

Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila

“Dr José Aseff Yara”

“Factores de riesgo asociados al embarazo en la adolescencia. Municipio Venezuela.
Año 2014-2015.”

Dra. Noraida Rodríguez Castellanos

Ciego de Ávila

República de Cuba

2015

“Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila”

“Dr José Aseff Yara”

“Factores de riesgo asociados al embarazo en la adolescencia. Municipio
Venezuela. Año 2014-2015.”

Tesis en opción a título de Especialista en Primer Grado en Medicina General
Integral

Autor: Dra. Noraida Rodríguez Castellanos

Residente del Segundo Año en Medicina General Integral.

Policlínico Docente Juan Olimpio Valcárcel

Tutor: Dra. Yordanka Ramírez Rivero.

Especialista de 1er grado en Medicina General Integral

Máster en Enfermedades Infecciosas

Profesora Asistente

Ciego de Ávila

República de Cuba

2015

PENSAMIENTO

****La alegría de una madre comienza cuando una nueva vida se agita en su interior, cuando escucha su corazón por primera vez y cuándo una patadita juguetona le recuerda que ya no está sola****

AGRADECIMIENTOS

Mi completa gratitud a mi querida familia por el apoyo y ayuda incondicional con mi pequeño hijo.

A mi amado esposo por brindarme su mano a cada paso en esta ardua y difícil tarea.

A mi tutora por todo el tiempo dedicado.

A todos mil gracias.

DEDICATORIA

A la razón de ser de mi vida, mi hijo Jorge Rafael.

A mi madre Norma Castellanos.

A mi esposo Argelino Díaz.

ÍNDICE

Agradecimientos

Dedicatoria

Resumen

Introducción..... 1

Objetivos..... 7

Marco Teórico..... 8

Materiales y Métodos..... 20

Resultados y Discusión..... 28

Conclusiones..... 38

Recomendaciones..... 39

Referencias Bibliográficas

Anexos

RESUMEN

Se realizó una investigación con un diseño observacional analítico retrospectivo de casos y controles con el objetivo de identificar los factores de riesgo que influyeron en el embarazo en la adolescencia, en el periodo de Junio 2014 – Mayo 2015 del Policlínico Juan Olimpio Valcárcel del Municipio Venezuela. Del universo de 69 embarazadas se estableció como muestra, por muestreo aleatorio simple 30 casos y 60 controles (1:2). Obteniéndose los registros de la consulta de Regulación menstrual y de las hojas de cargo de los consultorios. Se les pidió a los padres su aprobación y disposición para la participación en la investigación. Para establecer la asociación factores de riesgos y embarazo se realizaron tablas de contingencia, determinando el riesgo relativo en expuesto porcentual de aspectos de la vida familiar y personal. Para el procesamiento y análisis se aplicó el programa Epiinfo 5. La edad que predominó fue de 15- 19 años. La escolaridad más representada fue la secundaria básica. Los factores de riesgo identificados fueron la menor edad de inicio de las relaciones sexuales, comunicación escasa en temas de sexualidad y reproducción, la no convivencia con los padres, el no uso de anticonceptivos en la primera relación sexual, la inestabilidad en las relaciones de pareja y la educación inadecuada recibida por los padres. Se logró establecer asociación con la incidencia de embarazos. Y no se estableció asociación causal con la poca o nula responsabilidad de la pareja hacia la madre adolescente o su hijo.

Palabras clave: **Embarazo, adolescencia.**

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una de las etapas más hermosas de la vida en la cual se deja de ser niño para convertirse en adulto, operándose grandes cambios anatomofisiológicos y psicosociales, así como definiciones de conductas que regirán en la vida adulta (1).

La adolescencia, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un período comprendido entre los 10 y 19 años. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende desde los 15 a los 19 años. Para la Organización Mundial de la Salud la denominación de jóvenes comprende desde los 10 a los 24 años, incluyendo por tanto la adolescencia (de 10 a 19 años) y la juventud plena (de los 19 a los 24 años). (2)

Se ha considerado que la adolescencia es una etapa crítica en el desarrollo de todo ser humano, es el momento más relevante para el conocimiento de la sexualidad, el aprendizaje del cuerpo y con mucha frecuencia para la toma de decisiones sobre las potencialidades reproductivas. La Organización Mundial de la Salud define también como adolescencia "a la etapa de la vida en la cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia económica". (2,3)

Es una etapa que está marcada por profundos cambios biológicos, psicológicos y sociales (4).

Uno de los aspectos fundamentales a estas edades lo constituye el sexo indisolublemente ligado al ser humano como ente biológico y que es un proceso instintivo natural modificado por patrones sociales. Esta etapa

debe ser de pleno disfrute y para ello resulta necesaria una adecuada orientación, de no ser así pueden generarse disímiles de problemas como el aborto, la madre soltera, el embarazo precoz, alteraciones en los niños recién nacidos y las infecciones de transmisión sexual. (5)

A nivel mundial se reporta que, alrededor del 50,0% de los adolescentes entre 15 y 19 años de edad tienen vida sexual activa, existe un incremento anual de aproximadamente del 10,0% de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años y hasta los 19 años de edad. El 25,0% de las adolescentes con experiencia sexual se embarazan y el 60,0% de estas gestaciones ocurren en los primeros seis meses de relaciones sexuales; el 35,0% de las madres adolescentes son solteras y entre el 60,0% y 70,0% de estos embarazos son no deseados, así podemos comprender los efectos psicológicos de este fenómeno (6).

Esto nos indica que la adolescencia con todas sus características y problemas constituye un problema asociado al mundo actual. Su reconocimiento e importancia demográfica, cultural, psicosocial y económica y la necesidad de dedicarle cada vez más nuestra atención es algo relativamente reciente.

El embarazo en la adolescencia constituye a todas luces un problema, no solo porque alrededor de 70 mil adolescentes mueren cada año por esta causa; sino también porque incide en que estas no puedan disfrutar de los derechos que están contenidos en la [Convención Internacional de los Derechos del Niño](#). (7)

Más del 10% de de los nacimientos que se registran anualmente en el mundo se producen en las madres adolescentes. Cada año nacen 15 millones de niños de madres adolescentes; cada día 41.095; cada hora

1.712. En América Latina, los países con mayor tasa de maternidad en las adolescentes son Nicaragua, Guatemala, Honduras, El Salvador y Venezuela, representando entre un 15% y un 25% de las adolescentes (8,9).

Según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, la región con mayor tasa de natalidad en el mundo es África, con un promedio de 117 adolescentes embarazadas por cada 1 000. Estados Unidos presenta una tasa de 41(10) y por grupos étnicos, la raza afroamericana tiene una tasa de 59, mientras que la hispana es de 70.1 por cada 1 000.

Ni siquiera Europa está exenta de este problema donde las cifras mayores corresponden a Alemania y Gran Bretaña.

