

The Biologist
(Lima)

ARTÍCULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

FACTORES SOCIOCULTURALES, CONOCIMIENTO Y ACTITUDES
DE LAS PRIMIGESTAS ADOLESCENTES
Y NO ADOLESCENTES FRENTE AL EMBARAZO EN EL HOSPITAL
JOSÉ AGURTO TELLO CHOSICA, LIMA, PERÚ, 2009SOCIOCULTURAL FACTORS, KNOWLEDGE AND
ATTITUDES OF FIRST PREGNANCY ADOLESCENTS AND
NON- ADOLESCENTS TO PREGNANCY FROM
JOSE AGURTO TELLO HOSPITAL FROM CHOSICA, LIMA, PERU, 2009Teresa A. Mengole-Amaya¹ & José Iannacone^{1,2}¹Universidad Nacional Federico Villarreal. Escuela Universitaria De Post – Grado²Escuela Profesional de Biología. Facultad de Ciencias Naturales y Matemática. Universidad Nacional Federico Villarreal.
Correo electrónico: ² joseiannacone@gmail.com

The Biologist (Lima) 8: 164-178.

ABSTRACT

Teenage pregnancy is considered as a public health issue due to its high prevalence and the social, biological and psychological changes that affect the overall health of teenage parents and their children, family and society. A prospective descriptive cross-sectional study was done with 13 first pregnancy adolescents and 60 first pregnancy non-adolescents belonging to Jose Agurto Tello Hospital from Chosica, Lima, Peru in order to determine if a series of sociocultural factors influence the knowledge and attitude toward pregnancy. We used a validated and self-administered questionnaire to investigate those variables that point to the target. It was established that within the sociocultural factors the group of pregnant adolescents was predominantly those who were 14 and 16 years-old, single (marital status), with incomplete secondary education, engaged in household chores, living with her mother with brothers absent a father figure, with sexual intercourse at an average of 14 years of age. The group of non-adolescent pregnant women was dominated by those 20 to 23 years of age, single, engaged in household chores, with complete secondary education and the average of first sexual intercourse at 18 years. There was a knowledge deficit regarding pregnancy among adolescents, while non-adolescent teenagers showed regular knowledge. Adolescents in their first pregnancy showed a negative attitude toward pregnancy.

Key words: Attitudes about pregnancy, adolescents, knowledge about pregnancy, teen pregnancy.

RESUMEN

El embarazo adolescente es considerado como un problema de Salud Pública por su elevada prevalencia y por las repercusiones sociales, biológicas y psíquicas que afectan la salud integral tanto de los padres adolescentes, como la de sus hijos, familiares y la sociedad. Se realizó un estudio descriptivo prospectivo de corte transversal-comparativo a 13 gestantes primigestas adolescentes y 60 gestantes primigestas no adolescentes pertenecientes al Hospital José Agurto Tello de Chosica - Lima, Perú con el fin de determinar si una serie de factores socioculturales influyen en el conocimiento y actitud frente al embarazo. Se aplicó un cuestionario validado y auto administrado con el que se investigó las variables que apuntan al objetivo. Se comprobó que dentro de los factores socioculturales en el grupo de gestantes adolescentes, predominó aquellas que se encontraban entre los 14 y 16 años, con estado civil soltera, grado de instrucción secundaria incompleta, dedicándose a las labores de casa, viven con su mamá y hermanos, con una media de inicio de relaciones sexuales de 14 años. Respecto a las gestantes no adolescentes predominó las edades entre 20 y 23 años, el estado civil fue en la mayoría soltera y conviviente, dedicándose a las labores de la casa, con secundaria completa y la media de inicio de relaciones sexuales fue de 18 años. En cuanto al conocimiento sobre el embarazo las adolescentes tienen un conocimiento deficiente, mientras que las gestantes no adolescentes presentan un conocimiento regularmente logrado. Las adolescentes primigestas presentaron una actitud negativa frente al embarazo.

Palabras clave: Actitud sobre embarazo, adolescente, conocimiento sobre embarazo, embarazo en adolescente.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes es un fenómeno biopsicosocial de gran importancia debido al aumento progresivo en toda Latinoamérica y en países desarrollados. Según la ENDES (2000) un grupo poblacional que merece una atención especial en salud reproductiva son los adolescentes. El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales que influyen directamente en el aumento del embarazo en las adolescentes. A nivel mundial se ha incrementado el inicio de la vida sexual activa a edades más tempranas; el 20% de los partos son de madres adolescentes, la tasa de muertes relacionadas con el embarazo y el parto es de 2-5 veces más alto entre mujeres menores de 19 años, comparadas con las de 20-29 años. Este patrón se ha observado en Estados Unidos (Sulak & Haney 1993), Chile (Montero *et al.* 1999), El Salvador (Padilla de Gil 2000) y México (Díaz-Sánchez 2003). Chelala (2000) señala que en los países menos desarrollados la proporción de embarazos adolescentes es alta, pudiendo llegar a cifras tan elevadas como del 45% del total de embarazos en algunos países africanos.

En el Perú, los adolescentes equivalen a aproximadamente el 21% de la población (Távora-Orozco 2004), 13% de las adolescentes de 15 a 19 años ya son madres o están embarazadas –similar a lo informado por la INEI (2000), con un rango que va de 5,7% en Lima Metropolitana a 20% en Ucayali, Loreto y Huancavelica, Perú. Asimismo, este porcentaje es más del doble entre las adolescentes del área rural (21,7%) que entre las del ámbito urbano (9,2%), y nueve veces más entre las que carecen de educación (36,9%) versus las de educación superior (4,1%).

La adolescente puede adoptar diferentes actitudes frente al embarazo que dependerán en gran parte de su historial personal, del contexto familiar y social, pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentran (Issler 2001, Molina *et al.* 2004, Klein 2005). La reacción frente al embarazo se manifiesta desde la felicidad, indiferencia, temor, vergüenza hasta reacciones psicológicas traumáticas: irresponsabilidad que le orienta a medidas abortivas que pueden comprometer su vida y lesionar al feto. Esperanza de transferir el problema y la crianza del recién nacido a la madre. Reincidencia. Ignorancia, que la conduce al conformismo como un proceso causal. Temor y vergüenza a la crítica y a que los padres y familiares se enteren. Felicidad, como expresión de amor, de entrega de vinculación definitiva con la pareja (Poo *et al.* 2005, Márquez 2007).

Langer *et al.* (1993) y Moore *et al.* (2000) indican que los factores de riesgo asociados al embarazo de las adolescentes, se ordenan en varias dimensiones: individual, familiar y social. En la dimensión individual, los factores que constituyen un mayor riesgo de exposición al inicio de actividad sexual son, entre otros, menarquia en edades cada vez más precoces, percepción de invulnerabilidad, baja autoestima, bajas aspiraciones educacionales, impulsividad, mala relación con los padres, y carencia de compromiso religioso (Klein 2005). En la dimensión familiar se describen como factores de riesgo: estilos violentos de resolución de conflictos, permisividad, madre poco accesible, madre con embarazo en la adolescencia, padre ausente y carencias afectivas, y baja escolaridad de los padres.

