

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



Tesis para optar el Título Profesional de Obstetriz

Perfil epidemiológico de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital regional docente de Trujillo. Enero – diciembre 2017

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

S

AUTORA:

Bach. Marianella Noemí Vásquez Gamarra

ASESOR:

Ms. Edwin Carlos Rodríguez Vada

Trujillo, Perú

2019

Fecha de sustentación: 2019/11/18

DEDICATORIA

A Dios Padre Todopoderoso porque me ha permitido realizar este sueño que ahora veo materializado, así también reconocer que nada se logra sin la bendición divina.

A mis padres, Fernando y María, por su apoyo incondicional, por mostrarme siempre lo bonito de la vida y lo importante del amor de la familia.

y a mis hijos, Francesco y Elías, quienes son mi amor y la fuerza para continuar en el logro de nuevos objetivos, que les permitan comprender que, en la vida, hay retos que debemos superar y metas que debemos alcanzar, como demostración de lo mejor de uno mismo.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por bendecirme durante todo este proceso de elaboración de mi tesis; por manifestarme su poder y amor.

A mis padres, por su amor, dedicación y fortaleza ante las adversidades, que lograron en mí ser una persona que sabe escuchar y aprende de todo día a día.

A mi asesor, por su paciencia que ha mostrado durante el desarrollo de mi investigación.

A la Obstetra, Ivonne Manta Carrillo, por su apoyo incondicional y compromiso conmigo, para hacer realidad este sueño.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar el perfil epidemiológico de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Enero - diciembre 2017.

MATERIAL Y METODO: Este estudio fue observacional, descriptivo, transversal. La población muestral fue de 425 gestantes, atendidas por parto; Los datos fueron tomados de las historias clínicas del Hospital Regional Docente de Trujillo, luego procesados y analizados.

RESULTADOS: las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo, enero – diciembre de 2017 fueron adolescentes tardías 17-19 años (74,8%), con secundaria completa(74,4%), estado civil conviviente(75,3%), con ocupación ama de casa (98,6), procedente de la provincia de Trujillo (54,1%),teniendo como antecedente personal presencia de anemia(57,4%) ,virus de inmunodeficiencia adquirida – sida (0,2%) y en enfermedades infecciosas (1,8%) ,con un mínimo porcentaje (6,1%) de antecedente familiar de hipertensión y (1,4%) tuberculosis ;siendo gestantes adolescentes nulíparas(76,8%), con índice de masa corporal normal, asistiendo a su primera atención prenatal entre las 14 a 27 semanas de gestación (45,4%),logrando obtener un número mayor de 7 atenciones prenatales durante todo su proceso de gestación (58,8); con edad gestacional a término al finalizar el embarazo, además de (20,7%) presencia de enfermedades intercurrentes y el embarazo termina en mayor porcentaje por parto vía cesárea (56.9%).

CONCLUSIONES: El perfil epidemiológico de las gestantes adolescentes corresponde a adolescentes tardías, con secundaria completa, conviviente, mayoritariamente ama de casa; procedente de la provincia Trujillo que presento anemia en su antecedente personal, nulíparas, con índice de masa corporal normal que inicia su atención prenatal entre las 14 a 27 semanas de gestación y culmina su proceso gestacional con un número mayor de 7 atenciones prenatales, con presencia de enfermedades intercurrentes y con edad gestacional a término, al término del embarazo ,finalizando este en mayor porcentaje por parto vía cesárea.

Palabra clave: Gestación adolescente, vulnerabilidad social, enfermedades intercurrentes, determinantes sociales.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the epidemiological profile of pregnant teenagers treated at the Trujillo Regional Teaching Hospital. January - December 2017.

MATERIAL AND METHOD: This study was observational, descriptive, cross-sectional. The sample population was 425 pregnant women, attended by childbirth; The data were taken from the medical records of the Trujillo Regional Teaching Hospital, then processed and analyzed.

RESULTS: pregnant teenagers treated at the Trujillo Regional Teaching Hospital, January - December 2017 were late adolescents 17-19 years (74.8%), with full secondary school (74.4%), cohabiting marital status (75.3 %), with housewife occupation (98.6), from the province of Trujillo (54.1%), having as a personal history the presence of anemia (57.4%), acquired immune deficiency virus - AIDS (0 , 2%) and in infectious diseases (1.8%), with a minimum percentage (6.1%) of family history of hypertension and (1.4%) tuberculosis; being teenage nulliparous pregnant women (76.8%), with normal body mass index, attending his first prenatal care between 14 and 27 weeks of gestation (45.4%), managing to obtain a number greater than 7 prenatal care during his entire gestation process (58.8); with full-term gestational age at the end of pregnancy, in addition to (20.7%) presence of intercurrent diseases and pregnancy ends in a higher percentage by delivery by caesarean section (56.9%).

CONCLUSIONS: The epidemiological profile of pregnant teenagers corresponds to late adolescents, with full secondary school, living together, mostly housewife; from Trujillo province that presented anemia in his personal history, nulliparous, with normal body mass index that begins his prenatal care between 14 to 27 weeks of gestation and culminates his gestational process with a number greater than 7 prenatal care, with presence of intercurrent diseases and with gestational age at term, at the end of pregnancy, ending this in greater percentage by delivery by cesarean section.

Keyword: Adolescent pregnancy, social vulnerability, intercurrent diseases, social determinants.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Problema de investigación	1
1.1.1. Descripción de la realidad problemática	1
1.1.2. Formulación del problema.....	5
1.1.3. Justificación del estudio	6
1.2. Objetivos	8
1.2.1. Objetivo general.....	8
1.2.2. Objetivos específicos	8
II. MARCO DE REFERENCIA	9
2.1. Marco teórico	9
2.2. Antecedentes del estudio	11
2.2.1. Antecedentes internacionales	11
2.2.2. Antecedentes nacionales	14
2.2.3. Antecedentes locales	15
2.3. Sistema de Hipótesis.....	16
2.4. Definición de la Variable.....	17
2.4.1. Operacionalización de la variable	20
III. METODOLOGÍA	21
3.1. Tipo y nivel de investigación	21

3.2. Población y muestra de estudio	21
3.3. Diseño de investigación	22
3.4. Técnica e instrumentos de investigación.....	22
3.5. Procesamiento y análisis de datos	23
3.6. Consideraciones éticas	24
IV. RESULTADOS	25
V. DISCUSIÓN.....	30
RECOMENDACIONES:	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXO.....	48

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociales de las gestantes adolescentes, atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Enero – diciembre 2017	25
Tabla 2. Característica demográfica de las gestantes adolescentes, según su localidad de procedencia. HRDT Enero – diciembre 2017	25
Tabla 3. Características personales: enfermedades (antecedentes personales y antecedentes familiares previas al embarazo) de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Enero – diciembre 2017.....	27
Tabla 4. Características obstétricas: de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Enero – diciembre 2017	28
Tabla 5. Perfil epidemiológico de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Enero - diciembre de 2017	29

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Problema de investigación

1.1.1. Descripción de la realidad problemática

La adolescencia es la etapa de vida de una persona, en la que algunas partes de las experiencias de la infancia y el entorno social empiezan su proceso de individualización y socialización, marcado por la transformación de su cuerpo y la obtención paulatina de su capacidad sexual y reproductiva. Durante esta etapa, se construye la identidad personal, mediante la búsqueda de su identificación, tanto con el entorno social como en el marco del hogar y los referentes familiares. Así mismo, en esta etapa de la vida, las personas elaboran nuevos conceptos que dan sentido a sus vidas; es decir, en esta etapa, se producen los cambios en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del ser humano.¹

Actualmente, los adolescentes inician su actividad sexual a edades cada vez más tempranas, con un desconocimiento casi total sobre la sexualidad, sin tener la claridad suficiente con respecto a las normas y valores sexuales, lo que conduce a una inadecuada toma de decisiones; y constituye un factor de riesgo para el embarazo adolescente y sus consecuencias. El ámbito de la sexualidad en los adolescentes varía de acuerdo con las oportunidades económicas, laborales, educativas, la oferta de métodos anticonceptivos, la situación socioeconómica, las características personales, las normas legales y la influencia del medio o contexto social en que viven y crecen.^{1,2}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia de vida entre los 10 y 19 años de edad, en la que se produce una serie de cambios orgánicos, acompañados de profundos cambios psicosociales, de ajuste a un ambiente sociocultural cambiante y, en ocasiones, hostil.²

A nivel mundial, según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), existen 15 millones de adolescentes embarazadas anualmente, entre los 15 y 19 años de edad; el 95% ocurre en países en desarrollo; en países como Nigeria es donde se dan más casos , 233 embarazos por cada mil mujeres adolescentes, cifra que lo posiciona en primer lugar ,también ocurre esta problemática en Estados Unidos, siendo un país desarrollado, tiene una tasa alta de embarazos precoces; una de cada tres adolescentes queda embarazada antes de los 18 años. y en Latinoamérica la situación es considerable, ya que, en un estudio de la Organización Iberoamericana de Juventud, en España, se reporta que 73 de cada mil embarazos en América Latina, son de adolescentes.³

En Perú la encuesta demográfica y de salud familiar del 2009 y del año 2014 muestran en sus resultados, el rápido incremento en la proporción de mujeres que inician el proceso de procreación al aumentar la edad, desde un 2,7% entre las de 15 años, llegando hasta el 31,2 % en las de 19 años de edad. Los mayores porcentajes de adolescentes alguna vez embarazadas 22,0% se encuentran en el área rural; 24,7%, en la selva; 12,2%, en el área urbana; y 11,6%, en Lima Metropolitana. Otras regiones con altos porcentajes de adolescentes que eran madres o estaban embarazadas del primer hijo, además de Loreto, fueron Amazonas 28,1%, Madre de Dios 24,4%, San Martín 24,1% y Tumbes 21,4%.⁴

La fecundidad de las adolescentes, en los últimos cinco años, se ha incrementado en 0,9% Del total de adolescentes de 15 a 19 años, el 14,6% ya estuvo alguna vez embarazada, de las cuales, el 11,7 % ya eran madres. Es así que, actualmente la maternidad empieza a edades muy tempranas cambiando de manera relevante el comportamiento reproductivo de las mujeres menores de 20 años y conforma un riesgo alto para la madre y el nuevo ser, según encuesta demográfica y de salud familiar- ENDES 2016. ^{1,4}

