerados como la causa principal de este problema de salud. Se aprecia que alrededor de las $\frac{3}{4}$ partes de los casos (73.8%) de embarazo precoz poseen factores sociales asociados como inestabilidad familiar y no convivir con los padres, mientras que más de la mitad (67.2%) poseía una educación sexual deficiente.

Las publicaciones realizadas por Ruoti M. y Col (76) :“Sexualidad y embarazo adolescente”; Elster A.B., Lamb (20): “The medical and Psychosocial impact of comprehensive care on adolescent pregnancy and parenthood y de Villasaca P. sobre “La embarazada y la madre adolescente”, destacan que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (73% al 93%). (90)

Chirinos de Cora(15) en su artículo: "Embarazo en la adolescencia", manifiesta que ha observado un incremento del embarazo en las adolescentes y considera que esto se debe a múltiples factores, entre los cuales menciona la constitución de la familia, las condiciones sociales y culturales y los medios de comunicación masiva. La familia y las condiciones socioeducativas constituyen un factor esencial, porque generalmente las madres adolescentes provienen de hogares mal constituidos, hogares de madres solteras, divorciadas, sin comunicación adecuada de padre a hija, con un nivel educativo bajo, donde no se da importancia a la educación sexual. Los medios de comunicación masiva influyen en las relaciones sexuales, si bien en ellos se incluyen temas de educación sexual, también se ven programas con cierto grado de erotismo, que son observadas por los niños y pueden influir en el inicio de la vida sexual a una edad temprana

Dos estudios realizados por Vásquez Márquez A. y Col. (88) "Repercusión materna del embarazo precoz" y por Forman S.F., y Col (25): Follow – up of pregnant teens at a hospital –based clinic J. Adolesc Health hallaron un predominio de madres adolescentes en los grupos de 17 y 18 años seguido de los de 19 años.

Fernández Lilian y Col(22) realizaron un estudio sobre la "Caracterización de la gestante adolescente" al estudiar a 1675 nacidos vivos, de los cuales 206 (12.3%) sus madres fueron adolescentes y el 45% ellas eran menores de 18 años. La edad promedio fue de 17.5 años, siendo la edad de la menor 13 años y de la mayor de 19 años. La frecuencia de solteras fue mayor en las adolescentes menores de 18 años

Mirabal Grisell y Col(52) realizaron un estudio titulado "Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia" buscando evaluar la repercusión biopsicosocial que tiene el embarazo en la adolescencia al estudiar 150 embarazadas adolescentes, resaltando que el mayor porcentaje (47.3%) pertenecen al grupo de edad entre 16-17 años, con nivel secundario y la mayoría inicio su actividad sexual entre los 14 y 15 años (43.3%); predominaron las pacientes con estado civil no casado; inicio de la menarquia entre los 9 a 13 años (88%); el 4.7% tiene de estudios nivel primario el 14.6%, preuniversitario y el 80.7% nivel secundario; sólo el 4 % ha continuado sus estudios. En cuanto al estado civil, el 50% son convivientes, el 28% solteras, el 14.7% separadas y el 7.3% casadas; concluyendo que el embarazo en la adolescencia tiene gran repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo a medida que ocurre en edades más tempranas ésta es más evidente.

El Instituto Materno Perinatal y el Ministerio de Salud, (50) publicaron en el mes de mayo del 2000, el Manual de Adolescencia y Salud Reproductiva, en el cual expone que la maternidad precoz constituye un problema social, al estudiar 1040 gestantes adolescentes que acudieron al servicio de adolescencia. Dentro de los resultados obtenidos figura que el 43 % son madres solteras; el 54% viven en unión estable conjuntamente con sus padres de los que dependen económicamente y el 3 % son casadas. El 62 % de las adolescentes son limeñas, hijas de migrantes, el 80% tienen instrucción secundaria y sólo el 20 % ha culminado este nivel; el 16 % ha concluido su instrucción primaria. Las iletradas representan el 0.5%, quienes presentan problemas para incorporarse al mercado laboral formal; optando por realizar actividades informales y marginales. El 62 % de las adolescentes se encuentran desempleadas, dedicadas al

hogar; dicha situación está condicionada por su estado de embarazo, que les obliga a interrumpir los estudios y cualquier actividad remunerada a depender del apoyo de la pareja, padres y otras personas. El 10 % trabajan desempeñando oficios minoritarios o como empleadas del hogar, y el 28% acuden a la escuela en estado de gestación; el tipo de familia de la que proceden está familia es constituida en un 48 % y el 38 % está desintegrada; el 14 % pertenecen a familias incompletas; el 5 % refieren consumo de alcohol y el 4% drogas.

Gutiérrez T. (32) investigó: "Situación sociofamiliar y nivel de autoestima de la madre adolescente" en este estudio incluyó a 267 adolescentes entre 12 y 20 años; entre los resultados con relación a la variable de situación sociofamiliar, se obtuvieron que en la dimensión personal, la edad promedio es 17 años, se dedican a las labores del hogar el 84%; viven en unión libre el 52%, tienen primaria básica. En la dimensión obstétrica tuvieron un embarazo el 57%; el 66% tiene actualmente un hijo, 75% inició vida sexual activa entre los 12 y los 16 años. En la dimensión familiar el 62% pertenecen a familias nucleares; 51% de los casos de los padres están casados, 44% viven actualmente con su pareja. En 70% tiene una comunicación armoniosa intrafamiliar. El nivel de autoestima de la madre adolescente en 54% es correcto y 46 % tiene autoestima narcisista.

Charlton, (13). realizó el estudio: "Definir la relación que existe entre el embarazo en la adolescencia y la escolaridad", fue aplicada a 30 adolescentes; el grupo estaba conformado por mujeres de 15-22 años de edad; se mostró que las adolescentes participantes quedan embarazadas después de haber desertado de su educación formal, existe un factor de riesgo en el entorno familiar y social que les permite un comportamiento cultural propio del lugar que es el embarazo en la adolescencia en forma generacional. También se comprobó que estas mujeres inician su actividad sexual más o menos 3 años después de su menarquia. (63%); 56% de ellas tiene entre 19-22 años, el 44% tienen edades entre 15-18 años. El promedio de edad 18 años. Predomina como estado civil, soltera (60%), unión libre (23.3%), casadas (16.7%.)

Gudiel y Caffaro(30) realizaron un estudio:"Perfil social de las madres adolescentes", en donde manifiestan que el embarazo adolescente es un problema social importante incluyeron 210 madres adolescentes de las cuales las menores tenían entre 13 a 17 años el 51.4 % estaban entre 15 y 17 años. El 48.1% convivía. El 58.1 % de madres no trabajaba y el 88.6 % eran primigestas.

Pardo. (65) realizó una investigación de tipo exploratorio de los "Niveles de autoestima en adolescentes gestantes en el Instituto Materno Perinatal; las conclusiones a las que llegó es que de las 200 gestantes adolescentes que fueron estudiadas tienen un nivel de autoestima medio bajo en el 66%. El 29.5% un nivel de autoestima medio alto y el 5.5% presenta un nivel de autoestima bajo y sólo un 5.5% un nivel de autoestima alto.

Las "características de salud reproductiva en gestantes adolescentes atendidas en el Instituto Materno Perinatal" fueron investigadas por Lucich, (43) en 400 gestantes adolescentes y se obteniendo los siguientes resultados: el 34% de las encuestadas tienen 18 años, su menarquia comienza a los 14 años en un 21,5% y sus primera relación sexual es a los 16 ó 17 años en un 27.3%; conviven en un 59%, por el embarazo; sus

padres son casados (52.8%)

Maruzzella Valdivia, (46) investigó: "Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en Menores de 15 años" en la cual analiza variables psicológicas asociadas a la maternidad de mujeres adolescentes menores de 15 años, comparándolas con madres entre 20 y 34 años y adolescentes no madres ni embarazadas, entre las variables psicológicas investigadas está la autoestima, de la cual se concluyó, que no se observó un nivel de autoestima total significativamente mayor tanto en las madres adultas como en las madres adolescentes menores de 15 años ($p= 0.5$); las adolescentes no madres no presentaron un nivel de autoestima significativamente mayor que las adolescentes madres ($p= 0.12$).

Ávila Gálvez, (10) realizó un estudio: "Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia, año 2000" en adolescentes entre 10 y 19 años, del sexo femenino, con 53 casos que se embarazaron, y el control con 106 adolescentes que no lo hicieron. Se compararon diferentes aspectos de la sexualidad, esfera familiar y sociodemográficos, con el fin de determinar la influencia de algunos aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia. Algo más de la mitad de la población estudiada clasificó en el rango de adolescencia tardía (17 a 19 años); en el grupo de estudio más de la tercera parte de las adolescentes ni estudiaba ni trabajaba; los padres son divorciados (79.3 %) superaron al control (71.8 %). El grupo de estudio superó al control en cuanto a adolescentes criadas solo por la madre (41.5 %). En el control, la madre y el padre estuvieron presentes en el mayor porcentaje (35.9%) En ambos grupos fue mayor la presencia de familias moderadamente disfuncionales, y fueron superadas por el grupo estudio (77.3 a 70.7 %) respectivamente

El Dr. E. Vera(19) realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el Hospital Referencial Provincial Acobamba – Huancavelica; para conocer la incidencia y características clínico epidemiológicas de las gestantes adolescentes atendidas durante 1999. Se encontró una incidencia del 16%, todos correspondientes a la adolescencia tardía (15-19 años). La mayoría proviene de zonas rurales (65%), con estudios primarios (55%) y unión estable con sus parejas (100%). el 70% presentó menarquia entre los 12 a 14 años y un 20% inició su actividad sexual antes de los 15 años. El 15% había estado embarazada previamente; llegando a la conclusión que el deficiente grado de instrucción general y el inicio temprano de relaciones sexuales se relacionan con una alta de incidencia de embarazos adolescentes

Medora & Von der Hellen, 2000.(47) sostienen que no hay relación entre la autoestima y el embarazo adolescente. Arraigada et al., 1991 (8). encontraron diferencias significativas de autoestima entre jóvenes embarazadas y no embarazadas. Gutiérrez, Pascacio, De la Cruz y Carrasco, 2002).(32) encontraron que de las adolescentes embarazadas, el 54% de ellas tenían una autovaloración normal, mientras que un 46% mostraban una autoestima "narcisista", tendiendo a valorar en exceso y a interesarse sólo en su persona.

