



IMPACTO DEL EMBARAZO EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES (PERÚ)

DR. LUIS TAVARA

MAG. LUIS ORDERIQUE, LIC. DENISE SACSÁ, DR. JOSÉ OÑA, LIC. YOLANDA GALECIO,

LIC. CATALINA GARCÍA, DR. WALTER LEVEAU, LIC. SILVIA SANDOVAL, LIC. ROCÍO

VILLAVICENCIO DR. JULIO AGUILAR, LIC. MARIA LUISA ARIAS, LIC. CAROLINA

VALENCIA, DR. JORGE AVALOS, DR. OVIDIO CHUMBE, LIC. SILVIA HUAMANÍ

PROMSEX

CENTRO DE PROMOCIÓN Y DEFENSA
DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS



IMPACTO DEL EMBARAZO EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES (PERÚ)

DR. LUIS TAVARA

MAG. LUIS ORDERIQUE, LIC. DENISE SACSÁ, DR. JOSÉ OÑA, LIC. YOLANDA GALECIO,
LIC. CATALINA GARCÍA, DR. WALTER LEVEAU, LIC. SILVIA SANDOVAL, LIC. ROCÍO
VILLAVICENCIO DR. JULIO AGUILAR, LIC. MARIA LUISA ARIAS, LIC. CAROLINA
VALENCIA, DR. JORGE AVALOS, DR. OVIDIO CHUMBE, LIC. SILVIA HUAMANÍ

PROMSEX

CENTRO DE PROMOCIÓN Y DEFENSA
DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

IMPACTO DEL EMBARAZO EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES (PERÚ)

Autores:

Dr. Luis Távara

Mag. Luis Orderique, Lic. Denise Sacsa, Dr. José Oña, Lic. Yolanda Galecio, Lic. Catalina García, Dr. Walter Leveau, Lic. Silvia Sandoval, Lic. Rocío Villavicencio Dr. Julio Aguilar, Lic. Maria Luisa Arias, Lic. Carolina Valencia, Dr. Jorge Avalos, Dr. Ovidio Chumbe, Lic. Silvia Huamaní

© Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos PROMSEX

Avenida José Pardo 601, Oficina 604, Miraflores, Lima 18, Perú.

Telefono: (511) 447-8668 / Fax: (511) 243-0460

www.promsex.org

Diseño y diagramación: Julissa Soriano

Fotografía: iStockPhoto

Coordinación: Jorge Apolaya

Corrección de estilo: Rosa Cisneros

Impresión: Lettera Gráfica S.A.C.

Av. La Arboleda 431 - Ate

T: 3402200

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N^o 2015-13200

Primera edición, Setiembre de 2015.

Lima, Perú

1000 ejemplares.

Dr. Luis Távara, Mag. Luis Orderique, Lic. Denise Sacsa, Dr. José Oña, Lic. Yolanda Galecio, Lic. Catalina García, Dr. Walter Leveau, Lic. Silvia Sandoval, Lic. Rocío Villavicencio Dr. Julio Aguilar, Lic. Maria Luisa Arias, Lic. Carolina Valencia, Dr. Jorge Avalos , Dr. Ovidio Chumbe, Lic. Silvia Huamaní
Impacto del embarazo en la salud de las adolescentes (Perú).- 1a. ed. - Lima, Perú: Promsex, 2015

ISBN: 978-612-4106-25-5

ÍNDICE

5	Presentación
9	Prólogo
13	Introducción
16	Objetivos de la investigación
16	Metodología del estudio
17	Criterios de inclusión
18	Criterios de exclusión de cada caso
21	Procesamiento de datos
21	Manejo estadístico
21	Aspectos éticos
23	Resultados del estudio
23	Atenciones obstétricas en los hospitales
27	Condicionantes y consecuencias inmediatas del embarazo en las adolescentes
33	Impacto del embarazo en la salud física de las adolescentes
35	El parto
36	Complicaciones en el puerperio
36	Anticoncepción posparto

38	Condiciones del/la recién nacido/a.
39	Condiciones del/a recién nacido/a al momento de la entrevista
43	Repercusión del embarazo sobre la salud mental de las adolescentes
47	Repercusión del embarazo sobre la salud social de las adolescentes
50	Estigma
53	El embarazo de las adolescentes visto por lo/as profesionales de salud
59	Discusión
67	Conclusiones y recomendaciones
69	Conclusiones
72	Recomendaciones
75	Referencias bibliográficas

IMPACTO DEL EMBARAZO EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES (PERÚ)¹

PRESENTACIÓN

En los últimos años, las adolescentes han comenzado a tener relativa importancia, y no precisamente por los beneficios que podrían recibir producto del avance de las mujeres y del desarrollo científico, sino porque a la fecha continúa siendo el grupo poblacional más postergado en términos de salud sexual y reproductiva y cuyos resultados se expresan en las injustificadas tasas de embarazo en adolescentes.

El análisis que se presenta en esta publicación, bajo la conducción del doctor Luis Távara conjuntamente con un equipo de profesionales de primera línea, nos ofrece los resultados de un estudio mucho más amplio enmarcado dentro de una iniciativa mayor denominada “Vidas robadas” y que incluye a países como Perú, Ecuador, Guatemala y Nicaragua, cuyas realidades, si bien diferentes, tienen mucho en común con relación a la vulnerabilidad de los y las adolescentes. El objetivo de estos estudios fue analizar el impacto que ejerce el embarazo en la salud adolescente en sus tres dimensiones: física, mental y social.

¹ El estudio fue realizado por el Dr. Luis Távara, Mag. Luis Orderique, Lic. Denise Sacsa, Dr. José Oña, Lic. Yolanda Galecio, Lic. Catalina García, Dr. Walter Leveau, Lic. Silvia Sandoval, Lic. Rocío Villavicencio, Dr. Julio Aguilar, Lic. María Luisa Arias, Lic. Carolina Valencia, Dr. Jorge Avalos, Dr. Ovidio Chumbe, Lic. Silvia Huamaní.



Para PROMSEX, este tipo de estudios resulta necesario no solo porque amplían la caracterización de un problema que podría estar explicando muchas de las brechas que persisten entre hombres y mujeres sino también por las brechas sociales que marcan cada uno de los quintiles de pobreza, pues como se sabe, son las más pobres las que menos alcanzan sus expectativas reproductivas y también las que tienen menos oportunidades de desarrollo. Datos mencionados en el estudio del Banco Interamericano de Desarrollo² señalan que las adolescentes con hijos tienen entre 1,8 y 2,8 años menos de educación que las adolescentes sin hijos.

El reconocimiento del impacto del embarazo en la salud de las adolescentes también resulta clave para avanzar hacia estándares que superen el enfoque biomédico y el hecho de solo visualizar la mortalidad materna, pues si bien esta cifra resulta escandalosa para las adolescentes —ya que triplica el promedio nacional, según información del Ministerio de Salud—, sabemos que detrás de aquella hay una serie de eventos, algunas veces iguales de adversos, a los cuales no se les presta atención, generando grandes impactos que muchas veces no es posible superar ni con el tiempo.

