

UNIVERSIDAD DE CHICLAYO

FACULTAD MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL MEDICINA



**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS Y GINECO
OBSTÉTRICOS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD CERROPON
CHICLAYO 2013 AL 2015.**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MEDICO CIRUJANO

AUTOR:

Bach. Med. Ivo Coronado Rimarachín

ASESOR:

Luis Felipe Gonzáles Cornejo

CHICLAYO – PERÚ

2016

DEDICATORIA

A Dios, todopoderoso que, con su infinita misericordia, me ha dado sabiduría y por ser el camino que nos guía para poder lograr mi meta propuesta.

Dedico con todo mi amor y cariño a mi amada esposa Aydeé y mis queridos hijos Marilín, Marian y Anderson por su sacrificio y esfuerzo por apoyarme en terminar mi carrera que nos servirá para nuestro futuro y además en creer en mi capacidad e inteligencia personal, aunque hemos pasado momentos difíciles, pero siempre han estado brindándome su comprensión cariño y amor.

A mi madre y hermanos por quienes con su apoyo moral no dejaban decaer para que siguiera adelante y siempre sea perseverante y logre con mis ideales.

El autor

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, porque hizo realidad este sueño anhelado, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por ofrecerme una vida llena de aprendizajes, experiencia y sobre todo una inmensa felicidad por haber logrado la meta propuesta.

A la Universidad de Chiclayo por ser mi alma mater por acogerte y darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional.

De igual manera agradecer a mi asesor de tesis Dr. Luis Gonzáles, por sus consejos, su enseñanza, su amistad y por su visión crítica de muchos aspectos y por su tiempo incondicional para el desarrollo de esta tesis.

A la Gerente y trabajadores del Centro de salud por brindarme la oportunidad y confianza para poder realizar mi estudio de investigación, y por facilitarme realizar mi trabajo durante toda mi carrera profesional.

El autor

INDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
INDICE	iii
INDICE DE CUADROS	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
I. Capítulo I	08
1. Introducción	08
1.1. Antecedentes del tema	08
1.2. Estado actual del tema	11
1.3. Fundamentos teóricos	14
1.4. Formulación del problema	21
1.5. Justificación e importancia del estudio	21
1.6. Objetivos	23
2. Capítulo II	24
2. Metodología	24
2.1. Tipo de investigación	24
2.2. Diseño de contrastación	25
2.3. Operacionalización de variables	26
2.4. Materiales y procedimientos	28
2.5. Consideraciones éticas	31
3. RESULTADOS	33
4. DISCUSIÓN	38
5. CONCLUSIONES	42

6. RECOMENDACIONES	43
7. BIBLIOGRAFÍA	44
ANEXOS	47

ÍNDICE DE CUADROS

N° de tabla	Descripción	pág.
Tabla 01	Edad de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Cerropón – Chiclayo 2013 al 2015	33
Tabla 02	Estado civil de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Cerropón – Chiclayo 2013 al 2015	33
Tabla 03	Religión de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Cerropón – Chiclayo 2013 al 2015	34
Tabla 04	Grado de instrucción de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Cerropón – Chiclayo 2013 al 2015	34
Tabla 05	Ocupación de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Cerropón – Chiclayo 2013 al 2015	35
Tabla 06	Zona de procedencia de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Cerropón – 2013 al 2015	35
Tabla 07	Menarquia de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Cerropón - Chiclayo 2013 al 2015	36
Tabla 08	Tabla 08. Coitarquia de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Cerropón - Chiclayo 2013 al 2015	36
Tabla 09	Uso de métodos anticonceptivos de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Cerropón - Chiclayo 2013 al 2015	37
Tabla 10	Control prenatal de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Cerropón - Chiclayo 2013 al 2015	37

RESUMEN

El objetivo. Determinar las características sociodemográficos y gineco-obstétricas de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Cerropón, Chiclayo 2013 al 2015.

Metodología. Diseño de corte transversal, se recopiló información de 114 historias clínicas de adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Cerropón-Chiclayo en un periodo de 3 años (2013 al 2015). Se analizó edad, estado civil, religión, grado de instrucción, ocupación, zona de procedencia, menarquia, coitarquia, uso de métodos anticonceptivos.

Resultados. La edad promedio de las adolescentes es 18 años, el 92.2 % de las adolescentes comprende el grupo de 17 a 19 años, el 84.2% de las adolescentes tienen como estado civil conviviente, 88.6 % profesan religión católica, el 45.6 % tienen grado de secundaria incompleta, 90.4% de las adolescentes son ama de casa, 67.5 % proceden de la zona urbana-marginal, el 75.4 % de la menarquia de las adolescentes comprende la etapa de la adolescente temprana 10 a 13 años, el 58.8 % de inicio de la coitarquia comprende la adolescencia media de 14 a 16 años, el 72.8% niegan haber usado método anticonceptivos, 78.1 % de las adolescentes eran primigesta y el 21.9% son multigesta, el 64.9 % de las adolescentes tenían un embarazo controlado.

Conclusiones. La mayoría tiene una edad entre 17 y 19 años, relación de convivencia, religión católica, secundaria incompleta, son amas de casa y de procedencia urbana-marginal, además presentaron antecedentes de menarquia entre 10 y 13 años de edad y coitarquia entre 14 y 16 años, generalmente no usan métodos anticonceptivos.

Palabras Claves: Adolescente embarazada sociodemográficos gineco-obstétricos.

ABSTRACT

Objective. Determine the sociodemographic and obstetric gynecology characteristics of pregnant adolescents seen at Cerropón Health Center, Chiclayo 2013 to 2015.

Methodology. Cross-sectional design, information from medical records of 114 pregnant adolescents seen at the health center Cerropón - Chiclayo over a period of three years (2013 to 2015) was compiled. age, marital status, religion, level of education, occupation, area of origin, menarche, coitarquia, contraceptive use was analyzed.

Results. The average age of girls is 18, 92.2 % of adolescent comprises the group of 17-19 years, 84.2 % of adolescents have as a common law marriage, 88.6 % profess Catholicism, 45.6 % had high school degree incomplete, 90.4 % of adolescents are housewife, 67.5 % come from urban-marginal zone, 75.4 % of menarche of girls comprising the step of early adolescents 10 to 13 years, 58.8 % Opening coitarquía comprising the mid-teens from 14 to 16 years, 72.8 % deny having used contraception method , 78.1 % of adolescents were primigravida and 21.9% were multigesta, 64.9 % of adolescents had controlled pregnancy.

Conclusions. Most have an age between 17 and 19 years, relationship of coexistence, Catholic, incomplete secondary, are housewives and urban - marginalized origin also presented a history of menarche between 10 and 13 years old and coitarquia between 14 and 16 years, generally they do not use contraception.

Keywords. Teenage pregnant sociodemographic gynecological obstetric.

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. Antecedentes del tema.