Finalmente en el ámbito social se han identificado variables asociadas a la actividad sexual precoz, entre ellos la erotización de los medios de comunicación, hacinamiento, estrés, vivir en área rural, mitos y tabúes acerca de la sexualidad, lo que ha contribuido a una

declinación de las barreras sociales, para al ejercicio de la sexualidad (Poo *et al.* 2005). Se ha señalado que entre las causas del embarazo en las adolescentes puede incluirse la menarquía precoz, las relaciones sexuales en edades tempranas, el desconocimiento de los mecanismos de reproducción humana y de los métodos de control de la natalidad y los factores psicológicos relacionados con las adolescentes (Tomas & Munist 1997, Alarcón *et al.* 1998). Se ha observado un incremento del embarazo en las adolescentes debido a múltiples factores, entre los cuales menciona la constitución de la familia, las condiciones sociales y culturales y los medios de comunicación masiva, y un deficiente grado de instrucción general (Chirinos de Cora 1993, Álvarez 1997, Vera 1999, Issler 2001, Gutiérrez *et al.* 2002, Gudiel & Caffaro 2004, Klein 2005).

Todos los eventos anteriormente mencionados tienen, por lo tanto, enormes implicancias socioeconómicas para el país, y los cambios en estas características hacen necesario, en muchas ocasiones, replantear el enfoque de las políticas educativas en el abordaje de las relaciones sexuales en la adolescencia; así como en la prevención del embarazo en este grupo etáreo (Klein 2005). Es necesario tener presente que debido a la falta de orientación en las jóvenes, se observa cada día un incremento en el número de adolescentes embarazadas, llegando ésto a generar un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la adolescente, además de condicionar y perturbar su proyecto de vida futura, lo que conlleva entre otros a una problemática de índole médico, pues las jóvenes muchas veces asisten a los centros de salud con las complicaciones del embarazo y del parto (Sharma *et al.* 2003), por no haber tenido un debido control prenatal.

La perspectiva ambiental y la pseudovaloración de la sexualidad sin compromiso afectivo, la puede conducir a una

relación sexual inmadura, con el riesgo de un embarazo inesperado (Báez & Velásquez 1995).

Por lo anteriormente expuesto se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los factores socioculturales, conocimientos y aptitudes que influyen en la percepción de las primigestas adolescentes y no adolescentes frente al embarazo en el Hospital José Agurto Tello de Chosica – Lima, Perú 2009?

Por ende, el objetivo de la presente investigación fue determinar la influencia de los factores socioculturales en el conocimiento y aptitudes de las primigestas adolescentes y no adolescentes frente al embarazo del Hospital José Agurto Tello de Chosica, Lima, Perú en el 2009.

MATERIALES Y MÉTODOS

Delimitación del estudio: la presente investigación se realizó el Hospital José Agurto Tello, perteneciente al Ministerio de Salud (MINSA) considerado como un Hospital Referencial de veinte distritos de la provincia de Huarochirí y dos distritos de la provincia de Lima, Perú logrando una cobertura total de cerca de 200 000 personas por la red de 61 establecimientos de primer nivel que son sus referentes; la zona donde se ubica el Hospital, está en el margen del cinturón de pobreza de Lima, en plena carretera central, en el punto de unión de tres valles (río Santa Eulalia, río Rímac y de San Mateo Otao). Actualmente es el único Establecimiento del nivel II-2 que se encuentra en el trayecto de la carretera Central desde Casapalca hasta el límite del distrito de Ate, Lima-Perú.

Tipo y diseño de la investigación: el diseño utilizado fue de tipo Descriptivo- prospectivo

de corte transversal, comparativo y el tipo de muestra fue no probabilístico intencionado.

Población: estuvo constituida por gestantes primigestas adolescentes de entre 10 y 19 años y gestantes primigestas no adolescentes de entre 20 y 29 años. Ambos grupos accedieron al control prenatal por consulta externa del consultorio de Gineco-obstetricia en el turno mañana y tarde durante el mes de agosto 2009. En el centro de muestras se informó sobre este estudio a las gestantes no adolescentes y adolescentes que acudieron acompañadas por un familiar o apoderado, y firmaron un consentimiento informado. La encuesta se entregó a la gestante después de concluida la consulta para evitar así que se sienta intimidada por su familiar o acompañante al momento de desarrollarla.

Criterios de exclusión en común: gestantes que no desearon participar en el estudio, con enfermedad mental, víctimas de violación, sordomudas o de habla distinta a la española.

Muestra: estuvo conformado por las gestantes primigestas adolescentes y no adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión, y acudieron al Hospital José Agurto Tello de Chosica- Lima, Perú para realizar su control pre natal, durante el periodo del 01 del 31 de Agosto del 2009. El tipo de muestreo fue el no probabilístico por cuotas. La muestra esperada y obtenida fue de 73 gestantes de las cuales correspondieron a 13 gestantes primigestas adolescentes y 60 gestantes primigestas no adolescentes.

Tamaño de la muestra: las gestantes adolescentes y no adolescentes que acudieron a consulta en el lapso de 6 meses (enero a julio 2009) fueron 306 gestantes adolescentes y 1448 gestantes no adolescentes, con un promedio de 293 gestantes por mes. Por lo que, aplicando la fórmula para la determinación del

$$n = \frac{N * z^2 * p * q}{i (N - 1) + z^2 * p * q}$$

Siendo: N: Población del estudio: 293. p: Probabilidad de éxito obtenido 0,5. q: $1 - 0,5 = 0,5$ complemento de P. z: Coeficiente de confiabilidad al 95% igual a 1,96 entonces $z^2 = 3,84$. i : 0,01. Finalmente al aplicar la fórmula obtenemos:

$$n = \frac{293 * 3,84 * 0,5 * 0,5}{0,01 (292) + 3,84 * 0,5 * 0,5} = \frac{281,2}{3,88} = 73$$

El tamaño de la muestra, nos indica un valor de 73. $306 / 1754 = 0,17 = 13$ encuestas a gestantes adolescentes. $1448 / 1754 = 0,83 = 60$ encuestas a gestantes no adolescentes.

Instrumento de la investigación: fue un cuestionario anónimo que constó de tres partes: 1) aspectos socioculturales como: edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación actual, si viven solas o con familia, y otros. 2) Conocimiento sobre el embarazo, con 10 enunciados o proposiciones, los cuales tenían alternativas, y sólo una era la respuesta correcta; posteriormente se calificó de acuerdo a las respuestas (puntaje de 0 para la respuesta incorrecta y 1 para la respuesta correcta). También se utilizó la calificación con el sistema vigesimal de 0 a 20 (Mijanovich 2000). En este sistema el puntaje obtenido se traduce a la categorización del logro del conocimiento el cual puede variar desde un conocimiento bien logrado hasta un deficiente conocimiento (Reyes 1988), 3) Actitudes hacia el embarazo, las cuales fueron medidas a través de la escala de Likert con 5 niveles (1 siendo el valor más alto o totalmente de acuerdo, y 5 el más bajo o totalmente en desacuerdo): 1: totalmente de acuerdo, 2: de acuerdo, 3: neutral, 4: en desacuerdo, 5: totalmente en desacuerdo.