La conducta reproductiva de la adolescente es un tema de reconocida importancia, no solo en lo concerniente a embarazos no deseados y abortos, sino también en la relación con las consecuencias sociales, económicas y de salud. Al igual que en la encuesta demográfica y de salud familiar 2014, los resultados del 2016-2017 muestran el rápido incremento en la proporción de mujeres que inician el proceso de procreación al aumentar la edad, desde 3,0% entre las de 15 años hasta el 28,7% en las de 19 años de edad. Los mayores porcentajes de adolescentes alguna vez embarazadas se ubican en el área rural (22,5%) y en las residentes de la Selva (24,9%); y, los menores porcentajes en el área urbana (10,8%) y en Lima Metropolitana (8,3%). En tanto que, en las regiones que presentan considerables porcentajes de adolescentes que ya tenían hijos o estaban embarazadas son Loreto (32,8%); en Moquegua y Arequipa (6,4% y 7,5%), respectivamente.^{4,5}

Existen otras regiones que presentan importantes porcentajes de adolescentes que eran madres o estaban embarazadas por primera vez, además de Loreto, fueron Ucayali (26,2%), San Martín (25,5%), Amazonas (22,8%), Tumbes (22,2%) y Madre de Dios (21,9%). Al contrario, las regiones con menor porcentaje de adolescentes madres o embarazadas por primera vez, además de Moquegua y Arequipa, fueron Lima (9,0%) y Tacna (9,3%).⁵

El Plan Bicentenario “El Perú hacia el 2021” elaboró sus estrategias basado en ejes; el segundo estuvo relacionado con el desarrollo de oportunidades y acceso a servicios. Así, el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021, aprobado por Decreto Supremo N.º 001-2012-MIMP, consideró dentro de sus metas reducir la tasa de maternidad adolescente en 20%, entre el 2013 y el 2021, en el Perú, para favorecer la creación de acciones necesarias que establezcan el cumplimiento de los objetivos y metas comprometidas en la Cumbre del Milenio. Poniendo énfasis en el

Objetivo 5 para de esta forma, permitir que miles de adolescentes mejoren sus condiciones de vida y alcancen una mayor igualdad dentro del acceso a la salud; y obtener mejor desarrollo y bienestar.⁴

En la región La Libertad, al 2017, el 18.8% de las mujeres eran adolescentes cuando nació su primer hijo. El 8.4% de los distritos de La Libertad se encuentran por encima del promedio de Lima. ⁴

En el distrito de Ongón, el 39.4% de las mujeres tuvieron su primer hijo cuando eran adolescentes; y en el distrito de Trujillo, solo el 10.6% de las mujeres; lo que indica que Ongón tiene 3.7 veces más madres adolescentes que Trujillo. ⁴

Existen determinantes sociales que influyen directa e indirectamente en los adolescentes, que intervienen o deterioran la salud de los mismos, al generar condiciones físicas, y mentales desfavorables en los núcleos familiares; muchos de estos factores no se toman en cuenta en el desarrollo de las acciones y políticas de salud o no son abordados de manera integral en los procesos de educación en salud sexual reproductiva y atención médica preventiva, en los grupos de gestantes adolescentes.

La administración de estos factores de riesgo identifica a aquellos adolescentes que están más expuestos a sufrir los daños que los aquejan, como accidentes, embarazos precoces, abuso de sustancias psicoactivas, enfermedades de transmisión sexual y el suicidio; por lo que la sociedad y el sistema de salud deben fomentar el desarrollo de factores protectores que muestren soporte al crecimiento y a la maduración sana del adolescente, como son el establecimiento y el logro de una adecuada autoestima, que le brinde posibilidades para enfrentar problemas con responsabilidad.

Es importante proveer oportunidades de autoafirmación positiva, proporcionándole espacios sociales adecuados para conseguir un soporte familiar abierto y brindar oportunidad de superación

educacional y cultural que favorezcan la solución a los problemas; pues, la ausencia de vías para la solución puede llevar al adolescente hacia altos niveles de desesperación y sentimientos de impotencia y, por tanto, a la autodestrucción y suicidio.

La adolescencia no es la mejor etapa para ser padre o madre. Ser gestante adolescente es una crisis que sobrepasa a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales que acentúan los conflictos no resueltos. Las consecuencias son variadas y dependen de la historia personal, del contexto familiar y social y del momento de la adolescencia, por las cuales se está viviendo, ya que existen diferencias entre las adolescentes que recién comienzan a transitar esta etapa de la vida y quienes están en la etapa intermedia o en su salida.

Finalmente, la gestación adolescente tiene un gran impacto en el desarrollo del país porque constituye un riesgo para la salud de la mujer centrada en las condiciones físicas y sus riesgos, siendo principalmente la causa de la deserción escolar, limitando a la adolescente a acceder a mejores oportunidades económicas y sociales. Siendo mujeres con menores oportunidades laborales, por lo general con asimetría desfavorable y mayor desigualdad de género. Contribuyendo esto a las crisis psicológicas y sociales que pueden producir depresión, intentos suicidas, pérdida de autonomía, dificultades para relacionarse con las demás personas, sentimientos de desamparo y de soledad, e incapacidad para proyectarse en el futuro.

1.1.2. Formulación del problema

¿Cuál es el perfil epidemiológico de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo Enero-diciembre 2017?

1.1.3. Justificación del estudio

Se considera que el perfil epidemiológico de las gestantes adolescente es importante para incrementar el conocimiento acerca del tema y permita establecer una línea de base, para contribuir a un buen abordaje epidemiológico, que guie la implementación adecuada de los programas dirigidos a los adolescentes, con un enfoque prospectivo en el distrito de Trujillo, que permita actuar de manera operativa y con respuestas óptimas a la necesidad de salud. Lo mencionado se convierte en un gran reto, porque aún en la región La Libertad existe una problemática de gestantes adolescentes.

La disminución de las gestantes adolescente depende, fundamentalmente, de promover el diálogo abierto que conduzca a los adolescentes a la reflexión del tema; en la perspectiva de aunar esfuerzos para prevenir los embarazos no deseados en adolescentes, porque aun multiplicados desde todos los ámbitos, estas iniciativas son insuficientes. Se debe potenciar la comunicación entre el personal de atención primaria, los especialistas, los profesores y los trabajadores sociales, así como también, trabajar para que la comunicación entre padres e hijos sea más fluida y sincera para lograr el aumento de la confianza entre ellos.

El enfoque que se le brinde al embarazo adolescente desde la familia, la comunidad y los educadores, debe determinar las consecuencias que puede propiciar un desenvolvimiento no apto para el adolescente. Manteniendo un mensaje sobre la importancia de los comportamientos sexuales saludables; así como la información amplia y moderna sobre prevención y empoderamiento que le permita a la adolescente tomar decisiones, adaptando los programas a la realidad de cada región.

Según datos manejados por la Gerencia Regional de Salud La Libertad, en el 2017, los distritos de Trujillo, Florencia de Mora, La Esperanza y el porvenir reportaron una cifra mayor de mujeres en edad reproductiva (MER) .Asu vez, el último quinquenio el embarazo adolescente ha aumentado ; y se observa también un incremento de gestantes adolescentes que acuden al Hospital Regional Docente de Trujillo, propensos de presentar complicaciones , Por ello, existe la necesidad de realizar un perfil de las gestantes adolescentes para mejorar la captación y prevención de esta situación de salud pública. ⁶

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

Determinar el perfil epidemiológico de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Enero-diciembre 2017

1.2.2. Objetivos específicos

1. Identificar las características sociales, edad, grado de instrucción, estado civil y ocupación.
2. Determinar las características demográficas de las gestantes adolescentes, según su localidad de procedencia.
3. Determinar las características personales:(enfermedades) antecedentes personales (anemia, enfermedades infecciosas, virus de inmunodeficiencia adquirida-VIH) y antecedentes familiares (tuberculosis, hipertensión arterial) de las adolescentes previas al embarazo.
4. Identificar las características obstétricas: paridad, índice de masa corporal, edad gestacional en la primera atención prenatal, número de atenciones prenatales, edad gestacional al término del embarazo, enfermedades intercurrentes en el embarazo y terminación del embarazo.

II. MARCO DE REFERENCIA

2.1. Marco teórico

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio económica". la edad adolescente comprende desde los 10 hasta los 19 años".¹⁸

Actualmente, la OMS también realiza diferencias de grupos o etapas de edades en la adolescencia. A las adolescentes de 10 a 13 años, se les denomina adolescentes tempranos, caracterizados, esencialmente, por la pubertad, el inicio de adaptarse a su nueva imagen corporal, para posteriormente, tener a un adolescente en etapa intermedia, que corresponde desde los 14 a 16 años, en la que finaliza la pubertad y empieza el proceso de identidad y orientación sexual. Otra etapa es la adolescencia tardía, de 17 a 19 años, donde ya se encuentra una maduración en el nivel de pensamiento del adolescente.¹⁹

En la adolescencia, uno de los factores de riesgo es el embarazo adolescente o embarazo precoz, que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad (comienzo de la edad fértil) y el final de la adolescencia, la mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados y el inicio sexual en los últimos tiempos, ha presentado una disminución con respecto a la edad, incrementándose en forma preocupante. Esto implica que en este grupo etario específico se presenta una serie de consecuencias, generalmente negativas, que de manera simple agrupándose en dos grandes grupos: somáticas y psicosociales.¹⁵

Con respecto a los de la madre, se ven reflejadas en que la mortalidad materna del grupo de 15 - 19 años, en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20 - 34 años; y esta cifra se verá incrementa, si la edad en la que se determina el embarazo es menor, por lo que a la gestación se le considera en la

adolescencia temprana, un problema de salud grave. Con respecto a la morbilidad materno fetal, un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso es la desnutrición materna; para algunos, es solo un factor influyente, sobre todo cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo son complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. Al igual, se sabe que, para la preeclampsia, uno de los factores de riesgos conocidos son las edades extremas.^{15,16}

La anemia es una de las complicaciones con mayor frecuencia en el embarazo, en mujeres con una alimentación inadecuada, generalmente, aquellas menores de 20 años, en quienes donde los caprichos, costumbres y malos hábitos dietéticos, propios de la edad, contribuyen a la carencia de hierro. La edad de las gestantes adolescentes es el factor principal que constituye las consecuencias negativas; a mayor inmadurez biológica, mayor son las consecuencias; el grupo de mayor riesgo es el de las pacientes con edades menores de 16 años. Otro factor relevante y, quizás, más difícil de controlar son las condiciones que frecuentemente presentan las adolescentes; destacando su revisión como el factor determinante en la aparición de patologías relacionadas con la gestación de la adolescente.^{14,16}

La deserción escolar se considera y es un problema primordial para las madres adolescentes, pues la baja escolaridad que poseen y la difícil reinserción al sistema escolar, produce una consecuencia negativa en la constitución del capital humano del país y la superación de la pobreza a nivel social. Durante su permanencia en el sistema, el rendimiento escolar de estas adolescentes es deficiente, la repitencia es mayor que el promedio general nacional.¹⁵

Las gestantes adolescentes desertan durante el embarazo, en tanto que la deserción escolar global a aumentado en el nivel de enseñanza media, incluyendo a quienes desertaron por razón del embarazo. Las razones específicas de deserción que señalaron las adolescentes fueron la

vergüenza, el temor y la presencia de sentimiento de estigmatización, junto con las complicaciones médicas del embarazo, como el síndrome hipertensivo y el parto prematuro.^{15,18}

Las características epidemiológicas son importantes porque permiten determinar factores de riesgo y determinar la vulnerabilidad, en cuanto a las características propias de cada grupo de adolescentes.