Ortiz R., Bañuelos A., Serrano R., Mejía M., Laureano J. (2015) en su estudio Perfil obstétrico y neonatal de adolescentes atendidas en el Hospital General de Occidente de Jalisco, México, con el objetivo de analizar el perfil obstétrico y neonatal de adolescentes atendidas en el Hospital General de Occidente de Jalisco, México desde 2008 hasta 2012. Estudio descriptivo con diseño transversal; los resultados muestran que el 25,13 % eran adolescentes; la media de edad fue 17,45; 96,81 % estaban dedicadas al hogar; 68,69 % vivían en unión libre con su pareja; 27,3 % tenían estudios de primaria o menos y 97,17 % afiliadas al seguro popular. El 6,60 % no llevó control prenatal; la media del total de consultas fue 5,6; el 26,46 % fueron cesáreas; 0,68 % de los recién nacidos obtuvo un apgar de 7 o menos; 4,63 % con edad gestacional de 35 semanas o menos; 1,34 % peso muy bajo y 0,54 % alguna malformación congénita. En conclusión, la atención de adolescentes embarazadas es persistente y con cifras similares en los últimos 5 años. Se encuentran similitudes en el perfil obstétrico y neonatal con investigaciones de México y Latinoamérica (1).

Gómez C. y Montoya L. (2013) en su estudio descriptivo factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012 en Colombia; con el objetivo de establecer la relación entre los factores sociales, demográficos, familiares y económicos con el embarazo en adolescentes de 13 a 19 años, aplicaron una

encuesta a una muestra de 193 adolescentes. Los resultados con análisis multivariado, el factor con mayor riesgo fueron la edad (OR: 8,33 IC; 1,82-38,14), el estrato socioeconómico (OR: 12,52 IC; 1,58-98,91), la ocupación (OR: 7,60 IC; 3,0-19,27), la convivencia la pareja (OR: 17,47 IC; 3,63-83,94), el inicio temprano de las relaciones sexuales (OR: 1,95 IC; 0,69-5,5), el número de compañeros sexuales (OR: 1,70 IC; 0,74-3,86), el nivel de escolaridad del padre (OR: 3,05 IC; 1,01-9,22), el hecho de haber sido violada (OR: 3,66 IC; 1,12-11,96) y los ingresos económicos familiares (OR: 3,98 IC; 1,45-10,92). Las conclusiones indican que el mayor riesgo a embarazo es residir en área urbana, la edad entre 16 – 19 años, la unión libre o casada, la labor doméstica y el nivel socioeconómico bajo(2).

Barrozo M y Pressiani G. (2011). En su estudio Embarazo adolescente entre 12 y 19 años, con el objetivo de Identificar los factores que inciden en el aumento de embarazo en adolescentes entre 12 y 19 años del departamento de Santa Rosa durante el año 2010. Estudio descriptivo, retrospectivo corte transversal. Los resultados muestran que el 81% corresponde a inicio de su actividad sexual a temprana edad, (el 40% a edades entre 14 años y 15 años de edad, mientras que el 36% a edades entre 12 años y 13 años), el 46,20% manifestaron haber utilizado algún método anticonceptivo (preservativo) en su primera relación sexual. Mientras el 41% respondió no haber utilizado método de anticoncepción; el 49,20% respondieron haber recibido información sobre salud reproductiva en los establecimientos educativos a los que concurren y el 18% en su seno familiar, el 91,50% indicaron tener conocimiento sobre embarazo y sus riesgos. (3)

Chitacapa L, Fernández J y Luna E. (2014) en su estudio Prevalencia del embarazo y sus factores de riesgo asociados en adolescentes del Hospital

“Ángela Loayza de Ollague” Santa Rosa – El Oro 2012, en Cuenca - Ecuador. Estudio tipo cuantitativo, descriptivo de prevalencia, con el objetivo de obtener la prevalencia de embarazo en adolescentes en este hospital del país, además de encontrar los principales factores de riesgo asociados, el instrumento utilizado fue un formulario de recolección de datos. Los resultados muestran que los factores asociados al embarazo en adolescentes fue significativo el uso de métodos anticonceptivos con un p valor de 0,00; sin embargo no fue significativo la educación con un p valor de 0,48 y la zona de residencia con p valor de 0,06. En conclusión el uso de métodos anticonceptivos es significativo y no significativo la educación y la zona de residencia(4).

Osorio R. (2013) en su estudio Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013. Estudio descriptivo con diseño observacional, con el objetivo de determinar los principales factores características sociodemográficas en el embarazo de adolescentes atendidas en los consultorios externos de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, aplico un cuestionario a una muestra de 100 adolescentes. Los resultados muestran que el 90% se encuentran entre los 14 a 19 años de edad, el 80% no planificaron su embarazo, 64% provienen de familias desintegradas, 75% tienen grado de instrucción secundaria, 65% reciben apoyo económico de sus padres, 62% inicio sus relaciones sexuales entre los 14 a 16 años de edad y 82% tiene algún conocimiento sobre los métodos anticonceptivos. Las conclusiones señalan que tienen las adolescentes inician sus relaciones sexuales a temprana edad, bajo nivel educativo, de origen familiar desintegradas y algún conocimiento de métodos anticonceptivos(5).

Paliza O. (2015), en su estudio Complicaciones obstétricas y perinatales de la adolescente con parto en el Hospital II-1 de Moyobamba, julio a diciembre 2014, estudio descriptivo transversal con el objetivo de determinar las complicaciones obstétricas y perinatales en la gestante adolescente con parto en el Hospital II-1 de Moyobamba, entre julio a diciembre 2014. En la que evaluaron a 145 gestantes adolescentes, el 67.6% presentan entre 17 a 19 años, el 47.6% proceden de la zona urbana, el 59.3% con nivel de instrucción secundaria, el 75.9% son primigesta, el 9.7% con antecedente de aborto, el 18.6% con menos de 37 semanas de gestación, el 71.7% tuvieron 6 a más controles prenatales, el 34.5% terminan su embarazo en cesárea. El 62.8% de las gestantes adolescentes presentaron complicaciones obstétricas, las principales fueron: desproporción cefalopélvica (13.8%), ruptura prematura de membrana (13.8%), infección urinaria (9.0%), desgarro I grado (7.6%), preeclampsia leve/severa (6.9%) y aborto incompleto (6.2%). El 30.3% de las gestantes adolescentes presentaron complicaciones perinatales, las principales fueron: sufrimiento fetal agudo (11.7%), hiperbilirrubinemia (4.8%), sepsis neonatal (4.1%), y prematuridad (2.8%). El adecuado control prenatal se relacionó significativa ($p=0.000$) a la presencia de complicaciones obstétricas. Concluye Las gestantes adolescentes que se atendidas presentan con mayor frecuencia complicaciones obstétricas que perinatales.(6)

1.2. Estado actual del tema.

La adolescencia es un periodo en la que aparecen características sexuales secundarias y terminan cuando cesa el crecimiento somático. Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el periodo comprendido entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana de 10 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años (7). La adolescencia es la segunda década de la vida permite, reunir datos basados en la edad, con el

propósito de analizar este período de transición. Actualmente se reconoce que la adolescencia es una etapa independiente de la primera infancia y de la edad adulta, y que requiere atención y protección especial. Pero esto no fue así durante la mayor parte de la historia humana(8).