En España, en el año 2008, 11 000 adolescentes menores de 18 años quedaron embarazadas. En el año 2007 se produjeron 10 673 embarazos adolescentes. (11)

En Canadá, en 1996 se embarazaron alrededor de 40 000 adolescentes.(12)

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006) reportó una tasa de embarazos de 79 por 1 000, en el grupo de 12 a 19 años. (13)

En Chile, nacen cada año alrededor de 40.355 recién nacidos cuyas madres tienen entre 15 y 19 años. A esta cifra, se agregan otros 1.175 nacimientos en menores de 15 años. En el año 2000 la deserción escolar en la enseñanza básica y media fue de 11,3%, correspondiendo de este porcentaje, 9,9% a la enseñanza media con adolescentes entre 14 y 17 años y 1,4% a la enseñanza básica. (14)

Venezuela es uno de los países suramericanos con mayor tasa de embarazadas adolescentes. En los últimos cinco años, uno de cada cuatro partos ha sido de jóvenes entre 15 y 19 años de edad. Uno de cuatro bebés nacidos en Venezuela tiene una madre que es casi una niña. Uno de cuatro embarazos es de una adolescente. (15)

En América Latina y el Caribe la tasa global de fecundidad para el año 2007, fue de 2.38 y la tasa específica del grupo de 15 a 19 años de 75.67 y un 18% del total de nacidos vivos cuya madre es adolescente. A escala mundial, la región sobresale por sus altos niveles de reproducción estando por encima de Europa, América del Norte, Oceanía y Asia.

Sólo África está por encima de América Latina y el Caribe, con una tasa global de fecundidad de 4.68, y una tasa específica de fecundidad del grupo de 15 a 19 años de 103.4.

Pero es en los países subdesarrollados donde la magnitud de este problema es alarmante por la alta proporción y el limitado acceso a los servicios de salud. En nuestro país este problema lleva un ritmo creciente porque el 23% de nuestra población se haya incluida en esta importante categoría. (16)

Cuba tiene una de las tasas de embarazo en adolescentes más bajas de América Latina y el Caribe, este indicador no tiene el mismo comportamiento de otros como la mortalidad materna e infantil, que son comparables o mejor que los de países desarrollados.

La voluntad política que propicia las políticas públicas y los programas sociales que benefician a la mujer y a la familia como el acceso a la educación, la posibilidad de superación y empleo y el libre acceso a la salud sexual y reproductiva, son las reservas para atender este desafío.

A partir de 2004, ha crecido el peso de la fecundidad adolescente en la fecundidad total, de 14,8 en 2003 hasta 16,2 en 2011 y 16, el pasado año 2014. En 2012 la tasa de fecundidad en adolescentes en Cuba fue de 53,6 por ciento, lo cual representó el 15,9 por ciento de la fecundidad total del país, reportándose las mayores tasas en las provincias de Las Tunas, Guantánamo, Granma, Santiago de Cuba y Holguín. Respecto a las edades, se mantiene estable entre 12 y 14 años, disminuye entre 17 y 19 años, y crece en el grupo de 15 a 17 años. (12)

En nuestra provincia Ciego de Ávila se reportaron en 2013, 2 583 mujeres embarazadas de las cuales 412 fueron adolescentes, para un 15.9%. En 2014 de Enero hasta el 30-Junio se embarazaron 1 171, con 176 adolescentes para un 15%, que al compararlo con el mismo período del año 2013 hubo un total de 162 adolescentes embarazadas para un 14.1%. Al analizar el número de forma general no representa un por ciento muy significativo, aunque vemos que de un año a otro aumentó un 1%, pero al realizar la investigación nos dimos cuenta que al ir analizando los datos por meses, el número de embarazadas adolescentes ha ido en aumento observándose; relativamente más frecuente; en las menores de 15 años.

En el Policlínico del Municipio Venezuela en el año 2013 se reportaron 275 mujeres embarazadas, de ellas 68 adolescentes para un 24.7%, mucho mayor en comparación con el de la provincia. Hasta Mayo de 2014 en Venezuela, ya había reportadas 20 adolescentes embarazadas, y para Diciembre de ese año culmina la cifra en 66, número que es similar al del año anterior, pero siendo un 31.6% del total de embarazadas de ese año, 155, donde vemos que el incremento de la natalidad está a expensas de los embarazos en adolescentes. (17)

En el Municipio Venezuela no se han realizado estudios precedentes que aborden el tema de los riesgos y problemas relacionados con el embarazo en la adolescencia, no obstante en nuestra práctica médica observamos una gran incidencia de adolescentes que se embarazan, así como madres que tuvieron su primer hijo durante la adolescencia, es decir que este fenómeno constituye uno de los principales problemas de salud en esta comunidad.

Como médicos de familia, estamos en una posición privilegiada para educar y prevenir a nuestras adolescentes, las cuales muchas veces no cuentan con la asesoría necesaria para transitar por esa etapa tan difícil de sus vidas. Por tanto, dada la importancia del tema se propuso realizar esta investigación que servirá de base para estudios futuros, con el objetivo de determinar algunos factores de riesgo asociados al embarazo en la adolescencia pertenecientes al área en estudio durante el año Junio 2014- .Mayo 2015.

Estos argumentos justifican la necesidad de resolver el problema científico que se enfrenta. Para lo cual nos trazaremos como pregunta investigativa:

¿Cuáles serán los factores de riesgo asociados al embarazo en la adolescencia en el Municipio Venezuela?

Hipótesis de la investigación.

Existen algunos factores de riesgo que pueden estar asociados al embarazo de las adolescentes en el Policlínico Docente Juan Olimpio Valcárcel del Municipio Venezuela; al conocerlos se pudieran encaminar las acciones de forma tal que permita modificar, atenuar o disminuir dichos factores y lograr la disminución del embarazo en la adolescencia.

Novedad científica: La novedad de la propuesta radica en que el conocimiento más acertado puede conllevar a desarrollo de estrategias para disminuir los factores de riesgo con la consecuente disminución de los embarazos en las adolescentes.

OBJETIVO GENERAL

Establecer la posible asociación de factores de riesgos al embarazo en la adolescencia en el Municipio Venezuela, en el periodo de Junio 2014- Mayo 2015

Objetivos Específicos.

1. Caracterizar la muestra según algunas variables sociodemográficas.
2. Identificar los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia en la población de estudio.
3. Establecer la asociación de los principales factores de riesgo con la presencia del embarazo.

MARCO TEÓRICO

Según Goñi (1997). Embarazo es el término que comprende el periodo de gestación del ciclo reproductivo humano. El embarazo comienza cuando el espermatozoide de un hombre fecunda el óvulo de la mujer, y este óvulo fecundado se implanta en la pared del útero. (18)

Embarazo adolescente o **embarazo precoz** es aquel embarazo 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 OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. El término también se refiere a las

mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen. (19)

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

1. Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el *periodo peripuberal*, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intellectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

2. Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

3. Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: *"una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; **son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes**".* (20)

El embarazo a cualquier edad es un evento biopsicosocial sumamente importante. A menudo en las adolescentes embarazadas este hecho va acompañado de una serie de situaciones adversas que pueden atentar contra la salud, tanto de ella como de su hijo. Este hecho puede agravarse, si además de la corta edad, la madre no está dentro de la protección del matrimonio, por lo que la coloca dentro de una situación social de rechazo.