En relación al nivel socioeconómico, diversas investigaciones tanto nacionales como internacionales coinciden en señalar que las jóvenes que se embarazan precozmente, generalmente pertenecen a nivel socio económico bajo, entre las que se pueden

mencionar en EE.UU. a Corcovan, Franklin y Bennet (2000), Lagana (1999) y en Latinoamérica; Guijarro et al. (1999).(17,31,38)

4.2. BASES TEÓRICAS

I. ADOLESCENCIA

El vocablo “adolescencia” proviene de la voz la latina “adolecere” que significa “crecer”, “avanzar hacia la madurez” (26,48). Conceptuar la adolescencia implica definir criterios polifacéticos en el aspecto biológico, psicológico, y social de una fase vital del hombre y la mujer, en la cual se deja atrás la infancia en la búsqueda del camino hacia la adultez. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido desde el punto de vista cronológico, como el periodo comprendido entre los 10 y 19 años; con el fin de precisar el grupo poblacional para las estrategias de acción en salud del adolescente(4,34,41,48,58,62,)

La adolescencia es un proceso de maduración física, psíquica y sexual, es una etapa de crecimiento que marca la transición entre la infancia y la adultez,(1,11,19,48,51,54,59,62,63) en la cual el joven enfrenta cambios tanto físicos como psicológicos los cuales llevan a un reajuste de conducta, como consecuencia de esto tiene que definir su posición dentro de la familia y comunidad; (9) comienzan a independizarse de los padres, a relacionarse con sus contemporáneos y a adquirir una responsabilidad social básica. (11)

Basados en los criterios de la OMS, se acepta que la adolescencia se divide en tres etapas:

- a. Adolescencia Temprana (10 a 13 años)
- b. Adolescencia Media(14 a 16 años)
- c. Adolescencia Tardía (17 a 19 años) (16,62)

a) ADOLESCENCIA TEMPRANA (10-13 años)

Biológicamente, es el período peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia. Se aprecia preocupación y curiosidad por los rápidos cambios corporales y por la normalidad del proceso de maduración sexual y crecimiento corporal.. Estos cambios físicos juegan un papel importante en el proceso de la imagen corporal; está incierto aún de su propio físico y del resultado final del proceso de crecimiento y maduración sexual.

Psicológicamente, el adolescente comienza a perder interés o atención central en los padres comenzando a orientarse más hacia las amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Se inicia la ruptura de la dependencia que tiene con sus padres y con otros adultos, lo cual se manifiesta por cierta rebeldía. Son frecuentes la no aceptación del consejo y la crítica, una menor obediencia, reclamos sobre las normas paternas acerca de horarios que debe cumplir o de los amigos con quienes tiene que frecuentar; éstas son expresiones comunes del inicio de la independencia. Se pierde un

poco el interés por los asuntos familiares o por pasar ratos con la familia, lo cual causa malestar a los padres.

Al mismo tiempo, el (la) adolescente, sin embargo siente la necesidad de amor, de comprensión, de apoyo y de protección por parte de sus padres y familiares. Es una etapa de tensión y conflictos familiares por causa del / la adolescente, quien busca apoyo en amigos, generalmente en forma aislada y no en grupos. Respecto a su identidad se aprecia que se va perdiendo la "identidad del niño", es decir, este rol claramente definido que le permitía saber concretamente lo que debía y podía hacer. Ahora está sin estatus claro y está comenzando el desarrollo de su plena identidad. Como el pensamiento abstracto está recién emergido y todavía predomina el de tipo concreto, esto no permite un claro avance de los procesos de independencia e identidad

Sin embargo, el fantaseo normal de esta etapa es una expresión de que se está iniciando; aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Por ello idealizan personajes, como figuras modelos que juegan un papel importante en su propio proceso de identificación.. Surge la necesidad de privacidad y el /la adolescente emprende su búsqueda. La autoestima está afianzándose siendo susceptible a la crítica. Así mismo, su vivencia es muy existencial ligada al presente y volcada sobre si misma, habiendo un marcado narcisismo (admiración exagerada que siente alguien por si mismo).

La escala de valores comienza a tener predominio, los principios inculcados por parte de la familia comparándolo con la de sus amigos y el adolescente va formando su propia escala de valores. La programación del futuro a estas edades aún no se ha establecido la vocación, ni tampoco se tiene una visión clara del futuro; son irreales, idealistas, cambiantes.

b) ADOLESCENCIA MEDIA (14-16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; es cuando se está completando prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Los caracteres secundarios se han establecido, está declinando o terminando. Lo que hace que el/la adolescente muestre menos preocupación; pero la imagen corporal aún no está plasmada por lo que hace que traten de ser más atractivos, buscando ser atendidos por el sexo opuesto. Todo esto demuestra incertidumbre respecto a su físico y a su apariencia.

Psicológicamente, es el período de máxima relación con sus amigos, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres; se reduce el interés por los asuntos familiares y por alternar con sus miembros. Se producen mayores conflictos familiares por esa indiferencia y porque la rebeldía es mayor y más desafiante, hay menor control paterno; hay intentos y deseos más claros de emancipación. La identidad está mejor desarrollada, ya que la identificación con el grupo contribuye a afirmar la identidad personal. El narcisismo disminuye, lo que permite que aprecie con una mayor capacidad los sentimientos de otros.

El progreso que experimenta el desarrollo del pensamiento abstracto ayuda al avance del proceso de identidad, pero a la vez, suele producir una sensación de "omnipotencia intelectual ", creyéndose capaces de "saberlo todo", pero al conocer sus limitaciones son proclives a reducir su autoestima, a la depresión, a la rebeldía y al

resentimiento. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas de riesgo.

En la escala de valores el proceso está más avanzado, por el desarrollo del pensamiento abstracto; sin embargo, todavía no se ha establecido definitivamente un código de valores porque reciben gran influencia por parte de sus amigos, al que tiende a imitarlos y asumir conductas de otros, aún cuando se opongan a los principios inculcados dentro de la familia.

La programación del futuro debido al mayor desarrollo intelectual y a la capacidad abstracta, en esta etapa se advierten intereses académicos específicos por ciertas áreas de conocimiento, por profesiones u ocupaciones; que es importante en el proceso de madurez vocacional. Surge mayor capacidad de proyección del futuro, pero no muy definida, percibiéndose aún la vivencia existencial del presente.

c) ADOLESCENCIA TARDIA (17-19 años)

Los adolescentes en etapa son biológicamente maduros, habiendo terminado su desarrollo sexual y su crecimiento. La imagen corporal debe estar plasmada y la aceptan, y el joven despreocupado y satisfecho con su físico. El arreglo personal es menos compulsivo y ansioso.

La sensación de autonomía debe haberse completado y ser satisfactorio. Vuelve el interés por los padres y por los asuntos familiares, se reintegra a la familia y se restablecen relaciones maduras y sin conflictos, a menos que la evolución de este proceso no haya sido satisfactoria. El adolescente mayor se convierte en una entidad separada de su familia paterna que le permite apreciar plenamente la importancia de sus valores y de sus consejos. Las relaciones familiares adquieren mayor compañerismo. Disminuye o desaparece la "dependencia" del grupo de amigos manteniendo sus amistades, las relaciones son más libres e independientes.

La identidad personal y la autoestima deben haber logrado su maduración completa y ser satisfactorias para el individuo. En esta etapa final, debe haberse producido con mayor refinamiento en la concepción de valores morales, éticos, políticos, etc., habiéndose establecido su escala de valores. Debe poseer una perspectiva orientada al futuro, los planes vocacionales y de trabajo deben ser claros, delineados y/o en plena ejecución. Es la parte final de la educación secundaria y los inicios de la educación superior; se inicia el proceso hacia la estabilización socioeconómica y cultural propio del adulto.

"Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada"(36,48,51,54,63)

Los cambios psicológicos más significativos del adolescente son:

- La autoafirmación

- Atracción por lo sexual
- Preocupación por su cambio físico.-
- Inestabilidad emocional
- Ansiedad

En lo social, la autoafirmación le determina necesidades como la búsqueda de su independencia y autoestima. Necesita comprensión para descifrar sus dudas y temores; y es la familia (sobre todo los padres, los primeros que deben dársela;) buscan ser tratados como adultos y ansían ser aceptados. En la escala de valores: buscan modelos y están llenos de ideales, creen en la pureza de ellos. Por esta razón es muy peligroso, que tengan modelos negativos o que éstos los puedan defraudar, porque terminan rebelándose o retrayéndose en su mundo interior.

Necesita actuar conforme a los valores; si en el medio social y cultural en que vive; no se encuentra en directa relación, o no ésta en contacto con valores o ideales y tampoco cuenta con un hogar con modelos a seguir, el adolescente será insensible a dichos valores y puede ser atraído por grupos que desarrollan comportamientos negativos, en los que prevalecen la delincuencia, el pandillaje, el alcoholismo y la drogadicción. Además de la familia, existen otros modelos y valores positivos que el adolescente puede observar y seguir. (48)

II. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Se define al embarazo en la adolescencia aquel que se presenta entre los 14 y 19 años o el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquia y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen. (29,39,40,36,49,73,74,85)

REACCIÓN FRENTE AL EMBARAZO

Se manifiesta variablemente desde la felicidad, indiferencia, temor, vergüenza hasta reacciones psicológicas traumáticas:

- Ignorancia, que la conduce al conformismo como un proceso causal.
- Temor y vergüenza a la crítica y que los padres y familiares se enteren.
- Felicidad, como expresión de amor, de entrega de vinculación definitiva con la pareja.
- Satisfacción psicológica como respuesta a la actitud negativa de la madre.
- Indolencia e indiferencia que le aleja de la atención profesional, manteniendo en secreto.
- Irresponsabilidad que le orienta a medidas abortivas que pueden comprometer su vida y lesionar al feto.
- Esperanza de transferir el problema y la crianza del recién nacido a la madre.
- Reincidencia.

CAUSAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

- Violación
- Mala influencia de amistades y círculo social
- Sexualidad irresponsable y machismo
- Ingenuidad de creer en no poder embarazarse
- Estado socioeconómico bajo
- Desavenencias familiares
- Baja autoestima
- Adolescentes pobres con bajo nivel de escolaridad o sin posibilidades de acceder a la educación
- Falta o desprecio a los valores morales
- Ignorancia del proceso reproductivo, trastornos del comportamiento, promiscuidad, alcoholismo, drogadicción
- Maduración temprana, deseo erótico y curiosidad
- Revolución y liberación sexual (54)

FACTORES RELACIONADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

La maternidad a destiempo está condicionada por múltiples factores; de tipo biológico, psicológicos y sociales; entre los que revisten de particular importancia los psicosociales, que repercuten principalmente en este problema de salud: (6,36,53)

FACTORES ANTROPOMÉTRICOS

Edad: El embarazo en adolescentes es un hecho que se observa con más frecuencia en los últimos años y, lo que es más grave; se produce en edades cada vez menores (80). Se observa que a mayor edad de la adolescente, mayor número de embarazos, siendo el grupo poblacional de mayor incidencia de 15 a 19 años (69)

Estado Civil: La soltería en las adolescentes embarazadas significa una unión inestable con sus parejas generalmente limitada al momento de la concepción; de otro lado la convivencia también puede significar un mayor riesgo a la ruptura de la pareja, conllevando en ambos casos a una mayor susceptibilidad de la adolescente a enfrentar sola su embarazo y/o maternidad (4,14,29,66,71,77,79)

Grado de instrucción: El nivel educativo y la fecundidad adolescente se relacionan directamente ya que a mayor educación menor número de embarazos (49); como también relacionan el bajo nivel educativo con la iniciación sexual precoz, lo cual tiene que ver con la falta de proyectos de vida. (50)

Ocupación: El bajo nivel económico obliga a trabajar antes que estudiar. Las jóvenes con bajo nivel de rendimiento escolar, que sufren graves problemas económicos en el hogar tienen una mayor incidencia de embarazo (51)

Región de nacimiento: (Costa – Sierra - Selva) Según el Plan Nacional de Población 1998 – 2002 de la Presidencia de la República (49) los departamentos del Perú con mayor porcentaje de madres adolescentes son: Ucayali (32.9%), Loreto (29.4%), San Martín (34.2%), Madre de Dios (28.4%), Amazonas (28.1%) y Lima Metropolitana (8%)

FACTOR OBSTÉTRICO

A mayor edad en la adolescencia, mayor número de embarazos, siendo en la etapa tardía la mayor prevalencia (69)

Gravidez: Primigesta (grávida por primera vez); multigesta (mujer en su segundo o posterior embarazo)

Paridad: Nulípara (mujer que no ha parido nunca), primípara (mujer que ha parido una vez). Multípara (mujer que ha parido 2 o más veces).

FACTORES BIOLÓGICOS

Los cambios fisiológicos de la pubertad están caracterizados por ser marcados, entre los que se consideran principalmente la maduración sexual y el crecimiento del adolescente.

En este período se inicia el incremento de la producción de hormonas activadoras secretadas por la glándula pituitaria anterior. Las hormonas de esta glándula a su vez, estimulan a otras glándulas endocrinas para producir otras hormonas relacionadas con la maduración sexual y el crecimiento, como andrógenos, estrógenos y progesterona. El rápido crecimiento y su cambio de fisonomía dificultan los esfuerzos que realiza el adolescente para alcanzar un sentimiento de congruencia consigo mismo, por lo que necesita tiempo para integrar estos nuevos aspectos personales a su conducta social. (69)

El factor biológico presente es la menarquia temprana que otorga madurez reproductiva; las adolescentes son fértiles a menos edad (11 años). La edad de la menarquia ha declinado desde los 17 años, en el siglo XIX hasta los 12 a 13 años, actualmente; llamándose a la menarquia precoz aquella que se presenta en las mujeres a edades menores de los 11 años. Las adolescentes son fértiles a menos edad, por tanto están expuestas al riesgo de embarazarse. (51,59,61)

FACTORES PSICOLÓGICOS

- Búsqueda de afecto y apoyo en una pareja
- Necesidad de adquirir una identidad adulta (vinculan a la práctica sexual con expresión de madurez)
- Búsqueda de autoafirmación a través de la maternidad.(30,49)

El mecanismo imperante en la población femenina adolescente, pudiera ser el de una persona emocionalmente dependiente que necesita de afecto, tiende a desear un embarazo consciente o inconscientemente; pues el niño por nacer realizará todas sus fantasías maternas y la proveerá del amor que la joven tanto anhela (87).

- Inestabilidad emocional (37)
- Personalidad débil, con baja autoestima, y dificultad para expresar sus pensamientos, sentimientos y deseos respecto al sexo, por temor al concepto que la pareja o el grupo pueda tener de él o ella.
- Dificultad de precisar sus propios valores. (49)

Los estudios en salud mental en adolescentes han demostrado que la autoestima es un factor relevante en el desarrollo de los aspectos de personalidad, adaptación social y emocional. Una baja autoestima se asocia con estructuras de personalidad depresivas, narcisista, timidez y ansiedad social. La autoestima influye sobre aspectos importantes de la vida como es el rendimiento escolar, relaciones interpersonales, consumo de drogas, embarazo en adolescencia y reincidencia (55). Uno de los factores que influye sobre la autoestima del adolescente es el entorno familiar (9); también la baja autoestima y el sentimiento de rechazo por grupo de amigos se asocian a una mayor probabilidad de embarazo en la adolescencia (72)

FACTORES SOCIALES

Los aspectos sociales son muy importantes; las embarazadas están expuestas a crisis familiares, discontinuidad escolar, matrimonio forzado incluso el factor social referido al ámbito en el que crece y se desenvuelve la adolescente tiene mayor impacto sobre su embarazo que su edad cronológica (14,79)

Entorno Familiar

- Pertenecer a una familia no nuclear (compuesta, desintegrada)
- Estado civil de sus padres no estable
- Antecedente familiar de embarazo adolescente
- Inestabilidad familiar
- Ausencia de comunicación intrafamiliar
- Tipo de patrón de crianza no democrático

La familia constituye el núcleo básico de socialización de la persona. Allí se inicia el aprendizaje del mundo. En el núcleo familiar se encuentra el soporte afectivo que necesita la adolescente (50,78). Al ser la principal influencia socializadora sobre la adolescente, es esencialmente la trasmisora de conocimiento, valores, actitudes, roles y hábitos de una generación a otra. Por medio de la palabra y el ejemplo la familia moldea la personalidad del adolescente y le infunde modos de pensar y actuar que se vuelven hábitos (9,63).

La familia es el eslabón más importante de la cadena humana, tiene una función decisiva en la educación de los hijos, incluyendo la sexual, de modo que la separación entre los padres trae como resultado numerosos trastornos, problemas sociales y/o conflictos familiares cuando no pueden resolverse (3,9,63)

En las familias donde la autoridad moral es débil, pobremente definida, de padres sin casarse, padres múltiples o ausentes, donde las jóvenes han sido criadas por distintas personas, en diferentes momentos de su vida y/o que la muchacha tiene una relación intensa y ambivalente con su madre, bien en la que estando el progenitor presente, éste constituye el vínculo afectivo primordial mientras la madre se mantiene distante, es más frecuente el embarazo en la adolescencia (6,7,12,24,36,84)

La separación de los padres y la crianza de las adolescentes sólo con la madre favorece la presencia del embarazo con sus hijas con mayor frecuencia (10) Los

problemas hallados en el área psicológica, se correlaciona con el incremento de las familias disfuncionales; ausencia de la figura paterna, pobre o ausente comunicación entre padres e hijo implicando de esta manera que un mayor número de adolescentes embarazadas provienen de familias con poca comunicación y escaso o ningún apoyo del adolescente (10,17,18,31,36,60)

Existe alta autoestima en adolescentes pertenecientes a familias con estilos de crianza democráticos (9). El tipo de familia donde crece la adolescente, influye fuertemente en el comportamiento sexual (50)

La disfunción familiar que conlleva el mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura. (49,59,67). El ambiente inadecuado favorece la precocidad de las relaciones sexuales (5,60,84)

Entorno Social

- Educación sexual incompleta (inadecuada o ausente)
- Experiencia de discriminación social por ser mujer
- Ausencia de modelos positivos de identidad
- Presión de amigos para el inicio precoz de relaciones sexuales
- Sobreestimulación sexual por los medios de comunicación para inicio de relaciones sexuales
- Inicio precoz de relaciones sexuales
- Bajos recursos económicos
- Conductas de riesgo (drogadicción, alcoholismo, tabaquismo y violencia familiar y pandillaje) (18,23,30,64,72,75)

CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

- Trastorna trágicamente la vida de las jóvenes, la de la familia y también el futuro de ellos.
- Producen un doloroso costo social.
- Abandono de la escolaridad con menores probabilidades de educación, superación y progreso.
- Estigmatización por la familia y la comunidad.
- Menores posibilidades de empleo.
- Escasa posibilidades de atención, maltrato psicofísico del niño y falta de preparación para cuidarlo que generalmente son transferidas a la madre.
- Cuando se juntan la miseria y la pobreza lamentablemente pueden ser orientadas hacia la prostitución.
- Recurrir al aborto provocado (interrupción del embarazo), generalmente en las peores condiciones y con toda la secuela de graves complicaciones inclusive la muerte.(62)

4.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES - PROCESO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

4.3.1 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

4.3.1.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

Factores biopsicosociales relacionados al embarazo adolescente:

Son condiciones que contribuyen mediante su correspondencia entre las mismas para que éste se dé.

4.3.1.2.VARIABLE DEPENDIENTE

Embarazo en la Adolescencia:

Se presenta entre los 14 y 19 años o aquel que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquia y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen.