Según la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA) “El embarazo en la adolescencia debe ser considerado como un problema de la sociedad que nos compete a todos y todas y en donde se debe jugar un papel activo, ya que este hecho trunca, la mayoría de las veces, el proyecto de vida de las madres adolescentes”. El inicio precoz de las relaciones sexuales en las adolescentes le cambia sus metas y objetivos (proyecto de vida), en su juventud y adultez, por otro lado, muchas de ellas no tienen metas ni objetivos trazados al culminar sus estudios secundarios. Frente a esta situación UNICEF plantea el proyecto de vida como estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia(9)

El embarazo en la adolescencia es un fenómeno de interés de la salud pública por sus implicancias que tiene sobre la salud y la sociedad. Se estima que a nivel mundial cada año unos 16 millones de las adolescentes de entre 15 y 19 años de edad dan a luz y las causa principal de defunción en las adolescentes de 15 a 19 años de edad en los países con menos ingresos son complicaciones por el embarazo y el parto(10). El embarazo en la edad adolescente, genera cambios físicos, psicológico y en su plan de vida o proyecto de vida; obstaculizando metas y objetivos trazados, por este motivo es que el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) indica que el proyecto de vida es una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia(11)

En el Perú el incremento del embarazo en adolescentes, es preocupante, pero también preocupa saber cuáles con las competencias personales y existenciales para la construcción de su proyecto de vida, así mismo interesa comprender la construcción de su proyecto de vida desde sus propias experiencias. El embarazo en adolescentes es una realidad que limita a aprovechar las escasas oportunidades que éstas, puedan tener en su vida personal y familiar(12), es un problema social que nos compete a todos. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) el embarazo adolescente se incrementó, de 13,0% en el 2000, el 13,9% en el 2013 a 14.6 % en el 2014; expertos advierten que urgen medidas preventivas “En esta etapa, la adolescente no está preparada para enfrentar la maternidad con todas las responsabilidades que esta implica(13).

Muchas de las jóvenes embarazadas tienen que abandonar sus estudios porque tienen que cuidar a sus hijos o porque sienten vergüenza de asistir al colegio en su estado; así como temen a las críticas de sus compañeros, de los padres de familia y hasta de los profesores” explicaron los especialistas de Apoyo a Programas de Población (APROPO)(14)

Estudios realizados en la ciudad de Cerro de Pasco - Perú demuestran que la mujer adquiere a más temprana edad que el hombre, el estado conyugal de casada o conviviente. De 15 a 19 años el 24% de las mujeres tiene ya ese estado mientras que tan sólo el 3% de los hombres lo ha adquirido(15).

En el centro de salud de Cerropón se encuentran registrados en los reportes diarios de atención de la Estrategia Sanitaria Nacional de salud Sexual y Reproductiva, varios los casos de embarazos en adolescentes, los cuales

acuden para control pre natal y atención de parto institucional en el periodo del 2013 al 2015.

1.3. Fundamentos teóricos.

EI EMBARAZO EN ADOLESCENTES

La adolescencia etimológicamente, proviene del latín ad: a hacia y adolescere: crecer. Es la etapa del desarrollo humano, que tiene un inicio con una duración variable y marca el final de la niñez y crea los cimientos para la vida adulta con cambios biológicos psicológicos y sociales(16). La organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como la etapa comprendida entre los 10 y 19 años de edad(17).

El transcurrir la adolescencia pasa por etapas basada en características etarias y de escolarización(18) esta se divide en fases:(18) (19)

Adolescencia temprana (10 – 13 años). Es la fase en la que se inician los cambios corporales y funcionales como la menarquia es el periodo peripuberal, el o la adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumenta sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

Adolescencia media (14-16 años). En esta fase culmina el desarrollo sexual. Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus pares,

compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

Adolescencia tardía (17 – 19 años). En esta fase culmina el desarrollo corporal y se logra la madurez de la persona; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía, desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

El Embarazo en adolescentes, es una etapa del desarrollo humano, que se inicia con la fecundación del ovulo por el espermatozoide en la adolescencia (18).

El embarazo en la adolescencia es aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica (edad ginecológica 0 = Edad de la menarquia) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parenteral (14).

Durante la etapa del embarazo, la adolescente va a experimentar diferentes cambios anatómicos, fisiológicos y psicológicos, que lo conviertan en mujer, siendo esto algo muy importante para la adolescente(18).

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y GINECO OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A EMBARAZO EN ADOLESCENTES

En el embarazo en adolescentes o precoz, existen factores sociodemográficos tales como edad, escolaridad, profesión, origen y residencia(20), desde el punto de vista social intervienen patrones de socialización como el machismo, deserción escolar temprana, incorporación temprana al campo laboral en condiciones de desventaja(21). La edad, es la condición de la mujer en la sociedad se describe en términos de edad, estado civil, grado de instrucción, zona de procedencia, ocupación. También incluye la percepción de la sociedad sobre estos roles y el valor que esta le otorga. El estereotipo de la mujer de baja condición es la mujer con un niño al pecho, embarazada y varios niños más alrededor de su falda. Es la mujer para quien la maternidad ha sido el único destino desde su nacimiento, ella se ve mayor de la edad que tiene, su salud está revestida por embarazos a repetición, la maternidad y el trabajo doméstico agotador. Es típico su baja escolaridad, falta de ingreso, falta de empleo, salud inadecuada y falta de acceso a la salud.

En cuanto al nivel de educativo, correspondiente a las diversas fases del desarrollo personal de los educandos. Comprende las categorías siguientes: sin nivel, educación inicial, primario, secundaria, superior no universitario y superior universitario. La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes. La precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, más bien la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones. Se describe como factor de riesgo la baja escolaridad, las zonas de pobreza con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad

familiar disfuncionales, falta de recursos a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo(22).

La religión es otra característica de las adolescentes, esto es las creencias, mitos y rituales. Este espacio explora lo religioso como una respuesta del ser humano ante la necesidad de protección y trascendencia(23).

El estado civil, es una característica de las personas, que se estudia, por la importancia que tiene en la formación y desaparición de la familia, la misma que es considerada como base fundamental en la que se sustenta la sociedad de un país. Se considera las categorías: conviviente, separado(a), casado(a), viudo(a), divorciado(a), soltero(a)(23).

La ocupación, es el tipo de relación que existe entre la persona ocupada y el conductor del centro de trabajo o entre éste y los trabajadores. Una primera distinción básica es si se trabaja en forma dependiente o independiente. Entre las categorías de ocupación se tiene: estudiante, empleado, obrero, trabajador independiente, trabajador dependiente, ama de casa.

La procedencia, es el origen o naturaleza de la persona; se considera las categorías: urbano, rural.