Validez y confiabilidad del instrumento: Para probar la veracidad del instrumento, se efectuó una prueba piloto, para lo cual se emplearon 20 pruebas. Esta se llevó a cabo del 13 al 18 de Julio del 2009, con cinco gestantes primigestas adolescentes y 15 gestantes primigestas no adolescentes. El cuestionario elaborado constó de 30 ítems, y se obtuvieron valores superiores a 89 al ser procesados con la V de Aiken, siendo 25 ítems significativos, eliminándose 5 ítems, debido a que sus valores no obtuvieron un valor mínimo de 80. Para determinar la confiabilidad del instrumento, el cuestionario fue sometido a la prueba de Alfa de Crombach, obteniéndose para una muestra piloto de 20 encuestas un valor de 0,81, lo que indicó que la prueba es confiable. El criterio de validación de jueces se realizó mediante la aprobación o desaprobación de un ítem de la prueba por parte de jueces o expertos. Los ítems se cuantificaron para medir la significación estadística por medio del coeficiente de validez V de Aiken. Para la escala de actitudes se elaboraron 10 ítems, a los que se le otorgó validez mediante la evaluación de diez jueces o expertos en el tema: (5) médicos gineco-obstetras y (5) obstetras. En este proceso, se asignó el valor de 1 si el juez está de acuerdo, y 0 si no lo está. Se aceptaron 25 ítems, que alcanzaron valores superiores a 0,8; de otro lado, se eliminaron 5 ítems, que no alcanzaron al puntaje mínimo esperado de 0,7.

Recolección de datos y análisis estadístico:

La recolección de datos se realizó mediante la entrega personalizada de cada cuestionario a la gestante primigesta adolescente y no adolescente que acudió a este establecimiento del 03 al 31 de agosto del 2009, en el horario de lunes a sábado 08:30 a 17:30 h. Luego de la aplicación de los cuestionarios, los datos fueron recogidos en forma manual. Se procesó la información utilizando el software estadístico SPSS versión 12,00 para el cálculo de los estadísticos descriptivos e inferenciales y Microsoft Excel Windows XP. Se usó el estadístico X^2 para señalar si existe asociación entre el grado de conocimiento correcto e incorrecto y ambas primigestas. De igual forma

se empleó la prueba de t de Student para comparar las actitudes hacia el embarazo entre ambos grupos de primigestas.

Aspectos éticos: Para poder recabar la información deseada, se solicitó autorización a la Dirección Ejecutiva del Hospital José Agurto Tello, y del Médico Jefe del Departamento de Gineco- Obstetricia. Posteriormente se brindó a cada gestante, un consentimiento informado, donde se detalló la finalidad del estudio, y su autorización para participar del cuestionario.

Limitaciones: Los resultados son útiles sólo para dicho establecimiento de Salud, pero podrá contribuir y servir como punto de comparación para otros estudios de la misma temática.

RESULTADOS

Factores socioculturales

Edad: del grupo de gestantes primigestas adolescentes y no adolescentes que participaron en el estudio, el mayor número se concentró en edades que fluctúan entre los 14 y 16 años que corresponde a la adolescencia intermedia, respecto al grupo de gestantes primigestas no adolescentes el mayor número se concentró entre las edades de entre 20 y 23 años (Tabla 1).

Tabla 1. Frecuencia de gestantes primigestas adolescentes y no adolescentes por grupo etareo en el hospital José Agurto Tello – Chosica, Lima-perú 2009.

Edad	Nº	%
Gestantes Adolescentes		
10 - 13	2	2,7
14 - 16	6	8,2
17 - 19	5	6,8
Sub Total	13	17,7
Gestantes No Adolescentes		
20 - 23	42	57,5
24 - 29	18	24,7
Sub Total	60	82,3
Total	73	100,0

Tabla 2. Frecuencia de gestantes primigestas adolescentes y no adolescentes por grupo etáreo y estado civil en el Hospital José Agurto Tello – Chosica, Lima-Perú, 2009.

Variable	Adolescente				No adolescente				Total	%	
	10 - 13	14 - 16	17 - 19	Sub Total	20 - 23	24 - 29	Sub Total	%			
	N°	N°	N°		N°	N°					
Estado civil											
Soltera	2	6	2	10	76,9	23	6	29	48,3	39	53,4
Casada	0	0	0	0	0	4	8	12	20,0	12	16,4
Separada	0	0	0	0	0	0	1	1	1,7	17	11,4
Conviviente	0	0	3	3	23,1	15	3	18	30,0	21	28,8

Estado civil: el rubro soltera es el que predominó en el grupo de las gestantes primigestas adolescentes, de igual manera se observó que en el grupo de las gestantes primigestas no adolescentes también

predominó en mayor porcentaje el estado civil soltera, pero las casadas y convivientes en conjunto superaron al rubro soltera en las gestantes primigestas no adolescentes (Tabla 2).

Tabla 3. Frecuencia de gestantes primigestas adolescentes y no adolescentes por grupo etareo y grado de instrucción en el Hospital José Agurto Tello – Chosica, Lima-Perú, 2009.

Variable	Adolescente				No adolescente				Total	%	
	10-13	14-16	17-19	Sub Total	20-23	24-29	Sub Total	%			
	N°	N°	N°		N°	N°					
Grado de instrucción											
Analfabeta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Primaria incompleta	2	0	0	2	15,4	2	0	2	3,3	4	5,5
Primaria completa	0	1	0	1	7,7	0	1	1	1,7	2	2,7
Secundaria incompleta	0	5	1	6	46,1	9	4	13	21,7	19	26,0
Secundaria completa	0	0	4	4	30,8	28	9	37	61,7	41	56,2
Superior Incompleto	0	0	0	0	0	3	2	5	8,3	5	6,9
Superior Completo	0	0	0	0	0	0	2	2	3,3	2	2,7

Grado de instrucción: se observa que en las adolescentes aquellas que refirieron un grado de instrucción de secundaria incompleta representan el mayor porcentaje, mientras que las no adolescentes manifestaron tener secundaria completa (Tabla 3).

Ocupación actual: respecto a la ocupación actual tanto de las gestantes primigestas adolescentes y no adolescentes, en ambos grupos predominó el que se dedicaran a labores de su casa (Tabla 4).

Con quien vive actualmente?: respecto del grupo de gestantes primigestas adolescentes refieren que al momento de la encuesta vivían con su mamá y hermanos como predominio, en tanto que en el grupo de gestantes primigestas no adolescentes el mayor número vive con su pareja o cónyuge, seguido de las que residen con los padres (Tabla 5).

Menarquia: se presenta a edades cada vez más tempranas, se evidencia un alto porcentaje entre los 11 y 12 años. Un bajo porcentaje se

Tabla 4. Gestantes primigestas adolescentes y no adolescentes por grupo etáreo y ocupación actual en el Hospital José Agurto Tello – Chosica, Lima-Perú, 2009.