2.2. Antecedentes del estudio

2.2.1. Antecedentes internacionales

Martínez⁸, en el 2014, manifestó que el embarazo en adolescentes tiene una gran repercusión en el desarrollo de la mujer, en México, porque se interrumpe su formación escolar y crea dificultades para conseguir trabajo; así mismo, la mayoría de las adolescentes se convierten en madres solteras, lo que desencadena un fuerte impacto personal y familiar. Además de los factores socioeconómicos y sociales involucrados, pues la incidencia de complicaciones obstétricas es mayor y, en general, tienen un control prenatal inadecuado. Las complicaciones obstétricas más frecuentemente mencionadas son: preeclampsia y eclampsia, desnutrición y anemia y enfermedades de transmisión sexual, que incluyen las producidas por el virus de la inmunodeficiencia humana y el papiloma virus. Existen reportes en los que se demuestra donde se demuestra un bajo peso al nacimiento, con una frecuencia de 7.5%, en comparación con 2% del grupo de mujeres entre 20 y 34 años. México es uno de los países con mayor natalidad en adolescentes y es imperativo reforzar las acciones educativas y de salud para disminuirla; esto se logrará solamente con acciones coordinadas para incidir de una manera positiva en este problema.

Ariza, Valderrama y Ospina⁹, en el 2014, caracterizaron el embarazo adolescente en dos ciudades de Boyacá, Colombia. El objetivo fue

explorar los factores que podrían estar ligados con la ocurrencia del embarazo adolescente en dos áreas urbanas del departamento de Boyacá. Se aplicó el estudio observacional, de corte transversal analítico, a 62 adolescentes gestantes, asistentes a hospitales de tercer nivel en Tunja y Duitama; se les aplicó una entrevista semiestructurada. Encontraron indicadores del embarazo adolescente a: la pobreza, el inicio temprano de actividad sexual en los adolescentes, bajo nivel de escolaridad, y escasa o nula información a la que tienen acceso los adolescentes sobre factores relacionados con la sexualidad. Se evidenció también la importancia de establecer y diseñar estrategias de intervención educativa para ser aplicadas en los colegios, para favorecer preparación de los y las jóvenes para el abordaje responsable de su sexualidad.

Mora y Hernández¹⁰, en el 2015, estudiaron el embarazo en la adolescencia y su ocurrencia en la sociedad actual, en el Hospital General de Ecatepec, México. El objetivo fue describir el impacto e importancia del embarazo adolescente, así como determinar las condiciones que contribuyen. El estudio fue descriptivo, sociodemográfico y epidemiológico; donde, a través de diversas encuestas se dedujo, que la actividad sexual premarital es frecuente. De esta forma se advierte que los jóvenes con baja escolaridad, con menores expectativas académicas y laborales, además de menor autoestima y asertividad, tienden a iniciar tempranamente su vida sexual activa, pero no usan los anticonceptivos; en el caso de las jóvenes, quedan embarazadas con el riesgo de llegar al aborto por falta de condiciones y conocimientos que les permita una mejor decisión. Según reportes estadísticos se determinó que los jóvenes empiezan a tener relaciones sexuales entre los 15 y los 19 años, y con escaso conocimiento sobre su sexualidad. También se hace notar el impacto social que se ve reflejado en los índices de densidad poblacional y el incremento de las enfermedades de transmisión sexual, con lo que se concluye en él, interés de mejorar la salud pública y mental del país.

Procell¹¹, en el 2016, analizó los factores determinantes del embarazo adolescente en Ecuador, en el periodo 2013-2014, cuyo objetivo precisó las influencias de los factores sociales y culturales de las adolescentes de 10 a 19 años, a través de la utilización de un modelo probict. teniendo en cuenta una visión econométrica de variable dependiente limitada o regresión y de corte transversal. Teniendo como base la data de la encuesta de hogares y vivienda de ese país, donde los resultados concluyen que las principales variables que determinan que las adolescentes se embaracen durante estos años, fueron la edad, los años de escolaridad de la adolescente y de su padre. pues una adolescente que carece de la unidad familiar o la falta de uno de los padres tiene más posibilidades de embarazar, el uso de métodos anticonceptivos y. La educación es un mecanismo importante para la prevención del embarazo adolescente porque contrarresta considerablemente a los factores que llevan a un embarazo. Así mismo que por cada año de escolaridad disminuye la posibilidad de embarazo en las adolescentes.

Escalante, Delcid, Barcan, et.al estudiaron la caracterización del nacimiento pretérmino en embarazadas atendidas en el Hospital Materno Infantil de Tegucigalpa-Honduras, en el 2016. El objetivo fue determinar las características sobre el nacimiento pretérmino en las pacientes atendidas en la sala de labor y partos de dicho hospital; se utilizó, una metodología descriptiva y transversal; se encontró una incidencia del 6.2% de nacimientos pretérmino, los cuales se caracterizaron por haber terminado por vía vaginal en un 77.3%; Respecto a las edades maternas el 30.7% se encontraban en edades que representan un riesgo reproductivo y de estas las adolescentes representan más de la mitad del grupo de edad; hay una tendencia a disminuir la frecuencia de nacimientos pretérmino al aumentar el número de gestaciones de dos a más.

2.2.2. Antecedentes nacionales

Fernández,⁷ en el 2014, estudió el “Embarazo adolescente: Un problema psicosocial que se mantiene vigente en el Perú”, con el objetivo de describir su evolución en el Perú, entre 1991-1992 y 2014, Para tal fin, se hizo revisión de los reportes oficiales del Instituto Nacional de Estadística, así como de otros estudios afines en Perú. Los resultados mostraron una prevalencia que se mantiene, a pesar de los esfuerzos realizados por las entidades de salud del país; tal prevalencia es mayor en las zonas de la sierra y la selva, con una mayor tendencia en las zonas rurales. Concluye, así mismo, que la pobreza, la educación y la zona rural de residencia continuarán siendo los factores determinantes de esta situación; se resalta la violencia sexual altamente asociado al embarazo adolescente.

En el 2014, Muñoz¹³ estudio las Consecuencias personales y familiares del embarazo en adolescentes y su relación con factores sociodemográficos en Cajamarca. El objetivo general fue determinar y analizar las consecuencias del embarazo adolescente, mediante un estudio descriptivo, analítico y correlacional. La edad promedio fue 17 - 19 años, con grado de instrucción secundaria y estado civil conviviente de la mayoría de gestantes adolescentes, siendo su ocupación ama de casa y residentes en zona urbana. Como consecuencias personales, el distanciamiento de los amigos se relaciona con el cambio de vida y el abandono de los estudios, que afecta su autoestima por la separación de la pareja y la desaprobación social. Mayores son las consecuencias biológicas como la pérdida de peso y la anemia. En cuanto a las consecuencias familiares, las adolescentes no sufren rechazo de sus progenitores.

Montoya¹⁴ encontró, en el 2016, determinantes sociales en la salud de las adolescentes embarazadas en la comunidad nativa Wawain Imaza, en el Amazonas. La identificación de los determinantes se

realizó con el método de diseño descriptivo simple, transversal y prospectivo. Se concluyó en que, mayormente, las gestantes adolescentes pertenecen al grupo etario de 17 a 19 años con secundaria incompleta; los jefes del hogar fueron analfabetos; y, en su mayoría, habitaban viviendas multifamiliares. Además, más de un tercio de las gestantes adolescentes no asistían a sus controles prenatales, razón por la cual, necesitaban orientaciones educativas, para sensibilizar a las gestantes adolescentes en su asistencia a su control prenatal.

2.2.3. Antecedentes locales

Álvarez y Tello¹⁵ estudiaron los conocimientos, actitudes e implicancias biopsicosociales y éticas, de la Ley 28704, en la salud sexual y reproductiva de mujeres adolescentes, residentes en el distrito La Esperanza de Trujillo – Perú, en el 2015, con el objetivo de identificar los conocimientos de las adolescentes con respecto a la ley. Calificaron el conocimiento y la opinión y los afrontaron con el problema, mediante una investigación de tipo descriptivo, prospectivo, de corte transversal y correlacional, sobre la base de encuestas aplicadas a las jóvenes adolescentes de colegios e institutos de dicho distrito. Encontraron que el 56.25% de adolescentes tenían bajo nivel de conocimiento de la Ley 28704; en tanto que, el 62.5% demostró una actitud de rechazo a la misma. Así mismo, se determinó que existía relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes de los adolescentes frente a la Ley N.º 28704, en la salud sexual y reproductiva de las adolescentes del distrito La Esperanza; y que el gran porcentaje de esta actitud de rechazo se debía a las consecuencias biopsicosociales y éticas futuras en la salud sexual y reproductiva.