4.3.1.3. VARIABLE INTERVINIENTE

Gestante adolescente:

Mujer en estado grávido o embarazada entre 10 a 19 años

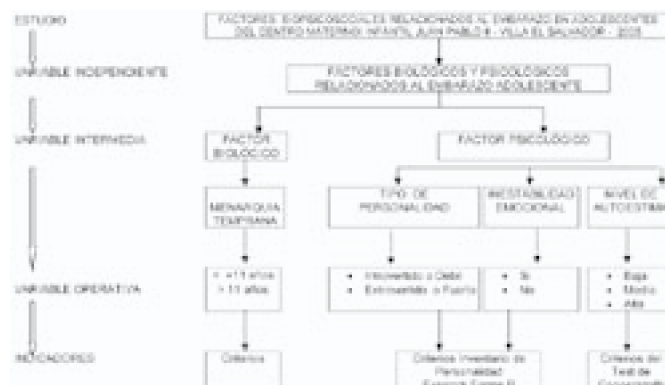


Fig. N°1 PROCESO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

CONTINUACIÓN

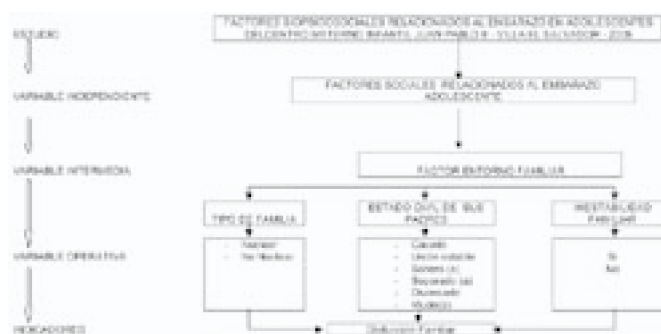


Fig. N°1 PROCESO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE
CONTINUACIÓN

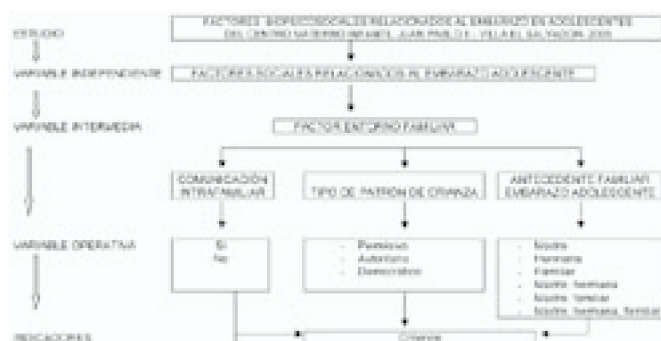


Fig. N°1 PROCESO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE
CONTINUACIÓN

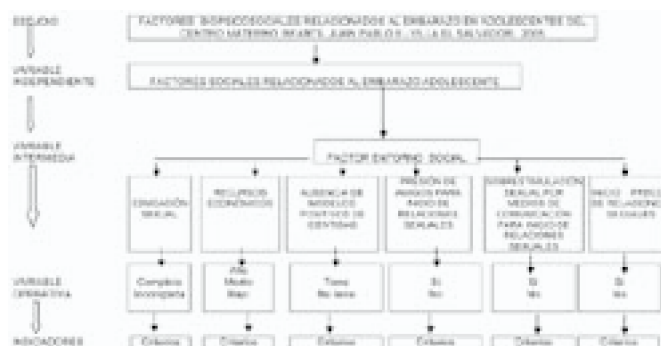


Fig. N°1 PROCESO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE
CONTINUACIÓN

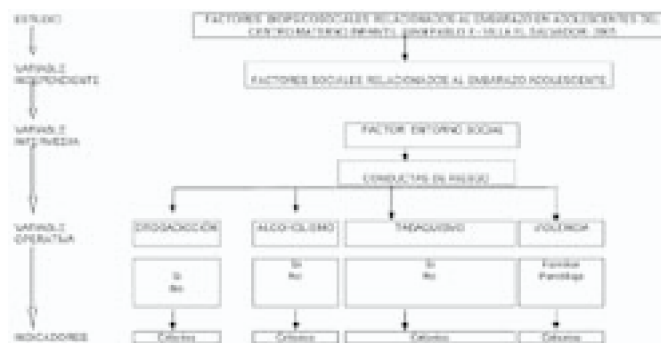


Fig. N°1 PROCESO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

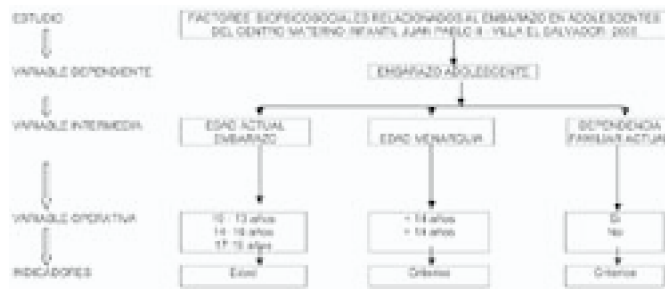


Fig. N° 2 PROCESO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

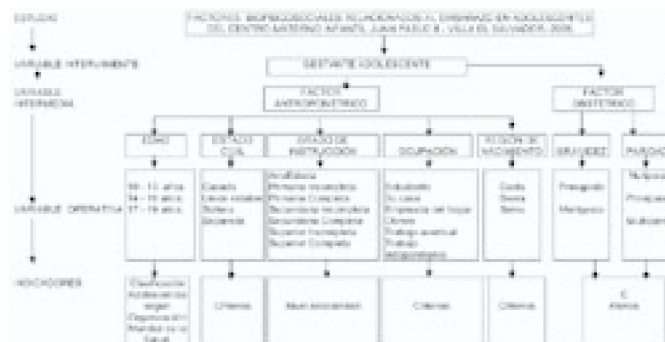


Fig. N° 3 PROCESO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE INTERVINIENTE

CAPITULO IV. MATERIALES Y METODOS

5.1 AREA DE ESTUDIO

La Red de Servicios de Salud de Villa El Salvador – Lurín - Pucusana –Pachacamac está conformada por 8 microrredes de salud la microrred de salud: Lurin, Pachacamac, Portada de Manchay, San Bartolo, San José, San Martín, López Silva y Juan Pablo II

La microrred de salud “Juan Pablo II” brinda atención a 99 952 personas que equivalen al 29% del total de la población que atiende la Red. Dicha microrred está conformada por el Centro Materno Infantil “Juan Pablo II” como sede principal y los cinco puestos de salud a su cargo: P.S. Fernando Tuyo Sierra, P.S. Cristo Salvador, P.S. Sarita Colonia, P.S. Oasis de Villa y P.S. SASBI

El Centro Materno Infantil “Juan Pablo II”, brinda servicios de salud a 44 978 personas; cantidad que representa al 45% de la población atendida por la microrred la que pertenece. La población adolescente distrital es 67 605 habitantes que representan el 19.6% del total de la población del distrito de Villa El Salvador, de los cuales pertenecen a la jurisdicción el 29% del total de la población adolescente.

5.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio fue realizado en el Servicio de Obstetricia del Centro Materno Infantil Juan Pablo II durante el periodo Abril– Mayo 2005 tomando como muestra 94 encuestas de pacientes con diagnóstico obstétrico de embarazo adolescente. Se observó datos generales, datos sobre los factores biopsicosociales y datos sobre el embarazo adolescente. Posteriormente se tabuló en una base de datos Microsoft Excel y se utilizó el programa estadístico SPSS versión 12. El análisis consistió en estadística descriptiva e inferencial significativa con un $p < 0.05$

5.2.1 TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo, transversal, prospectivo, observacional (91, 92, 93)

5.2.2 POBLACIÓN:

Gestantes adolescentes que acudieron a ser atendidas al Centro Materno Infantil "Juan Pablo II" del distrito de Villa el Salvador.

5.2.3 MUESTRA

5.2.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Gestantes adolescentes atendidas en Consultorios externos, Hospitalización y Psicoprofilaxis Obstétrica del Servicio de Obstetricia del Centro Materno Infantil Juan Pablo II.
- Gestantes adolescentes de habla castellana
- Gestantes adolescentes no psiquiátricas.
- Gestantes adolescentes que quieran participar en el estudio

5.2.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Gestantes no adolescentes atendidas en Consultorios externos, Hospitalización y Psicoprofilaxis Obstétrica del Servicio de Obstetricia del Centro Materno Infantil Juan Pablo II
- Gestantes de habla distinta a la castellana
- Gestantes psiquiátricas
- Gestantes sordomudas

- Gestantes que no deseen participar en la investigación

5.2.2.3 TAMAÑO DE MUESTRA:

Inicialmente se halló una proporción estimada gestantes adolescentes que acudían diariamente al Servicio de Obstetricia a ser atendidas; de 7 gestantes adolescentes atendidas, 5 fueron encuestadas ($5/7 = 0.713$). Con este hallazgo se obtuvo una muestra de 94.4 gestantes adolescentes :mediante la utilización de dos fórmulas (ver anexo N° 1 y N° 2); al 95 % de confianza. (91, 92)

5.2.2.4 UNIDAD DE ANÁLISIS:

Gestante adolescente que ha sido atendida en el Servicio de Obstetricia del Centro Materno Infantil Juan Pablo II

5.2.2.5 UNIDAD DE MUESTREO:

Encuesta de una gestante adolescente atendida en el Servicio de Obstetricia del Centro Materno Infantil Juan Pablo II

5.2.2.6 TIPO DE MUESTREO:

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, de encuestas realizadas en pacientes gestantes adolescentes que se atendieron en el Servicio de Obstetricia del Centro materno Infantil Juan Pablo II en el año 2005 que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión del estudio.

5.3 TÉCNICAS

5.3.1 MÉTODO:

Encuesta

5.3.2 TÉCNICA:

Entrevista estructurada (93)

5.4. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para efecto de la recolección de datos se ha elaborado un formulario tipo encuesta o

formulario ad –hoc; dicho instrumento fue específico y validado para la presente investigación; en una prueba piloto de 28 gestantes adolescentes; y sometido al juicio de expertos (obstetriz, psicólogo). La encuesta elaborada está dividida en 5 áreas; las cuales se estructuraron basándose en criterios tomados de la bibliografía revisada y dos test, tomados de los inventarios psicológicos : Inventario de Personalidad de Eysenck tipo B y el Inventario de Autoestima de Coopersmith.