"La aceleración de la madurez fisiológica y el inicio a edades más tempranas de relaciones sexuales cóitales y desprotegidas constituyen variables asociadas al embarazo en la adolescencia". (21)

Desde el punto de vista metodológico, el embarazo en la adolescencia no es asunto estrictamente fisiológico ni de manejo irresponsable de la sexualidad, por parte de las personas adolescentes ni de familias disfuncionales ni falta de información sobre métodos anticonceptivos, sino que es producto de múltiples interrelaciones, de éstos y otros factores;

obedece al funcionamiento mismo de la sociedad; es la construcción de un modelo sobre el comportamiento sexual entre los miembros de esa sociedad lo que va a determinar que en un nivel más concreto los jóvenes expresen y manejen su sexualidad, ya sea de una manera más o menos adecuada, según esos parámetros sociales. (22)

Las adolescentes no tienen en cuenta toda la repercusión que lleva implícito el surgimiento de una nueva vida. Un hijo siempre es bien recibido, pero trae aparejado cambios en la estabilidad familiar, pues requiere de modificaciones en el desarrollo de las actividades en el hogar.

En familias plenamente establecidas y con condiciones económicas adecuadas, en ocasiones la llegada de un recién nacido transita por determinados problemas, si se toma en consideración lo anterior se debe esperar un resultado más negativo en las adolescentes, que en la gran mayoría de los casos no cuentan con recursos económicos ni respaldo familiar.

El embarazo en la adolescencia es de significación mundial, diariamente se comenta, tanto por médicos, sociólogos, educadores, psicólogos como en la prensa escrita y otros medios aspectos relacionados con ese tipo de embarazo. (23, 24, 25)

Para el disfrute de una sexualidad sana son elementos básicos, la aptitud para disfrutar la actividad sexual y reproductiva, y regularla en conformidad con una ética personal y social, así como la ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades y deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductiva.

La relación sexual en edad temprana se aleja de esos elementos básicos, pues en muchos de los casos, las estructuras anatómicas vinculadas al

desarrollo embrionario no se encuentran en condiciones fisiológicas para llevar a término un embarazo.

Para algunos estudiosos del tema, la maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. (26)

La maduración del sistema reproductivo y la obtención de la talla adulta no indican que se ha completado el crecimiento del canal del parto. La pelvis ósea crece a una velocidad menor que la estatura y requiere mayor tiempo para alcanzar la madurez, o sea que sigue creciendo lenta y continuamente aún después de la menarquía, cuando hay una desaceleración del crecimiento de la talla.

El tamaño del canal del parto es menor en los 3 primeros años después de la menarquía que en la etapa adulta.

Las consecuencias del embarazo y la crianza durante este periodo se relacionan con aspectos no solo de salud sino también psicológicos, socioeconómicos y demográficos, y sus efectos pueden verse en la joven madre y su hijo, el padre adolescente, las familias de ambos y, desde luego, en la sociedad. Dentro de los riesgos biológicos pudiéramos citar: complicaciones obstétricas, toxemias del embarazo, parto prematuro, anemia, desproporción céfalo pélvica, parto prolongado y difícil, prematuridad, bajo peso al nacer y muerte entre otras tantas. (27, 28)

Desde el punto de vista social, esta situación conlleva a problemas familiares que pueden ser tan dañinos como las mismas complicaciones médicas, algunas de las salidas que la joven puede tomar y que de por sí repercuten en la sociedad, son: la deserción escolar, el verse como madres solteras que tienen que responder solas ante la nueva problemática,

recurrir al matrimonio con el fin de reparar un bien, que luego traerá irreparablemente un divorcio; o interrumpir el embarazo sin conocer sus riesgos clínicos. (29)

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse.

FACTORES PREDISPONENTES

- 1. Menarca Temprana:** otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
- 2. Inicio Precoz De Relaciones Sexuales:** cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
- 3. Familia Disfuncional:** uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
- 4. Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y/o sola**
- 5. Bajo nivel educativo:** con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

6. Migraciones Recientes: con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.

7. Pensamientos Mágico: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

8. Fantasías de esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

9. Falta o distorsión de la información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.

10. Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

11. Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.

12. Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

13. Menor temor a enfermedades venéreas.

B. – FACTORES DETERMINANTES

1. – Relaciones Sin Anticoncepción**2. – Abuso Sexual****3. – Violación (20)**

Una niña que es madre es un ser humano que frena su momento de aprendizaje escolar, la posibilidad de desarrollarse desde el punto de vista cultural, de enamorarse, de definir un proyecto de vida y consolidarlo en familia. Ello, en la mayoría de los casos, atenta contra la igualdad de género, al someter a las mujeres al cuidado de los niños desde edades tempranas y priva a la sociedad del aporte a la economía de un mayor número de actores sociales. (7)

La gestación representa un problema para las adolescentes, dado que pudiera desencadenar limitaciones educativas, rechazo en el entorno familiar, mayor posibilidad de abortos inducidos, entre otras dificultades. La literatura presenta decenas de factores que predisponen al embarazo, desde una perspectiva multicausal. En el ámbito individual se mencionan: inicio temprano de vida sexual, generalmente antes de los 16 años, y sin utilización de anticonceptivos en la primera relación sexual, así como adicciones y toxicomanías. Otros factores son: haber sido víctima de abuso sexual, estar en unión libre y el deseo expreso de embarazarse, así como cambios socioeconómicos, nuevos estilos de vida e insuficiente educación sexual.

En cuanto a la educación, se ha identificado una baja escolaridad, aversión a la escuela y su abandono; además se señala una menor educación sexual en las adolescentes que se han embarazado. Otro de los factores de riesgo es la repetición de patrones: madres y hermanas que se embarazaron durante la adolescencia; adolescentes que tienen un solo padre, o que experimentan la ausencia de ambos; disfuncionalidad en las

familias, hacinamiento, la baja escolaridad de ambos padres, adicciones y toxicomanías en algún miembro de la familia. (30, 31)

En los trabajos realizados por Donovan, González A. y Álvarez Carril, se plantea que la deserción escolar tiene un papel preponderante en las adolescentes gestantes; y si sumamos esto a la inmadurez propia de la edad, desde el punto de vista psicológico es más desfavorable para la vida futura de la madre y del niño, ya que después de este parto a la mayoría les resulta imposible proseguir su instrucción, por lo que la problemática es más desalentadora. (32, 33, 34)

Los adolescentes de hoy crecen rodeados de una cultura donde compañeros, televisión, cine, música, y revistas transmiten frecuentemente mensajes manifiestos o secretos en los cuales las relaciones sexuales sin estar casados (especialmente aquellas que involucran a adolescentes) son comunes, aceptadas y, a veces, esperadas.

Entre los criterios médicos para considerar el embarazo y el parto en adolescentes como de alto riesgo, sobre todo en las menores de 14 años, se encuentran los siguientes:

Factores de riesgo para el niño.

Los problemas de salud también pueden afectar a los bebés de madres adolescentes. Tales complicaciones incluyen una mayor incidencia de peso bajo al nacer (que a su vez puede conducir a problemas neurológicos, retraso, otros problemas de salud, e incluso la muerte), nacimiento prematuro, muerte fetal y mortalidad perinatal. Pero al mismo tiempo se ha determinado que algunas de estas complicaciones no están directamente relacionadas con la edad sino con un cuidado y una nutrición prenatal inadecuados.