Otro factor asociado se considera a los factores gineco - obstétricos, entre ellos la menarquía, primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual o primera hemorragia menstrual de la mujer. Desde las perspectivas sociales, psicológicas y ginecológicas es frecuentemente considerado el evento central de la pubertad femenina, como señal de la posibilidad de fertilidad(7); el régimen catamenial cuya expresión es mediante una fracción en cuyo

numerador se anota la duración (en días) y en el denominador el lapso (en días) que transcurre entre dos menstruaciones. Así, una mujer que tiene menstruaciones de 4 días de duración cada 28 días se anotara: RC0 4/28.

El inicio de relaciones sexuales es otro factor. Es un hecho trascendente en la vida de un individuo, el uso del propio cuerpo para relacionarse con otros individuos a través del placer es fundamental para su propio desarrollo emocional y para establecer relaciones con sus semejantes en condiciones igualitarias.; en la iniciación sexual existen diferentes aspectos a considerar, pero tiene prioridad y es fundamental, la edad de inicio y el estar o no preparados. Se conoce que las consecuencias de la iniciación sexual tienen un carácter universal. El inicio sexual precoz, unido a la ocurrencia de las relaciones sexuales en lugares y condiciones desfavorables, los continuos cambios de pareja y/o promiscuidad, la prostitución y el escaso o nulo uso de métodos anticonceptivos, son conductas sexuales riesgosas comunes en adolescentes y jóvenes, cuyas principales consecuencias se concretan en experiencias frustrantes que pueden causar disfunciones sexuales, embarazos precoces no deseados, incremento del aborto, de las ITS/VIH/SIDA y daños reproductivos(24).

El Uso de método anticonceptivo, tiene por finalidad de limitar o controlar la natalidad y espaciar el tiempo que medie entre los respectivos embarazos y nacimientos. La anticoncepción se produce a través de una serie de métodos: naturales, químicos, farmacológicos, mecánicos y quirúrgicos que evitan el embarazo. Desde la década de los años veinte son conocidos dos de los principales métodos que se usan hoy la progesterona y los dispositivos intrauterinos.

CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE

El embarazo a temprana edad trae consecuencias físicas por no estar consolidado el desarrollo físico en la adolescente. Es muy frecuente que las adolescentes por desconocimiento de los síntomas del embarazo, por la irregularidad de los ciclos menstruales a esa edad por temor, vergüenza, sentimientos de culpa o por otras razones no acuden al control prenatal y si lo hacen es de manera tardía. Entre los problemas que con frecuencia se presentan en la adolescente embarazadas podemos mencionar a la toxemia caracterizado por hipertensión, edemas principalmente en manos y pies, eliminación de proteínas por la orina. Si la Pre-eclampsia no se detecta y controla a tiempo la adolescente puede llegar a convulsionar y la muerte, antes o después del parto; anemia por la demanda de hierro durante el embarazo; y finalmente partos distócicos porque en la adolescencia la pelvis no ha alcanzado su máximo desarrollo, es decir, que es pequeña para permitir el paso de la cabeza del bebé en el momento del parto.

En el aspecto socio económico las principales consecuencias que afronta una adolescente son el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo limita las oportunidades futuras de buenos empleos y sus posibilidades de realización personal, y le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.

La relación de pareja de menor duración y más inestable suele significarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.

Las adolescentes embarazadas generalmente abandonan los estudios, frustrando y limitando de esta manera, sus oportunidades para el futuro lo que repercute en las posibilidades de empleo por la falta de preparación o estudios

superiores, por tanto, los salarios que reciben son excesivamente bajos que no les permiten satisfacer las necesidades básicas.

Además, puede haber cambios psicológicos como sentimientos de minusvalía, baja autoestima, con frecuencia hay rechazo por los padres, la escuela, la sociedad y a veces de la pareja.

Sin embargo, también se da el caso de los matrimonios forzados que al poco tiempo van al fracaso por su inmadurez, lo que ocasiona una fuerte inestabilidad emocional.

PREVENCIÓN DE LOS EMBARAZOS DE ADOLESCENTES

Según el Fondo de Naciones Unidas para la Población (UNFPA, 2013), todos los días 20.000 mujeres de menos de 18 años, dan a luz en países en vías de desarrollo y 2 de los 7,3 millones de partos de adolescentes que ocurren cada año, corresponden a niñas menores de 15 años(11). El trabajo que vienen realizando los médicos generales, enfermeras, visitantes domiciliarios y matronas en la prevención del embarazo en adolescentes es poco claro, pues los mejores resultados como consejeros se obtienen en sus intervenciones en el medio escolar y como informadores de recursos. Por lo que habría la necesidad de una buena formación y conocimiento de los recursos locales por parte de los proveedores sanitarios y la importancia de establecer buenas conexiones entre escuela, recursos sanitarios y recursos comunitarios(25).

La mayoría de profesiones de la educación y la salud señalan que es necesaria una completa educación sexual, el acceso a los métodos anticonceptivos, así como a los servicios de planificación familiar. Existen modelos para la

prevención del embarazo adolescente. Los programas tienden a enfocarlos en particular o usar una combinación de enfoques.

Los programas de educación de abstinencia fomentan el aplazamiento del inicio en los contactos sexuales hasta que la persona es madura y suficientemente diestra para manejar la actividad sexual de una manera responsable y capaz de manejarse y responsabilizarse ante un embarazo potencial. Hay programas basados y enfocados en el conocimiento del adolescente sobre su cuerpo y funciones normales, así como también dando información detallada sobre de anticonceptivos.

Otros programas más clínicos en escuelas, enfocados a dar acceso más fácil a la información, aconsejado por asistentes sanitarios, y servicios anticonceptivos.

1.4. Formulación del problema científico

¿Cuáles son las características sociodemográficos y gineco - obstétricos de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Cerropón. Chiclayo 2013 al 2015?

1.5. Justificación e importancia del estudio

El embarazo en la adolescencia es considerado un problema de salud pública, no solo por sus implicancias y consecuencias que tiene sobre sí mismo, la familia y la sociedad; sino también por los cambios en su proyecto de vida, que le limita alcanzar metas y objetivos.

Actualmente cuando inician sus relaciones sexuales para prevenir las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo, no utilizan los métodos

modernos de planificación familiar a pesar de su disponibilidad en el mercado. Desde este punto de vista el embarazo precoz, se convierte en problema de salud pública, La adolescencia es un grupo vulnerable a una serie de riesgos, entre ellos el embarazo no deseado y violencia familiar, que dificulta el desarrollo de capacidades personales para la construcción de su proyecto de vida.

En las dos últimas décadas, la proporción de adolescentes embarazadas, muestra una tendencia a incrementarse entre los años 2000 (13,0%), 2013 (13,9%) y 2014 (14.6 %); similar comportamiento se percibe en el porcentaje de aquellas que ya son madres(26).

El embarazo en adolescentes es un fenómeno enmarcado dentro de la problemática de más alto impacto en la actualidad, con innumerables consecuencias físicas, socio-económicas y psicológicas.

El presente estudio tiene como objetivo analizar las características sociodemográficos y gineco obstétricos de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Cerropón de Chiclayo 2013 al 2015. Este estudio servirá a la institución para planificar acciones preventivas promocionales e implementar las estrategias respectivas y rediseñar la referencia de estas pacientes de acuerdo al riesgo.