En este sentido, tener más evidencias de las cargas sanitarias y sociales que implica el embarazo en adolescentes puede abrirnos a intervenciones mucho más estructurales que superen el enfoque médico, para dar paso a una mejor comprensión de la salud mental, social y derechos humanos de las adolescentes, aspectos que lamentablemente aún se encuentran distantes de los compromisos de quienes son titulares de obligaciones y de garantías.

El estudio también ofrece un camino interesante para trazar en la región iniciativas comunes, contribución desde Estados Unidos que desde hace algunos años viene

² Naslund-Hadley E., Binstock G. *El fracaso educativo para no ir a clase*. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Educación Notas Técnicas N° IDB-TN-281, junio de 2011.

haciendo Planned Parenthood (PPFA), que desde hace muchos años viene apostando para que en países como el nuestro, hombres y mujeres, especialmente aquellos que están en condiciones más vulnerables, ejerzan sus propios derechos sexuales y reproductivos. Hoy, gracias a su apoyo tanto técnico como financiero, podemos mostrar este resultado para el país.

Incluimos en nuestro agradecimiento al Dr. Luis Távara Orozco, médico gineco-obstetra, maestro Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología, pero también maestro muy generoso para muchas y muchos de nosotros, entre quienes me incluyo. Esta publicación es una más de la gran cantidad de publicaciones y artículos que él ha producido a lo largo de su fructífera carrera y que estoy segura, y para bien del país, que no será el último. También va nuestro reconocimiento a todo el equipo que en esta oportunidad ha acompañado al Dr. Távara; tal es el caso de nuestra querida compañera de PROMSEX Denise Sacsa, los doctores Ovidio Chumbe, José Ocaña, Julio Aguilar, Walter Leveau, el magíster Luis Orderique, las licenciadas Yolanda Galecio, Catalina García, María Luisa Arias, Rocío Villavicencio, Silvia Sandoval y Carolina Valencia, quienes ampliando sus horarios de trabajo y recargando sus tareas, aportaron muy activamente en todo el proceso del desarrollo de este estudio.

Finalmente, esta publicación se suma al acervo que en los diez años de PROMSEX hemos acumulado, y lejos de querer que sea nuestro estudio, deseamos que sea el estudio y referencia para todos aquellos profesionales y decisores de política pública que están dispuestos a mejorar la vida de las adolescentes y, con ello, la vida de nuestras futuras generaciones.

Susana Chávez

Directora

Promsex

PRÓLOGO

En el campo de la Salud Sexual y Reproductiva, el embarazo en adolescentes es un tema pendiente a nivel global. Afecta más a países en desarrollo sobre todo de regiones como África y América Latina. Es conocido que un embarazo prematuro afecte a los y las adolescentes, especialmente en su proyecto de vida, a su vez tiene repercusiones en ámbito de su salud, tanto física como mental, así como en su esfera social.

En el Perú el porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas no ha variado en los últimos 15 años y, por el contrario, en el último año se ha mostrado un incremento en su prevalencia, además con grandes diferencias por niveles educativo, por ámbito – urbano, rural- y por quintiles de pobreza. Ello, pese a que a lo largo de los años, se ha aplicado diversas estrategias para enfrentar este problema, pero lamentablemente, su manejo ha sido casi uni-sectorial desde el Ministerio de Salud. No han participado otros sectores como Educación o Trabajo por mencionar dos de los más importantes. El primero, por la poca voluntad para implementar educación sexual en todos los niveles educativos; el segundo, por no propiciar políticas de desarrollo de competencias e inclusión laboral, lo cual permitiría otra dimensión de futuro a los y las adolescentes. A su vez los esfuerzos realizados no han sido acompañados de políticas públicas que permitan a los y las adolescentes a informarse adecuadamente sobre métodos anticonceptivos y acceder a ellos. Ha sido recientemente, el año 2014 que ha sido aprobado el Plan Multisectorial de Reducción

del Embarazo en Adolescente 2013-2021, que incorpora a seis sectores y otros organismos convocados con el objetivo de reducir en un 20% la prevalencia de embarazo en adolescentes.

Acompañando a los planes y estrategias es indispensable contar con suficiente y adecuada información sobre los diferentes determinantes que intervienen en el inicio sexual de los y las jóvenes, en el embarazo precoz, así como las consecuencias de ello en sus vidas. Esto se logrará gracias al esfuerzo de organismos, instituciones e investigadores quienes a través de una serie de estudios nos permitan tener una cabal idea de las circunstancias que rodean a un embarazo en una adolescente. En esa línea está PROMSEX, una reconocida institución de defensa de los derechos sexuales y reproductivos y gestora de diversas iniciativas en pro de la salud reproductiva, que ha publicado esta investigación sobre “Impacto del embarazo en la salud de las adolescentes”.

Este estudio que fue realizado en 4 hospitales del país, -dos de ellos de Lima- y donde se entrevistó a 139 adolescentes en dos grupos: uno de menores de 15 años y otro de 15 a 17 años. Todas ellas tuvieron su parto en esos hospitales, por lo que además se revisaron las historias clínicas, tanto de sus controles como del parto en sí. Asimismo, se entrevistó a 21 profesionales de salud. El objetivo del estudio fue conocer las consecuencias de ese embarazo en la salud física, mental y social de las adolescentes.

El estudio aporta información en relación al tipo de parto, complicaciones, trato recibido, información al alta, uso de anticoncepción post parto, complicaciones del recién nacido, pero también, -y allí lo interesante-, el estudio recoge información

sobre las circunstancias en que se produjo el embarazo, el 88% en relaciones sexuales consensuadas, lo cual llama la atención, pues como al considerar sus reacciones frente al embarazo el 80% dice que éste fue no planeado y que no fue deseado. El intento de interrumpirlo lo hizo un 14% de las jóvenes, y de ellas, un 6.5% intentó suicidarse, su estado de ánimo en ese momento y luego del parto sufrió estigmatización y se toma en cuenta el desarrollo de sus sentimientos respecto al niño/a, su sostenibilidad económica en la familia, y su ocupación actual.

Dentro del grupo de profesionales de salud entrevistados se preguntó sobre su experiencia en la atención de este tipo de embarazos, qué complicaciones observaron más frecuentemente, si habían sido capacitados en el manejo de este grupo etario y, sobre los prejuicios que podrían tener ellos, un 66% lo expresó. Toda esta es una información muy rica para cualquier profesional de salud cuyo ámbito de trabajo esté relacionado con la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes. Es por ello que felicito a los investigadores y a PROMSEX por este estudio y se recomienda su difusión y lectura.

Alfredo Guzmán M.D. M.P.H.
Consultor en Salud Sexual y Reproductiva



INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva es un tema prioritario en relación con las adolescentes de países en desarrollo, en tanto que la cifra de embarazos adolescentes es muy alta. El presente reporte es parte de un estudio regional, cualitativo y cuantitativo retrospectivo en países de Centro y Sudamérica, que intenta identificar el impacto que ejerce el embarazo precoz en las tres dimensiones de la salud de las adolescentes.