También las tasas de morbilidad son más altas, así como la permanencia en terapia intensiva es más prolongada y costosa, hay mayor incidencia de rehospitalizaciones, problemas de desarrollo y de conducta.

Hay mayor riesgo de maltrato, abandono físico y emocional y repercusiones en el desarrollo psicólogo-emocional.

Múltiples factores de riesgo afectan negativamente al futuro del niño, entre ellos el bajo status socio-económico y el bajo nivel educacional de la madre, los cuales ejercen efectos adversos en las oportunidades para el óptimo crecimiento y desarrollo.

Los padres adolescentes no se encuentran en condiciones de proveer fuentes emocionales, económicas y educacionales, así como un ambiente social adecuado para su hijo.

También se puede decir que como la situación socioeconómica es poco favorable, la buena salud del niño puede estar en peligro ya que sus padres adolescentes no se encuentran lo suficientemente maduros como para proveer fuentes emocionales, económicas y educacionales, así como un ambiente social adecuado para su desarrollo óptimo. En consecuencia, puede ser que los riesgos sociales y psicológicos negativos del embarazo en adolescentes aún pueden ser mayores que los biológicos.

Factores de riesgo para la adolescente.

Los efectos sociales por el hecho de tener un hijo durante la adolescencia son negativos para la madre, puesto que el embarazo y la crianza del niño,

independientemente del estado marital, interrumpen oportunidades educacionales que se reflejan en el momento de obtener mejores trabajos, salarios más altos, etc.

Tener que asumir la crianza de un niño durante la adolescencia afecta el desarrollo personal de las jóvenes.

Cambian totalmente las expectativas y la vida de las adolescentes; ya no podrán seguir compartiendo con su grupo de compañeros y amigos, dejan de crecer con su grupo, con lo cual pierden una importante fuente de satisfacción social y psicológica y un elemento de apoyo afectivo para el logro de confianza en sí misma, de autoestima y de identidad personal.

Generalmente tienen que interrumpir sus estudios, lo cual limita sus posibilidades de alcanzar buenos niveles profesionales y laborales. Las madres adolescentes tienen alto riesgo de sufrir desventajas económicas y sociales, de permanecer en la pobreza, sin completar su escolaridad, de tener matrimonios inestables y problemas en la crianza de los hijos.

Hay una pérdida de autonomía que obliga a las jóvenes a buscar la ayuda de los padres cuando ya creían que iniciaban su camino a la independencia. Esa situación puede prolongarse por muchos años y en algunos casos indefinidamente.

Un grupo importante de ellas continúa sufriendo el rechazo que comenzó durante el embarazo. La joven madre en algunos casos recibe desprecio, violencia y discriminación de parte de su grupo familiar y de la comunidad.

Los matrimonios precoces no representan la alternativa ideal. Las relaciones de pareja generalmente son poco estables y muy conflictivas. Un alto porcentaje de ellos termina en divorcio poco tiempo después. Hay

una demora o cese de su desarrollo personal y en el logro de su madurez psicosocial.

Todos esos conflictos y sentimientos de insatisfacción generan gran dificultad en la adolescente para asumir su rol de madre. Son emocionalmente inmaduras y no tienen la paciencia necesaria ni la tolerancia para proveer de todo lo que necesita un niño pequeño. Puede haber rechazo del bebé o aceptación aparente sin asumir la responsabilidad completa.

Barrera (1996) citando la obra de J. L. Waters *Pregnacy in young adolescents. Syndrome of Failure (1969)*, indica que desde el punto de vista psicosocial, se presenta lo que se ha dado en llamar el *síndrome del fracaso de la adolescente embarazada*.

Factores de riesgo para la comunidad.

El grupo de madres adolescentes y sus hijos constituyen una población demandante de servicios y de ayuda, poco o nada productiva, que representa una carga para la sociedad desde el punto de vista económico y social. Estas familias pueden necesitar asistencia pública por largo tiempo.

Constituyen una creciente población de alto riesgo proclive a presentar desajustes emocionales y psicosociales.

Factores de riesgo para la familia.

Los padres adolescentes que reciben el apoyo de sus padres y continúan viviendo con ellos, pueden hacerse cargo de su hijo con la ayuda de sus

familias, pero se observa un desequilibrio psicológico y económico de la familia protectora. (27, 35, 36)

Es de vital importancia que los padres de los adolescentes preparen a sus hijos para el encuentro con el otro sexo mediante el ejemplo, el diálogo y una buena educación general y específica en lo particular. Deben proponerse resueltamente analizar con ellos todos los aspectos de la vida familiar que interesen a sus derechos incluido lo referido a la sexualidad y a la reproducción. La mayoría de los padres no están ellos mismos bien informados y su educación arrastra rezagos de la vieja sociedad que deben superar. Tampoco es raro en su actitud hacia la relación familiar y el sexo que predomine la respuesta irracional e incluso contradicciones con la sociedad en que viven al no existir diálogo entre los progenitores y adolescentes. Estos últimos buscarán informantes menos idóneos, menos maduros y quizás menos interesados. (13, 37)

La política de salud reproductiva cubana basada en principios de prevención social y de una filosofía en la cual la salud es un problema de derecho, ha logrado atenuar el impacto que la precocidad puede traer para la salud biológica del niño y de la madre con un sistema de seguimiento a la salud materna de la adolescente desde los primeros momentos de su embarazo.

El Sistema Nacional de Salud y el Programa de Atención-Materno Infantil en Cuba, ofrece todas las garantías de salud a la mujer y al niño, la atención médica a la mujer gestante en consultas ambulatorias, especializadas, hogares maternos y otros servicios especializados, acreditándose la salud sexual y reproductiva como un derecho de las mujeres y de sus hijos; así como garantiza la atención al niño sano y la atención preventiva-curativa de la población infantil.

Por eso, los problemas fundamentales de salud se desplazan hacia la incidencia en el bienestar de la adolescente, de los factores psicosociales asociados a los conflictos en la familia de origen y de procreación y al impacto psicológico que significa tener un hijo en edades en las que no se está preparada ni psíquica ni socialmente para enfrentar esa responsabilidad. Es también un problema de salud en tanto afecta un proyecto de reivindicación del sujeto femenino asociado a un mayor bienestar psicosocial para la mujer. Se puede destacar que esta realidad incide en la precocidad con que las y los adolescentes se inician en diversas experiencias que antes se daban a edades superiores. La edad de iniciación de relaciones sexuales completas es una de ellas. (38)

Cuando una mujer no está debidamente preparada para ser madre, el embarazo se convierte en un hecho traumático, factor de sufrimiento, y de represión de sus necesidades primarias.

Una visión más integral de la medicina insiste en darle un justo valor al vínculo emocional que la madre y el hijo establecen durante el embarazo. Una relación particularmente importante para el desarrollo del nuevo ser, que es violentada cuando el niño es rechazado como consecuencia de un embarazo no deseado.