Las repercusiones sociales del embarazo adolescente, hace que convierta en un problema de salud pública, una madre-niña, que no ha completado sus propias tareas del desarrollo, no tiene la capacidad mental, económica, psicológica ni emocional para desarrollar un adecuado rol maternal, por lo tanto el hijo inicia su vida en la adversidad de estas condiciones que no le auguran

sino dificultades, por eso es necesario que la adolescente embarazada tenga garantizado el acceso a servicios de salud congruentes, lo que se logra en la medida en que se realicen investigaciones que estudien y muestren esta realidad.

Es de mucha importancia para los proveedores o profesionales de cuidado, porque es necesario establecer un marco de reflexión que exhorta al compromiso de educación en estilos de vida saludables, y goce y disfrute sano de la sexualidad, lo cual se debe realizar en diferentes contextos; individuo, familia y grupos sociales.

Siendo el embarazo adolescente un evento de gran interés en salud pública, se requiere un esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, aunque sin desconocer la empresa privada, para prevenir, atender y proteger los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes.

1.6. Objetivos.

General.

Determinar las características sociodemográficos y gineco-obstétricos de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Cerropón, Chiclayo 2013 al 2015.

Específicos.

- Describir las características socio demográficos de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Cerropón.
- Describir las características gineco–obstétricos de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Cerropón.

CAPITULO II

2. METODOLOGÍA

2.1. Tipo de investigación.

2.1.1. De acuerdo con el periodo que se capta la información el estudio es:

- Retrospectivo. Años 2013 al 2015

2.1.2. De acuerdo al fenómeno estudiado:

- Transversal.

2.1.3. De acuerdo con la comparación de poblaciones

- Descriptivo

2.1.4. De acuerdo con la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza:

- Observacional.

2.1.5. De acuerdo al fin que se persigue:

- Aplicada.

2.1.6. De acuerdo a la respuesta del problema:

- Bibliográfica. Los datos obtenidos de las historias clínicas en el presente estudio serán del año 2013 al 2015

2.2. Diseño y contrastación.

En el estudio de investigación se aplicó una ficha descriptiva de tipo retrospectivo, transversal.

2.3. Operacionalización de variables

Variables	Dimensión	Sub Variables	Indicador	Índice	Escala de Medición
Factores sociodemográficos y gineco obstétricos	Sociodemográficos	Edad	años	10 - 13 14 - 16 17 - 19	Ordinal
		Estado civil	Situación conyugal	Soltera Casada conviviente	Nominal
		Religión	Religión que profesa	Católica Nazarena Adventista Otros.	Nominal
		Grado de instrucción	Nivel de estudios alcanzados	Analfabeta. Prim. Incompleta. Prim. Completa. Sec. Incompleta. Sec. Completa. Sup. NO Universitaria. Sup. Universitaria	Ordinal
		Ocupación	Actividad o trabajo en el que emplea el tiempo la paciente sujeta de estudio.	Estudiante Ama de casa Otros.	Nominal
		Zona de	Lugar donde reside la	Urbana.	Nominal.

		procedencia	paciente	Urbana- marginal Rural	
	Gineco Obstétricos	Menarquia	Edad de la primera menstruación	10 - 13 14 - 16	Ordinal
		Coitarquía	Edad de inicio coital	10 - 13 14 - 16 17 - 19	Ordinal
		Antec. A/C	Uso M/A	SI - NO	Nominal
		Control prenatal	≤5 controles ≥6 controles	Ges. Atendida Controlada	Nominal Nominal

2.4. Materiales y procedimientos.

2.4.1. Población y muestra de estudio.

El centro de Salud “Cerropón” está enmarcado dentro de la Urbanización las Brisas de la Ciudad de Chiclayo, está ubicado en la urbanización las **BRISAS** sitio en la calle Santa Catalina N° 151, al Noroeste de la ciudad de Chiclayo.

La jurisdicción del **Centro de Salud “CERROPON”** comprende urbanizaciones, pueblos jóvenes, asentamientos humanos, esos últimos productos de la propagación de invasiones en terrenos desprotegidos. En 1977 a 1980 surge el pueblo joven “los Olivos”, y en la última década los asentamientos humanos “28 de julio”, “Santa teresita”, “Ampliación la Molina”, entre otras. Actualmente existen 13 pueblos jóvenes y 05 urbanizaciones.

La Urbanización Las Brisas tiene una antigüedad de más de 20 años, siendo una de las urbanizaciones más grandes del Distrito de Chiclayo, con una población estimada de 80,000 habitantes de los cuales el 70 % los constituyen la población juvenil y niñez.

El Centro de Salud Cerropón fue creado el 15 de abril de 1,985. Brindando servicios básicos de salud; en julio del 2001 inaugura la sala de atención de partos las 24 horas en su moderno local, ha extendido sus servicios para los Centros de Salud: Cruz de la Esperanza, José Quiñones Gonzales y San José.

El 20 de diciembre del 2003, el centro de salud Cerropón Califico como centro Materno Infantil con **nivel de atención I – 4**, con el objetivo de brindar atención médica integral ambulatoria y con Internamiento de corta estancia principalmente enfocada al área Materno-Perinatal, con

acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños y recuperación de problemas de salud más frecuentes a través de unidades productoras de servicios básicos y especializados de salud.

El **Centro de Salud Cerropón** cuenta con una infraestructura adecuada para proporcionar sus servicios básicos, Este módulo fue el inicio de la capacidad de atenciones médicas, cuenta con más de 24 años de antigüedad y fue concebido de manera experimental con material rustico (adobe y quinchá). Cuenta con 02 médicos nombrados y 03 médicos nombrados en condición de destacados. La población asignada al Establecimiento de salud durante el año 2013 fue de 30,312, de ella 10,468 MEF, y 544 mujeres gestantes programadas, año 2014 fue de 30,511, de ella 10,217 MEF, y 534 mujeres gestantes programadas, año 2015 fue de 30,708, de ella 10,233 MEF, y 525 mujeres gestantes programadas, atendándose 51 gestantes adolescentes en el 2013, 75 gestantes adolescentes en el 2014 y 71 gestantes adolescentes en el 2015. Además el centro de salud Olaya, es el responsable del Anillo de Contención para nuestra Micro Red, no cuenta con la infraestructura suficiente para responsabilizarse de la atención de dichas pacientes.

La población de estudio se consideró a todas las adolescentes embarazadas atendidas durante el periodo de 2013 al 2015, siendo un total de 114 adolescentes, que represento el 15 % del total de gestantes como población asignada al Centro de Salud de Cerropón sujeta a programación anual. La muestra será 114, es decir el total de la población atendida que cumplen ciertos criterios en los tres últimos años.

Año	N°
2013	27
2014	45
2015	42

Criterio de inclusión:

- Historias clínicas de adolescentes embarazadas 10 a 19 años.
- Historias clínicas de adolescentes embarazadas que residen en el ámbito de la jurisdicción del Centro de Salud Cerropón.
- Historias clínicas con datos completos.