Variable	Adolescente					No adolescente						
	10 - 13	14 - 16	17 - 19	Sub Total	%	20 - 23	24 - 29	Sub Total	%	Total	%	
Ocupación Actual												
Estudiante	0	2	0	2	15,4	4	0	4	6,7	6	8,2	
Su casa	2	4	4	10	76,9	35	10	45	75,0	55	75,3	
Empleada del hogar	0	0	1	1	7,7	1	4	5	8,3	6	8,2	
Obrera de fábrica	0	0	0	0	0	0	1	1	1,7	1	1,3	
Trabajo independiente	0	0	0	0	0	2	3	5	8,3	5	7,0	

Tabla 5. Gestantes primigestas adolescentes y no adolescentes por grupo etáreo y condición familiar con relación a la pregunta: ¿con quién vive actualmente? en el Hospital José Agurto Tello – Chosica, Lima-Perú, 2009.

Variable	Adolescente					No adolescente						
	10 - 13 N°	14 - 16 N°	17 - 19 N°	Sub Total	%	20 - 23 N°	24 - 29 N°	Sub Total	%	Total	%	
Condición Familiar												
¿Con quién vive?												
• Con mis padres	0	3	0	3	23,0	12	0	12	20,0	15	20,5	
• Con mi papá y hnos.	0	1	0	1	7,7	0	0	0	0	1	1,4	
• Con mi mamá y hnos.	1	1	2	4	30,8	6	0	6	10,0	10	13,6	
• Sólo con mamá	1	1	0	2	15,4	2	0	2	3,3	4	5,5	
• Sólo con papá	0	0	0	0	0	1	0	1	1,7	1	1,4	
• Con mi pareja/cónyuge	0	0	2	2	15,4	20	11	31	51,7	33	45,2	
• vivo sola	0	0	0	0	0	0	1	1	1,7	1	1,4	
• Familiares	0	0	1	1	7,7	1	6	7	11,6	8	11,0	

Tabla 6. Edad de la menarquia en gestantes primigestas adolescentes y no adolescentes en el Hospital José Agurto Tello – Chosica, Lima-Perú, 2009. n=73.

Edad (en años)	(%)
9 – 10 años	8,2
11 – 12 años	87,7
13 – 14 años	1,4
15 ó + años	2,7

observó entre las edades de 15 a más años (Tabla 6).

Primera relación sexual: con respecto a la edad de la primera relación sexual el 87,6% de

Tabla 7. Edad de la primera relación sexual en gestantes primigestas adolescentes y no adolescentes en el hospital José Agurto Tello – Chosica, Lima-Perú, 2009.

Edad de inicio (en años)	Total	%
10 – 13	2	2,7
14 – 16	22	30,1
17 – 19	40	54,8
20 – 23	7	9,6
24 – 29	9	2,8

las gestantes estudiadas iniciaron su actividad sexual antes de los 20 años de edad, y de estas el mayor porcentaje planteó que su primera experiencia sexual fue entre los 17 y 19 años (Tabla 7).

Tabla 8. Valoración del conocimiento sobre el embarazo según escala vigesimal en gestantes primigestas adolescentes y no adolescentes en el Hospital José Agurto Tello – Chosica, Lima-Perú, 2009.

Notas /Gestantes	Adolescentes	%	No adolescentes	%
15 - 20	2	15,4	21	35,0
11 - 14	4	30,8	23	38,3
10 - 0	7	53,8	16	26,7
TOTAL	n =13		n = 60	

Grado de conocimiento

Las calificaciones se basaron en el sistema vigesimal, es decir de 0 a 20. Se aprecia que en mayor proporción las gestantes primigestas adolescentes tienen un conocimiento deficiente respecto al tema del embarazo (< 10), a diferencia de las gestantes primigestas no adolescentes que demostraron un conocimiento regularmente logrado, seguido de un conocimiento logrado (Tabla 8). Respecto al conocimiento que las gestantes primigestas adolescentes y no adolescentes tienen acerca de donde se desarrolla el niño durante el embarazo. Un 76,9% de las gestantes adolescentes mencionó conocer donde se desarrolla el niño mientras que el 100% de las gestantes no adolescentes supo donde se desarrolla el feto durante el embarazo, encontrándose diferencias significativas entre ambos grupos (Tabla 9). Referente a la administración de sulfato ferroso durante el embarazo el 46,2% de las adolescentes respondió saber por qué se ingiere, mientras que el 91,7% de las gestantes no adolescentes supo la importancia de la administración encontrándose diferencias significativas (Tabla 9). También existieron diferencias significativas en el conocimiento de los signos de alarma durante el embarazo entre las gestantes adolescentes, por lo que se observó un aumento de conocimiento conforme incrementa la edad con una tendencia significativa (Tabla 9). Por otra parte existen diferencias significativas en el nivel de conocimiento sobre el embarazo en el total de

gestantes primigestas adolescentes y no adolescentes (Tabla 9). No se observaron diferencias significativas entre las gestantes primigestas adolescentes y no adolescentes con relación a las preguntas de conocimiento 1, 2, y 4 referente principalmente a cuantas semanas dura el embarazo. Las gestantes adolescentes (76,9%) mostraron niveles bajos de conocimiento. En la pregunta 5, referente a la comunicación entre la madre y el bebe, las adolescentes mostraron de igual manera un bajo nivel de conocimiento (Tabla 9). En la pregunta 6, si se podrá tener relaciones sexuales durante el embarazo, las gestantes adolescentes revelaron un alto grado de desconocimiento (Tabla 9). En la pregunta 10 un 69,2% de las gestantes adolescentes desconocían la adecuada frecuencia del baño de la gestante (Tabla 9).

Actitud frente al embarazo

Una alta frecuencia de gestantes primigestas adolescentes consideran que no debe de iniciarse de inmediato el control pre natal cuando una mujer se entera que está embarazada (30,8%) respecto de las gestantes primigestas no adolescentes que señalan que si se debe de iniciar el control pre natal al enterarse que está embarazada (48,3%) (Tabla 10), obteniéndose una diferencia estadísticamente significativa. En relación a que si se considera que el embarazo será una dificultad en la vida cotidiana de la gestante, las primigestas adolescentes consideran una mayor dificultad al encontrarse diferencias

significativas respecto de la gestantes primigestas no adolescente que no lo consideran una dificultad. Referente a que si la gestante puede tomar pastillas que el farmacéutico le dé si tiene fiebre, dolor o infección existen diferencias significativas entre los que responden las gestantes primigestas adolescentes (46,1%) y no adolescentes (8,3%). Del total de actitud sobre

el embarazo que existe entre las gestantes primigestas adolescentes y no adolescentes se observa diferencias estadísticamente significativas. No se observaron diferencias significativas entre las gestantes primigestas adolescentes y no adolescentes con relación a las preguntas actitudinales 1, 2, 4,5, 6, 7 y 9 (Tabla 10).

Tabla 9. Grado de conocimiento sobre el embarazo en gestantes primigestas adolescentes y no adolescentes en el Hospital José Agurto Tello – Chosica, Lima-Perú, 2009.