Angulo¹⁶ estudio los factores asociados al embarazo en adolescentes recurrentes al servicio de ginecobstetricia del Hospital Belén de Trujillo, durante el 2015, con el objetivo de establecer la

asociación entre el estado civil, la procedencia, el grado de instrucción, la edad de la primera relación sexual, la edad de la primera gestación con el embarazo adolescente recurrente. El estudio fue de tipo analítico, observacional, retrospectivo de casos y controles. El resultado fue que el estado civil no es un factor que esté asociado al embarazo adolescente recurrente, pero sí, la procedencia rural, considerada como un factor de riesgo. El bajo grado de instrucción estuvo asociado al embarazo adolescente recurrente. También determinaron que la edad temprana de la primera relación sexual es un factor asociado al embarazo adolescente recurrente; y la edad de la primera gestación menor o igual que 15 años como factor de riesgo asociado al embarazo adolescente recurrente.

Ríos y Vera reportaron, en el 2015¹⁷, el estudio de la morbi-mortalidad, en adolescentes embarazadas, atendidas en el Hospital “Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo durante 2013-2014. El objetivo fue determinar mortalidad en adolescentes embarazadas en dicho centro hospitalario de EsSalud, con el método de investigación descriptiva de corte transversal ambispectivo. Encontraron estrechez pélvica, rpm, preeclampsia, sufrimiento fetal y complicaciones severas de ruptura uterina y anemia. También determinaron que la incidencia del embarazo adolescente para el 2013 fue 8.88 y, para 2014, 7.51, es decir, una ligera variación al descenso; la edad promedio de 17 a 18 años, con un bajo nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos.

2.3. Sistema de Hipótesis

Implícita

2.4. Definición de la Variable

Perfil epidemiológico: es el estudio de la morbilidad, la mortalidad y los factores de riesgo, considerando las características geográficas, la población y el tiempo.⁴¹

En cuanto a sus:

- Características sociales: grupos de edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación
- Características demográficas: localidad de procedencia y/o de residencia.
- Características personales: (enfermedades) como antecedentes personales (anemia, enfermedades infecciosas, virus de inmunodeficiencia adquirida-VIH) y antecedentes familiares (tuberculosis (TBC) hipertensión (HTO)), de las adolescentes previas al embarazo.
- características obstétricas: paridad, índice de masa corporal, edad gestacional en su primera atención prenatal, número de atenciones pre natales, edad gestacional de finalización del embarazo, enfermedades intercurrentes en el embarazo y termino del embarazo.

Medición de la variable

Características sociales

- Grupos de edad; gestantes adolescentes de 10 a 19 años que cumplen los criterios de selección. Se operacionalizará a través de la cuantificación de la edad. (adolescente temprana (10-13 años), media (14-16 años) o tardía (17-19 años)).
- Grado de instrucción: se consideró el más alto nivel de estudios alcanzados: sin instrucción, primaria completa, secundaria completa, superior completa y superior no universitaria completa.
- Estado Civil: se consideró el nivel de convivencia o no con la

pareja alcanzado: soltera, conviviente, casada, divorciada, viuda.

- Ocupación: labor que desempeña en la actualidad: su casa, dependiente (trabajar para otra persona natural o jurídica), independiente.

Características demográficas

- Lugar de procedencia: localidad donde se encuentra el lugar de residencia.

Características personales

- Antecedentes personales: se consideró enfermedades con la finalidad de obtener probables factores que desencadenen alguna complicación durante el embarazo como: anemia, enfermedades infecciosas y virus de inmunodeficiencia adquirida –sida que haya tenido antes del embarazo; se midió con la información registrada en la historia clínica perinatal si o no
- Antecedentes familiares se consideró enfermedades cuya posibilidad sea transmisión por herencia como: diabetes e hipertensión como afección que haya tenido o tenga un familiar.se midió con la información registrada en la historia clínica perinatal sí o no

características obstétricas.

- Paridad: número de partos: nulípara, multípara, gran multípara.
- Índice de masa corporal IMC: relación entre el peso y talla al cuadrado al inicio del embarazo y se clasifico como: bajo peso (18.5), normal (18.5-24.9), sobre peso (25-29.9) y obesidad (mayor de 30)

- Edad gestacional en la primera atención prenatal: se consideró el tiempo en semanas, (>13sem.), (14 a 27sem.), (28 a 40 sem.), (sin atención) de la primera asistencia prenatal,
- Número de atenciones prenatales: se cuantificó el total de asistencias prenatales durante el embarazo (1 a 3), (4 a 6), (>7).
- Edad gestacional de finalización del embarazo: Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha del parto: Pretérmino (<37 sem), (a término de 37-41 sem.) y (Postérmino > 42 sem.)

- Enfermedades intercurrentes en el embarazo: se consideró la presencia de alguna enfermedad durante el embarazo; se midió como Sí o No.
- Terminó del embarazo: vía que terminó el parto; parto vía vaginal o parto vía cesárea.

2.4.1. Operacionalización de la variable

variable	Indicador	Valores	Criterio de medición	Tipo de variable	Instrumento de medición
Perfil epidemiológico	Características sociales	Edad	Adolescencia temprana (10-13) Adolescencia intermedia (14-16) Adolescencia tardía 17-19)	Ordinal	Ficha de recolección de datos
		Grado de instrucción	Sin instrucción Primaria completa Secundaria completa Superior completa Superior no universitaria completa.	Ordinal	
		Estado civil	Soltera Conviviente Casada Divorciada Viuda	Ordinal	
		Ocupación	Su casa Dependiente Independiente	Nominal	
	Características demográficas	Lugar de procedencia	Localidad	Nominal	
	Características personales (enfermedades)	Antecedentes personales	Anemia Enfermedades infecciosas Virus de inmunodeficiencia adquirida-VIH	Nominal Nominal Nominal	
		Antecedentes familiares	Tuberculosis (TBC) Hipertensión (HTO)	Nominal Nominal	
	Características obstétricas	Paridad	Nulípara Múltipara Gran múltipara	Ordinal	
		Índice de Masa corporal	Bajo peso Normal Sobre peso Obesidad	Intervalo	
		Edad gestacional de de la atención prenatal	<13 semanas 14 a 27 semanas 28 a 40 semanas Sin control pre natal	Intervalo	
		Número de atenciones pre natales	1 a 3 4 a 6 >7	Intervalo	
		Edad gestacional de terminación del embarazo	Pretérmino A termino Postérmino	Nominal	
		Enfermedades intercurrentes	Si – No	Nominal	
Termino del embarazo		Parto vía vaginal Parto vía cesárea	Nominal		

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y nivel de investigación

El presente estudio fue de tipo observacional, descriptivo, transversal.

3.2. Población y muestra de estudio

Muestra

La población muestral fue todas las gestantes adolescentes de 10 a 19 años de edad, atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo, durante enero – diciembre 2017. Se consideró toda la población, 425 gestantes atendidas por parto según las historias clínicas.

Criterios de Inclusión

- Gestantes de 10 a 19 años, atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

Criterios de exclusión

- Historias clínicas de Gestantes adolescentes, atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo con datos incompletos.

Unidad de análisis

Participaron en el estudio el 100% de las gestantes adolescentes, cuyos partos fueron atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo, en el periodo enero – diciembre de 2017, quienes cumplieron con los criterios de selección correspondientes. Se usó las historias clínicas de los pacientes con las características en estudio.

Unidad de muestreo

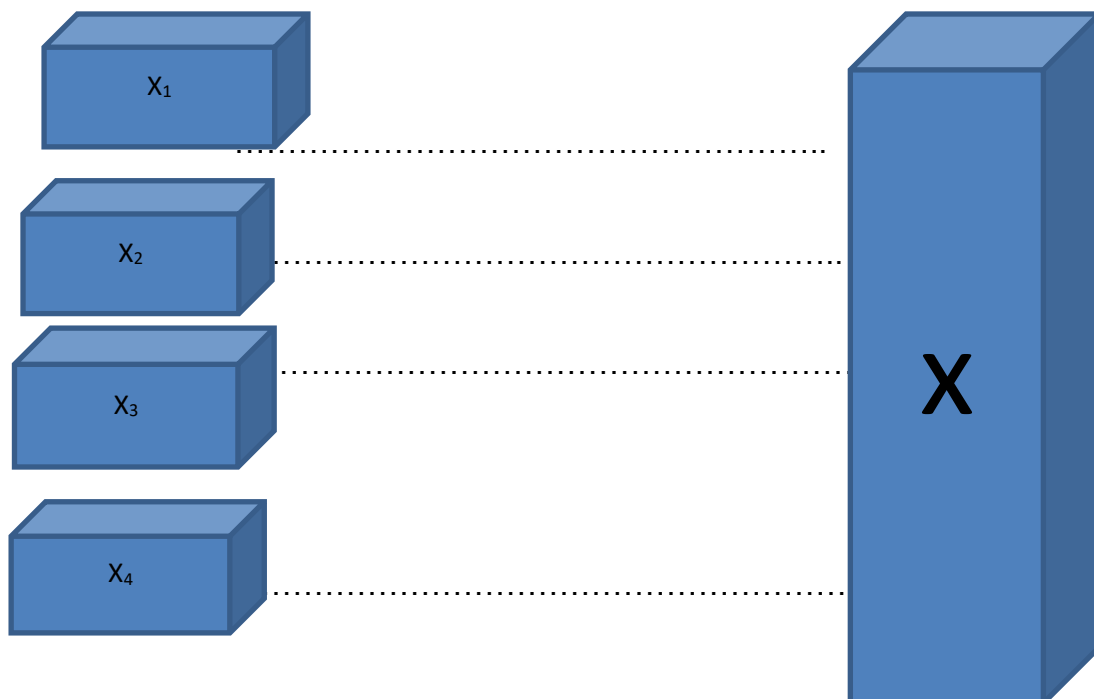
Historias clínicas de las Gestantes adolescentes cuyos partos fueron atendidos en el Hospital Regional Docente de Trujillo. En el periodo enero – diciembre de 2017 y que cumplieron con los criterios de selección correspondientes.

Muestra

Fue toda la población atendida en el periodo enero –diciembre 2017, Los resultados se contrastaron con el libro de partos virtual y físico; la revisión de las historias clínicas. El número total de gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo en el 2017 fue 425.

3.3. Diseño de investigación

Se usó el diseño descriptivo



donde:

X: Perfil epidemiológico.

X_1 : características sociales.

X_2 : características demográficas.

X_3 : características personales

X_4 : características obstétricas.

3.4. Técnica e instrumentos de investigación

- a) Se seleccionó a todos aquellos pacientes que cumplieron los criterios de inclusión.
- b) Se recolectó los datos pertinentes de los factores en estudio, los cuales se incorporaron en la ficha de recolección de datos.
- c) Se elaboró la base de datos, para el análisis respectivo.