Criterio de exclusión:

- Historias clínicas de adolescentes embarazadas que residen en el ámbito de otra jurisdicción.
- Historias clínicas con datos incompletos.

2.4.2. Material, instrumental y equipos de laboratorio y/o campo.

Se empleó material de escritorio, computadora, impresora, historias clínicas, software estadístico.

2.4.3. Técnica e instrumentos de recolección de datos.

Para la recolección, se empleó una lista de cotejo para la recolección de la obtención de la información de las historias clínicas de las gestantes adolescentes atendidas en el servicio materno infantil del Centro de Salud de Cerropón de la red de servicios de salud Chiclayo, durante el año 2013 al 2015 registradas en la Estrategia Nacional Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR).

2.4.4. Análisis estadísticos de los datos.

Las fichas se procesaron en la base de datos del Software estadístico SPSS, versión 22 en español. El análisis de los datos se presenta en tablas para describir las características sociodemográficas y gineco obstétricas de las adolescentes embarazadas.

2.5. Consideraciones éticas (Helsinki).

En cuanto a los principios éticos fundamentales (la autonomía o autodeterminación, el beneficio y la justicia) en la investigación se tomó en cuenta la información del centro de Salud Cerropón Red de Servicios de Salud Chiclayo, se tuvo acceso a cada una de las historias clínicas de cada una de las gestantes adolescentes en estudio, para la obtención de la información requerida. En esta investigación la obligación ética fue obtener la información necesaria para la investigación. Además, los sujetos de estudio fueron seleccionados solo a gestantes adolescentes de los registros de la Estrategia Nacional Salud Sexual y Reproductiva, es decir que todas fueron tratadas por igual con justicia.

La ética plantea problemas muy concretos al investigador en virtud a la moral y con el rigor científico de la investigación en ejecución, en búsqueda de la adquisición de nuevos conocimientos.

La presente investigación se realizó previa autorización del gerente el Centro de Salud de Cerropón, para la ejecución y acceso a los archivos de las historias clínicas. Se recogió la información requerida para el estudio de cada una de las historias clínicas de las gestantes adolescentes, dicha

formación se mantuvo en el anonimato en su protección de su identidad y la información consignada en la historia clínica.

CAPITULO III

3. RESULTADOS

Tabla 01. Edad de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Cerropón – Chiclayo 2013 al 2015.

Variable	Categoría	N°	%
Edad	10 – 13 años	0	0.0
	14 – 16 años	8	7.1
	17 – 19 años	106	92.9
Total		114	100.0

Fuente: Investigación propia.

Tabla 02. Estado civil de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Cerropón – Chiclayo 2013 al 2015.

Variable	Categoría	N°	%
Estado Civil	Soltera	12	10.5
	Casada	6	5.3
	Conviviente	96	84.2
Total		114	100.0

Fuente: Investigación propia.

Tabla 03. Religión de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Cerropón – Chiclayo 2013 al 2015.

Variable	Categoría	N°	%
Religión	Católica	101	88.6
	Nazarena	5	4.4
	Adventista	7	6.0
	Otros.	1	1.0
Total		114	100.0

Fuente: Investigación propia.

Tabla 04. Grado de instrucción de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Cerropón – Chiclayo 2013 al 2015.

Variable	Categoría	N°	%
Grado de Instrucción	Analfabeta	0	0.0
	Primaria incompleta	4	3.5
	Primaria completa	8	7.0
	Secundaria Incompleta	52	45.6
	Secundaria completa	33	28.9
	Sup. No Universitaria	14	12.3
	Superior Universitaria	3	2.7
Total		114	100.0

Fuente: Investigación propia.

Tabla 05. Ocupación de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Cerropón – Chiclayo 2013 al 2015.

Variable	Categoría	N°	%
Ocupación	Estudiante	10	8.8
	Ama de casa	103	90.4
	Otros	1	0.8
Total		114	100.0

Fuente: Investigación propia.

Tabla 06. Zona de procedencia de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Cerropón – Chiclayo 2013 al 2015.

Variable	Categoría	N°	%
Zona de procedencia	Urbana	33	29.0
	Urbana – marginal	77	67.5
	Rural	4	3.5
Total		114	100

Fuente: Investigación propia.

Tabla 07. Menarquia de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Cerropón - Chiclayo 2013 al 2015.

Variable	Categoría	N°	%
Menarquia	10 – 13 años	86	75.4
	14 – 16 años	28	24.6
Total		114	100.0

Fuente: Investigación propia.

Tabla 08. Coitarquia de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Cerropón - Chiclayo 2013 al 2015.

Variable	Categoría	N°	%
Coitarquía	10 – 13 años	1	0.8
	14 – 16 años	67	58.8
	17 – 19 años	46	40.4
Total		114	100.0

Fuente: Investigación propia.

Tabla 09. Uso de Métodos Anticonceptivos de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Cerropón - Chiclayo 2013 al 2015.

Variable	Categoría	N°	%
Uso de métodos anticonceptivos	SI	31	27.2
	NO	83	72.8
Total		114	100.0

Fuente: Investigación propia.

Tabla 10. Control prenatal de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Cerropón - Chiclayo 2013 al 2015.

Variable	Categoría	N°	%
Control Pre-Natal	Gestante atendida	40	35.1
	Gestante Controlada	74	64.9
Total		114	100.0

Fuente: Investigación propia.

CAPITULO IV

4. DISCUSIÓN.

El 92.9 % de las adolescentes embarazadas atendidas corresponden a la edad de 17 a 19 años, y el 7.1 % de 14 a 16 años. La gran mayoría de las adolescentes se embarazan en la fase de adolescencia tardía, etapa en la que ocurren cambios, como el crecimiento físico y mental o emocional acelerado para adquirir una independencia en busca de su propia identidad y madurez. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es el período en la vida de una persona que comprende entre los 10 y los 19 años. Además OMS recomienda para evitar el embarazo en la adolescencia: limitar el matrimonio antes de los 18 años, aumentar el uso de anticonceptivos para los adolescentes, reducir las relaciones bajo coacción y apoyar los programas de prevención de embarazos en la adolescencia (27). En algunos casos la vida de adolescencia se ve interrumpida cuando la joven se queda embarazada, para cumplir el rol de madre como cualquier mujer adulta dentro del hogar, la familia y la sociedad.

El 84.2% tiene un estado de convivencia, el 10.5% soltera y solo el 5.3% son casadas; al respecto Salaverry O. (2010) afirma que las mujeres adquieren a edades más tempranas una situación de casada o convivencia. Algunas adolescentes piensan que el tener un hijo les ayudara a madurar más rápido. Sin embargo, corren muchos riesgos para su salud y la de su hijo y su familia. La gran mayoría vive una situación de convivencia y reciben el apoyo de los familiares. Sin embargo, también hay casos en que el padre del niño no asume su responsabilidad y la adolescente vive una situación de soltería y tienen que asumir su rol de madre y padre para su hijo, con poca experiencia, sin trabajo y con

deficiencias económicas, lo cual no le permite brindarle una buena calidad de vida a su hijo dentro de la sociedad.