Al decir de Rosenberg (1991) "La función maternal implica suplir lo que le falta al hijo para poder vivir, dar lugar al crecimiento de lo ajeno, desearlo como propio, transformarse como mujer en este proceso; dar palabras para lo que no puede ser dicho; soportar lo insuficiente en estas palabras, no rechazar lo que queda fuera de su alcance, dar; confiando en que los hijos harán con lo que se les da, algo propio; tolerar y aún alentar su propia sustitución". (39)

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño Metodológico:

Se realizó una investigación con un diseño observacional analítico retrospectivo de casos y controles con el objetivo de identificar los factores de riesgo que influyeron en el embarazo en la adolescencia, en el periodo de Junio 2014 – Mayo 2015; a partir de adolescentes que se embarazaron (casos) y otro grupo de féminas adolescentes que no se embarazaron (controles), pertenecientes al área de salud del Policlínico Docente Juan Olimpio Valcárcel del Municipio Venezuela. Se estableció el principio de 1 caso y 2 controles. Se indagó en la diferencia entre los aspectos de la vida familiar y personal de las jóvenes pertenecientes a la población estudiada durante el período de estudio.

Del universo de 69 embarazadas en el municipio se estableció como muestra, por muestreo aleatorio simple **(30 casos)** adolescentes que concibieron un embarazo durante el período de estudio y culminaron o no en el parto, se obtuvieron de los registros de la consulta de Regulación menstrual y de las hojas de cargo de los consultorios consignadas en Departamento de estadística del municipio. Y por otra parte las adolescentes de los mismos consultorios en el mismo periodo de tiempo que no se embarazaron e igualmente por muestreo aleatorio simple se seleccionaron los dos controles por cada caso **(60 controles)**. Se les pidió a los padres su aprobación y disposición para la participación en la investigación, teniendo en cuenta el nivel de autonomía de estos, y quedaron en acta de consentimiento informado.

Criterios de inclusión

1. Todas las adolescentes residentes permanentes del Municipio Venezuela.
2. Pacientes que fueron capaces de responder a las preguntas y llenar la encuesta.
3. Pacientes que aceptaron participar en el estudio a través de la firma del consentimiento informado (Anexo 1).

Criterios de exclusión:

- Adolescentes residentes en el municipio Venezuela desde Junio 2014 – Mayo 2015 y se fueron a vivir de forma permanente fuera del municipio antes de concluir el estudio.
- Adolescentes residentes temporales o permanentes en el área de salud: extranjeras y cubanas, que se captaron, interrumpieron o atendieron su embarazo fuera del municipio.

Para la selección de controles se tuvieron en cuenta reglas básicas que permitieron designar el sesgo:

- Se escogieron controles con las mismas condiciones de ser adolescentes sanas y no embarazadas.
- Se sistematizó la toma de muestra de control.
- Se seleccionaron los controles al mismo tiempo que los casos.
- Se analizó cuidadosamente los registros donde se obtuvieron los controles.

Métodos y técnicas de obtención de la información:

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema objeto de estudio de acuerdo con los objetivos de la investigación. La recopilación de datos por parte de la investigadora permitió uniformidad en la recogida de estos y por tanto una disminución del sesgo del observador. A cada adolescente individual en la población estudiada y a sus padres se le pidió su cooperación

para participar en esta y se les explicaron los objetivos que se perseguían con la investigación. Posteriormente se procedió a la entrevista individual y se estableció una estrecha coordinación con los médicos de familia de consultorios donde pertenecían las adolescentes para la revisión exhaustiva de la historia clínica individual y familiar, así como obtener cualquier dato de interés que pudiera ser aportado por cada médico. Todo esto permitió completar el formulario confeccionado para responder a los objetivos planteados.

Encuesta (Anexo2): Permitted indagar en los factores dependientes de la vida familiar y personal que poseen las adolescentes, con el fin de orientarlas para mejorar sus estilos de vida.

Para la obtención de la información se utilizó la prueba del Funcionamiento Familiar FF-SIL. **(Anexo 3)** Explora el funcionamiento familiar (dinámica relacional sistémica que se da entre los miembros de una familia), mediante la percepción de uno de los miembros. Consta de 14 Ítems en forma de situaciones, cuya respuesta alternativa es entre: Casi Siempre, Muchas veces, A Veces, Pocas veces y Casi Nunca, obteniéndose de 1 a 5 puntos de acuerdo con la respuesta. La puntuación final se obtiene de la suma de los puntos por ítems. Y así poder definir algunos aspectos de la encuesta, relacionados con la educación.

- Familia funcional de 57 a 70 puntos
- Familia moderadamente funcional de 43 a 56 puntos
- Familia disfuncional de 28 a 42 puntos
- Familia severamente disfuncional de 14 a 27 puntos (40)

Operacionalización de las variables:

Variables	Tipo	Escala de clasificación	Definición	Indicador
Edad	Cuantitativa Continua	Años 10-14 15-19	Años cumplidos según la edad del último cumpleaños	Números y porcentaje según edad
Estudios actuales	Cualitativa Continua	Primaria Secundaria Preuniversitario o Deserción escolar	Nivel escolar en el que se encuentra estudiando actualmente o si resultó deserción escolar.	Números y porcentaje según escolaridad

Educación recibida por los padres.	Cualitativa nominal politómica	Rígida Tolerante Adecuada	<p>Rígida: Aquella en que las adolescentes tuvieron los primeros años de la vida en clima familiar donde predominó la tensión, temor, frustración y desconfianza por inadecuada relación emocional entre los integrantes de la familia, relaciones no armónicas, sin respeto y mala comunicación.(grupo expuesto)</p> <p>Tolerante: Aquella que se desarrolló en clima desfavorable basado en exceso de cariño y preocupación por ambos cónyuges, abuelos u otros familiares que produce desde la temprana infancia actitudes donde la joven espera demasiado, lo que obstaculiza el desarrollo de la capacidad de amar. (Grupo Expuesto)</p> <p>Adecuada: Aquella en que la joven se desarrolla en una atmósfera de confianza, seguridad, amor y protección lo que le transmite una experiencia positiva y un adecuado desarrollo de su personalidad. Existen relaciones</p>	Números y porcentaje según educación
------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	--	--------------------------------------

			<p>armónicas entre padres e hijos solidaridad y respeto en el seno familiar y una buena comunicación entre sus integrantes que garantizaran un desarrollo integral. (grupo no expuesto) (41)</p> <p>Considerándose; educación adecuada: constituye el grupo no expuesto.</p> <p>Educación inadecuada: se incluyeron las de tipo rígida y tolerante considerándose como grupo expuesto al factor.</p>	
Convivencia con los padres o tutor	Cualitativa nominal politómica	Madre Padre Otros	Según convivencia con los padres u otro tutor responsable(abuelos, tíos, hermanos, etc)	Números y por ciento según convivencia
Comunicación con los padres sobre aspectos de la sexualidad y la	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Si existe comunicación de las jóvenes con los padres en los aspectos de la sexualidad manteniendo un intercambio en todos los aspectos referentes a la misma que le permitiera alcanzar la confianza necesaria para informar sobre la posibilidad de una gestación, y	Números y por ciento según comunicación sobre sexualidad y embarazo