El tipo de personalidad e inestabilidad emocional, se midieron mediante los criterios del Inventario de personalidad de Eysenck forma B, cuya adaptación y estandarización fue conducida en Lima por J. Anicama desde 1972 a 1974 siendo un instrumento confiable y válido para su trabajo en la población peruana. El test busca evaluar los rasgos de extraversión - introversión y de estabilidad emocional. El test no se ha usado en todas sus partes; se han seleccionado las preguntas respetando las dimensiones propuestas a través de sus escalas de medición; escala "E" (Extroversión – introversión) y escala "N" (estabilidad- inestabilidad emocional) Las preguntas pares corresponden a la dimensión de la personalidad denominada por Eysenck como: Neuroticismo o emotividad (escala "N"); las preguntas impares corresponden a la dimensión Extraversión.(escala "E"). Se debe contestar a cada pregunta con un SI o un NO. No hay respuestas correctas, ni incorrectas, ni preguntas con trampa. Se ha elaborado una plantilla de calificación para cada dimensión; asignándole un punto por cada respuesta afirmativa "SI" (ver anexo N°3).

El nivel de autoestima (baja, media alta) y sus distintas áreas (individual, social y familiar), fue medido mediante el inventario de Coopersmith, que ha sido diseñado para medir las actitudes evaluativas hacia el ego; nos hemos basado en las 24 primeras preguntas del inventario original, traducido al castellano por Isabel Panizo, peruana, en 1985 (65) (ver anexo 4). Los ítems tienen respuestas de verdadero y falso para su contestación. La calificación de prueba se realiza con una plantilla especial según la clave de respuestas del test; dando a los ítems acertados un puntaje de un punto siendo la sumatoria 24. Luego la interpretación de este puntaje total se realizó en base a los cuartiles; los extremos miden la alta y baja autoestima y los cuartiles centrales la media autoestima, como siguen:

- Autoestima Baja 0 – 8
- Autoestima Media: 9 – 16
- Autoestima Alta: 17 – 24

(Ver anexo N° 5)

Las 5 áreas estructuradas van en concordancia con los factores biopsicosociales relacionados al embarazo que se deseaba investigar; siendo éstas:

A. Área de datos personales: Edad, región de nacimiento, estado civil, ocupación y grado de instrucción (preguntas 1 y 2)

B) Área Psicológica:

- Nivel de autoestima a través de 24 preguntas tomadas del Test de Autoestima de

Coopersmith (pregunta N°3)

- Tipo de personalidad e inestabilidad emocional a través de 20 preguntas del test de Eysenck tipo B (pregunta N° 4)

C) Área entorno familiar

- Disfunción Familiar mediante el tipo de familia, el estado civil de sus padres y la inestabilidad familiar (preguntas 5,6,7)
- Antecedente familiar de embarazo adolescente (pregunta 8)
- Tipo de patrón de crianza (preguntas : 9 al 13)
- Comunicación intrafamiliar (pregunta 14)

D) Área entorno social

- Educación sexual (preguntas: 15 al 17)
- Presión de amigos para el inicio precoz de relaciones sexuales (pregunta 18)
- Sobreestimulación sexual de los medios de comunicación (pregunta 19)
- Ausencia de modelos positivos de identidad (pregunta 20)
- Dependencia familiar (preguntas : 21 al 23)
- Conductas de riesgo (pregunta 24)
- Inicio precoz de relaciones sexuales (pregunta 25)

E) Área biológica -obstétrica

Factor biológico: menarquia temprana (pregunta 25)

Factores obstétricos: Gravidéz y paridad (pregunta 25)

5.5 PLAN DE PROCEDIMIENTO

Se entrevistó por conveniencia a través de la encuesta validada a 94 pacientes con diagnóstico obstétrico de embarazo adolescente. Posteriormente se determinó los factores biopsicosociales de este grupo así como su relación al embarazo en la adolescencia.

5.6 PLAN DE ANÁLISIS

El análisis consistió en la determinación de los factores biopsicosociales más relevantes, presentes en las pacientes con diagnóstico obstétrico de embarazo adolescente a través de estadística descriptiva (frecuencias absolutas y relativas, representación gráfica).

La extrapolación se realizó a través de la utilización de la estadística inferencial con prueba de hipótesis para hallar las relaciones entre los factores biopsicosociales y el embarazo en la adolescencia, con un nivel de significancia estadística, $p < 0.05$ y sus intervalos de confianza al 95%

CAPÍTULO V. RESULTADOS

Consultar el capítulo completo en :

http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2005/miranda_pr/pdf/miranda_pr-TH.5.pdf

CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN

El embarazo se está dando a edades cada vez menores,(80) siendo el grupo poblacional de mayor incidencia aquellas adolescentes que tienen entre 15 a 19 años(69), las mismas que corren riesgo dos veces mayor de morir en el parto, que las mujeres de 20 a 29 años; en las menores de 15 años el riesgo de morir es 5 veces mayor (50). En el estudio se encontró que dentro de los factores antropométricos relacionados al embarazo adolescente propuestos en la tabla N°1, destaca respecto a la edad, que el 86.2% de las gestantes son adolescentes cuyas edades fluctúan entre los 17 a 19 años. (adolescencia tardía); esto es comparable con otros autores, (10,25,68,88) los cuales encontraron un predominio, igual como en este estudio de gestantes adolescentes en los grupos de 17 y 18 años, seguido de las de 19 años.

Lo hallado nos permite precisar el grupo poblacional, para plantearnos y llevar a cabo estrategias de salud en la población adolescente porque el embarazo en esta etapa de vida constituye un riesgo importante por los cambios y adaptaciones que exige al organismo el desarrollo del mismo, además que la probabilidad de riesgos aumenta cuanto menos edad tiene la madre; situación que contribuye a elevar las tasas de morbimortalidad materna perinatal.

La soltería en las adolescentes embarazadas significa una unión inestable con sus parejas generalmente limitada al momento de la concepción; de otro lado la convivencia también puede significar un mayor riesgo a la ruptura de relación con la pareja; conllevando en ambos casos a una mayor susceptibilidad de la adolescente a enfrentar sola su embarazo y/o maternidad (4,14,29,66,71,77,79).

Encontramos en el estudio que el 64.9% conviven, el 26.6% son solteras y el 4.3% separadas; predominando de esta manera la unión estable en más de la mitad de la población estudiada; resultado similar con otros estudios en los que el 52-54% conviven (32,50). La responsabilidad de concebir un hijo es compartida, ya que el niño necesita tanto de un padre y una madre que asuman sus roles adecuadamente y garanticen su desarrollo integral, creciendo en un ambiente familiar adecuado, dentro de un hogar bien conformado; de tal manera que sus miembros no se vean limitados en su desarrollo personal, ni en su proyecto de vida que repercute principalmente en el niño por nacer.

La literatura menciona que el nivel educativo y la fecundidad adolescente tienen relación; a mayor educación menor número de embarazos (49); como también relacionan el bajo nivel educativo con la iniciación sexual precoz, lo cual tiene que ver con la falta de proyectos de vida.(19,50). Respecto al grado de instrucción (tabla N°1), el 55.4% tiene un bajo nivel educativo (analfabetismo, primaria y secundaria incompleta); resultado similar al estudio que realizó Charlton al buscar definir la relación que existe entre el embarazo en la adolescencia y la escolaridad en la que demuestra que más de la mitad (60%) de la población en estudio tenía un bajo grado de escolaridad(13)

Sin embargo no puedo dejar de remarcar también la existencia del 44.6% con un nivel educativo alto (secundaria completa y superior) por el hecho de tener un nivel de conocimientos, de alfabetización y de preparación; esto porque en ambos casos, las adolescentes están viviendo el hecho de la gestación; lo que nos lleva a pensar que la relación mencionada del nivel educativo sobre la iniciación sexual precoz por falta de proyectos de vida, que trae consigo que se dé más o menos embarazos; podría quedar debilitado ya que existe un grupo considerable de gestantes adolescentes (44.6%) con nivel educativo alto; situación a tomar en cuenta, motivo de un estudio más amplio.

Sabemos que el bajo nivel económico obliga a la joven a trabajar antes que a estudiar, frustrando de esta manera sus proyectos de vida y de realización personal. Las adolescentes con bajo nivel de escolaridad, que sufren problemas económicos en el hogar tienen mayor incidencia de embarazo (51). Dentro del estudio encontramos (tabla N°1) que el 64.9% son amas de casa, sólo el 10.6% sigue estudiando y el 24.5% trabaja; resultados similares a los publicados en el Manual de Adolescencia y Salud Reproductiva del Instituto Materno Perinatal (50); en el cual el 62 % amas de casa, el 10 % trabajan y el 28 % acuden a la escuela en estado de gestación. Dicha situación está condicionada por su estado de embarazo, que les obliga a interrumpir los estudios y cualquier actividad remunerada y depender del apoyo de la pareja, padres y otras personas.°El 84% de las gestantes adolescentes han nacido en la Costa; esto es razonable ya que son hijas de migrantes, característica propia del distrito de Villa el Salvador.

En la tabla N° 2 tenemos los factores obstétricos relacionados al embarazo adolescente como es la gravidez y la paridad. Los autores manifiestan que a mayor edad adolescente, mayor es el número de embarazo, siendo en la etapa tardía la mayor prevalencia; (69) según las estadísticas distritales se consigna que el número de hijos promedio por madre adolescente es de 2. En el estudio destaca el 84% son nulíparas tanto primigestas como segundigestas con antecedente de aborto anterior; el 77.7% de las encuestadas son primigestas, las que experimentan por primera vez un embarazo y el 22.3% son multigestas, las cuales van ha ser madres por segunda o tercera vez.

Estos resultados concuerdan con otros estudios (20,76,91) en donde se destaca que la mayoría de adolescentes embarazadas son primigestas (73 al 93%); esto nos lleva a ver que el problema del embarazo adolescente tiende a reaparecer; por los casos nuevos en lo que respecta a las primigestas y a permanecer en el caso de las multigestas que están reincidiendo.