		Correcto		Incorrecto		X ²	Sig.
		n	%	n	%		
1.- El embarazo es ...	Adolescente	8	61,5	5	38,5	3,11	0,07
<i>*El proceso en el que se desarrolla el feto en el interior del útero.</i>	No adolescente	50	83,3	10	16,7		
2.- El embarazo se da por ...	Adolescente	6	46,2	7	53,8	1,92	0,16
<i>*La unión del óvulo y el espermatozoide.</i>	No adolescente	40	66,7	20	33,3		
3.- ¿Dónde se desarrolla el niño durante el embarazo?	Adolescente	10	76,9	3	23,1	14,4	0,00
<i>*En el útero.</i>	No adolescente	60	100,0	0	0		
4.- El embarazo a termino dura	Adolescente	3	23,1	10	76,9	0,25	0,61
<i>*40 semanas.</i>	No adolescente	18	30,0	42	70,0		
5.- Por qué crees que es conveniente que exista comunicación entre la madre y el bebe durante el embarazo	Adolescente	3	23,1	10	76,9	0,62	0,80
<i>*Para que tenga un buen desarrollo emocional.</i>	No adolescente	12	20,0	48	80,0		
6.- Se podrá tener relaciones sexuales durante el embarazo	Adolescente	4	30,8	9	69,2	2,87	0,09
<i>*Si, siempre y cuando no haya contra-indicaciones.</i>	No adolescente	34	56,7	26	43,3		
7.- El fierro bajo la forma de Sulfato Ferroso durante el embarazo...	Adolescente	6	46,2	7	53,8	16,11	0,00
<i>*Es un complemento de los alimentos.</i>	No adolescente	55	91,7	5	8,3		
8.- Son signos de alarma durante el embarazo. Excepto	Adolescente	11	84,6	2	15,4	5,10	0,02
<i>* La falta de apetito.</i>	No adolescente	59	98,3	1	1,7		
9.- ¿Cuántas dosis de vacuna antitetánica como mínimo debe recibir la gestante durante el embarazo?	Adolescente	8	61,5	5	38,5	0,0	0,99
<i>* Dos.</i>	No adolescente	37	61,5	23	38,3		
10.- Durante el embarazo, el baño de la gestante debe ser:	Adolescente	4	30,8	9	69,2	0,16	0,68
<i>*Todos los días.</i>	No adolescente	22	36,7	38	63,3		
CONOCIMIENTO TOTAL	Adolescente	6,3	48,5	6,7	51,5	2,67	0,009
	No adolescente	38,7	64,5	21,3	35,5		

* Respuesta correcta. Sig. = Significancia. X²= chi-cuadrado.

Tabla 10. Actitud hacia el embarazo en gestantes primigestas adolescentes y no adolescentes en el Hospital José Agurto Tello - Chosica, Lima-Perú, 2009.

		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	\bar{X}	t	gl	Sig	
1.-	¿Ud. cree que los controles pre natales son una perdida de tiempo?	Adolescente	3 23,1%	0 0%	1 7,7%	6 46,1%	3 23,1%	3,46	1,37	71	0,17
	No adolescente	2 3,3%	8 13,3%	0 0%	31 51,7%	19 31,7%	3,95				
2.-	¿Ud. Cree que si la gestante tiene muchas molestias debe interrumpir su embarazo?	Adolescente	0 0%	0 0%	3 23,1%	6 46,1%	4 30,8%	4,07	1,62	71	0,11
	No adolescente	13 21,7%	4 6,6%	6 10,0%	21 35,0%	16 26,7%	3,38				
3.-	¿Ud. Cree que cuando una mujer se entera que esta embarazada debe de iniciar de inmediato su control Pre natal ?	Adolescente	1 7,7%	5 38,5%	1 7,7%	2 15,3%	4 30,8%	2,61	5,01	71	0,00
	No adolescente	29 48,3%	20 33,3%	6 10%	5 8,3%	0 0%	4,21				
4.-	¿La gestante debe acudir a un establecimiento de Salud, si presenta sangrado vaginal?	Adolescente	7 53,9%	4 30,1%	2 15,3%	0 0%	0 0%	4,38	1,12	71	0,26
	No adolescente	36 60%	23 38,3%	1 1,7%	0 0%	0 0%	4,58				
5.-	¿Ud. cree que toda mujer embarazada debe recibir preparación psicoprofiláctica?	Adolescente	3 23,0%	4 30,8%	1 7,7%	4 30,8%	1 7,7%	3,30	1,77	71	0,80
	No adolescente	12 20,0%	25 41,7%	22 36,7%	1 1,6%	0 0	3,38				
6.-	¿Ud. soportaría los síntomas de alguna enfermedad por miedo a consumir medicamentos durante el embarazo?	Adolescente	6 46,1%	0 0	4 30,8%	3 23,1%	0 0	2,30	5,22	71	0,60
	No adolescente	29 48,3%	8 13,3%	0 0	5 8,3%	18 30,0%	2,58				
7.-	¿Considera Ud. que el embarazo es la etapa mas importante en la vida de una mujer?	Adolescente	0 0	3 23,1%	0 0	8 61,5%	2 15,4%	4,00	0,01	71	0,99
	No adolescente	8 13,0%	24 40,0%	0 0	16 27,0%	12 20,0%	4,00				
8.-	¿Considera Ud. que el embarazo será una dificultad en su vida cotidiana?	Adolescente	8 61,5%	2 15,4%	0 0	2 15,4%	1 7,7%	1,92	2,14	71	0,03
	No adolescente	19 31,7%	8 13,3%	0 0	24 40,0%	9 15,0%	2,93				
9.-	¿Se podrá fumar durante el embarazo?	Adolescente	0 0%	0 0%	3 23,1%	3 23,1%	7 53,8%	4,30	1,87	71	0,06
	No adolescente	0 0%	2 3,3%	0 0%	12 20,0%	46 76,7%	4,70				
10.-	¿Ud. Cree que si la gestante tiene fiebre, dolor o infección puede tomar las pastillas que el farmacéutico le de?	Adolescente	6 46,1%	3 23,1%	0 0%	3 23,1%	1 7,7%	2,23	3,47	71	0,001
	No adolescente	5 8,3%	12 20,0%	1 1,7%	19 31,7%	23 38,3%	3,71				
ACTITUD TOTAL		Adolescente	3,4 26,2%	2,1 16,1%	1,5 11,5%	3,7 28,5%	2,3 17,7%	32,61	2,53	71	0,014
		No adolescente	15,3 25,6%	13,4 22,3%	3,6 6%	13,4 22,3%	14,3 23,8%	37,86			

\bar{X} = Promedio. t = t de student. g.l. = grados de libertad. Sig. = Significancia.

DISCUSIÓN

Factores socioculturales

Edad: El embarazo en adolescentes es un hecho que se observa con más frecuencia en estos últimos años, y lo más grave es que se produce cada vez en edades menores. Se nota que a mayor edad de la adolescente, un mayor número de embarazos. El grupo poblacional de mayor incidencia es de 15 a 19 años (Puell *et al.* 1999). La población mundial de adolescentes ha ascendido en los países en desarrollo, 1 de cada 4 personas está en la adolescencia, a diferencia de 1 de cada 7 en los países desarrollados (Soto *et al.* 2000). El embarazo se presenta a edades más precoces (Forman *et al.* 1995). En un estudio de seguimiento a las adolescentes embarazadas en una clínica hospitalaria encontraron igual predominio como en este estudio de gestantes adolescentes en los grupos de 17 y 18 años, de igual forma la edad mínima de las madres adolescentes, que registran los países industrializados es de 14 ó 15 años, muy similar a la de este estudio, aproximadamente la mitad de las adolescentes tiene 18 o 19 años y el resto, 17 años o menos. Este es un factor desfavorable ya que se conoce que mientras más cercano a la menarquia sea el embarazo, al no tener las condiciones físicas y psicológicas requeridas, existe un mayor riesgo de complicaciones maternas y neonatales (Forman *et al.* 1995).