Existen pocos antecedentes de reportes referidos a este problema de salud pública, y menos aún reportes acerca de las consecuencias derivadas de sus embarazos, pues dado que son menores de entre 15 y 17 años o menores de 15 años, se trata mayormente de embarazos no deseados ni buscados y en algunos casos producidos por violación sexual.

El presente estudio trata precisamente sobre esta realidad y logra identificar importantes resultados. El estudio se centró en reconocer tres dimensiones de la salud: mental, física y social, de las adolescentes que dieron a luz en cuatro hospitales peruanos en Lima, Callao, Piura y Ucayali. Los resultados permitirán contar con información cuantitativa sobre el impacto del embarazo en la salud física, mental y social de las adolescentes, data que podrá ser un buen hilo conductor en la sensibilización y movilización de decisores de política.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino también es el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad”, tener salud es estar carente de enfermedades



y es “sentirse bien” en todos los terrenos. Se considera la salud no solo como un fenómeno somático (biológico) y psicológico, sino también social³. El concepto de salud mental, según la OMS, se comprende como “el estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y contribuir con su comunidad”⁴. Además de estos conceptos, desde el año 2005 la OMS definió “determinantes sociales” para definir la salud social, entendiéndola como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud.”

El estudio “Impacto del embarazo en la salud de las adolescentes en Perú” parte de la necesidad de ampliar el conocimiento sobre las implicancias del embarazo en la salud integral de las adolescentes, y pretende levantar evidencias de los daños a la salud que sufrieron las mujeres participantes, aportando así a la evaluación de las cargas sanitarias y sociales. Hay todavía un peso muy grande del enfoque biomédico, que focaliza los diagnósticos en la salud física, dejando de lado el concepto más integrador de la salud asumida como un estado de bienestar físico, mental y social⁶. Esto implica, por ejemplo, que las mujeres adolescentes que requieran un aborto no punible enfrenten una serie de barreras, porque hay componentes de la salud que no son reconocidos como tales, sino que equivocadamente se hace una separación entre lo social y lo sanitario.

Las adolescentes están sometidas a riesgo elevado para su salud durante el embarazo, lo que puede exponerlas incluso a la posibilidad de muerte materna por alguna complicación obstétrica, o en extremos, incluso al llevarlas suicidio al enterarse de que están embarazadas. De allí el especial cuidado que se debe poner en las tres dimensiones de la salud de estas personas, para evitar daños graves y permanentes^{6,7}. El estudio se realizó con data cualitativa y cuantitativa retrospectiva en tres momentos entre los meses de octubre de 2014 y enero de 2015⁵.

El embarazo en adolescentes está considerado como uno de los problemas de salud pública más importantes que afectan a las mujeres, especialmente cuando se trata

³ Navarro, Vicente. *Concepto actual de salud pública*. <http://goo.gl/MFZwf4>

⁴ <http://goo.gl/xoLISW>.

⁵ En el caso del Hospital María Auxiliadora, se extendió hasta febrero de 2015.

de aquellas de 17 años y menos, dado que no solo pone en riesgo su salud, física y mental, sino también su desarrollo personal y social^{6, 7}.

A pesar de la gran cantidad de evidencias que existen acerca de complicaciones más frecuentes que impactan en la muerte materna y perinatal —como la preeclampsia/eclampsia—, que se eleva significativamente en la edad adolescente en relación con otros grupos de edad, es poco lo que aún parece valorar la sociedad y en particular el Estado frente a esta situación^{8, 9}.

Una de las razones que podrían estar en la base de esta inacción es el escaso reconocimiento de los derechos humanos de las adolescentes, pues amplios sectores de la sociedad omiten la preocupación debido a que no lo consideran parte de los problemas de salud pública. Sin embargo, al omitir este tema, validan graves deficiencias, como la ausencia de educación sexual, la negativa a ofrecer servicios integrales de salud sexual y reproductiva, la falta de garantías y protección para evitar la violencia sexual, y sobre todo, la gran tolerancia —y muchas veces la aceptación— de un modelo basado en la inequidad de género y la discriminación de las mujeres, que puede observarse en los distintos códigos sociales y legales¹⁰.

Existe todavía un peso muy grande del enfoque biomédico que focaliza los diagnósticos en la salud física, dejando de lado el concepto más integrador de la salud asumida como un estado de bienestar físico, mental y social. Esto implica, por ejemplo, que las mujeres adolescentes que requieran un aborto no punible enfrenten

⁶ Leppälähti S., Gissler M., Mentula M., Heikinheimo O. *Is teenage pregnancy an obstetric risk in a welfare society? A population-based study in Finland, from 2006 to 2011*. BMJ 2013 open, 3(8), e003225.

⁷ Ganchimeg T., Ota E., Morisaki N., Laopaiboon M., Lumbiganon P., Zhang J. *et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study*. BJOG: An Inter J Obstet Gynecol, 2014, 121(s1): 40-48.

⁸ Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. *Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study*. Am J Obstet Gynecol 2005, 192(2): 342-349.

⁹ Chen XK., Wen SW., Fleming N., Demissie K., Rhoads GG., Walker M. *Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study*. Int J Epidemiol 2007, 36(2): 368-373.

¹⁰ Távora L. *Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú*. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2004; 50(2):111-122



una serie de barreras, porque hay componentes de la salud que no son reconocidos como tales. Desde nuestra perspectiva, esta es una discusión que debería darse más ampliamente para su mejor comprensión¹¹.

Toda mujer adolescente embarazada tiene derecho a recibir una atención integral, con apoyo del personal de salud, de sus familiares y del entorno social que la rodea. La sensibilización y la capacitación previa de las y los profesionales médicos y obstetras en la atención de los embarazos en adolescentes es muy importante si quiere otorgar una prestación de calidad, con los mejores resultados para las adolescentes, según sea su determinación.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. Identificar el impacto del embarazo en la salud física de las adolescentes.
2. Identificar el impacto del embarazo en la salud mental de las adolescentes.
3. Identificar el impacto del embarazo en la salud social de las adolescentes.

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Este estudio forma parte de un estudio regional cualitativo y cuantitativo retrospectivo desarrollado en países de Centro y Sudamérica y que propone identificar el impacto que ejerce el embarazo precoz en las tres dimensiones de afectación de la salud de las adolescentes.

Se invitó a un total de seis hospitales, pero fueron cuatro los que mostraron interés en participar: Hospital de Apoyo II de Sullana (región Piura), Hospital Amazónico

¹¹ Ganchimeg T., Ota E., Morisaki N., Laopaiboon M., Lumbiganon P., Zhang J. et al. *Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study*. BJOG: An Inter J Obstet Gynecol, 2014, 121(s1): 40-48.

de la ciudad de Pucallpa (región Ucayali), Hospital Daniel Alcides Carrión, Hospital General María Auxiliadora (estos dos últimos en la Región de Lima). Los cuatro hospitales corresponden al nivel II o III y están afiliados a universidades.