3.5. Procesamiento y análisis de datos

Los datos fueron obtenidos mediante una ficha de recolección de datos, la cual permitió determinar las características de la unidad de estudio y se realizó el procesamiento de datos y el análisis correspondiente con el programa Excel y el SPSS versión 22 fueron usados en el procesamiento de los datos y la elaboración de tablas. La información recolectada se sometió al análisis descriptivo (Anexo 01).

Descripción de la ficha de recolección de datos

El cuestionario estuvo compuesto de 4 ítems:

- Características sociales
- características demográfica
- características personales
- Características obstétricas.

Procedimiento de recolección de datos

- a) Se aprobó el proyecto.
- b) Luego se realizó la gestión documentaria, mediante la presentación de un oficio dirigido al Director del Hospital Regional Docente de Trujillo para el permiso correspondiente dentro del hospital.
- c) Se visitó el hospital para solicitar los registros y se obtuvo la información sobre las gestantes adolescentes.
- d) Se seleccionó a las historias clínicas de las gestantes adolescentes de acuerdo a los criterios correspondientes.
- e) Se realizó la recolección de datos en una ficha de registro de datos.
- f) Se elaboró una matriz de datos.
- g) Se realizó el procesamiento de datos y el análisis correspondiente.

El programa Excel y el SPSS versión 22 fueron usados en el procesamiento de los datos y la elaboración de tablas.

La información recolecta se sometió al análisis descriptivo.

3.6. Consideraciones éticas

El presente trabajo se desarrolló de acuerdo con las normas éticas, se respetó la dignidad e integridad física de los participantes, en coherencia con una estricta correlación con la Declaración de Helsinki II, recomendaciones que guían a los médicos en la investigación biomédica, en la que se involucra seres humanos; se mantuvo siempre en anonimato la identidad de los pacientes que intervinieron en este estudio. Se obvió el consentimiento informado, por cuanto, se trabajó con información SIP2000, pero no con paciente.

Validez del instrumento

El instrumento se sometió a juicio de expertos, para determinar la validez de contenido; quienes fueron profesionales elegidos por sus conocimientos y experiencia en investigación y en la temática; en forma independiente, juzgaron la bondad de los ítems del instrumento, sobre la base de la pertinencia, relevancia y claridad. De todos ellos, se obtuvo una decisión de aplicabilidad.

IV. RESULTADOS

Tabla 1.

Características sociales de las adolescentes previas al embarazo. Hospital Regional Docente de Trujillo. Enero – diciembre 2017

Características sociales		
Edad	N.º	%
Adolescencia temprana (10-13)	8	1.9
Adolescencia intermedia (14-16)	99	23.3
Adolescencia tardía (17-19)	318	74.8
Grado de instrucción		
Sin instrucción	3	0.7
Primaria completa	71	17.6
Secundaria completa	316	74.4
Superior no universitaria completa	35	8.2
Superior universitaria completa	0	0
Estado civil		
Soltera	86	20.2
Conviviente	320	75.3
Casada	19	4.5
Divorciada	0	0
Viuda	0	0
Ocupación		
Dependiente	5	1.2
Independiente	1	0.2
Ama de casa	419	98.6
Total	425	100

Fuente: historias clínicas HRDT

se muestra las características sociales: edad, grado de instrucción, estado civil y ocupación. Se observa que el mayor porcentaje (74.8%) de participantes se ubicaron en la adolescencia tardía (17 – 19 años); con grado de instrucción, secundaria completa (74.4%); estado civil, conviviente (75.3%) y la mayoría (98.6%) se dedica exclusivamente a labores domésticas en su casa.

Tabla 2.

Característica demográfica de las gestantes adolescentes, según su localidad de procedencia. HRDT Enero – diciembre 2017

Procedencias de gestantes adolescentes

Localidad	N.º	%
Ascope	72	16.9
Bolívar	1	0.2
Otuzco	27	6.3
Cascas	23	5.4
Chepen	8	1.9
Pataz	16	3.8
Guadalupe	19	4.5
Huamachuco	1	0.2
Julcán	20	4.7
Trujillo	230	54.1
Virú	2	0.5
Otras localidades	6	1.4
Total	425	100

Fuente: historias clínicas hrtd

la característica demográfica de las gestantes adolescentes, de acuerdo con la localidad de procedencia. Se observa que la mayoría proviene de la provincia de Trujillo (54.1%); y que los provenientes de otras localidades fueron en un número no significativo.

Tabla 3.

Características personales de las gestantes adolescentes,
según su antecedente(enfermedades) personales y familiares.

HRDT Enero – diciembre 2017

Características personales	Nº	%
- Antecedentes personales		
.Anemia		
Si	244	57.4
No	181	42.6
.Enfermedades infecciosas		
Si	5	1.8
No	420	98.2
.Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)		
Si	1	0.2
No	424	99.8
- Antecedentes familiares		
.Tuberculosis (TBC)		
Si	6	1.4
No	419	98.6
.Hipertensión arterial (HTA)		
Si	26	6.1
No	399	93.9
TOTAL	425	100

Fuente: Historias clínicas HRDT

se observa las características personales: antecedentes personales y antecedentes familiares(enfermedades) de las adolescentes previas al embarazo, mostrando que la mayoría de gestantes adolescentes había sufrido anemia (57.4%) y no sufrieron enfermedades infecciosas el (98.2%). Así también, el 99.8% no había sido contagiada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). En sus antecedentes familiares, el 98.6% y el 93.9% reportaron por el no en tuberculosis (TBC) y la hipertensión arterial (HTA), respectivamente.

Tabla 4.

Características obstétricas: de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Enero – diciembre 2017

Características Personales/Obstétricas		
Paridad	N.º	%
Nulípara	326	76.8
Múltipara	99	23.2
Gran múltipara	0	0
Índice de masa corporal (IMC)		
Bajo peso	44	10.35
Normal	250	58.8
Sobrepeso	88	20.7
Obesidad	43	10.1
Edad gestacional de la primera atención prenatal		
< 13 semana	169	39.8
14 a 27 semana	193	45.4
28 a 40 semana	63	14.8
Sin atención prenatal	0	0
Número de atenciones prenatales		
1 a 3	58	13.6
4 a 6	117	27.5
> 7	250	58.8
Edad gestacional de finalización del embarazo		
Pre término	80	18.8
A término	335	78.9
Posttérmino	10	2.3
Enfermedades intercurrentes en el embarazo		
Si	88	20.7
No	337	79.2
Término del embarazo		
Parto vía vaginal	183	43.3
Parto vía Cesárea	242	56.9
Total	425	99.8

Fuente: historias clínicas HRDT

Al identificar las características obstétricas: paridad, índice de masa corporal (IMC), edad gestacional de su primera atención prenatal, número de atenciones prenatales, edad gestacional al término del embarazo, así como enfermedades intercurrentes en el embarazo y vía de parto en la terminación del embarazo. Se observa que el 76.8% fueron nulíparas; el 58.8% tuvo un IMC normal; el 45.4% tuvo de 14 – 27 semanas de edad gestacional de su primera atención prenatal; el 58.8% había tenido más de siete atenciones prenatales; El 78.9% tuvo edad gestacional de finalización al término del embarazo; 79.2% y 51.5% correspondieron a no de enfermedades intercurrentes respectivamente y con término del embarazo por parto vía cesárea en un 56,9%.

Tabla 5.

Perfil epidemiológico de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Enero - diciembre de 2017

Características sociales	%
Edad:	
Adolescente tardía	74.8
Grado de instrucción:	
Secundaria completa	74.4
Estado civil:	
Conviviente	75.3
Ocupación:	
Ama de casa	98.6
Característica demográfica	
Lugar de procedencia:	
Provincia de Trujillo	54.1
Características personales	
Antecedentes personales	
Anemia.....si	57.4
Antecedentes familiares	
Hipertensión.....si	6.1
Características obstétricas	
Primípara	76.8
Índice de masa corporal: normal	58.8
Edad gestacional de la primera atención prenatal: 14 a 27 semanas	45.4
Número de atenciones prenatales: >7	58.8
Edad gestacional de terminación del embarazo: A término	78.9
Presencia de enfermedades intercurrentes: si	20.7
Termino del embarazo: parto vía cesárea	56.9

Fuente: historias clínicas HRDT

El perfil epidemiológico (características sociales, demográficas, personales y obstétricas) de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Regional Docente de Trujillo. Enero – diciembre de 2017. Los datos corresponden al resumen de los indicados en las Tablas 1, 2, 3 y 4.

V. DISCUSIÓN

El período entre los 10 y 19 años de edad corresponde a la adolescencia, en las personas, que implica una serie de cambios a nivel biológico y afectivo, así también un conjunto de definiciones respecto a la identidad que diseña el paso de la niñez a la adultez. Se trata de una fase en la vida del individuo, donde se adquiere la capacidad reproductiva, experimenta cambios en su cuerpo y la forma en la que lo concibe y se establece nuevos patrones de interacción con su familia, amigos y entorno en tanto define su identidad. Dentro de En contextos urbanos y modernos, también es un periodo de la vida destinado a la capacitación social, psicoafectiva y académica, que definirá sus ideales, anhelos y planes a futuro.²⁰

En la Tabla 1, según las características sociales, edad, grado de instrucción, estado civil, y ocupación se señala que el periodo de edad se encuentra en la adolescencia tardía (17 a 19 años) con el 74.8%, en cuanto al grado de instrucción con secundaria completa con el 74.4%, estado civil conviviente 75.3%, y ocupación casi total (98,6%) ama de casa. En este contexto la investigación de Muñoz en el 2014 en la ciudad de Cajamarca donde encontramos similitud es la edad promedio de las adolescentes entre 17-19 años, también con grado de instrucción secundaria además de un estado civil conviviente a diferencias del estudio de Montoya en 2016 realizado en el departamento de Amazonas donde si bien encontraron adolescentes tardías de 17 a 19 años, su grado de instrucción fue secundaria incompleta.^{13, 14}

Este periodo de la vida está interrelacionado con la adquisición de saberes y aptitudes para un posterior desempeño profesional (es la etapa de tránsito entre la escuela y los estudios superiores), afianzamiento de los lazos de amistad, la exploración sexual y la búsqueda de independencia.