La menarquia otorga madurez reproductiva; y cuando ésta es temprana (menor a 11 años), las adolescentes son fértiles a menos edad, por tanto están expuestas al riesgo de embarazarse. (51,59,61) En la tabla N° 3 la menarquia temprana como factor biológico relacionado al embarazo adolescente refleja que el 89.4% de las gestantes adolescentes tuvieron su primera menstruación luego de los 11 años y sólo el 10.6% su menarquia fue temprana; resultado similar al estudio realizado por E. Vera sobre el embarazo adolescente, en el que reporta que el 70% de los casos estudiados presentan una menarquia entre los 12 a 14 años(19). Lo expuesto nos permite ver que se tendría que considerar como factor relacionado al embarazo la edad de la menarquia por marcar este suceso fisiológico la madurez reproductiva; independientemente de que si ésta es temprana o no; claro está que si ésta se presenta más tempranamente la exposición al embarazo es más insidioso.

Se conoce por algunos estudios que hay mayor riesgo de embarazo en la adolescencia en aquellas personas con personalidad débil, baja autoestima y que tienden a no tener estabilidad emocional por el hecho de buscar afecto y apoyo en su pareja o la necesidad de adquirir una identidad adulta(19). En la tabla N° 4 se detallan los factores psicológicos relacionados a las gestantes adolescentes como son el tipo de personalidad, la inestabilidad emocional y el nivel de autoestima; destacando que el 57.4% tienen personalidad fuerte o extrovertida y el 42.6% personalidad débil o introvertida; en el 58.5% de los casos hay inestabilidad emocional y el 62.8% tiene una autoestima media.

Dichos factores relacionados podrían contribuir mediante su correspondencia entre si para que incida el embarazo adolescente. Por ello los asociamos y analizamos, obteniendo en la tabla 4.1 para un nivel de confianza del 95%, ($p=0.272$, n.s.) que no hay relación entre el tipo de personalidad y la inestabilidad emocional que presenta la gestante adolescente; observando que el mayor porcentaje de las encuestadas independientemente del tipo de personalidad se encuentran emocionalmente inestables (53.7% de las que son extrovertidas y 65% introvertidas). Krausse manifiesta que emocionalmente la adolescente tiende a ser inestable; porque cambia con frecuencia sus valoraciones sobre las demás personas, sean padres, amigos o parejas; ya que no han concluido la madurez psicológica del individuo, se inicia, se revalora a cada paso en sus relaciones con sus semejantes; la misma quedará sólidamente establecido en etapas posteriores de su desarrollo (37)

La autoestima está referida a cuánto se aprecia y valora una persona (13)siendo importante entre otros motivos porque constituye el núcleo de la personalidad y garantiza la proyección futura de la persona ya que le ayuda a su desarrollo integral enriqueciendo su propia vida, enfrentando los desafíos y le ayuda a mantener la confianza en si misma (13). Los estudios sobre salud mental en adolescentes han demostrado que la autoestima es un factor relevante en el desarrollo de los aspectos de la personalidad, adaptación social y emocional e influye sobre aspectos importantes de la vida tales como la

adaptación a situaciones nuevas como es el embarazo en la adolescencia (55).

En la tabla N°4.2 se aprecia que aunque no haya una asociación estadísticamente significativa ($p=0.634$) para un nivel de confianza del 95%; la mayoría de gestantes adolescentes independientemente del tipo de personalidad tiene un nivel de autoestima media (66.7% de extrovertidas y el 57.5% de introvertidas). Como en los otros casos en la tabla N° 4.3 la mayoría de gestantes independientemente de su inestabilidad emocional tienen un nivel de autoestima media para un nivel de confianza del 95%, no significativo ($p = 0.099$) Las asociaciones dadas entre los factores psicológicos observamos que en su totalidad no existe significancia estadística; por ello considero ampliar el estudio de los mismos con un mayor número de casos.

En la tabla N°5 observamos los factores sociales correspondientes al entorno familiar, relacionados al embarazo adolescente como son el tipo de familia, el estado civil de los padres y la falta de estabilidad familiar. Éstos, asociados entre si o analizados individualmente contribuyen a que se dé el mal funcionamiento familiar, como también predisponen a una relación sexual prematura (49,59,67). Osofsky y Álvarez(59,60), señalan que el ambiente familiar inadecuado favorece la precocidad de la actividad sexual, relacionándose ésta, con el actual aumento del riesgo de tener embarazos no deseados, abortos, embarazos en la adolescencia, entre otras consecuencias adversas.

Por ello quiero resaltar, que dentro de la población estudiada el 56.4% de sus familias, es del tipo nuclear, frente al 43.6% que no lo es; sólo el 17 % de sus padres son casados, mientras que el mayor porcentaje de gestantes adolescentes (45.7%) sus padres conviven (unión estable) y el 27.7%, son separados; notándose también que en el 63.8% de las familias hay inestabilidad. Por lo cual asociamos y analizamos dichos factores entre si para ver su presencia en las gestantes adolescentes consignando de esta manera en la tabla 5.1 que existe una relación significativamente estadística ($p=0.000$) entre el tipo de familia y el estado civil de los padres con un nivel de confianza del 95% en el que se aprecia que todas las familias cuyo estado civil de los padres son casados son de tipo nuclear frente a un 53.7% de las familias cuyos padres son separados son del tipo no nuclear.

En la tabla 5.2 existe relación significativamente estadística ($p=0.000$) entre la inestabilidad familiar y el tipo de familia con un nivel de confianza del 95%; es decir; el tipo de familia nuclear tiene mayor estabilidad que la no nuclear ya que el 94.1% de las familias que no presentan inestabilidad familiar son del tipo nuclear y aquellas familias que son no estables (64%) son familias no nucleares. Esta inestabilidad se está dando mayormente por el aumento de familias no nucleares y por el estado de separación de los padres.

De igual manera, en la tabla N° 5.3 encontramos que hay relación significativamente estadística ($p=0.000$), con un nivel de confianza del 95%, entre la inestabilidad familiar y el estado civil de los padres, viendo que el 62% de familias con estabilidad, los padres tienen unión estable y el 43.3% con inestabilidad familiar en la que sus padres son separados. Rivera en su artículo "Embarazo en adolescentes: aspectos de tipo social, psicológico y cultural", manifiesta que entre los factores que contribuyen en el inicio sexual del adolescente son los problemas entre los padres como también que vivan

separados (72).

La separación de los padres y la crianza de las adolescentes sólo por la madre, favorecen la presencia del embarazo en sus hijas con mayor frecuencia. Otros autores (10,14,60) señalan que las familias donde la autoridad moral es débil, pobremente definida, de padres sin casarse, padres múltiples o ausentes o donde las adolescentes han sido criadas por diferentes personas, en diferentes momentos de su vida presentan con más frecuencia embarazos en la adolescencia.

Todo lo anterior nos lleva a ver que el incremento de padres separados en mayor medida hace que existan familias no nucleares, creando de esta manera más inestabilidad en éstas y así un ambiente familiar inadecuado; predisponiendo a un mayor riesgo y continuidad de embarazos en la adolescencia.

En la tabla N° 6 se observa los factores sociales correspondientes al entorno familiar relacionados al embarazo adolescente como es el tipo de crianza y el antecedente de embarazo adolescente; destacando que el 50% de las gestantes adolescentes se criaron bajo un patrón de crianza permisivo; el 22.3% en un patrón autoritario y el 22.7% en un patrón democrático y el 26.6% de los casos sus madres experimentaron el embarazo en la adolescencia. Es importante recordar que la familia constituye el núcleo básico de socialización de la persona, lo que significa que es el principal trasmisor de conocimientos, valores actitudes, roles y hábitos de una generación a otra; a través del ejemplo la familia infunde modos de pensar y actuar (9)

Por esto al asociar estos dos factores con el tipo de familia a la que pertenecen; se obtuvo en la tabla 6.1 que existe relación entre el tipo de patrón de crianza y el tipo de familia (IC=95%; $p=0.011$, significativo). El 76.9% de familias cuyo patrón de crianza es democrático son de tipo nuclear, mientras que un 66.7% de familias cuyo patrón de crianza es autoritario son de tipo no nuclear; esto es importante porque los investigadores coinciden que las adolescentes que proceden de hogares democráticos tienen menor tendencia a presentar problemas emocionales durante esta etapa de desarrollo; por otra parte favorece la individualización.

Las adolescentes de familias autoritarias están menos individualizados y son más proclives a tener problemas emocionales (9,63). Es importante el calor humano que entregan los padres democráticos a sus hijas parece fomentar el desarrollo de la autoestima y las habilidades sociales y el control del comportamiento las adolescentes ayuda a moldear sus impulsos y garantiza la autonomía psicológica que contribuye al desarrollo de la responsabilidad y la competencia necesarias para afrontar y llevar adecuadamente su embarazo y maternidad.

Conocemos que otro factor que contribuye a un embarazo adolescente es la existencia de un antecedente del mismo, por parte de la madre y/o hermana (62); por esto, al examinar la tabla N° 6.2 encontramos que para un nivel de confianza del 95% podemos afirmar que existe relación significativa ($p=0.001$) entre el antecedente de embarazo y el tipo de familia porque un 88.9% y un 60% de las familias cuyo antecedente de embarazo adolescente es de hermana y madre, respectivamente, son de tipo nuclear, influyendo en mayor grado el antecedente de embarazo por parte de hermana; es importante el tipo de familia donde crece la adolescente ya que influye en el

comportamiento sexual.

La comunicación intrafamiliar como factor relacionado al embarazo adolescente, lo describimos en la tabla N°7; destacando que en el 58.5% de los casos la comunicación en la familia se está dando; pero ésta es mayormente inadecuada (45.7%); es decir, es regular y en el 12.8% es adecuada por ser muy buena o buena. Al comparar con la investigación realizada por Gutiérrez sobre la situación sociofamiliar y nivel de autoestima de la madre adolescente, en el cual se publica que el 70% de los casos estudiados tiene una comunicación armoniosa familiar(32); vemos que es esencial ya que mayormente las madres adolescentes provienen de hogares donde la comunicación no es adecuada entre padres e hijos; esto es importante que varíe porque contribuiría a que haya armonía y un clima familiar adecuado.