El estudio contó con la autorización de los jefes de Departamento de Obstetricia y Ginecología de los establecimientos seleccionados. Se capacitó a los y las integrantes del equipo de investigación para el recojo de información de forma fidedigna, respetuosa y solicitando el permiso previo e informado a las adolescentes, a las madres o padres y tutores que aceptaron ser entrevistados o ser grabados y que aceptaron sea revisada su historia clínica. Para la recolección de la información se elaboraron formatos previamente validados

Antes de iniciar el proceso de la investigación, se verificó en cada hospital:

- Total de partos en el año 2013.
- Total de cesáreas en el año 2013.
- Total de gestantes atendidas entre 15 y 17 años de edad, que dieron a luz por vía vaginal.
- Total de gestantes atendidas entre 15 y 17 años de edad, que dieron a luz por cesárea.
- Total de gestantes atendidas menores de 15 años de edad que dieron a luz por vía vaginal.
- Total de gestantes atendidas menores de 15 años de edad que dieron a luz por vía cesárea.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adolescentes gestantes o que han tenido hijos y que tienen entre 15 y 17 años o menor de 15 años al momento del parto.
- Gestación mayor de 22 semanas.



- Parto atendido en el establecimiento de estudio ocurrido en los últimos dos años.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE CADA CASO

- Edad de 18 años o más al momento del parto.
- Gestación menor de 22 semanas.
- Parto atendido fuera del establecimiento de estudio.

El estudio tuvo tres fases:

Primera fase, desarrollo de las entrevistas. Se entrevistó a dos grupos: a adolescentes de 15 a 17 años y a menores de 15 años. Los temas abordados fueron las ocurrencias del embarazo, parto, postparto y la situación del/la recién nacido/a. En las adolescentes que al momento del estudio estaban gestando, se completó la entrevista tres meses después del parto. En las entrevistas se incluyó a madres, padres o tutores y tutoras. En todos los casos se solicitó previamente consentimiento informado

Segunda fase, revisión de historias clínicas. Se revisaron las ocurrencias de atención obstétrica, incluyendo la atención del embarazo, parto, puerperio y a la situación del/la recién nacido/a.

Tercera fase. Se hicieron entrevistas a veintiún profesionales (entre médicos, obstetras, enfermeras) de cada uno de los mismos hospitales, con la finalidad de contar con su opinión acerca de la atención brindada a las adolescentes.

TABLA 1
FASES DE LA INVESTIGACIÓN

Primera fase Entrevistas a las adolescentes y sus familiares	Segunda fase Revisión de historias clínicas	Tercera fase Entrevista a los proveedores y proveedoras
<ul style="list-style-type: none"> - Edad al momento del parto. - Talla. - Peso actual. - Ocupación. - Escolaridad. - Origen del embarazo. - ¿Quién la embarazó? - ¿El embarazo fue o no deseado? - Intento de interrumpir el embarazo. - Intento de suicidio. - Complicaciones del embarazo. - ¿Cómo sintió la atención en el embarazo? - ¿Recibió educación durante el embarazo? - ¿Recibió orientación en nutrición? - ¿Recibió consejería en anticoncepción? - ¿Recibió anticonceptivos al momento del alta? ¿Cuál? - Anticonceptivo que usa ahora. - Estado de salud del niño/a. 	<ul style="list-style-type: none"> - Edad. - Gestas. - Paridad. - Peso previo al embarazo. - Talla. - Origen del embarazo. - Pareja responsable del embarazo. - Complicaciones del embarazo. - Intento de interrumpir voluntariamente el embarazo encontrado en las historias. - Intento de suicidio. - Cuidado prenatal. ¿Desde cuándo? - Número de visitas prenatales. - Cronología del embarazo al momento del parto - Tipo de parto. - Recién nacido/a: peso, sexo, Apgar, mortalidad fetal, mortalidad neonatal. - Complicaciones de/la recién nacido/a. - Días de hospitalización de la parturienta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Edad del entrevistado o entrevistada. - Sexo. - Capacitación para la prestación de servicios a adolescentes. - Tiempo que lleva atendiendo a adolescentes. - Frecuencia con que se atiende adolescentes en su servicio. La referencia es en relación con el total de partos. - Frecuencia con que se atiende en el servicio el parto a las menores de 15 años. La referencia es en relación con el total de partos en adolescentes. - Frecuencia estimada de embarazos por violencia sexual en adolescentes. La referencia es en relación con el total de embarazadas adolescentes. - Prejuicios o estigmas del personal de salud frente a las adolescentes embarazadas. - Prejuicios o estigmas de la familia frente a las adolescentes embarazadas.





Primera fase Entrevistas a las adolescentes y sus familiares	Segunda fase Revisión de historias clínicas	Tercera fase Entrevista a los proveedores y proveedoras
<ul style="list-style-type: none"> - ¿Con quién vive el niño/a? - Mortalidad infantil. - ¿Se ha vuelto a embarazar? - Lactancia materna. - ¿Continúa estudiando? - ¿Está trabajando? - ¿Recibe apoyo del padre del niño? - ¿Recibe apoyo de la familia? - ¿Recibe apoyo de alguna(s) institución(es)? - Expectativas para su vida futura. - ¿Ha sentido estigmatización por su embarazo de parte del personal de salud? - ¿Ha sentido estigmatización por su embarazo de parte de su familia? - ¿Ha sentido estigmatización por su embarazo de parte de su entorno social? - Su sentir en el embarazo. - Su sentir ahora. - Su sentir por el niño o niña. 	<ul style="list-style-type: none"> - Complicaciones del puerperio. - Lactancia. - Consejería. - Anticoncepción al alta. - Condiciones al alta, diagnóstico, medicación recibida, cita de control, referencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prejuicios o estigmas del entorno social frente a las embarazadas adolescentes. - Responsable más frecuente del embarazo en adolescentes. - Complicaciones más frecuentes del embarazo en adolescentes. - Complicaciones más frecuentes del parto en adolescentes. - Complicaciones más frecuentes del puerperio en adolescentes. - Complicaciones más frecuentes del/la recién nacido/a de las adolescentes. - Orientación y consejería a las adolescentes durante el embarazo y en el postparto. - Entrega de anticonceptivos en el postparto a las adolescentes.

PROCESAMIENTO DE DATOS

La información obtenida en las tres fases fue recogida en formatos preparados. Luego, después de ser revisada por el investigador principal, cada caso fue ingresado a una base de datos, utilizando el Programa SPS Versión 21 para procesar la información que fue obtenida en tablas. La información grabada, producto de las entrevistas, fue transcrita por un especialista, y en cada ítem que se analiza en la sección de resultados, se glosan aspectos interesantes tomando las mismas palabras usadas por las entrevistadas.