Estado civil: la soltería en las adolescentes embarazadas significa una unión inestable con sus parejas generalmente limitada al momento de la concepción; de otro lado la convivencia también puede significar un mayor riesgo a la ruptura de la pareja, conllevando en ambos casos a una mayor susceptibilidad de la adolescente a enfrentar sola su embarazo y/o maternidad (Tang 1991). El estado civil soltera, fue el más frecuente en este estudio, tanto para el grupo de las gestantes

adolescentes como no adolescentes, seguido por el de conviviente y en menor proporción el estado civil casada. Fernández *et al.* (2004), en su investigación sobre caracterización de la gestante adolescente y no adolescente en Cuba, registró que en ambos grupos, predominó el estado civil soltera. Estos datos concuerdan con la literatura médica que plantea que las embarazadas adolescentes son producto de relaciones esporádicas no planificadas.

Grado de instrucción: el nivel educativo y el embarazo en las adolescentes se relacionan directamente, ya que a una mayor educación menor número de embarazos, como también se relaciona el bajo nivel educativo con la inclinación sexual precoz, el cual se asocia con la falta de proyectos de vida y desconocimiento de la sexualidad humana (Zelaya *et al.* 1997, MINSA/IMAPE 2000, González & Molina 2007). Respecto al grado de instrucción en el grupo de gestantes adolescentes, 46,1% refirieron secundaria incompleta, resultado similar al de González & Molina (2007) y a lo observado en América Latina donde el 64% de las madres adolescentes tiene educación básica incompleta (Moreno *et al.* 2006).

Ocupación: el bajo nivel económico obliga a dejar de estudiar. Las jóvenes con bajo nivel de rendimiento escolar, que sufren graves problemas económicos en el hogar tienen una mayor incidencia de embarazo (MINSA/IMAPE 2001). El bajo nivel económico obliga a la adolescente a interrumpir los estudios, frustrando de esta manera sus proyectos de vida, de realización personal y cualquier actividad remunerada y depender del apoyo de la pareja, padres u otras personas (Acosta 1998, Gonzáles 1994, González & Molina 2007). Dentro del estudio de Acosta (1998) encontramos que el 76,9% son amas de casa, solo un 15,4% sigue estudiando y el 7,7% trabaja, resultados similares a los publicados en el Manual de

Adolescencia y Salud Reproductiva del Instituto Materno perinatal (MINSA/IMAPE 2001) en el cual el 62% son amas de casa y el 10% trabaja. Igualmente en los estudios realizados por Alonso *et al.* (2001) encontraron que predominaban las amas de casa en el grupo de embarazadas adolescentes con el 82,2%. Similar resultado se asemeja a los realizados por Valdés *et al.* (2002) quienes registran como amas de casa, a las adolescentes embarazadas (87,1%), con lo cual se señalan las consecuencias futuras que esto podría acarrear no solo para la nueva familia, sino para la sociedad. En América Latina se ha visto que el 70% de las madres adolescentes ni estudian, ni trabajan (Moreno *et al.* 2006).

Con quien vive actualmente?: la gestación obliga a la gestante a interrumpir los estudios y cualquier actividad remunerada y depender del apoyo de la pareja, padres u otras personas. En el estudio la mayoría de las gestantes adolescentes viven con sus padres y hermanos en comparación al grupo de gestantes no adolescentes. Calderón & Alzamora de los Godos (2006) en su estudio sobre relaciones familiares vinculado al embarazo en adolescentes encontró que tanto si la adolescente vive con los padres, abuelos, con su pareja o sola, se embarazaron de la misma forma. En Hospitales Públicos de México, se ha encontrado que en las adolescentes embarazadas el estado civil soltera como el más frecuente (Ehrenfeld-Lenkiewicz 1994). En cuanto a los antecedentes de madresolterismo, cinco madres adolescentes respondieron que su abuela fue madre soltera y siete madres adolescentes manifestaron que su madre fue madre soltera.

Edad de la primera menstruación: La disminución de la edad de la menarquia es un factor que determina la aparición de conductas de riesgo, lo cual provoca que la vida sexual comience a edades más tempranas (Balestena 2005). En este estudio, un 87,7% de gestantes refirió que presentó la primera menstruación

entre las edades de 11 y 12 años, y un 8,2% entre los 9 y 10 años. Es en este periodo en el que se inicia el incremento de la producción de hormonas activadoras secretadas por la glándula pituitaria anterior. Las hormonas de esta glándula a su vez, estimulan a otras glándulas endocrinas para producir otras hormonas relacionadas con la maduración sexual y el crecimiento, como andrógenos, estrógenos y progesterona (Puell *et al.* 1999). La edad de la menarquia ha declinado desde los 17 años en el siglo XIX a alrededor de 12 a 13 años, actualmente, lo que conduce a que las adolescentes sean fértiles a una edad menor, exponiéndose al riesgo de embarazarse a edades tempranas (Tomas & Munist 1997).

Edad de la primera relación sexual: en el presente estudio el promedio de inicio de la primera relación en gestantes adolescentes fue de 14,6 años y en las gestantes no adolescentes el promedio fue 18,3. Se observó que cada vez se encuentran edades precoces para el inicio de la primera experiencia sexual. Panduro & Vílchez (2003) en su estudio sobre factores sociodemográficos y su relación con la maternidad encontró que la edad media de inicio de la primera relación sexual fue de 15 años. Freyre (1994) en su estudio sobre sexualidad del adolescente y problemas asociados, realizado en el Departamento de Arequipa - Perú, encontró que la edad promedio de la primera relación coital es de 14,8 años en los varones y de 15,7 en las mujeres, siendo el 80% voluntaria. Salazar *et al.* (2006) en su estudio sobre inicio de las relaciones sexuales y comunicación familiar en adolescentes registró que el inicio de la vida sexual activa fue a la edad promedio de 14,5 años para las mujeres (17,9%).

Grado de conocimiento

Los resultados del presente estudio evidencian una falta de conocimiento de las adolescentes con relación a preguntas básicas en relación al embarazo, existiendo desconocimiento marcado con relación a 6 de las 10 preguntas

planteadas: 1) donde se desarrolla el niño; 2) cuanto dura el embarazo; 3) comunicación entre la madre y el bebé; 4) rol del sulfato ferroso; 5) signos de alarma; 6) frecuencia del baño de la gestante, y finalmente en un desconocimiento integral sobre el embarazo en relación a las gestantes no adolescentes (Tablas 8 y 9). Estos resultados nos indican que el menor nivel de escolaridad en las adolescentes gestantes se refleja en un grado de conocimiento limitado sobre el embarazo (Nuñez-Urquiza *et al.* 2003). Lay-Son *et al.* (2007) señalan que en adolescentes embarazadas de Chile con relación al uso del ácido fólico para reducir durante el embarazo la incidencia de defectos de cierre del tubo neural, solo el 5,1% conocía su empleo en forma correcta. También se ha observado que las adolescentes tienen poca experiencia para reconocer los síntomas propios del embarazo, lo que incluye signos de alarma (Mora 2006). Todos estos indicadores en relación a la falta de conocimiento sobre el embarazo en las adolescentes nos permiten inferir que las campañas actuales de información y educación en salud reproductiva, y el acceso a servicios de planificación familiar son inadecuadas, por lo que deben ser replanteadas y reanalizadas (Díaz-Sánchez 2003, Moreno *et al.* 2006).