Al analizar las consecuencias de la gestación en adolescentes, la vida de la joven madre implica entender como reconfiguraron de sus planes de vida (la familia, los estudios y el trabajo), tal vez, algunas pueden haber sido una situación buscada, la llegada de un hijo(a) implica siempre una reestructuración, en algunos casos, más radicales que en otros, en la vida de

estas adolescentes. Esto se agudiza, aún más, si se trata de madres adolescentes, puesto que la llegada de un hijo comprende una serie de responsabilidades económicas y afectivas, cuyo cumplimiento sería incompatible con los mandatos típicos de la adolescencia en algunos sectores de la sociedad y el paso a la vida adulta. La independencia frente a la familia, la exploración sexual y el afianzamiento de los lazos de amistad hacen parte de una forma de vida en la adolescencia, generalizada en medios urbanos y modernos, que es difícil de conciliar con la maternidad²¹.

En muchos casos, las gestantes adolescentes se ven obligadas a dejar el colegio cuando se enteran que están embarazadas, ya sea por exigencias de los padres, por abandono de la pareja, falta de dinero o por temor a las críticas convirtiéndolas en ama de casa casi en su totalidad tal como muestra el estudio y coincidiendo con lo encontrado en un estudio hecho por Bendezu en el 2016 donde caracteriza a la gestante adolescente como ama de casa generalmente en ocupación. De tal forma que además de las posibles consecuencias negativas en su salud, la gestación en la adolescente interrumpe y modifica los proyectos educativos de la persona, de tal forma que, a veces, se ve obligada a suspender su educación y se queda en casa de los padres para dar apoyo a su familia y cuidar de su bebé.^{22,23}

En la Tabla 2, Características sociodemográficas de las gestantes adolescentes, según su localidad de procedencia, se observa que el 54.9% corresponde a la provincia de Trujillo; el 17.2%, a la provincia de Ascope y el 6.3% a la provincia de Otuzco. Se resalta que, de otras localidades se tiene el 1.4% de procedencia.

La mayoría de gestantes adolescentes viven en zonas urbanas, pero en sectores populares, las mujeres que viven en este contexto tienen opciones de vida y motivaciones más amplias, que incluyen, finalizar los estudios secundarios, una carrera técnica, trabajar para ayudar a sus familias y formar la suya en la tercera década de sus vidas. Las condiciones que las inducen a ello están relacionadas con el mayor dominio de familias integradas, al control y supervisión respecto a los jóvenes, los incentivos y contar con los medios

económicos para que los jóvenes y adolescentes estudien. a su vez, Walter Mendoza en un estudio realizado a madres adolescentes en el Perú, concluyó que, en el área urbana, el efecto de haber tenido algún parto en los últimos tres años reduce en 33% las posibilidades de progresar en los estudios y en el área rural esa probabilidad alcanza el 39%.²⁴ ²⁵

Así mismo Fernández en su estudio sobre la evolución del embarazo adolescente en el Perú concluye que las zonas con mayor número de casos se da en la sierra y selva de nuestro país así como en las zonas urbano - marginal y rural donde las condiciones de vida son en mayoría precarias, el maltrato hacia las mujeres dentro de las familias es frecuente, la supervisión paterna y la comunicación con los jóvenes es escasa y donde estos últimos tienen menos incentivos para continuar la escuela, las opciones de vida se reducen a encontrar una manera de subsistir. Esto conduce a las mujeres adolescentes a escapar de su difícil situación familiar (la cual muchas veces implica el reclutamiento en su hogar, explotación, maltrato y abuso) involucrándose con alguien que les demuestre afecto y formar una familia, que le permita convertirse en madre y esposa para así obtener prestigio como mujer. ^{7,25}

Esto no solo explica la alta tasa de gestantes adolescentes en este sector, si no también el predominio del estereotipo de mujer sufrida, sumisa y luchadora, cuya mayor aspiración es convertirse en madre a través del matrimonio. La mayoría de gestantes adolescentes viven con ambos padres y hermanos al momento de quedar embarazadas, en casi la mitad de los casos, ambos padres tomaban las decisiones en la nueva familia, en tanto que no exista diferencias entre las familias de los nuevos padres. Las decisiones familiares son tomadas por la madre y, a su vez, solo de vez en cuando las opiniones de las adolescentes se toman en cuenta.²⁵

En la Tabla 3, Características personales (enfermedades) como los antecedentes personales y familiares de las adolescentes previas al embarazo se destaca en porcentaje la presencia de anemia(57,4%) como antecedente personal a su vez el bajo porcentaje ((1.8)de gestante

adolescente que registraron enfermedades infecciosas previas al embarazo; así como la casi nula presencia de gestantes adolescentes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida-VIH(0.2%); dentro de los antecedentes familiares se registró un porcentaje a la hipertensión(6.1%) como la más frecuente a diferencia de la tuberculosis (1.4%).

El estudio guarda cierta relación con lo obtenido por Muñoz en 2014 donde manifiesta como consecuencia personal en una gestante adolescente la anemia del mismo modo que Ríos Vera en 2015 donde determina a la anemia como una complicación en la gestación de la adolescente en su estudio de morbilidad en adolescentes embarazadas que eran atendidas en un hospital de Es Salud.^{13,17}

La Organización Mundial de la Salud identifica a la anemia, como uno de los problemas de salud asociados con resultados adversos durante la gestación adolescente. Los hijos(as) de madres menores que 15 años tienen 50% más probabilidades de muerte neonatal, frente a los hijos de mujeres entre 20 y 24 años de edad. Las gestantes adolescentes representan un importante problema de salud pública. Se estima que las menores de 16 años son cuatro veces más propensas a morir durante el embarazo, parto y postparto que las mujeres mayores de 20 años^{32,33}

Tabla 4 características obstétricas, se obtuvieron los siguientes resultados: como nulíparas con el 76.8%, que presentan un índice de masa corporal normal con el 58.8%, iniciaron su atención prenatal en las 14 a 27 semanas con el 45.4%, realizando a lo largo de toda la gestación un número de atenciones prenatales mayor a 7 en un 58.8%, la edad gestacional obtenida de terminación del embarazo fue a término con el 78.9% y con presencia de enfermedades intercurrentes 79.2% concluyendo el término del embarazo por parto vía cesárea con el 51.5%.

Muchos estudios nacionales e internacionales se están dando entorno al embarazo adolescente siendo este una problemática de salud pública y Perú no está extinta a ello, tanto que nuestro departamento y nuestra localidad

muestra una cifra aproximada de 14% de nuestras adolescentes ya tuvieron o tienen una gestación actualmente. Encontrando similitud con nuestro estudio Bendezu (2016) Establece que la gestante adolescente se caracteriza por tener índices de masa corporal normal o mayor a lo normal y que en su mayoría terminan la gestación vía cesárea por la presencia de complicaciones que muestran generalmente las adolescentes en esta etapa.³⁵

En tanto la maternidad implica la generación de nuevos ingresos por parte de la madre, su pareja y/o su familia, la independencia se complica y el tiempo libre o de esparcimiento que suele ser destinado por las adolescentes al grupo de pares o la pareja, se ve restringido o anulado por la atención que necesita su hijo(a).^{40,6}

La obligación de generar recursos económicos y dedicar tiempo al cuidado y atención del hijo(a), además de la unión conyugal, son dos de los principales mandatos de la maternidad, genera conflictivos con los anhelos y deseos, como, la independencia económica y el éxito profesional, que la mayoría de las mujeres jóvenes urbanas, actualmente, persiguen.²⁶

La idealización y necesidad de realizar alguna actividad propia, además de la maternidad muestra incongruencia entre las nuevas aspiraciones de las mujeres y las implicancias de la maternidad es una de las razones que, Claudio Stern encuentra para entender por qué la gestación en las adolescentes es considerada recientemente (desde mediados del siglo pasado) como un problema social.²⁵.

Con lo mostrado en la Tabla 5, se concluye que el perfil de las adolescentes embarazadas con respecto a características sociales, tenemos que son de 17 a 19 años, convivientes, con estudios de secundaria completa, ocupación su casa. En cuanto a características demográficas proceden del distrito de Trujillo con antecedentes personales de anemia y antecedentes familiares de hipertensión; con características obstétricas de nulíparas, con índice de masa corporal normal, edad gestacional en la primera atención prenatal realizada entre las 14 a 23 semanas de gestación, con más de siete atenciones

prenatales durante el embarazo, con edad gestacional al nacimiento nacido a término, término del embarazo por cesárea y con presencia de enfermedades intercurrentes.

Es así que la gestante adolescente adquiere un carácter refundador, al marcar un antes y un después en la trayectoria de su vida, que se convierte en una ruptura biográfica; de esta manera, que brinda una posición en el espacio social y, con ello, un contexto sociocultural que denota una serie de aspiraciones, motivaciones y prácticas a quienes lo conforman. Se comprende así, la relación entre la posesión de recursos económicos, las formas de vida y las expectativas en torno a la misma, que permiten tomar en cuenta la heterogeneidad de la incidencia de la gestación en las adolescentes y sus efectos.^{28,29}

Es por ello que, entre los distintos sectores socioeconómicos, se tiene una propensión distinta a la incidencia de un evento como la gestación en adolescentes. A esto se le conoce como vulnerabilidad social y es uno de los conceptos utilizados por Stern (2012) para entender las marcadas diferencias en la incidencia de la gestación adolescente en el sector urbano-popular y la clase media-alta mexicanas. Se trata, según el mencionado autor, de un concepto de mayor utilidad que el de pobreza para entender las diferencias en tasas, significados y consecuencias de las gestaciones en adolescente. El estado vulnerable que representan en la sociedad, nos permite entender la tendencia de la gestación en adolescentes; y las consecuencias del mismo varían de un contexto sociocultural a otro.³⁰

existe variabilidad que se relaciona con características específicas de los ambientes sociales y familiares que predisponen a las adolescentes o, por el contrario, las disuaden de ciertos comportamientos de riesgo. Si bien la vulnerabilidad social está en estrecha relación con la pobreza monetaria, esta varía en relación al acceso a servicios de salud, educación, seguridad social y las situaciones familiares y muestras de apoyo.³⁰

La vulnerabilidad social permite entender la incidencia de la gestación en adolescentes y sus diferencias por sector socioeconómico; también brinda herramientas para comprender las diferentes reacciones ante dicho suceso. Las diferencias por nivel socioeconómico y educativo son las que muestran las profundas brechas detrás de la gestación en adolescentes. En cuanto al nivel educativo, la brecha es de 4 a 1, es decir, por cada 4 mujeres que alcanzaron el nivel primario y se convirtieron en gestantes adolescentes, 1 con estudios superiores lo hará.^{29,30}

Si bien algunas de estas diferencias responden a un patrón cultural predominante en regiones y grupos sociales que legitima los embarazos a temprana edad; el adolescente que frustra su educación superior o la secundaria, tendrá pocas herramientas para obtener un trabajo bien remunerado, lo que, a su vez, influye en una formación de menor calidad para sus hijos y su crianza en condiciones de pobreza, con lo cual sus probabilidades de ser madre adolescente se incrementan. Dicha situación implica tanto la pérdida de capital social para el Estado como el mayor gasto en programas de apoyo social, salud pública y una menor recaudación fiscal. Entonces, la pobreza es tanto causa como consecuencia de la gestación adolescente³¹.