MANEJO ESTADÍSTICO

En cada grupo se procesaron las variables estudiadas. En el caso de las variables continuas se obtuvieron medidas de tendencia central y DS, y en el caso de las variables categóricas se obtuvieron proporciones. Para precisar la significancia estadística se aplicó χ^2 en el caso de las proporciones.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Allendale (Allendale Investigational Review Board). En la fase del estudio de revisión de historias clínicas no hubo contacto con personas, solo con documentación, pero se contó con la conformidad de las autoridades hospitalarias y el consentimiento informado de las usuarias entrevistadas. En la fase que se requirió entrevistar a los y las profesionales de los servicios, se les solicitó verbalmente su consentimiento. Igualmente, en la fase de entrevistas a las adolescentes, su padre, madre, tutor o tutora, se requirió el consentimiento informado de parte de los tutores o tutoras y el asentimiento de la adolescente. Este consentimiento informado incluyó la autorización para grabar las entrevistas. Las y los participantes en este estudio no recibieron ningún estímulo económico.



RESULTADOS DEL ESTUDIO

ATENCIÓNES OBSTÉTRICAS EN LOS HOSPITALES

En la tabla 2 se verifica la proporción de partos y cesáreas atendidos en cada hospital en el año 2013.

Durante ese año hubo un total de 19 261 partos atendidos en los cuatro hospitales y un total de 1 942 partos de adolescentes menores de 18 años, lo que representa una proporción de 10,08% sobre el total de partos. La mayor proporción de partos en adolescentes estuvo en el hospital amazónico. Llama la atención que el porcentaje de cesáreas sea del orden de 41,70%, mientras que en el caso de las adolescentes solo alcance el 32,13%. La diferencia de cesáreas entre las adolescentes menores de 15 años es casi de 8 puntos en relación con las adolescentes entre 15 y 17 años. La gran mayoría gestaba por primera vez; unas pocas habían tenido un aborto o parto previo.

**DURANTE EL 2013
HUBO UN TOTAL
DE 19 261 PARTOS
ATENDIDOS EN LOS
CUATRO HOSPITALES
Y UN TOTAL DE
1 942 PARTOS DE
ADOLESCENTES
MENORES DE 18 AÑOS**



TABLA 2
ATENCIÓNES OBSTÉTRICAS EN EL AÑO 2013

Variable	H.A. Sullana	H. Amazónico	H. D.A. Carión	H.G.MA	TOTAL
Total partos	4 355 (100%)	3 689 (100%)	3 336 (100%)	7 881 (100%)	19 261 (100%)
Partos vaginales	2 266 (51,7%)	2 743 (74,36%)	2 165 (64,90%)	4 055 (51,45%)	11 229 (58,30%)
Cesáreas	2 089 (48,3%)	946 (25,64%)	1 171 (35,10%)	3 826 (48,55%)	8 032 (41,70%)
Total de partos adolescentes hasta 17 años	378 (8,68%)	507 (13,74%)	308 (9,213%)	749 (9,50%)	1 942 (10,08%)
Total cesáreas adolescentes	165 (43,65%)	132 (26,04%)	71 (23,05%)	256 (34,18%)	624 (32,13%)
Partos vaginales <15 años	10 (47,62%)	39 (60,00%)	15 (83,33%)	24 (58,54%)	88 (60,69%)
Cesárea <15 años	11 (52,38%)	26 (40,00%)	3 (16,67%)	17 (41,46%)	57 (39,31%)
Partos vaginales 15-17 años	203 (56,86%)	336 (76,02%)	222 (76,55%)	469 (66,24%)	1 230 (68,45%)
Cesárea 15-17 años	154 (43,14%)	106 (23,98%)	68 (23,45%)	239 (33,76%)	567 (31,55%)

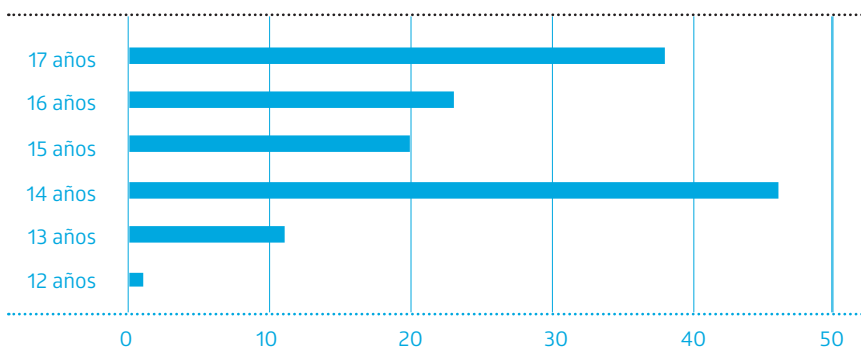
Perfil de las adolescentes

En la tabla 3 se observa que no todos los hospitales pudieron cumplir con la cuota prevista en la metodología, porque algunas de las adolescentes no fueron localizadas. Esto ocurrió particularmente en los hospitales de las regiones, debido a que muchas de ellas viven en las zonas alejadas y de difícil acceso, que coincidentemente son también las zonas más pobres. Solo hubo un total de 58 adolescentes menores de 15 años de las 80 esperadas y un total de 81 adolescentes entre 15 y 17 años. El hospital de Sullana fue el que menor número de adolescentes pudo reunir.

TABLA 3
DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN EDAD
POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Hospitales	< 15 años	15-17años	Total
	N°	N°	N°
Hospital Amazónico	8	19	27
Hospital María Auxiliadora	20	29	49
Hospital Daniel Alcides Carrión	20	19	39
Hospital de Sullana	10	14	24

GRÁFICO 1
DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES POR EDAD



La mediana en la edad de las adolescentes fue de 15 años, con excepción de las que corresponden al Hospital D.A. Carrión, que tuvieron una mediana de 14 años. La adolescente más joven refirió tener 12 años al momento del parto (del Hospital D.A. Carrión) (gráfico 1). Puede verse en cada grupo que, a medida que aumenta la edad, se incrementa también el número de casos de embarazo.

A partir del siguiente ítem las respuestas obtenidas resultan principalmente de las entrevistas en profundidad a adolescentes y madres, tutores o tutoras. Se obtuvo el permiso para la grabación de las entrevistas. Fueron las adolescentes de las regiones de Piura (Sullana) y Ucayali (Pucallpa) las que autorizaron con mayor frecuencia el permiso para grabar, y se negaron las participantes de Callao. En el sur de Lima, en el Hospital María Auxiliadora, aceptó ser grabado solo un 40% de



jóvenes. A continuación se colocan algunas respuestas de adolescentes o de sus madres, padres, tutores o tutoras. Con el fin de mantener su privacidad, utilizamos nombres ficticios.

Ocupación

La gran mayoría de las adolescentes se identificó como ama de casa (83,5%) y no hubo diferencia significativa entre ambos grupos (menores de 15 años, 87,9% y entre 15-17 años, 80,2%). El 14,4% se identificó como estudiante y un porcentaje menor con otras ocupaciones.

Escolaridad

En cuanto a esta variable, la gran mayoría de adolescentes (43,9%) afirmó estar en un nivel de secundaria incompleta.

Soy ama de casa, pero no es lo que me gusta hacer. He estudiado hasta quinto año de secundaria.

MARIANELA, 16 AÑOS, SULLANA.