Actitud frente al embarazo

Existieron diferencias entre las gestantes adolescentes y las no adolescentes en relación a la actitud a tres de las 10 preguntas planteadas: 1) ¿Ud. cree que cuando una mujer se entera que esta embarazada debe de iniciar de inmediato su control Pre-natal?; 2) Considera Ud. que el embarazo será una dificultad en su vida cotidiana?, y 3) Ud. cree que si la gestante tiene fiebre, dolor o infección puede tomar las pastillas que el farmacéutico le de?. En un estudio en Chile, se observaron diferencias significativas entre las adolescentes y las adultas embarazadas con relación a realizar consultas o controles durante al embarazo o periodo pre-natal (Lay-Son *et al.* 2007). El considerar que no deben

iniciarse controles prenatales de inmediato podría estar relacionada con la culpabilidad, temor e inseguridad que muchas adolescentes tienen al enterarse de estar embarazadas y por lo tanto un rechazo a realizar cualquier tipo de seguimiento o control prenatal que señale o ponga en evidencia su estado de gravidez, debido a que mayormente no estuvo planificado. Para muchas adolescentes el embarazo sería una dificultad en su vida cotidiana, pues al no estar buscado, ni planeado y no estar preparadas física y emocionalmente para la crianza de un hijo hasta para varios años después, truncaría sus expectativas de “proyecto de vida” de estudio y trabajo, modificando su estilo de vida anterior al embarazo (Coll 2001).

Moreno *et al.* (2006) y Baeza *et al.* (2007) señalaron en estudios en adolescentes en Venezuela y Chile, respectivamente, que la información que tienen sobre tópicos sexuales es incompleta y que necesitan participar en programas de educación en salud sexual que permitan fortalecer sus actitudes positivas con relación al embarazo (Ehrenfeld-Lenkiewicz 1994).

Finalmente se concluye que la mayoría de las gestantes tanto adolescentes como no adolescentes son de estado civil soltera, seguido de estado civil conviviente, solo en el caso de las gestantes no adolescentes se encontró un grupo que refieren estar casadas (20%). El grado de instrucción con mayor frecuencia para las gestantes adolescentes es el de secundaria incompleta, lo cual podría indicar que este grupo interrumpió estudios secundarios por el hecho mismo de la gestación. Pero no se podría afirmar en forma categórica porque no se ahondó en esta pregunta al momento de la encuesta. Respecto al grupo de las gestantes no adolescentes predominó el grado de instrucción secundaria completa. La mayoría de las adolescentes vive con la mamá y hermanos, evidenciándose la ausencia de la figura paterna (familia

monoparental) mientras que en el grupo de las gestantes no adolescentes predominó el que vive con su pareja o cónyuge. La media del inicio de las relaciones sexuales para el grupo de las gestantes adolescentes es de 14 años, mientras que para el grupo de las gestantes no adolescentes es de 18 años. Las gestantes adolescentes poseen un menor grado de conocimiento sobre el embarazo en relación a las no adolescentes, por ello es prioridad modificar e incrementar los conocimientos sobre embarazo en las adolescentes, y por lo tanto se evitarán las complicaciones a corto, mediano o largo plazo, así como una repercusión negativa en la salud reproductiva de las adolescentes, para lograr una mejor calidad de vida. Las gestantes adolescentes refieren una actitud negativa hacia el embarazo, esto se traduce en que la mayoría de las entrevistadas no consideran importante iniciar el control prenatal cuando se enteran que están embarazada, asimismo gran parte de ellas consideran que el embarazo será una dificultad en su vida, de igual modo al no darle la importancia debida al control prenatal es que responden que si presentara algún signo o síntoma de enfermedad durante el embarazo acudirían a la farmacia para tomar lo que el farmacéutico les proporcione.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, Ch. 1998. *Adolescencia y Salud Reproductiva*. pp. 46-62. *Manual del II Curso Nacional Morbimortalidad en Adolescentes*. Ministerio de Salud-Instituto Materno Perinatal.
- Alarcón, J.; Chávez, J.; Mercado, R.; Portella, J.; Medina, A. & Díaz, J. 1998. Complicaciones perinatales y factores de riesgo asociado. *Revista del Instituto Materno Perinatal*, 6: 24-36.
- Alonso, U. R.; Campo, G. A.; Gonzales, H. A.; Rodríguez, A. B. & Medina, B. L. 2001. Embarazo en la adolescencia: algunos factores biopsicosociales. *Revista Cubana de Medicina Integral*, 21: 5-6.
- Álvarez, V. 1997. *Embarazo en la adolescencia. – Mensaje para los padres*. La Habana: Ed. Política. pp. 4-22.
- Báez, A.E. & Velásquez, H.A. 1995. Un enfoque de riesgo para la maternidad temprana. *Revista de Enfermería*, 1: 57-63.
- Baeza, W. B.; Póo, F. A.M.; Vásquez, P. O.; Muñoz, N.S. & Vallejos, V. C. 2007. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 72:76-81.
- Balestena, S. J. 2005. Impacto de la menarquia en los resultados perinatales en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 31: 1-5.
- Calderón, J. & Alzamora de los Godos, U. 2006. Estudio cualitativo sobre las relaciones de pareja y familiares vinculadas al embarazo en adolescentes. *Revista Médica Vallejana*, 3: 98-106.
- Chelala, C. 2000. Concern grows about adolescent pregnancy in Cape Verde. *Lancet*, 355: 128-132.
- Chirinos de Cora, M.A. 1993. Embarazo en la Adolescencia. *Revista Cubana de Enfermería*, 9: 117–131.
- Coll, A. 2001. *Embarazo en la adolescencia ¿Cuál es el problema?*. pp. 425-445. *En: Adolescencia y Juventud en América Latina*. Donas, B. S. (Compilador). Libro Universitario Regional. Cartago, Costa Rica.
- Díaz-Sánchez, V. 2003. El embarazo en las adolescentes en México. *Gaceta Médica Mexicana*, 139: S23-S27.
- Ehrenfeld-Lenkiewicz, M.C.N. 1994. Educación para la Salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada. *Salud Pública de México*, 36: 154-160.
- Fernández, L. S.; Carro, P. E.; Oses, F. D. & Pérez, P. J. 2004. Caracterización de la