En la gestación en adolescentes, se encuentra una proporción de mujeres afectadas económica, física y emocionalmente; un país que disminuye una significativa cantidad de capital humano, que menoscaba la sostenibilidad de su crecimiento económico. Por esta razón, un país, como el Perú, que lleva 25 años sin obtener cambios significativos en la proporción de adolescentes que pasan por esta experiencia, tiene una serie de dificultades para la creación y aplicación de programas de prevención del embarazo adolescente. A su vez, considera la poca atención que reciben las adolescentes, cuando se convierten en madres, de manera tal, que puedan enfrentar este hecho sin afectar drásticamente su futuro³³.

Como vemos, los efectos de la gestación en adolescentes comprometen a la mujer y a su entorno, replanteándose, para esta última, todo un proyecto de

vida. Si bien no se generalizan las consecuencias de este hecho para todas las gestantes adolescentes, sí aquejan a la mayoría que se encuentra en esta situación, por cuanto, muchas no cuentan con los medios o con el apoyo suficiente para continuar sus estudios y afrontar los efectos en su formación laboral y las condiciones de vida que puedan ofrecerle a su hijo(a).³³

A partir de estas consecuencias asociadas a la gestación adolescente, tan propagadas por diversas ONG y organismos internacionales, se disciernen los principales argumentos para definir a la gestación adolescente como un problema de salud pública.²⁷

La gestación adolescente tiene diferentes efectos en la trayectoria de vida de la madre. En el plano educativo, hay adolescentes que han abandonado sus estudios del nivel secundario o superior no universitaria, al momento de dar a luz o a los pocos meses de embarazarse; y otras que retomaron, solo porque les faltaban pocos meses para terminar el año escolar; y un grupo que continuó sus estudios, universitarios o escolares, tras convertirse en madre. Los primeros dos casos se dieron en madres del sector socioeconómico bajo y el último, en las de sector medio - alto, de manera tal que hay una clara diferencia de este factor en la trayectoria educativa de la madre.²⁷

La trayectoria adolescente - madre se da en mujeres que continúan viviendo en el hogar donde han sido criadas como hijas; y a lo que se añade a su primogénito(a). La relación con el padre de su hijo(a) no se formaliza mediante la formación de un nuevo hogar ni se adoptan roles de conyugues (estas relaciones suelen terminar poco después del nacimiento del bebé).²⁷

Los planes educativos que tenían antes de la gestación se mantienen para quienes configuran esta trayectoria y son dependientes económicamente de sus padres hasta que obtengan un trabajo estable de acuerdo con la carrera estudiada, momento en el cual, la joven madre asume sus gastos y los de su hijo(a) progresivamente. Esta trayectoria influye en la feminización de las relaciones en el hogar, porque en la mayoría de casos analizados, la relación entre madres e hijas tiende a asociarse estrechamente (debido a que

comparten la crianza y cuidado del nuevo miembro de la familia; y al aprendizaje que obtiene la hija de la madre²⁷.

La vulnerabilidad emocional y física en la adolescencia, las complicaciones frecuentes y el pobre soporte social con el que las adolescentes deben enfrentar una gestación adolescente, destacan la importancia del impacto negativo que tiene en las adolescentes: verse obligadas a modificar su plan de vida, sumado al sentimiento frustración, fracaso, arrepentimiento y autovaloración negativa que manifiesta esta situación; por tanto, es importante adoptar e implementar medidas para combatir esta situación.³³

Este estudio se asemeja a lo encontrado por Zamudio, en el perfil epidemiológico de las pacientes embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N.º 80, donde se incluyen adolescentes mayores de 15 años, pacientes que estaban en adolescencia tardía, estado civil que predominó fue casada, provenían de nivel socioeconómico obrero. Se encontró, además, la presencia de tabaquismo, alcoholismo, presencia de cervicovaginitis, seguida de infección de vías urinarias. Se encontró que las adolescentes provenían de familias con moderada disfuncionalidad.³⁴

Bendezu y et al. encontraron que la gestación en las adolescentes representó el 6,63% de la población atendida; las complicaciones del embarazo fueron anemia e infecciones urinarias; además, la incompatibilidad cefalopélvica y el sufrimiento fetal agudo fueron las principales indicaciones de cesárea.³⁶

El embarazo en la adolescencia, principalmente, en menores de 15 años, se asocia a complicaciones durante la gestación, parto y puerperio. Los aspectos biológicos (inmadurez ginecológica y anatómica de la pelvis, entre otros), psicológicos y socioculturales en la adolescente embarazada, repercuten en su resultado perinatal, con sus correspondientes consecuencias para la salud pública y de costos, tanto para la madre como para la familia y la sociedad.³⁷ Los riesgos para resultados adversos entre las gestantes adolescentes son mayores en relación con las mujeres de más edad, incluyendo desnutrición, tabaquismo, abuso de sustancias, anemia, malaria, VIH/SIDA e ITS.³⁸

Las gestantes adolescentes se encuentran, mayormente, desfavorecidas en el mantenimiento de un embarazo saludable, debido a un bajo nivel de educación, falta de acceso a la atención prenatal, atención del parto, así como, atención especializada u otro servicio de salud. A ello se suman los problemas económicos del embarazo y el parto. ⁴⁰

La gestación en una adolescente, puede tener como consecuencia la dificultad para terminar la educación, aislamiento social, falta de apoyo familiar, oportunidades de empleo más pobres, feminización de la pobreza y transmisión intergeneracional de la pobreza consecuente. Esta confluencia de factores de riesgos intrínsecos y extrínsecos que las gestantes adolescentes experimentan, elevan el riesgo de mortalidad y morbilidad grave durante el periodo de embarazo, el parto y el puerperio.³⁹⁻⁴⁰

CONCLUSIONES

1. Las características sociales en mayor porcentaje tenemos a gestantes adolescentes que se encuentran entre los 17 a 19 años (74.8%), estado civil conviviente (75.3%), grado de instrucción secundaria completa (74.4%) y registraron como ocupación (98,6) ama de casa.
2. La característica demográfica de las gestantes adolescentes, según procedencia, son el 98,5% proviene de la región La Libertad y el 1.41%, de otras regiones del país. De la región La Libertad, el 54.9% son de la provincia de Trujillo, seguidos por el 17.2% de la provincia de Ascope .
3. Las características personales(enfermedades) tiene como antecedentes personales anemia (57.4%), enfermedades infecciosas (1.8%) y VIH (0.2%) y antecedentes familiares como TBC (1.4%) y HTA (6.1%).
4. Las características obstétricas corresponden a nulíparas (76.8%), con Índice de masa corporal normal (58.8%), edad gestacional de su primera atención prenatal se da entre la 14 a 27 semanas de gestación (45.4%), con más de 7 atenciones prenatales, con una edad gestacional de terminación del embarazo a término (78.9%), presencia de enfermedades intercurrentes en el embarazo (20.7%) y, el término del embarazo fue parto vía cesárea (56.9%).

RECOMENDACIONES:

1. Al personal de salud de atención primaria, centros médicos y postas medicas es indispensable el desarrollo de la política de gobierno para el 2021 (DS056-2018-PCM) cuya prioridad nacional es la prevención del embarazo adolescente
2. Los obstetras debemos de manifestar un compromiso asumiendo el liderazgo incluyendo para ello la ayuda de la sociedad civil para focalizar a las adolescentes vulnerables. Estableciendo, metas y objetivos a corto, mediano y largo plazo que nos permitan medir los logros obtenidos en la reducción del embarazo adolescente.
3. Orientar a las gestantes adolescente con el objetivo de empoderarlas como mujeres para que asumen la maternidad como un proceso natural que no disminuya sus posibilidades de realización personal.
4. Brindar información oportuna a la adolescente para la toma de decisiones, respetando la diversidad intercultural; promoviendo conductas saludables para favorecer su desarrollo y prevenir conductas de riesgo a través de su autocuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021. [Publicación periódica en línea]. Disponible en:
<http://www.unfpa.org.pe/.../20131106-MINSA-Plan-Prevencion-Embarazo-Adolescente.pdf>
2. El Estado de la Población Mundial 2013 Este informe fue producido por la División de Información y Relaciones Externas del UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas. [Publicación periódica en línea] Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>
3. Equipo de Seguimiento Concertado a las Políticas de Salud Sub Grupo “Prevención del embarazo en adolescentes” Reporte N.º 4-2016-SC/MCLCP. Prevención del embarazo en adolescentes. situación y perspectivas al 2021 - Versión aprobada por el CEN1 Jueves 15 de diciembre de 2016 [Publicación periódica en línea] Disponible en:
<https://www.mesadeconcertacion.org.pe/.../reporteembarazoadolescentende g4.2016v7>.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016 [consultado 2018 julio 2017]. Disponible en:
https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017 [consultado 2018 julio 2019]. Disponible en:
https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html
6. Gerencia Regional de Salud La Libertad. Plan operativo anual 2017. Disponible en:
<http://www.regionlalibertad.gob.pe/web/opciones/pdfs/Resolucion%20N%C2%BA%201773-2017-GRLL-GOB.pdf>
7. Fernández A. El embarazo adolescente: un problema psicosocial que se mantiene vigente en el Perú. Facultad de Ciencias de la Comunicación, Turismo y Psicología Lima (Perú). [Publicación periódica en línea] Disponible en:

http://www.revistacultura.com.pe/wp-content/uploads/2015/12/RCU_29_el-embarazo-adolescente-un-problema-psicosocial-que-se-mantiene-vigente-en-el-peru.pdf