Soy ama de casa; estudié hasta quinto año de primaria, tuve relaciones con mi voluntad y quise salir embarazada, pero él se fue, me quedé triste. Ya no voy a seguir estudiando.

MORAIMA, 15 AÑOS, SULLANA.

CONDICIONANTES Y CONSECUENCIAS INMEDIATAS DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES

En el presente acápite veremos aspectos relacionados con el origen del embarazo: quién las embarazó y si fue un embarazo deseado o no deseado; las consecuencias inmediatas en las adolescentes al saberse embarazadas: si intentaron o no interrumpir su embarazo, si intentaron o no suicidarse y otras repercusiones que el embarazo tuvo en la vida de las jóvenes. Se investiga sobre el acceso que tuvo al cuidado prenatal —si lo tuvo— y los cuidados adicionales con otros componentes (orientación o consejería para el uso de métodos anticonceptivos).

Origen del embarazo

El 87,8% de las adolescentes contestó que su embarazo era producto de relaciones sexuales voluntarias y no hubo diferencia en ambos grupos (89,7% para las menores de 15 años y 86,4% para el grupo de 15 a 17 años). Se registraron, entre estas jóvenes, diecisiete casos cuyo embarazo se produjo por violación sexual (12,2%), situación un poco más frecuente en el grupo de 15 a 17 años (tabla 4). En esta misma tabla se puede verificar que quien embarazó a la adolescente fue generalmente su pareja o su enamorado (84,9%), dato confirmado por las adolescentes y por sus madres, tutores o tutoras. Solo el 5% menciona que las embarazó un individuo desconocido.

Con el propósito de verificar algún otro indicio de violencia sexual, se constató que la mediana de la edad de las parejas fue 21 años, la media fue 22,69 años y la DS +-6,59 (cuando se compara con la media de las adolescentes la diferencia es significativa, $p < 0,005$), con edades extremas entre 14 y 45 años y el 60% de las parejas tuvo 20 años o más. Casi el 80% refiere que el embarazo no fue planeado o no fue deseado y la proporción fue muy semejante en ambos grupos de edad. En las historias clínicas revisadas se menciona poco el origen del embarazo.

TABLA 4
ORIGEN DEL EMBARAZO

Variable	Menores 15 años		De 15 a 17 años		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Relaciones sexuales que originaron embarazo						
Voluntarias	52	89,7	70	86,4	122	87,8
Abuso sexual	6	10,3	11	13,6	17	12,2
Persona que las embarazó						
Pareja	48	82,8	70	86,4	118	84,9
Primo	4	6,9	0	0	4	2,9
Cuñado	1	1,7	0	0	1	0,7
Amigo	1	1,7	4	4,9	5	3,6
Vecino	2	3,4	1	1,2	3	2,2
Inquilino	0	0	1	1,2	1	0,7
Desconocido	2	3,4	5	6,2	7	5,2
Embarazo deseado						
Fue deseado	11	19	17	21	28	20,1
No fue deseado	47	81	64	79	111	79,9
TOTAL	58	100%	81	100%	139	100%

Al momento de dar a luz tenía 14 años, mi embarazo fue con relaciones voluntarias y fue deseado.

MARÍA, 15 AÑOS, SULLANA.

Las relaciones sexuales de mi hija no fueron consentidas; mire, fue violada por un primo mío.

Yo le decía que lo bote el embarazo porque él está preso en el penal. Yo le reprochaba y le decía por qué se dejó por qué no se defendió y se dejó violar.

MADRE DE MAGDALENA, 14 AÑOS, SULLANA.

Mi pareja quería tener un bebé, yo no quería, él quería tener, él no me forzó, los dos quisimos tener relaciones sexuales, él quería formar una familia conmigo. Cuando me embaracé me asusté y me puse a llorar de cólera. No lo esperaba y quise suspender el embarazo, porque mejor no quería.

ANA, 16 AÑOS, PUCALLPA.

Salí embarazada en forma voluntaria, no por la fuerza. Me cuidaba con ampolla. Salí embarazada porque dejé la ampolla, me chocó y me dejé de poner. El embarazo sí fue deseado. Me embaracé y mi enamorado me dejó, pero él regresó después y me pidió perdón.

MARTA, 15 AÑOS, SULLANA.



Estudié hasta primero de secundaria, mi embarazo fue porque yo quise. El papá de mi hijo no vive conmigo, nunca ha vivido conmigo, desde que se enteró que estaba embarazada se ha ido, ha desaparecido de este mundo. Realmente mi embarazo fue un descuido.

ADELA, 17 AÑOS, PUCALLPA

Salí embarazada por relaciones voluntarias, pero yo no quería salir embarazada a esta edad. No quise abortar ni intenté quitarme la vida.

MARIANELA, 16 AÑOS, SULLANA.

En la construcción de la tabla anterior, el aporte de las historias clínicas fue muy limitado.

Consecuencias inmediatas al saberse embarazadas

Verificamos en la tabla 5 que, luego de enterarse del embarazo, el 13,7% (diecinueve adolescentes) intentó interrumpirlo, en su mayoría por sugerencia de la familia de la gestante. Poco más de 6% (nueve adolescentes) tuvo en algún momento la intención de suicidarse ingiriendo raticidas, insecticidas o infligiendo cortes en su piel para alcanzar las venas, pero la gran mayoría asumió resignadamente la realidad. Como en el caso anterior, las historias clínicas aportaron muy poco en la elaboración de esta tabla, porque estos datos usualmente no se preguntan o no se registran.

TABLA 5
CONSECUENCIAS AL SABERSE EMBARAZADAS

Variable	Menores de 15 años		De 15 a 17 años		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Interrupción del embarazo						
Intentó interrumpir	7	12,1	12	14,8	19	13,7
No intentó hacerlo	51	87,9	69	85,2	120	86,3
Intento de suicidio						
Intentó hacerlo	3	5,2	6	7,4	9	6,5
No intentó hacerlo	55	94,8	75	92,6	130	93,5

Pensé en tener un aborto, pero no lo intenté.

MARUJA, 15 AÑOS, SULLANA.

Yo como madre sí intenté que ella aborte, porque aún era muy chica. Ella intentó quitarse la vida por el enamorado, se tomó veneno de ratas.

MADRE DE MAFALDA, 14 AÑOS, SULLANA.

Yo he luchado, hice muchas cosas para evitar que ella salga embarazada, pedí apoyo a instituciones para que la aconsejen y tanta cosa. Al fin de cuentas se salió con lo que ella quiso. Me supongo no sé si habrá sido deseado o ha sido un descuido. Pero de que estaba orientada, ya le habíamos dicho qué medidas tomar y todo eso



Disimuladamente mira su mano, acá tiene cortes
De que se quería cortar porque yo no aceptaba la
relación, porque el chico era mayor y ella estaba
en el colegio. Él no le da ni una galleta.

MADRE DE MERCEDES, 15 AÑOS, SULLANA.