El 88.6% profesa la religión católica, el 6.0% religión adventista y el 1.0% profesan otra religión. La gran mayoría de las adolescentes embarazadas profesan religión católica; es posible que por las creencias conservadores que tienen las familias católicas, estas no ofrecen orientación sexual a sus hijos e hijas, lo cual sería un aspecto muy importante para la prevención del embarazo en esta edad. Otro aspecto también es que cada vez tanto las y los adolescentes, han descuidado la parte espiritual y no le dan el verdadero valor al aspecto sexual y solo desean vivir el momento sin medir las consecuencias que puede llevar las relaciones sexuales sin responsabilidad y fuera del matrimonio.

El 45.6% de las adolescentes embarazadas tienen como grado de instrucción secundaria incompleta seguida de secundaria completa con 28.9 % y solo el 2.7% tienen más bajo que las anteriores alcanzando el nivel superior universitaria. Estos datos son semejantes con los de Osorio R. (2013) quien demostró en su estudio Factores en el embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013, que el 75% de las adolescentes embarazadas tienen grado de instrucción secundaria. Esto indica que las adolescentes mientras menos educación tenga, son más vulnerables a embarazarse, sin embargo, hay otro porcentaje importante que, a pesar de tener estudios secundarios, se embarazan ya sea por no haber recibido una buena orientación sobre sexual tanto en el hogar como en el colegio o por no tener al alcance los métodos de anticoncepción.

En cuanto a la ocupación de las adolescentes embarazadas, el 90.4% son ama de casa, el 8.8 % estudiantes y el 0.8% otra ocupación. La gran mayoría de adolescentes son amas de casa, se dedican al cuidado de su hijo o a trabajos

domésticos en hogares. Las adolescentes que no han alcanzado estudios superiores tienen dificultades para obtener un empleo en el campo laboral y mejorar su situación económica con mejores remuneraciones. Sin embargo, algunas continúan sus estudios con el apoyo de sus padres y familiares en el cuidado, la crianza del bebé y los gastos de la educación.

El 67.5 % de las adolescentes embarazadas proceden de la zona urbana-marginal, y el 29.0 % de la zona urbana y solo el 3.5% de la zona rural. La mayoría de las adolescentes proceden de los pueblos jóvenes por el mayor acceso que éstas tienen para poder solicitar atención.

El 75.4% de adolescentes embarazadas presentaron menarquia entre 10 y 13 años, el 24.6% entre los 14 y 16 años de edad. Osorio R (2013) indica que la menarquia es el primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual o primera hemorragia menstrual de la mujer que indica que el organismo femenino ya alcanzo su etapa de desarrollo para la reproducción. La menarquía temprana está asociada con el inicio de las relaciones sexuales a edades anticipadas(28). Cuanto más antes las adolescentes presenten su menarquia mayor es la probabilidad de embarazo precoz.

El 58.8% adolescentes embarazadas tuvieron coitarquía (inicio de relaciones sexuales) de 14 a 16 años y el 40.4% de 17 a 19 años. Estos datos se relacionan con los datos encontrados por Osorio R, (2013) quien mostro que el 62% de adolescentes inician sus relaciones sexuales entre los 14 a 16 años. Los datos indican que las adolescentes inician relaciones sexuales se da en la etapa de adolescencia, lo cual es un riesgo para el embarazo precoz. Abreu R. et al. (2013) indica que uno de los desafíos que deben enfrentar los adolescentes es todo lo relacionado con la práctica de su sexualidad y el riesgo que esto conlleva para su salud reproductiva. En la actualidad las adolescentes viven una situación de

presión social por sus pares, además de las redes sociales que insta a despertar de manera precoz los deseos sexuales.

El 72.8% de las adolescentes embarazadas no han usado algún método de anticonceptivo y el 27.2 % si ha usado algún método anticonceptivo en sus relaciones sexuales. Las adolescentes no usan métodos anticonceptivos, a pesar de iniciar tempranamente sus relaciones sexuales, la mayoría de adolescentes no usan los métodos anticonceptivos a pesar de tener cierto conocimiento sobre métodos de anticoncepción. Estos estudios guardan relación con el estudio realizado por el Gobierno de la Republica de México (2014), donde demostraron las razones por las que los adolescentes no habían utilizado métodos anticonceptivos en su primera relación sexual, fue que no esperaban tener relaciones y que su pareja no quiso(29). Las adolescentes no toman conciencia de la falta de responsabilidad al llevar una vida sexualmente activa no solo para prevenir los embarazos sino también enfermedades de transmisión sexual.

El 64.9 % de adolescentes tienen un embarazo con más de 6 controles pre natales y el 35.1% son gestantes adolescentes atendidas con ≤ 5 controles, establecida según la NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01, con la finalidad de disminuir la morbilidad materna y perinatal, brindando una atención integral de salud a la mujer, NTS N°034 - MINSA IDGSP-V.02, atención integral de salud de calidad de las y los adolescentes.

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES

- La edad promedio de las adolescentes embarazadas fue 18 años, la gran mayoría de adolescentes tienen una edad entre 17 y 19 años; viven con su pareja en condiciones de convivencia, profesan la religión católica; con secundaria incompleta; se desempeñan como amas de casa y proceden de la zona urbano-marginal.
- En cuanto a las características gineco - obstétricas, las adolescentes presentaron antecedentes de menarquia entre los 10 y 13 años de edad y el inicio de las relaciones sexuales entre los 14 y 16 años y la mayoría niega haber usado métodos anticonceptivos para prevención del embarazo, gran número de las embarazadas acuden como primigestas, cumpliendo sus controles como gestante controlada.

CAPITULO VI

6. RECOMENDACIONES

- A los padres de las adolescentes se le recomienda mayor educación sobre sexualidad en el hogar para prevención de embarazos no deseados y en caso de embarazos, la familia debe brindar el apoyo para que la adolescente continúe sus estudios, en busca de mejores condiciones de vida para lograr sus metas y objetivos.
- Al Centro de Salud Cerropón, mayor proyección extramural en la prevención del embarazo en adolescentes a través de la atención integral en salud familiar y comunitaria sectorizada. Así mismo toda adolescente embarazada deberá contar con la apertura de una historia clínica completa.
- El Centro de Salud deberá realizar un plan de trabajo coordinado con el sector Educación, la Municipalidad y agentes comunitarios con el objetivo de prevenir y disminuir el embarazo en adolescentes con énfasis al modelo de atención integral de salud (MAIS).

BIBLIOGRAFÍA.