En la tabla N°8 y N°9 se detallan los factores sociales correspondientes al entorno social que están relacionados a las gestantes adolescentes; dentro de los cuales el 83% poseen una educación sexual incompleta inadecuada; el 62.8% no tiene un modelo positivo de identidad; en su totalidad las adolescentes se han iniciado precozmente en la actividad sexual sin experimentar la presión de sus amigos para esta decisión en el 94.7%; pero si manifiestan que los medios de comunicación sobreestiman para el inicio de relaciones sexuales (61.7%).

El 91.5% de las gestantes adolescentes tienen bajos recursos económicos y dentro de las conductas de riesgo que presentan el 69.1% no tiene problemas de alcoholismo, ni el 91.5% de tabaquismo y el 97.9 no ha tenido problemas de drogadicción. Existe un 44.7% que tiene problemas de violencia familiar y el 19.1% de pandillaje. Es importante reconocer la necesidad de educar sexualmente no sólo a niños y adolescentes, sino a padres para que estén en mejores condiciones de orientar a sus descendientes y evitar entre otros problemas consecuencias de un embarazo a destiempo (82).

La actividad sexual a edades tempranas expone a los jóvenes a la posibilidad de un embarazo (33,69). Se ha comprobado que los adolescentes de nuestro medio inician precozmente la actividad sexual (64%), entre los 14 - 16 años y 36% entre los 11 - 13 años.(50,51). Tal situación problemática se encuentra asociados a patrones conductuales, culturales, educativos, morales (6). Las adolescentes en su mayoría tiene relaciones monógamas, sin embargo las relaciones tienden a ser más efímeras y después de un tiempo, dan inicio a otra relación (2). La precocidad de la actividad sexual, el ambiente familiar inadecuado, la influencia del grupo social donde se desarrolla la adolescente, están relacionados con el actual aumento del riesgo a tener embarazos no deseados, abortos, embarazo en la adolescencia y otras consecuencias(60,84).

Las jóvenes que se embarazan precozmente generalmente pertenecen al nivel socioeconómico bajo (17,31,38). Diversas investigaciones señalan que las jóvenes que se embarazan precozmente, generalmente pertenecen al nivel socio económico bajo, entre las que se pueden mencionar en Estados Unidos a Corcovan, Franklin y Bennet (2000), y Lagana (1999). En Latinoamérica; Guijarro et al. (1999). (17,31,38) Los medios de comunicación que son cada vez más explícitos en cuanto a las manifestaciones de la sexualidad ejercen influencia sobre los jóvenes (28,33). Estos influirían en el inicio de una vida sexual a una temprana edad; siendo concordante con lo hallado en el presente

estudio.

CONCLUSIONES

- Al relacionar los factores biopsicosociales se concluye que los factores sociales del entorno familiar están relacionados al embarazo en adolescentes significativamente en comparación con los otros factores.
- Los factores antropométricos y obstétricos si están relacionados con el embarazo en la adolescencia.
- No existe relación entre el factor biológico y el embarazo adolescente
- Los factores psicológicos estarían relacionados al embarazo adolescente..
- Los factores sociales están relacionados al embarazo adolescente
- Existe relación estadísticamente significativa entre el tipo de familia con el estado civil de los padres y la inestabilidad familiar.
- Existe relación estadísticamente significativa entre el tipo de familia y el tipo de patrón de crianza.
- Existe relación estadísticamente significativa entre el antecedente de embarazo adolescente y el tipo de familia.
- Se encontró una inadecuada comunicación intrafamiliar.

RECOMENDACIONES

- El resultado de enfocar al embarazo adolescente como un hecho biopsicosocial permite continuar el desempeño del profesional en Obstetricia como también el trabajo del equipo multidisciplinario de salud; con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la futura madre adolescente y del niño, así como también diseñar y ejecutar estrategias de promoción y prevención en salud, que nos ayuden a disminuir los embarazos adolescentes y brindar una atención integral a la población adolescente acorde a su realidad.
- Es importante que el profesional de Obstetricia desarrolle competencias que le permitan abordar la salud materna desde una visión biopsicosocial y pueda proponer programas y/o proyectos de intervención utilizando las estrategias de promoción en salud, educación, atención integral, participación comunitaria y fomento de comportamientos saludables en las gestantes y el entorno familiar y social de las mismas
- Para una mejor representatividad continuar la investigación de lo estudiado y/o de lo que pudiera derivar; con un mayor número de muestra en diferentes niveles de atención y en diferentes zonas del país

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcalá J.M. "Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos"; marco de acción sobre la base de los acuerdos y convenciones internacionales pertinentes, incluidos las conferencias de Beijing, Copenhague, El Cairo y Viena - New York : Family Care International; 1995: 40-2
- Alem Guttma Cher Institute Teen, Sex. and pregnancy; New York & Washington 1999
- Alfonso J.C.- "Fecundidad y aborto en la adolescencia. Algunas características. Sexol Soc 1994; 1(0): 5-12
- Aliaga M.- "Características sociales de Adolescentes: Embarazadas del Instituto Materno Perinatal" - Tesis de Maestría en Salud comunitaria; Universidad Peruana Cayetano Heredia - Lima –Perú; 1996
- Álvarez Valdivia I. –"Embarazo en la adolescencia"- Mensaje para los padres; Ciudad de la Habana: Edición Científico Técnica. 1997:6
- Arnaldo Pérez Rodríguez - "Factores Sociales Asociados al embarazo en el Área de Salud 28 de Setiembre"- Santiago de Cuba; 1997- MEDISAN 2001; 5 (1): 31-34
- Arnold E., Smith T., Harrison D.& Springer D. – Adolescent's know ledge and beliefs about pregnancy: the impact of "ENABL" - Adolescent, 2000, 35, 485-498.
- Arraigada X, Bustamante S., Carrasco S., Cores Espinoza P., Hinostrroza M., Pérez P. & Torres – "Estudio Comparativo de variables psicológicas de adolescentes embarazadas y no embarazadas"- Seminario para optar el grado académico de

- Licenciado en Psicología; Universidad de Concepción; 1991
- Astudillo Carla – “Autoestima Adolescente y Estilos de Crianza Parenterales”- Psicología del desarrollo II; Universidad del Desarrollo; 2000
- Ávila Gálvez, E. – “Aspectos psicosociales del embarazo en la Adolescencia” - Revista Cubana de Pediatría Vol. 74 N° 4. Setiembre – Diciembre 2002
- Baez A.E., Velásquez H.A.-“Un enfoque de riesgo para la maternidad temprana” – Revista de Enfermería; 1995; 1(1) : 57-63
- Brandell L. & Cifuentes M.- “Diagnóstico de embarazo adolescente en la Republica del Bío Bío, sector salud y educación. SERMNAM. Concepción, 2000
- Charlton, D. - “Definir la relación que existe entre el embarazo en la Adolescencia y la Escolaridad” - Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica- 1999.
- Chávez I. Embarazo en adolescentes en el Hospital Regional Cayetano Heredia de Piura (Tesis de Maestría en Medicina); UPCH; Lima – Perú 1989
- Chirinos de Cora M.A. – “Embarazo en Adolescencia”- Revista Cubana de Enfermería; 1993; 9(2): 117-31
- Coll, A. – “Embarazo en la adolescencia”- Clínicas Perinatológicas Argentinas; 1996-1997; 4;23-55
- Corcoran, J., Franklin, C. y Bennett, P.- “Ecological factors associated with adolescent pregnancy and parentary”- Social Work Research, 24(1), 29-39, 2000
- De la Giza C., Celaya J.A.- “Primigesta Adolescente” Ginecología y Obstetricia; México 1997; 65:533-37
- E. Vera - “Embarazo en Adolescencia en el Hospital Referencial Provincial Acobamba, Huancavelica 1999” – Hospital A. Loayza MINSA
- Elster A.B., Lamb M.E.- “The medical and psycosocial impact of comprehensive care on adolescent pregnancy and parenthood”- JAMA,1987, 258: 1187-92
- Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000 (ENDES 2000)
- Fernández Lilian S., Carro Puig E., Oses Ferrera D., Pérez Piñero J – “Caracterización de la Gestante adolescente”- Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología; Vol 30 N°2 – Ciudad de la Habana- Mayo- Agosto 2004
- Flick L.H. –“Paths to adolescent parenthood. Implications for prevention”- Public Health Rep. 1996; 101(2): 132-147.
- Florenzeno, R.- “El adolescente y sus conductas de riesgo” - Santiago de Chile; Ediciones Universidad Católica de Chile, 1997
- Forman S.F., Arad M.M., Emans S.J., Woords E.R., Follow – up of pregnant teens at a hospital –based clinic J. Adolesc Health 1995, 17(3); 193-7
- Freyre Roma Eleodoro - “La Salud del adolescente, aspecto medico y psicosocial” - 2000
- Fridman L.H. –“Obstáculos para la salud de los adolescentes”- Network esp. 1994: A(2): 4-6
- Gallego Machado B.R.-“Influencia de la Educación Sanitaria en madres adolescentes en su conducta para lactar”- Revista Cubana de Medicina General Integral; 2001; 17(3): 244-7