Componentes de la atención prenatal

El 89% de las adolescentes gestantes tuvo atención prenatal institucionalizada (87,9% de las menores de 15 años y 91,4% de las de 15 a 17 años, no hay diferencia significativa). La concentración de consultas prenatales fue la misma en ambos grupos: mediana de 6 y el inicio de la atención prenatal fue en la misma cronología, con una mediana de 17 semanas. La mayoría de las gestantes (77%) sintió que la atención recibida durante el cuidado prenatal fue buena, tanto en los hospitales como en los centros de salud a donde asistieron antes del parto (75,9% entre las menores de 15 años y 77,8% entre las de 15-17 años).

Los componentes complementarios de la atención prenatal que recibió cada grupo de gestantes se visualizan en la siguiente tabla.

TABLA 6
OTROS COMPONENTES DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Componente	Menor de 15 años		15 a 17 años		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Recibió educación	58	100	81	100	139	100
Sí	49	84,5	61	75,3	110	79,1
No	9	15,5	20	24,7	29	20,9
Recibió orientación en nutrición	58	100	81	100	139	100
Sí	50	86,2	58	71,6	108	77,7
No	8	13,8	23	28,4	31	22,3



→

Componente	Menor de 15 años		15 a 17 años		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Recibió consejería en anticonceptivos	58	100	81	100	139	100
Sí	51	87,9	68	84	119	85,6
No	7	12,1	13	16	20	14,4

Un 80% de las adolescentes, o más, accedió a los componentes educativos y de orientación y consejería, que fueron ligeramente más frecuentes en las más jóvenes.

IMPACTO DEL EMBARAZO EN LA SALUD FÍSICA DE LAS ADOLESCENTES

Complicaciones del embarazo

Las complicaciones del embarazo se presentaron en un 63,31% del total de gestantes adolescentes, siendo discretamente superior en las adolescentes de 15 a 17 años (tabla 6). Destacan dentro de ellas las infecciones urinarias y vaginales, los trastornos hipertensivos del embarazo, náuseas y vómitos, anemia y ruptura prematura de membranas. La anemia presentó mayor frecuencia en el grupo de las más jóvenes.

TABLA 7
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

Complicaciones del embarazo	Menor de 15 años		15 a 17 años		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
	58	100	81	100	139	100
Sin complicación	23	39,66	28	34,6	51	36,69
Con complicación	35	60,34	53	65,4	88	63,31
Infección urinaria	7	12,01	15	18,52	22	15,83

→



Complicaciones del embarazo	Menor de 15 años		15 a 17 años		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Preeclampsia-eclampsia	5	8,62	7	8,64	12	8,63
Rotura prematura de membrana	4	6,90	4	4,94	8	5,76
Corioamnionitis	1	1,72	3	3,70	4	2,88
Anemia	5	8,62	3	3,70	8	5,76
Infecciones vaginales	3	5,17	5	6,17	8	5,76
Amenaza de parto prematuro	3	5,17	4	4,94	7	5,04
Náuseas/vómitos	2	3,45	13	16,05	15	10,79
Amenaza de aborto	2	3,45	0	0,0	2	1,44
Oligohidramnios	0	0,0	1	1,23	1	0,72
Presentación anómala	0	0,0	1	1,23	1	0,72
Condilomatosis	1	1,72	0	0	1	0,72
Sífilis	1	1,72	0	0,0	1	0,72
VIH positivo	0	0	1	1,23	1	0,72
Hepatitis	1	1,72	0	0,0	1	0,72
Dengue	0	0,0	1	1,23	1	0,72

En los primeros meses de embarazo tuve inflamación, no tenía ganas de comer, tenía náuseas y vomitaba.

MELCHORA, 16 AÑOS, SULLANA.

Tuve vómitos, infecciones al riñón, una amenaza de aborto Nada más, y la preeclampsia.

MARIANELA, 16 AÑOS, SULLANA.

EL PARTO

Cronología del embarazo

Las menores de 15 años tuvieron su parto en promedio a las 37,70 semanas y un DS de +-5,40. Las de 15 a 17 años, de modo semejante, lo tuvieron en promedio a las 37,41 semanas y un DS de +-3,33, sin aportar una diferencia significativa.

Modalidad de parto

En promedio, las adolescentes tuvieron parto vaginal en 73,4% de los casos, siendo más frecuente (78,3%) en el grupo de 15 a 17 años. La cesárea se practicó en 26,8% del total de adolescentes, siendo 33,9% en las menores de 15 años, comparado con 21,7% en las adolescentes mayores como vemos en la siguiente tabla.

TABLA 8
MODALIDAD DE PARTO

Modalidad de parto	Menor de 15 años		15 a 17 años		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total de casos	58	100	81	100	139	100
Parto vaginal	38	66,6	63	78,3	101	73,4
Cesárea	20	33,9	18	21,7	38	26,8



COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO

En la siguiente tabla apreciamos que las complicaciones en ambos grupos (24,1% y 23,5%) se distribuyeron en la misma proporción. Las hemorragias postparto fueron lo más frecuente (15%), seguidas de las infecciones (8,6%). Ambas condiciones exponen a las adolescentes a serios riesgos para su salud y su vida.

TABLA 9
COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO

Complicaciones puerperales	Menor de 15 años		15 a 17 años		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total de casos	58	100	81	100	139	100
Sin complicación	44	75,9	62	76,5	106	76,3
Con complicación	14	24,1	19	23,5	33	23,7
Hemorragia	3	21,4	9	11,1	12	8,6
Desgarro I° y II°	5	13,9	3	6,3	8	5,8
Retención de placenta	0	0,0	1	2,1	1	0,7
Infección del tracto urinario	2	5,6	4	8,3	6	4,3
Infección puerperal	2	5,6	4	8,3	6	4,3

ANTICONCEPCIÓN POSPARTO

Según vemos en la tabla 10, el cuidado de las adolescentes después de su parto indica que solo 57,55% del total recibió algún anticonceptivo al momento del alta hospitalaria, siendo el inyectable trimestral el más entregado a cerca del 50% de ellas. En las menores de 15 años, el 5,2% volvió a quedar embarazada, y en el grupo de las adolescentes de 15 a 17 años, un porcentaje mayor al 17%.

TABLA 10
ENTREGA Y USO DE ANTICONCEPTIVOS POST-PARTO

Anticonceptivos	Menor 15 años		15 a 17 años		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Con que método AC salió al alta	33	56,90	47	58,02	80	57,55
Inyectable trimestral	30	51,72	39	48,15	69	49,64
Preservativo	0	0	2	2,47	2	1,44
DIU ¹²	2	3,45	1	1,23	3	2,16
Implante	1	1,72	4	4,94	5	3,60
Natural	0	0	1	1,23	1	0,72
Que MAC¹³ usa ahora	23	39,66	31	38,27	54	38,85
Inyectable mensual	2	3,45	0	0	2	1,44
Inyectable trimestral	17	29,31	24	29,63	41	29,50
Preservativo	1	1,72	2	2,47	3	2,16
DIU	1	1,72	1	1,23	2	1,44
Implante	1	1,72	4	4,94	5	3,60
AOC ¹⁴	1	1,72	0	0	1	0,72
Se volvió a embarazar						
Sí	3	5,2	14	17,28	17	12,2
No	55	94,8	67	82,72	122	87,8

Entre los anticonceptivos de larga duración empiezan a visualizarse los implantes. Al momento de la entrevista se constató que el uso de anticonceptivos había disminuido en 20 puntos porcentuales. Igualmente, se pudo evidenciar que de las 139 adolescentes entrevistadas, 17 se habían vuelto a embarazar, lo que representa una proporción de 12,2% (tabla 10).