reproducción			se solicitó su cooperación para decidir lo más correcto. Las gestantes adolescentes con este tipo de relación afectiva se agruparon en las no expuestas, el resto constituyeron el grupo expuesto. (41)	
Relaciones sexuales y Edad que comenzó	Cualitativa y Cuantitativa	Edad en años cumplidos No relaciones sexuales	Si no ha tenido relaciones sexuales . Según años de las primeras relaciones sexuales.	Números y porcentaje según Edad de las primeras relaciones sexuales
Uso de método anticonceptivo en 1er relación sexual	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Si usó o no algún método anticonceptivo en su 1er relación sexual	Números y porcentaje según uso de anticonceptivo en las primeras relaciones sexuales
Responsabilidad de la	Cualitativa nominal	Si No	Responsabilidad individual donde el varón tiene conciencia de su propia actuación reconociendo su error, tomen decisiones independientes en	Números y porcentaje según apoyo de su

pareja	Dicotómica	No tengo pareja	<p>pleno conocimiento de la consecuencia de sus actos y su preocupación por la otra parte de la pareja, brindarle apoyo espiritual y económico a la gestante adolescente.</p> <p>Se dividió en: las que su pareja no tenía responsabilidad en la relación y las que no tenían pareja, grupo expuesto y las que su pareja tenía responsabilidad en la relación, grupo no expuesto. (41)</p>	pareja
Estabilidad en la relación de pareja	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No No tengo pareja	Según el tipo de relación que mantiene con la pareja	Números y por ciento según relación con la pareja

Procesamiento estadístico:

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel. Los datos obtenidos de las encuestas y hojas de cargo fueron vaciados en tablas estadísticas para su presentación y análisis, así se sintetizó toda la información y fue resumida en frecuencias absolutas y porcentajes utilizando medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas.

Para establecer la asociación factores de riesgos y embarazo se realizó una tabla de contingencia de todos los factores de riesgos que incidieron o no en la presencia del embarazo. Se procedió a determinar el riesgo relativo en expuesto porcentual de los aspectos de la vida familiar y personal de las adolescentes que contribuyeron al embarazo precoz.

Riesgo Relativo (RR): Es para medir el grado de asociación entre un factor de riesgo y una enfermedad presente. Es la razón entre la probabilidad (frecuencia) de desarrollar una enfermedad en frecuencia del factor de riesgo (p_1), respecto la probabilidad de desarrollar la enfermedad en ausencia del factor de riesgo (p_2)

Estado de salud	Factor de riesgo	Sin factor de riesgo
Enfermos	a	c
No enfermos	b	d

$$P_1 = \frac{a}{a+b} \quad P_2 = \frac{c}{c+d}$$

$$\text{Por tanto} \quad RR = \frac{P_1}{P_2}$$

P₂

Interpretación del RR

RR=1: La presencia del factor de riesgo no aumenta el peligro de padecer la enfermedad.

RR>1: Los sujetos que presentan este factor tienen un peligro de padecer la enfermedad x veces mayor que los que no los presentan.

RR<1: Los sujetos que presentan este factor de riesgo no tienen peligro de padecer la enfermedad.

Para el procesamiento y análisis de la información se aplicó el programa Epiinfo 5 en una microcomputadora. Los resultados se expusieron en tablas de contingencia.

Aspectos éticos: Al trabajar con seres humanos, el consentimiento informado es un proceder de obligado cumplimiento. Todas las personas que participarán en el presente estudio, serán informadas previamente de forma oral y escrita sobre los objetivos del mismo, para lo cual se les presentara un modelo de consentimiento informado (Anexo 1), confeccionado según las reglamentaciones establecidas en la declaración de Helsinki enmendada por la 52 Asamblea General en Edimburgo, Escocia, Octubre del 2000. Se cumplirá con las consideraciones éticas para estudios de este tipo ya que los datos obtenidos solo serán utilizados con fines científicos. Cada paciente será libre de elegir su participación en la investigación y manifestará su aceptación de forma verbal y escrita. La integridad de los datos obtenidos en el presente estudio serán respetados en las publicaciones que se generen así como la confiabilidad de la información obtenida, se respetará y conservará en todo momento la ética

hacia los pacientes y sus familiares, conforme a los principios éticos para toda investigación médica en humanos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1: Distribución de adolescentes en estudio según edad. Municipio Venezuela. Junio 2014- Mayo 2015

Edad	Casos		Controles	
	No	%	No	%
10-14 años	9	30	18	30
15- 19 años	21	70	42	70
TOTAL	30	100	60	100

Fuente: Encuesta.

Al observar la distribución por grupos de edades de las adolescentes en estudio se evidencia que el mayor promedio de edad está entre 15-19 años con 70%, ya que es en la adolescencia tardía (15 a 19 años) cuando se presenta el mayor número de embarazos. Lo cual coincide con lo reportado en la literatura por Ramírez Aranda y colaboradores, Wingo PA y Orozco Hechavarría (42, 43, 44)

Además en el mundo actual, el embarazo en la adolescencia se está produciendo a edades cada vez más tempranas, lo cual resulta altamente desfavorable desde el punto de vista sanitario, no sólo por sus consecuencias sociales, sino porque contribuye a elevar la morbilidad y mortalidad materna, perinatal e infantil.(29) Observando que esta área de salud no está exenta de esto, teniendo en este caso 3 adolescentes que concibieron su primer embarazo a los 13 años.

Tabla 2: Distribución de adolescentes en estudio según escolaridad actual.

Escolaridad actual	Casos		Controles	
	No	%	No	%
Primaria	7	23.3	9	15.0
Secundaria	11	36.7	38	63.3
Preuniversitario	5	16.7	12	20.0
Deserción escolar	7	23.3	1	1.7
TOTAL	30	100	60	100

En la segunda tabla se muestra que el mayor por ciento de escolaridad presentada en las pacientes estudiadas es la secundaria, donde las adolescentes no embarazadas (controles) tienen una representación de 63.3%, también es relevante mencionar que el mayor por ciento de ellas reportó ser estudiante, mientras que el 23.3 % de su contraparte (las embarazadas) resultaron en deserción escolar y con menor por ciento de escolaridad, puesto que al embarazarse se ven obligadas a suspender o retrasar sus estudios. Que la adolescente abandone la escuela para cuidar a su hijo no va a tener un efecto inmediato, pero sí en un futuro, ya que tendrá menos o peores condiciones de trabajo, menor salario y el niño se desarrollará en una familia de bajo nivel económico y educacional.

Similares resultados obtuvo Ramírez Aranda donde, la mayoría de ellas se encontraban cursando el preuniversitario o lo habían terminado. (42) Y en los estudios de Abud donde se visualiza que el 80% de las adolescentes sin hijos en Argentina asiste a la escuela, mientras que sólo el 25% de las que ya son madres lo hace. (45)

Tabla 3: Distribución de adolescentes en estudio según educación recibida por los padres.

Tipo de educación	Casos		Controles	
	No	%	No	%
Adecuada	17	56.7	33	55.0
Inadecuada	13	43.3	27	45.0
TOTAL	30	100	60	100

RR= 1.03

La influencia de la educación familiar se presenta en la tabla 3 donde las que recibieron una educación familiar inadecuada representaron el 43.3% de los casos, mientras que en los controles, se observó en un 55% adecuada. Estos resultados nos permiten inferir que todas las adolescentes cuya familia le brinda una educación inadecuada tienen 1.03 probabilidades de concebir un embarazo en edades tempranas de la vida. A diferencia de aquella en que la joven se desarrolla en una atmósfera de confianza, seguridad, amor y protección, transmitiéndole una experiencia positiva y un adecuado desarrollo de su personalidad.