- González G.- “La adolescencia en el Perú”; UPCH; Instituto de Investigación de la Altura; OMS. 1º Edición, Lima 1994
- Gudiel C.V. – “Perfil Social de las Madres Adolescentes” - Departamento de Pediatría, Hospital General de Enfermedades - Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Año 2 – Número 2. Mayo – Agosto 2004
- Guijarro S., Naranjo J., Padilla M., Gutiérrez R., Lerner C., Blum R.W.- “Family risk factors associated with adolescent pregnancy: study of a group of adolescent girl and their families”- Ecuador, Journal of Adolescent Health, 1999, 25,166-172.
- Gutiérrez G.T., Pascacio E., De la Cruz A.& Carrasco V. - Situación sociofamiliar y nivel de autoestima de la madre adolescente” – Facultad de Enfermería de Tampic, Universidad Autónoma de Tamaulipas; Revista de Enfermería IMSS 2002; 10(1): 21-25
- Herrera R., Bran J., Cereco R.-“Resultados neonatales: ¿Es el adolescente un factor de riesgo?”-Revista de Medicina Interna; Guatemala 1998; 1(9): 14-16
- Instituto Materno Perinatal (IMAPE)– “Salud Reproductiva del Adolescente: Retos del Milenio”- Instituto de Capacitación y Proyectos en Salud - Setiembre 2001- Pág. 12, 87
- Instituto Nacional de Estadística 1998- Plan nacional de Población 1998 – 2002- Presidencia de la república y ENDES 2000
- Issler Juan R.- “Embarazo en la Adolescencia” – Revista de Postgrado de la Cátedra VIa Medicina N° 107 – Agosto 2001
- Krause Peters M.-“Algunos temas fundamentales de educación sexual” Ciudad de la Habana. Edic científico técnica; 1998:14
- Lagana, L. – “Psychosocial correlates of contraceptive practices during late adolescent” – Adolescent, 1999; 34, 463-482.
- Leo T.T Ho L.F.-“The obstetric implications of teenage pregnancy”- Hum. Report. 1997; 12: 2303-5
- Leo T.T. Ho L.F.- “Obstetric outcome of teenage pregnancies”- Hum. Reprod. 1998;13:3228-32
- Lete I.- “Gestación adolescente en el quinquenio: 1986 - 1990 en la provincia de Aleva” Clin. Invest. Gin. Obs. 1992; 19 (5): 211-217
- López Nordase M-, Flores Madam M. Roche Pérez C.- “Embarazo en la Adolescencia”- Resultado dados ; I Parte Rev. Sexol Soc. 1996; 2(4); 12
- Lucich Rivera E.A. - “Características de Salud Reproductiva en Gestantes Adolescentes atendidas en el Instituto Materno Perinatal” – Universidad Nacional Federico Villarreal - Lima, 1999
- Manual del Inventario de Autoestima de Coopersmith
- Manual del Inventario de Personalidad de Eysenck Forma B
- Maruzzella Valdivia – “Factores Psicológicos asociados a la maternidad adolescente en menores de 15 años” - Dirección de Investigación de la Universidad de Concepción - Vol. XII N° 2 Pág. 85 – 109; 2003
- Medora N. & Von der Hellen C. –“Romanticism and self – esteem amongteen mothers” –

- Adolescents; 1997, 32, 811-824.
- Ministerio de Educación (MINEDU)- “Guía de Educación Familiar y Sexual” para docentes y padres de familia - Primera Guía a Educación – 1996
- Ministerio de Educación (MINEDU) – “Prevenamos el embarazo adolescente”- Programa Nacional de Educación Sexual - Marzo 1999
- Ministerio de Salud e Instituto Materno Perinatal (MINSA/ IMAPE) – “Manual Adolescencia y Salud Reproductiva”- 2000
- MINSA / IMAPE – Manual II Curso Nacional de Adolescencia y Salud Reproductiva- 2001. (11)
- Miraball Martínez G., Martínez maría M., Pérez Domínguez D.- “Repercusión biológica Psíquica y social del embarazo en la adolescencia”- Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 1997; 23(1): 13-7
- Molina M., Salinas M, Fernández G., Pérez R. & Ferrale C.- “El embarazo en la adolescencia” - Revista de Ciencia y Salud – 1999; 1,25-29.
- Mongrut Steane, Andrés – “Tratado de Obstetricia Normal y Patológica”; 4ta. edición 2000, pág. 755
- Montt M.E.- “Autoestima y Salud Mental en adolescentes”- Salud Mental 1996; 19
- Muñoz B., Bergen C. & Arana M. –“Una perspectiva integradora de embarazo adolescente: la visita domiciliaria como estrategia de intervención” - Revista de Psicología de Universidad de Chile, 10, 21-34 (2001)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) – “El embarazo en la adolescencia precoz”- Revista Panamericana de la Salud Vol. 3 N° 4 Washington; Abril 1998
- Organización Panamericana de la Salud – “Normas de detección del embarazo y el parto en adolescentes” Washington DC; 1994. Pág. 23 -25
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)- “Evaluación del plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna”- Programa de Salud de la Familia; División de la Salud Washington, DC: OPS; 1996: 21-2
- Osoffky I.- “Embarazo en la segunda edad de la vida”; Consideraciones Psicosociales; Clínicas de Obstetricia y Ginecología Norteamericanas 1990; 4(2):10
- Pacheco R. Tavera L, Denegri I. – “Salud Materna y Perinatal”- Red Peruana de Perinatología; 1990; 23: 72-74
- Pacheco, José - “Ginecología y Obstetricia” - 1999 ; Pág. 894-898
- Papalia, Diane - “Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia”; 3 ° Edición; Pág. 608 -613; 1997
- Pardo F, Uriza G. Estudio de Embarazo en Adolescentes en 11 Instituciones colombianas. Rev. Col. Obstet. Ginecol. 1991; 42 (2) : 109 – 121
- Pardo Yupanqui , M.Y. – “Niveles de Autoestima de adolescentes Gestantes en el Instituto Materno Perinatal- Maternidad de Lima”- Universidad Nacional Enrique Guzmán y Valle – Chosica, 1999
- Parra J. Pinedo A. Tavera Let. al.-“Comportamiento reproductivo de las adolescentes”- X Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología; Lima –Perú 1990.

- Paz Bermúdez, María – “Déficit de Autoestima: Evaluación, tratamiento y prevención en la Infancia y Adolescencia”; Ediciones Pirámide; Madrid – España, 2000
- Peláez MJ.. “Adolescente embarazada: características y riesgos”- Revista Cubana de Enfermería; Vol. 18 N13- Ciudad de la Habana- Setiembre - Diciembre 2002
- Puell Lucie, Neyra Luis, Tay Flor; Seminario Alain – “Embarazo en Adolescentes: enfoque de riesgo”- Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología; Vol. 45 N°2; Abril 1999
- Red de Servicios de Salud Villa el Salvador – Lurin-Pucusana-Pachacamac- Poblaciones Estimadas 2004 - Unidad de Estadística
- Ríos R.- “Gestación en mujeres menores de 16 años”- Tesis Bachiller; Lima- Perú: UPCH 1996
- Rivera Alvarado Sandra – “Embarazo en adolescentes: Aspectos de tipo social, psicológico y cultural” – 2003
- Rivero M.I. – “Adolescencia y Embarazo: ¿es un factor de riesgo? – Revista Médica del Nordeste – N° 3; Diciembre 2002
- Romero M.I. – “Embarazo en la Adolescencia”- Curso Salud y Desarrollo del Adolescente; Modulo N° 3 : Lección 15; Sexualidad y Embarazo- OPS
- Ruiz Rodríguez G.-“La Familia”- Revista Cubana Medicina General Integral 1990; 6(1): 58-62
- Ruoti M., Ruoti A.- “Sexualidad y embarazo en adolescentes”- Instituto de Investigaciones de Ciencias de la Salud – Paraguay; Universidad de Asunción, 1992.
- Salvador J. Maradiegue E.- “Gestación en Adolescentes: Experiencia en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 1992 – 1994” Ginecología y Obstetricia: 1995: 41(3) 39-47
- Shaffe. David R.- “Psicología del desarrollo : Infancia y Adolescencia”; 5° Edición ; Universidad de Georgia , 2000
- Tang L.- “Embarazos en adolescentes”- Tesis Bachiller en Medicina; Lima –Perú UPCH 1991
- Tay Flor – “Embarazo en Adolescentes: Complicaciones Obstétricas”- Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología; Vol. 45 N° 3 Julio 1999. Pág. 179
- Taylor D., Chávez G, Chabra A., Risk factors for adult paternity in birth to adolescent, Obstetricia y Ginecología 1997, 199- 205
- UNICEF /OMS/ UNESCO. Un reto de comunicación: Para la vida”- La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1992 p. 129-31
- United Nations Dept of International, Economic and Social Affairs, The World’s woman: Trends and Statsti. , United Nations, New York, 1991
- Uzcateguy – “Embarazo en adolescencia precoz”- Venezuela; Revista de Obstetricia y Ginecología 1997; 57(1) : 29-35
- Valdez Banda F. – “Prevalencia y factores de riesgo para complicaciones obstétricas en la adolescencia”- Comparación con la población adulta; Ginecología y Obstetricia; México 1996, 64:209-13
- Varas, J., Kramarosky, C. Díaz A., Sibilla, M. & Gaete, R.- “Embarazo en adolescentes,

- aspectos biopsico – sociales –sexuales” - Revista Chilena de Obstetricia y Ginecológica, 1999; 64,438-443.
- Vásquez Marqués A., Pérez Llorente L.M., Guerra V., Almirall Chávez A.M., Cruz Chávez F. – “Morbilidad y mortalidad perinatal en el embarazo precoz” - Revista Cubana Obstetricia y Ginecología 1998; 24(3): 137-44
- Vasquez Marquez A, Cruz Chavez F., Almirall Chávez A.M., Sánchez Pérez M. – “Repercusión materna del embarazo precoz”- Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología; 1995; 21 (1-2): 40-4
- Vásquez Márquez A., Pérez Llorente L., Guerra Verdecía C., Almirall Chávez A.M., De la cruz Chávez F. - “Morbilidad y Mortalidad en el embarazo precoz”- Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología; Vol. 24 N°3, Ciudad de la Habana; Setiembre – Diciembre 1998
- Villasaca P. – “La embarazada y la madre adolescente: aspectos biomédicos”- Sexualidad y embarazo en adolescentes; Santiago de Chile- Consejo de Educación en Adultos en América Latina, 1989
- Cañedo Dorantes Luis – “Investigación Clínica”, 2º edición, 1987
- Hernández Sampieri Roberto; Fernández Collado Carlos; Baptista Lucio Pilar- “Metodología de la Investigación”, 2º edición, México – 1998
- Polit – Huler Denise Bernardette – “Investigación Científica en Ciencias de la Salud”, 6º edición, 2000

ANEXOS

Consultar el capítulo completo en :

http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2005/miranda_pr/pdf/miranda_pr-TH.back.2.pdf