- gestante adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 30: 25-28.
- Forman, S.F.; Arad, M. M.; Emans, S.J. & Woods, E.R. 1995. Follow-up of pregnant teens at the hospital – based clinic. *Journal of Adolescent Health*, 17: 193-197.
- Freyre, R. E. 1994. *La Salud del Adolescente, aspecto médico Psicosocial*. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Lima, Perú.
- González, G. 1994. *La adolescencia en el Perú*. Instituto de Investigación de la Altura; OMS. 1ª Ed.
- González, A.E. & Molina, G. T. 2007. Características de la maternidad adolescente de madres a hijas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 72: 374-382.
- Gudiel, C.V. & Caffaro, C. 2004. Perfil social de las madres adolescentes (Informe Preliminar). *Revista Apuntes*, 2: 69-89.
- Gutiérrez, G.T.; De la Cruz, A.P. & Carrasco, V. 2002. Situación sociofamiliar y nivel de autoestima de la madre adolescente. *Revista de Enfermería Instituto Mexicano de Seguro Social*, 10: 21–25.
- INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática). 2000. ENDES (Encuesta Demográfica de Salud Familiar). Lima-Perú. pp. 48-49.
- Issler, J. 2001. Embarazo en la adolescencia. *Revista de Postgrado de la Cátedra Vía Medicina*, 107: 11-23.
- Klein, J.D. 2005. Adolescent pregnancy: Current trends and issues. *Pediatrics*, 116: 281-286.
- Langer, L.; Zimmerman, R.; Warheit, G. & Duncan, R. 1993. Decision-making orientation and AIDS-related knowledge, attitudes, and white adolescents. *Health Psychology*, 3: 227-234.
- Lay-Son, G. R.; Pardo, V.R.A.; Tenhamm, T.T.; Recabal, G.P.; Rebolledo, D.C.; Parra, J.; Ojeda, M.N.; Navarrete, C.M.F.; Muñoz, B.P.M.; Muñoz, K.M.J.; Espina, M. P.; Dib, M.M. & Aranda, C.W. 2007. Conocimiento y uso de ácido fólico periconcepcional. Estudio comparativo entre puérperas adolescentes y adultas en Santiago de Chile. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 18:11-18.
- Márquez, C. 2007. *El embarazo en la adolescencia*. <http://www.educasexo.com/stag/monografias-de-embarazo-adolescentes> leído el 15 de Agosto del 2009.
- Mijanovich, C. M. 2000. *Relaciones entre la inteligencia, el rendimiento académico y la comprensión de lectura en el campo educativo*. Tesis para optar el grado de Doctor. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos 91 p.
- MINSA/IMAPE (Ministerio de Salud del Perú e Instituto Materno Perinatal) 2000. *Manual Adolescencia y Salud Reproductiva*, pp. 28-55.
- MINSA/IMAPE (Ministerio de Salud del Perú e Instituto Materno Perinatal) 2001. *Manual II Curso Nacional de Adolescencia y Salud Reproductiva*, pp. 9-31.
- Molina, M.; Ferrada, C.; Pérez, R. Cid S. L.; Casanueva E. V. & García C. A. 2004. Embarazo en la Adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Revista Médica de Chile*, 132: 65-70.
- Moore, K.; Miller, B.; Sugland, B.; Morrison, D.; Geli, D. & Blumenthal, C. 2000. Beginning too soon: adolescent sexual behavior, pregnancy and parenthood. A review of research and interventions. *Publicaciones electrónicas de PAHO*, 32: 12-15.
- Montero, A.; Matamala, M. & Valenzuela, M. 1999. Principales características biosociales del embarazo y parto en adolescentes. *Revista Sogía*, 11: 6-10.
- Mora, M.D. 2006. Estrategias de afrontamiento (coping) en adolescentes embarazadas escolarizadas. *Revista Iberoamericana de Educación*, 38: 1-15.
- Moreno, S.; León, C.M. & Becerra, L. 2006. Conducta sexual, conocimiento sobre

- embarazo y necesidades percibidas con relación a educación sexual, en adolescentes escolarizados. *Espacio Abierto*, 15: 787-803.
- Nuñez-Urquiza, R. M.; Hernández-Prado, B.; García-Barrios, C.; González, D. & Walker, D. 2003. Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto. *Salud pública de México*, 45, suplemento 1: S92-S102.
- Padilla de Gil, M. 2000. Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia. *Revista Sogía*, 7: 16-25.
- Panduro, B. A. & Vílchez, R. R. 2003. Factores sociodemográficos y su relación con la maternidad en adolescentes solteras del distrito de Belén. *Revista Científica de Enfermería- Recien*, 20: 25-30.
- Poo, A.; Baeza, B.; Capel, P.; Llano, M.; Tuma, D. & Zuñiga, D. 2005. Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal. *Revista Sogía*, 12: 17-24.
- Puell, L.; Neyra, L.; Tay, F. & Seminario, A. 1999. Embarazo en adolescente: enfoque de riesgo. *Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología*, 45: 57-60.
- Reyes, M. 1988. *Influencia del programa curricular y del trabajo docente en el aprovechamiento escolar en historia del Perú de alumnos del 3^{er} grado de educación secundaria*. Tesis para optar el Grado Académico de Doctor en Educación. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. 167 p.
- Salazar, G.; Santa María, A.; Solano, R.; Lázaro, V.; Arrollo, S.; Araujo, T.; Luna, R. & Echazu, I. 2006. Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito del Agustino, Lima-Perú. *Revista Horizonte Médico*, 7: 79-85.
- Sharma, A.K.; Chhabra, P.; Gupta, P.; Aggarwal, Q.P. & Lyngdog. 2003. Pregnancy in adolescents: a community based study. *Indian Journal of Preventive and Social Medicine*, 34: 25-32.
- Soto, M. O.; Franco, B. A.; Silva, V. J. & Velásquez Z. 2000. Embarazo en la adolescencia, conocimientos sobre la sexualidad. *Revista Cubana de Pediatría*, 72: 54-99.
- Sulak, P.J. & Haney, A. F. 1993. Unwanted pregnancies: understanding contraceptive use and benefits in adolescent and older women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 168: 204-208.
- Tang, L. 1991. *Embarazo en adolescentes*. Lima-Perú Tesis para optar el grado de Bachiller en Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). 96 p.
- Távora-Orozco, L. 2004. Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú. *Ginecología y Obstetricia*, 50: 111 – 122.
- Tomas, J. S. & Munist, M. M. 1997. *Manual de Medicina en la adolescencia*. Washington: OPS. 525 p.
- Valdés, D. S.; Essien, J.; Bardales, M. J. & Saavedra, M. D. 2002. Embarazo en la adolescencia, incidencia, riesgos y complicaciones. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 28: 12-18.
- Vera, E. 1999. Embarazo en adolescencia en el Hospital referencial Provincial Acobamba, Huancavelica 1999. *Revista Chilena de obstetricia y ginecología*, 68: 38-43.
- Zelaya, E.; Marin, F.M.; García, J.; Berglund, S.; Liljestrang, J. & Persson, L.A. 1997. Gender and social differences in adolescent sexuality and reproduction in Nicaragua. *Journal of Adolescent Health*, 21: 39-46.

Fecha de recepción: 5 de octubre del 2010.

Fecha de aceptación: 5 de diciembre del 2010.