Estando de acuerdo con el estudio realizado en Ciudad Habana 2009 por Alarcón Argota y colaboradores, donde la buena influencia familiar resultó imprescindible para la adolescente. (12)

Igualmente en estudio realizado en Colombia por Flores donde encontró que el clima educativo familiar en Cali y en Bogotá tienen efectos favorables estadísticamente significativos, en el sentido de que un mejor clima educativo se asocian con una menor probabilidad de inicio de las relaciones sexuales entre las adolescentes. (46)

Tabla 4: Distribución de adolescentes en estudio según convivencia con los padres.

Convivencia con los padres	Casos		Controles	
	No	%	No	%
Si	23	76.7	36	60.0
No	7	23.3	24	40.0
TOTAL	30	100	60	100

RR= 1.27

La tabla 4 muestra la convivencia de las adolescentes con sus padres, evidentemente la mayoría de ellas, tanto los casos (76.7%) como los controles (60.0%) convivían con sus dos padres en el momento del estudio, lo que demuestra que fue un factor influyente en la aparición o no de embarazo en nuestra investigación, pues el riesgo relativo mostró que tenían 1.27 probabilidades de tener un embarazo las adolescentes que no convivían con alguno de sus progenitores.

Resultados similares vemos en otros estudios como el de Ferrer y Figuera que encontraron que hasta un 60% de las jóvenes madres pertenecen a familias cuyos padres están separados; y un 40% no ha vivido nunca una situación familiar estable. (28)

Además, Ortiz cita que Kegelers realizó una encuesta en la Universidad de Berlín, y encontró resultados en cuanto a esta variable ya que el 33% de los casos estudiados por él presentaron conductas inadecuadas las que tenían el antecedente de la no convivencia con sus padres. (11)

Tabla 5: Distribución de adolescentes en estudio según comunicación con los padres sobre aspectos de la sexualidad y la reproducción.

Comunicación con los padres	Casos		Controles	
	No	%	No	%
Si	14	46.7	37	61.7

No	16	53.3	23	38.3
TOTAL	30	100	60	100

RR= 1.41

En cuanto a la comunicación acerca de la sexualidad y la reproducción en la tabla 5 se muestra que un mayor número de adolescentes consideraban que no tenían una correcta comunicación o confianza para hablar de estos temas, siendo representativo el 53.3% de los casos, al contrario de los controles que sí tuvieron una mayor comunicación con sus padres, los cuales deben preparar a sus hijos para el encuentro con el otro sexo mediante el ejemplo, el diálogo y una buena educación general y específica en lo particular. Deben proponerse resueltamente analizar con ellos todos los aspectos de la vida familiar que interesen a sus derechos incluido lo referido a la sexualidad y a la reproducción. Siendo 1.41 más riesgo para embarazarse.

Coincidiendo con el estudio de Ortiz Lee y otro realizado por un Colectivo de autores donde plantean que la mayoría de los padres a veces no están bien informados y su educación arrastra rezagos de la vieja sociedad que deben superar, pues de lo contrario sus hijos buscarán informantes menos idóneos, menos maduros y quizás menos interesados. (13, 37)

De igual manera, el estudio de Carpio evidenció que un por ciento elevado de las adolescentes manifestó falta de confianza en su familia y poca información sobre lo que realmente significa un embarazo en estas edades. (5)

Tabla 6: Distribución de adolescentes en estudio según edad de primeras relaciones sexuales.

Edad de primeras relaciones sexuales	Casos		Controles	
	No	%	No	%
10- 14	6	20.0	8	13.3
15- 19	24	80.0	49	81.6
No relaciones sexuales	0	0	3	5.0
TOTAL	30	100	60	100

RR= 1.50

En la tabla 6 donde se indagó sobre la edad de las primeras relaciones sexuales se aprecia el mayor por ciento entre los 15- 19 años con 80% y 81.6% en casos y controles lo que se corresponde con la incidencia del mayor número de embarazos, que generalmente ocurre entre la secundaria y pre-universitario. Siendo insignificante el 5% que no mantienen relaciones sexuales aún y sumándole más importancia al 20% y 13.3% de las adolescentes que ya han comenzado sus relaciones sexuales de forma precoz entre 10-14años. Representando el mayor de los riesgos con 1.50 probabilidades. Puesto que a partir del primer período menstrual de la mujer, ella es casi tan fértil como en los años que le siguen y las probabilidades de quedar embarazada, durante los períodos fértiles de su ciclo menstrual, son casi las mismas. Si la mujer tiene relaciones en este tiempo sin protección anticonceptiva eficaz y si las condiciones son favorables para la concepción, se producirá un embarazo sin importar su edad o experiencia.

Según estudios de la UNICEF la edad promedio de la primera relación sexual en adolescentes de países desarrollados oscila entre 9 y 13 años, en varones, y entre los 11 y 14 años en el caso de las niñas. (47).

Igualmente que estudio realizado en Cuba donde los varones y hembras comienzan entre los 12-13 años respectivamente. (29)

Tabla 7: Distribución de adolescentes en estudio según uso de anticonceptivo en su primera relación sexual.

Uso de anticonceptivo en su primera relación sexual.	Casos		Controles	
	No	%	No	%
Si	15	50.0	23	40.4
No	15	50.0	34	59.6
TOTAL	30	100	57	100

RR= 1.23

En la tabla 7 se observa el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual, resultando que el 50% de los casos no lo utilizó, dando al contraste con la aparición de embarazo y por otra parte un 40.4% de los controles que sí los utilizaron. Puesto que algunas adolescentes manifestaron que les daba vergüenza comprar preservativos o cualquier otro anticonceptivo y también solicitar información a un médico o familiar. Resultando una alta probabilidad de 1.23 de quedar embarazada por no usar anticoncepción aunque sea su primera relación sexual.

Así mismo en dos estudios realizados en EUA se plantea que un 80% de los embarazos no deseados se debe a no uso de anticonceptivos y un

menor número al mal uso, donde algunas mujeres jóvenes sexualmente activa admitió haber tenido relaciones sexuales sin protección con una pareja que no utilizó un preservativo. (48, 49)

Coincidiendo además con el estudio de Carpio y Llopis Pérez donde encontraron que más del 50% de las adolescentes no utilizaban métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales. (5, 50)

Tabla 8: Distribución de adolescentes en estudio según relación estable con la pareja.

Relación estable con la pareja.	Casos		Controles	
	No	%	No	%
Si	11	36.7	19	31.7
No	19	63.3	41	68.3
TOTAL	30	100	60	100

RR= 1.15

En relación a la estabilidad de la pareja la tabla 8 muestra los resultados de que el mayor por ciento de adolescentes tanto de casos como controles coincide en que no mantenían una relación estable (63.3% y 68.3% respectivamente), siendo evidentemente un factor de riesgo con una probabilidad de 1.15. Debido a que a estas edades las relaciones de pareja generalmente son poco estables y muy conflictivas. Aunque en algunos casos los matrimonios precoces representan la alternativa ideal, un alto porcentaje de ellos termina en divorcio poco tiempo después, por lo que hay una demora o cese de su desarrollo personal y en el logro de su

madurez psicosocial. Para mantener una relación o ayudar a que esta germine, lo primero en la pareja es establecer comunicación entre ambos, darse calor físico, compartir intereses y responsabilidades y lograr mantener vivo el amor en su pareja.