1. Ortiz R., Bañuelos A., Serrano R., Mejía M., Laureano J. Perfil obstétrico y neonatal de adolescentes atendidas en el Hospital General de Occidente de Jalisco, México. RCOG [Internet]. 2015 [citado 8 de marzo de 2016];41(4). Recuperado a partir de: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/2>
2. Gómez c., Montoya L. Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012. Rev Salud Pública. 2014;16(3):394-406.
3. Barrozo M., Pressiani G. PG. Embarazo adolescente 12 y 19 años. [Argentina]; 2011.
4. Chitacapa Nivicela LF, Fernández Morocho JE, Luna Castro EM. Prevalencia de embarazo y factores de riesgo asociados en las adolescentes del Hospital Obstetrico «Angela Loayza de Ollague» Santa Rosa-El Oro 2012. 2014 [citado 27 de diciembre de 2015]; Recuperado a partir de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/20268>
5. Osorio R. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013. 2014 [citado 28 de agosto de 2015]; Recuperado a partir de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3570/1/Osorio_ar.pdf
6. Paliza O. Complicaciones Obstétricas y periantales de la adolescente con parto en el Hospital II-1 de Moyobamba. [Iquitos Perú]: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana.; 2015.
7. Cruz. M. Tratado de Pediatría. España: Océano;
8. United National Children's. La adolescencia. Una época de oportunidades. 2011.
9. Soto M. Los cambios en el proyecto de vida de la adolescente embarazada. [Internet]. [citado 2 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <https://www.google.com/search?q=LOS+CAMBIOS+EN+EL+PROYECTO+DE+VIDA+DE+LA+ADOLESCENTE+EMBARAZADA.&ie=utf-8&oe=utf-8>
10. Consejo estatal de Población. El embarazo en la adolescencia [Internet]. 2013 [citado 11 de abril de 2015]. Recuperado a partir de: http://qacontent.edomex.gob.mx/idc/groups/public/documents/edomex_archivo/coe_spo_pdf_cmp13v1.pdf#page=1&zoom=auto,-142,526
11. United Nations Children's FundColombia. Estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en las edades entre 6 y 19 años. [Internet]. Colombia; 2014 abr. Report No.: 147. Recuperado a partir de: <http://www.equidadmujer.gov.co/Documents/Estrategia-prevencion-embarazo-adolescencia.pdf>
12. Mendoza W, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(3):471-9.

13. Zevallos A. Embarazo en adolescentes y la salud mental [Internet]. Defenddiendo la salud mantal. 2015. Recuperado a partir de: <http://andreszevallos.blogspot.com/2015/04/adolescentes-embarazadas-y-la-salud.html>
14. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar A a. Salud en Casa Perú: Embarazo adolescente aumentó a 14.6% en el 2014 [Internet]. [citado 3 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://saludx.blogspot.com/2015/04/embarazo-adolescente-aumento-146-en-el.html>
15. Salaverry O. EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE LIMA [Internet]. 2010 [citado 15 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.angelfire.com/pe/actualidadpsi/embarazo.html>
16. Monroy A. Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud. Mexico: Pax Mexico; 2002.
17. Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. Nutrición Pediátrica. Caracas-Venezuela: Panamericana; 2009.
18. Redondo C., Galdó G., García M. El embarazo en la adolescencia [Internet]. PubliCan-Ediciones; 2008 [citado 16 de octubre de 2015]. 4-6 p. Recuperado a partir de: <https://books.google.com.pe/books?id=uqJt5tN3sDYC&pg=PA4&dq=ETAPAS+DE+LA+ADOLESCENCIA&hl=es&sa=X&ved=0CCkQ6AEwAWoVChMlnrXh5ZPHyAlVCaMeCh2XIgPm#v=onepage&q=ETAPAS%20DE%20LA%20ADOLESCENCIA&f=false>
19. Torres E TL. Parto: mecanismo, clínica y atención -. 2009.^a ed. México: El Manual Moderno;
20. Alvarez A. La variación lingüística y el léxico: conceptos fundamentales y problemas metodológicos [Internet]. [México]: USON; 2006 [citado 13 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: https://books.google.com.pe/books?id=JUWuJlXg1gMC&dq=concepto+de+factores+sociales&hl=es&source=gbp_navlinks_s
21. Lartigue T. LT. Sexualidad y reproducción humana en México [Internet]. 1° ed. 1996 [citado 9 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: https://books.google.com.pe/books?id=MreRwLBc-HkC&pg=PA145&dq=consecuencias+del+embarazo+en+adolescentes&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=consecuencias%20del%20embarazo%20en%20adolecentes&f=false
22. Arboleda A. «Nivel de conocimiento que tienen los estudiantes d el Colegio “San Francisco de la ciudad de Zamora” sobre los peligros que conlleva el inicio de la vida sexual y la práctica de una sexualidad no responsable, durante el periodo comprendido entre Octubre 2009 a Febrero de 2010» [Internet]. [Loja]: Universidad Técnica Particular de Loja; 2012 [citado 16 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/2700/1/tesis%20final.pdf>
23. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Definiciones y conceptos censales básicos [Internet]. [citado 4 de enero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0862/anexo04.pdf>

24. Osorio Alania R. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013. 2014 [citado 27 de diciembre de 2015]; Recuperado a partir de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3570/1/Osorio_ar.pdf
25. Colomer J., Grupo prevInfad/PAPPS Infancia y adolescencia. prevención del embarazo en la adolescencia. 9 de septiembre de 2013; Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v15n59/grupo_previnfad.pdf
26. INEI. 11 de julio día de la población [Internet]. [citado 3 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1157/libro.pdf
27. Revista Guía Infantil. Embarazo adolescente: riesgos y consecuencias [Internet]. 2013 [citado 16 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.guiainfantil.com/articulos/embarazo/embarazo-adolescente-riesgos-y-consecuencias/>
28. Garnica L, Pinzón A, Ruiz A, Garnica L. Prevalencia y factores asociados al embarazo y su reincidencia en adolescentes colombianas. [Colombia]: Universidad del Rosario.; 2012.
29. Gobierno de la república de México. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. 2014.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La aplicación de esta ficha de recolección de la información de las historias clínicas, con el objetivo de analizar las características sociodemográficos y gineco-obstétricos de la adolescente embarazada atendida en el Centro de Salud Cerropón. Chiclayo 2013 al 2015.

I. DATOS GENERALES.

Nº Historia clínica:.....

II. FACTORES ASOCIADOS

A. Factores Sociodemográficos

- **Edad:** 10 -13a () 14 -16a () 17-19a () .
- **Estado civil:** Soltera () Casada () Conviviente ()
- **Religión:** Católica () Nazarena () Adventista () Otros ()
- **Grado de instrucción:** Analfabeta () Primaria Incompleta () Primaria Completa () Secud. Incompleta () Secud. Completa () Sup. No Universitaria () Sup. Universitaria ()
- **Ocupación:** Estudiante () Ama de casa () Empleada ()
- **Procedencia:** Urbana () Urbana-marginal () Rural ()

B. Factores Gineco-obstétricos

- Menarquía: 10 – 13 años () 14 – 16 años ()
- Coitarquía: 10 – 13 años () 14 – 16 años () 17 – 19 años ()
- Uso de métodos anticonceptivos: Si () No ()
- Control Prenatal: Gestante atendida ≤5 controles Si () No ()
Gestante Controlada ≥6 controles Si () No ()