8. Martínez O. Embarazo en adolescentes. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas Volumen 19, Núm. 4, octubre – diciembre 2014. [Publicación periódica en línea] Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2014/rmq144a.pdf>
9. Ariza Riaño NE, Valderrama Sanabria ML .y Ospina Díaz JM. Caracterización del embarazo adolescente en dos ciudades de Boyacá, Colombia. 2012 Revista Virtual Universidad Católica del Norte 2014, 42, 154-163. Disponible en:
<http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php /RevistaUCN/article/view/501/1037>
10. Mora A, Hernández M., Embarazo en la adolescencia: cómo ocurren la sociedad actual Hospital General de Ecatepec, México D.F. 2015. Perinatal Reprod Hum. 2015; 29 (2):76-82. [Publicación periódica en línea] Disponible en:https://ac.els-cdn.com/S0187533715000175/1-s2.0-S0187533715000175-main.pdf?_tid=spdf-695aa76d-5dcd-4822-93a9-e9c7b4f2a17a&acdnat=1519493268_b8f197eda136a1931c376c8300757ae5
11. Procell R. Determinantes del embarazo adolescente en Ecuador durante el periodo 2013-2014. Tesis para la obtención del Título de Ingeniería en Ciencias Económicas y financieras pp5-60
12. Escalante G, Fernando A, Moran B, González C, Guevara I, Lagos S, et al. Caracterización del nacimiento pretérmino en embarazadas atendidas en el Hospital Materno Infantil de Tegucigalpa, en el Departamento de Francisco Morazán, Honduras, durante el período de junio a septiembre de 2016. Rev.med.vlo13 n1:7. [Publicación periódica en línea] Disponible en <http://www.archivosdemedicina.com>
13. Muñoz C. Consecuencias personales y familiares del embarazo en adolescentes y su relación con factores sociodemográficos. Micro Red Magna Vallejo. Cajamarca. 2014. Tesis para optar el Título Profesional de: Licenciada en Enfermería. [Publicación periódica en línea] Disponible en <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/224/T%20618.2%20M963%202014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

14. Montoya L. Determinantes sociales de la salud de las adolescentes embarazadas en la comunidad nativa Wawain Imaza-Amazonas -2016. Tesis para optar el grado académico de Maestro en Salud Sexual y Reproductiva. [Publicación periódica en línea] Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2689/3/montoya_lla.pdf
15. Álvarez J, Tello C. Conocimientos, actitudes e implicancias biopsicosociales y éticas de la ley 28704 en la salud sexual y reproductiva de las mujeres adolescentes residentes del distrito de La Esperanza de Trujillo-Perú. Rev. "Ciencia y Tecnología ", año 11, n.º 1, 2015,99-112-2015. Disponible en: <http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/PGM/article/view/1150/1089>
16. Angulo S. Factores asociados a embarazo adolescente recurrente en el servicio de ginecobstetricia del Hospital Belén de Trujillo. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Trujillo – Perú .2015. [Publicación periódica en línea] Disponible en: https://www.google.com.pe/search?q=10.+Angulo+Prentice+Sonia+factores+asociados+a+embarazo+adolescente+recurr&rlz=1C1GIWA_enPE724PE724&oq=10.+Angulo+Prentice+Sonia+factores+asociados+a+embarazo+adolescente+recurr&aqs=chrome..69i57.1663j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8&safe=high
17. Ríos I, Vera R. Morbi-mortalidad en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray. IV. EsSalud. Trujillo. 01 enero-2013 al 31 diciembre-2014 Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Trujillo [Publicación periódica en línea] Disponible en: <https://es.scribd.com/document/352353615/0048-Rios-Canales-Isaac-Vera-Veliz-Ruben-Morbi-Mortalidad-en-Adolescentes-Embarazadas-Atendidas-en-El-Hospital-Victor-Lazarte-Echegaray-IV>
18. World Health Organization.. Adolescent pregnancy. Fact Sheet 364. Geneva: WHO. 2013. [Publicación periódica en línea] Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/en/index.html
19. Ponce M. Desarrollo normal del adolescente. Lima-junio 2015. Escuela del Ministerio Público. [Publicación periódica en línea] Disponible en:

<https://www.mpfm.gob.pe>> escuela

20. Alvarado E. Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital Nacional Hipólito Unanue, de junio a octubre de 2016. Tesis. Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana. Lima – Perú
21. Untitled - Dialnet-LaFamiliaMonoparental-2698833.pdf [Internet]. [citado 23 de enero de 2017]. Disponible en:
<file:///C:/Users/Bryan%20A/Downloads/DialnetLaFamiliaMonoparental-2698833.pdf>
22. Moreno GLA. Adolescente embarazada: condiciones personales y expectativas futuras de desarrollo personal. Hospital María Auxiliadora 2007. Rev Peru Obstet Enferm [Internet]. 8 de septiembre de 2016 [citado 20 de enero de 2017];5(2). Disponible en:
<http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/639>
23. Villalobos-Hernández A, Campero L, Suárez-López L, Atienzo EE, Estrada F, De la Vara-Salazar E. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. Salud Pública México. Abril de 2015, 57(2):135-43.
24. Mendoza W, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas. Rev Peru Med Exp Salud Pública. julio de 2013; 30(3):471-9.
25. Las adolescentes y su comportamiento reproductivo [Internet]. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2015. Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1199/libro.pdf
26. Tema 5- Consecuencias del Divorcio - 40c.pdf [Internet]. [citado 23 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/Capi_libro/40c.pdf
27. Del Maestro I. Entre madres adolescentes y adolescentes-madres: un análisis de su trayectoria de vida y los factores que influyen en su configuración. Tesis para optar el Título de Licenciada en Sociología. 2013, Pontificia Universidad Católica del Perú. Facultad de Ciencias Sociales
28. Bourdieu P. Razones prácticas: sobre la teoría de la acción. 1997. Barcelona: Editorial Anagrama.

29. Cavagnoud R. 2011 Entre la escuela y la supervivencia. Trabajo adolescente y dinámicas familiares en Lima. 2011. Lima: IEP.
30. Stern, C, El problema del embarazo en la adolescencia. Contribuciones a un debate. 2012, México D.F.: El Colegio de México.
31. Holgate H. Sexuality and young motherhood: discourses and definitions. En: Holgate H, Roy E y Francis K.O. Yuen (Editores) Teenage pregnancy and parenthood. Global perspectives, issues and interventions. Primera edición. Londres: Routledge. 15-45.
32. Conde A, et al. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2005)
33. Hossie, A, y Selman P. Teenage pregnancy and social exclusion: an exploration of disengagement and reengagement from the education system. En: Holgate, H. Roy E. y Francis K.O. Yuen (Editores) Teenage Pregnancy and Parenthood. Global perspectives, issues and interventions. Primera edición. Londres: Routledge. 108-124.
34. Zamudio et al. Perfil epidemiológico de adolescentes embarazadas adscritas a una unidad de medicina familiar en Morelia, Michoacán²⁰ México <http://dx.doi.org/10.22201/fadmed.14058871p.2018.2.63555>
35. Bendezu G., et al. Características y riesgos de gestantes adolescentes Rev. peru. ginecol. obstet. vol.62 n.o.1 Lima ene./mar. 2016
36. Galvez F. Características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia. Rev Cubana Obstet Ginecol vo.l.43 n.º 3 Ciudad de la Habana jul.-set. 2017 http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6159/Ruiz_gy.pdf?sequence=1&isAllowed=y
37. Parada A, Becerra D, Villacis C. Obstetricia integral Siglo XXI: Embarazo en la Adolescencia. Universidad Nacional de Colombia 2009.
38. Vogel J, Pileggi C, Chandra V, Nogueira V. Chou D, et al.. Millennium development goal 5 and adolescents: looking back, moving forward. Arch Dis Child 2015;100 (Suppl 1):s43-s47. Acceso 17/12/2015. Disponible en: http://adc.bmj.com/content/100/Suppl_1/S43.full.pdf+html.
39. United Nations. Millennium development goals Report 2014. New York: United Nations, Acceso: 17/12/2015. Disponible en:<http://www.un.org/millenniumgoals/2014%20MDG%20report/MDG%202014%20English%20web.pdf>.

40. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Peñaranda Ospina Diana Isabel CB. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. Revista chilena de obstetricia y ginecología versión On-line. ISSN 0717-7526. Jun. 2016. Rev. chil. obstet. ginecol. vol.81 n.º.3. Santiago.
Disponble en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000300012>
41. Emiro Noguera., Habik Páez ,María Rojas ,Alberto Pallares, perfil epidemiológico –salud publica
<https://es.scribd.com/doc/38068001/PERFIL-EPIDEMIOLOGICO>

ANEXO

**Perfil epidemiológico de las gestantes atendidas en el Hospital
Regional Docente de Trujillo. Enero - diciembre 2017**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Características sociales

Edad:

Grado de instrucción:

sin instrucción

Primaria

Secundaria.

Sup.no universitaria

Superior universitaria

Estado civil:

soltera

casado

conviviente

divorciado

viudo

Ocupación:

Su casa

Dependiente

Independiente

Característica demográfica

Lugar de procedencia:

Localidad.....

Características personales:

Antecedentes personales:

Anemia	Si	No
Enfermedades infecciosas	Si	No
VIH	Si	No

Antecedentes familiares

Tuberculosis (TBC)	Si	No
Hipertensión arterial (HTA)	Si	No

Características obstétricas

Paridad:

Nulípara

Multípara

Gran multípara

Índice de masa corporal (IMC):

Bajo peso

Normal

Sobre peso

Obesidad

Edad gestacional de su primera atención prenatal:

<13 semanas

14 a 27 semanas

28 a 40 semanas

Sin atención prenatal

Número de atenciones prenatales:

1 a 3

4 a 6

>7

<p>Edad gestacional de finalización del embarazo:</p> <p>Pre termino</p> <p>A termino</p> <p>Posttermino</p>	
<p>Enfermedades intercurrentes en el embarazo (presencia de alguna enfermedad durante el embarazo)</p> <p>Sí No</p>	
<p>Termino del embarazo: parto vía Vaginal</p> <p style="padding-left: 150px;">Parto vía Cesárea</p>	