Estando de acuerdo con Ramírez Aranda donde el 33% de las adolescentes embarazadas se encontraban sin pareja al momento de la encuesta (madres solteras). (42). Igualmente de acuerdo con el estudio de Guridi González y colaboradores donde el 58,5% de las adolescentes carecían de un vínculo de pareja estable. (51)

Y con un artículo realizado por Bernal donde se comprueba que el embarazo precoz es más frecuente en jóvenes cuyas madres son solteras o lo eran al concebir a su hija, o que, a su vez, habían tenido hijos a una edad muy temprana. (52)

Tabla 9: Distribución de adolescentes en estudio según responsabilidad y apoyo de la pareja.

Responsabilidad y apoyo de la pareja.	Casos		Controles	
	No	%	No	%
Si	5	16.7	11	18.3
No	25	83.3	49	81.7
TOTAL	30	100	60	100

RR= 0.90

Con respecto a la responsabilidad y apoyo de la pareja que se muestra en la tabla 9, se observa que el mayor por ciento de los casos corresponde a adolescentes embarazadas que no reciben el apoyo (83.3%), así mismo

aseguraron los controles de no recibir apoyo de su pareja en caso de aparecer un embarazo (81.7%). Esto se debe en parte a que la mayoría de las parejas adolescentes están en una relación amorosa en el momento del embarazo por lo que muchos padres adolescentes no se quedan con la madre y esto generalmente rompe la relación con el bebé. Sin embargo no resulta un factor de riesgo en nuestra investigación que indique probabilidad de tener un embarazo si la pareja le brinda o no apoyo a la madre adolescente.

No obstante la autora considera que si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el varón para ser padre; especialmente porque se enfrenta a todos sus mandatos personales, sociales y a sus carencias, exacerbándose todo ello por altruismo, lealtad, etc. como también por su dependencia económica y afectiva. Esta situación de indefensión hace confusa la relación con su pareja, por su propia confusión, lo que le genera angustia y finalmente el desenlace final de desatención contrario al principio de la responsabilidad compartida y de que la pareja ha de hacer frente sólidamente a las consecuencias de sus relaciones.

Relacionado con Argota en su estudio donde hace referencia a dos resultados encontrados; Del Rival donde el 75% de los casos no tuvieron apoyo por parte de la pareja y un trabajo publicado en Londres por Grassel y Barkes en 1990, recoge que 6 de cada 10 adolescentes que eran madres antes de los 20 años enfrentan la maternidad sin el apoyo y comprensión de su cónyuge. (12)

Así mismo culmina el trabajo realizado por Carpio donde encuentra alarmante que solo el 14,6% de las adolescentes embarazadas presentó apoyo. (5)

Por otra parte las investigaciones han demostrado que cuando se involucra al padre en la toma de decisiones acerca del embarazo y el parto, se reporta una mayor interacción con sus hijos/as en los siguientes años aún cuando no se casen con la madre. (2)

CONCLUSIONES

Al concluir la presente investigación se constata que el promedio de edad que predominó en las adolescentes fue el de 15- 19 años. La escolaridad actual que más estuvo representada fue la secundaria básica tanto en los casos como en los controles, por ser en esta etapa de la vida donde generalmente se inician las relaciones sexuales.

En cuanto a los factores de riesgo identificados se encontraron por orden de probabilidades menor edad de inicio de las relaciones sexuales, comunicación escasa en temas de sexualidad y reproducción, la no convivencia con los padres, el no uso de anticonceptivos en la primera relación sexual, la inestabilidad en las relaciones de pareja y la educación inadecuada recibida por los padres.

Por tanto con estos aspectos de la vida familiar y personal de las adolescentes se logró establecer asociación con la incidencia de embarazos.

Se identificó como factor de riesgo, pero no se estableció asociación causal con embarazos, la poca o nula responsabilidad de la pareja hacia la madre adolescente o su hijo.

RECOMENDACIONES

- Reiterar y reforzar la labor del médico de la familia en cuanto a orientar a los padres hacia una educación sexual correcta, control del riesgo reproductivo y planificación familiar.
- Hacer extensivos los resultados de la investigación hacia otras áreas de salud.
- Realizar acciones de salud específicas, encaminadas a disminuir la incidencia de embarazos en las adolescentes. Ejemplo: programas de radio local sobre educación sexual, asesoramiento familiar por el equipo de psicólogos del área a las familias identificadas con mayores riesgos de disfuncionalidad, brindar información correcta sobre los métodos anticonceptivos, reproducción y sexualidad en las escuelas.

Anexo No. 1:**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El que suscribe Madre _____

Padre _____

Paciente _____

Hago constar por este medio, mi disposición (paciente) y consentimiento (padres) a participar en el estudio, declaro que he sido informado/a del objetivo del estudio, por lo cual se me aplicará una encuesta, así mismo se me explicó las ventajas para nuestra Salud Pública y para la familia.

Doy mi consentimiento para que realice la encuesta de acuerdo a la valoración médica y criterios de inclusión para la admisión de esta investigación y para constancia de lo antes expuesto firmo este documento.

En Policlínico Docente Juan Olimpio Valcárcel. Municipio Venezuela.

A los ____ del mes de _____ del año _____.

Firma Madre: _____

Firma Padre: _____

Firma Paciente: _____

Anexo No. 2:**Encuesta**

Nota: La presente encuesta es la antesala para un estudio científico a realizar por la Dra. Noraida Rodríguez Castellanos, la cual se complementa con el consentimiento informado y la misma es de carácter anónimo. Los resultados que de la misma devengan serán para uso exclusivo de la investigación científica y la institución que la financia.

Caso _____ Control _____

Dirección: _____

Edad: _____

Área de salud: _____

1. Escolaridad actual

Primaria _____

Secundaria _____

Preuniversitario _____

Deserción escolar _____

¿Cómo ud considera la educación recibida por sus padres?

a) Rígida _____

b) Tolerante _____

c) Adecuada _____

2. ¿Con cual de sus padres convive en el hogar? En caso de ser No que otra persona convive con usted?

Madre _____ Otra persona _____
Padre _____ (abuelo/ a, tío/a, etc.)

4. ¿Ha conversado con sus padres sobre sexualidad y embarazo?

Si _____ No _____

5. Edad de la primera relación sexual.

Edad _____ años No relaciones sexuales _____

6. ¿Utilizó algún método anticonceptivo en su primera vez?

Si _____ No _____

7. ¿Tiene usted relación estable de pareja actualmente?

Si _____ No _____

8. ¿Asume responsabilidades su pareja y recibe apoyo económico y espiritual?

Si _____ No _____

Anexo No. 3: Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL)

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en una familia. Usted debe clasificar y marcar con una (X) la respuesta según la frecuencia en que ocurra la situación que se presente

	Casi Nunca	Pocas Veces	A Veces	Muchas Veces	Casi Siempr

						e
1	Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	Toman las experiencias de otra familia ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie este					

	sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante situaciones dadas.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					