¹² Dispositivo intrauterino.

¹³ Método anticonceptivo.

¹⁴ Anticonceptivo oral combinado.



Estaba usando las ampollas de tres meses, las dejé y me volví a embarazar a los dos años.

ALEJANDRA, 15 AÑOS, PUCALLPA.

CONDICIONES DEL/LA RECIÉN NACIDO/A

La tabla 11 reporta que el 82,7% de los/las recién nacidos/as de adolescentes nacieron sin complicaciones.

Cuando examinamos las complicaciones, estas se presentaron en el 13,8% de las menores de 15 años, siendo mayores en el otro grupo (19,8%). Un niño nació muerto y otro prematuro, de muy bajo peso, y murió en la etapa neonatal. La tasa de prematuros en el total de embarazos adolescentes fue de 6,5%, siendo mayor en el grupo de 15 a 17 años.

TABLA 11
COMPLICACIONES INMEDIATAS DEL/LA RECIÉN NACIDO/A

Complicaciones recién nacido/a	Menor 15 años		15 a 17 años		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total de casos	58	100	81	100	139	100
Sin complicación	50	86,2	65	80,2	115	82,7
Con complicación	8	13,8	16	19,8	24	17,3
Prematuridad	2	5,6	7	14,6	9	6,5
Retardo del crecimiento intrauterino	1	7,1	3	3,7	4	2,9
Pequeño para la edad gestacional	2	5,6	1	2,1	3	2,2
Bajo peso al nacer	0	0,0	2	4,2	2	1,4
Macrosomía	1	2,8	4	8,3	5	3,6
Depresión	0	0,0	1	2,1	1	0,7

CONDICIONES DEL/A RECIÉN NACIDO/A AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA

En la tabla 12 se puede observar que la mayoría de niños y niñas que nacieron vivos están sanos. De los que estuvieron enfermos, la mayoría fue de las adolescentes entre 15 y 17 años. Solo un niño había muerto después de nacer vivo y perteneció a este último grupo.

La mayoría de los niños y niñas que nacieron de las adolescentes (62%) vivía con la familia de la madre, familia del padre y otros familiares.

El bebito vive conmigo y con su mamá. En mi casa somos cuatro, ella, el bebito, el viejito y yo.

ABUELA DE ADELA, 17 AÑOS, PUCALLPA.

Mi hijito vive con nosotros en casa aparte desde hace más de un año. Ya no voy a seguir estudiando.

MARCIA, 17 AÑOS, SULLANA.

Mi bebé ahí medio está con un poquito de fiebre, ayer estuvo con fiebre.

ADELA, 17 AÑOS, PUCALLPA.



TABLA 12
CONDICIONES DEL/LA INFANTE

Condición del niño/a	Menor de 15 años		15 a 17 años		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Situación del niño/a	58	100	81	100	139	100
Sano/a	56	96,6	72	88,9	128	92,1
Enfermo/a	2	3,4	8	9,9	10	7,2
Muerto/a	0	0	2	2,4	2	1,4
Con quien vive el niño/a	58	100	81	100	139	100
Abuelos maternos	34	58,3	37	45,8	71	51
Familia del padre	8	14,5	2	2,8	11	8
Ella sola	11	18,8	28	34,7	39	28
Con ambos	2	4,2	12	15,3	15	11
Otros / Familiares	2	4,2	1	1,4	4	3

Como suegra le digo que cuando crezca su bebe vea qué hacer, porque mi hijo ha dejado de estudiar y está trabajando así como ambulante. Yo le he dicho que estudie algo y que nosotros lo vamos a apoyar.

SUEGRA DE ADA, 17 AÑOS, PUCALLPA.

REPERCUSIÓN DEL EMBARAZO



REPERCUSIÓN DEL EMBARAZO SOBRE LA SALUD MENTAL DE LAS ADOLESCENTES

Recordemos la definición de la OMS sobre la salud mental de las personas, que es “el estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y contribuir con su comunidad”.

El caso que analizamos indica que, a pesar de que el 45% de las adolescentes dijeron sentirse bien durante el embarazo, el 55% restante acusó algún tipo de molestia de tipo emocional, dentro de las que resaltan el temor y el miedo; la preocupación y la angustia. Al momento de la entrevista la mayoría dijo sentirse tranquila y sana; sin embargo, casi un 35% tuvo algún síntoma que bien podría relacionarse con un síndrome depresivo.

Durante mi embarazo primero me sentí triste, ahora me siento bien, tranquila porque tengo quien me acompañe, pero no puedo dormir bien porque mi bebé llora, a veces siento tristeza. Por mi bebé siento un cariño grande, lo quiero bastante.

ADELA, 17 AÑOS, PUCALLPA.



En el embarazo estaba tranquila, tuve felicidad cuando supe que estaba embarazada, mi bebé está sanita y la quiero mucho.

MARISA, 14 AÑOS, SULLANA.

En el siguiente cuadro se presentan las dolencias, malestares, de las adolescentes que ilustran acerca de su salud mental.

Respecto del/la infante, una cuarta parte de las adolescentes siente que lo debe cuidar, casi otro 25% dice sentirse feliz y contenta, un 36% tiene sentimientos de amor hacia el niño o niña y un 15% experimenta sentimientos de poco afecto, no acepta al niño o niña, o muy a su pesar lo acepta.

TABLA 13

	Menor de 15 años		15 a 17 años		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sentir durante el embarazo	58	100	81	100	139	100
Me sentí bien	24	41,4	39	48,1	63	45,3
Me sentí mal	1	1,7	5	6,2	6	4,3
Deprimida	1	1,7	3	3,7	4	2,9
Triste	6	10,3	3	3,7	9	6,5
Temor/miedo	16	27,6	18	22,2	34	24,5
Vergüenza	3	5,2	0	0	3	2,2
Preocupación / angustia	7	12,1	13	16,0	20	14,4
Sentir ahora	58	100	81	100	80	100
Sana	40	69	49	60,5	89	64
Tristeza	5	8,6	14	17,3	19	13,7
Angustia	2	3,4	4	4,9	6	4,3
Miedo	5	8,6	6	7,4	11	7,9
Frustración	3	5,2	3	3,7	6	4,3
Insomnio	0	0	2	2,5	2	1,4
Exceso de sueño	2	3,4	2	2,5	4	2,9
Pesadillas	0	0	1	1,2	1	0,7
Agotamiento	1	1,7	0	0	1	0,7





	Menor de 15 años		15 a 17 años		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sentir respecto al niño/a	58	100	81	100	139	100
Feliz / contenta	11	19	22	27,2	33	23,7
Sentimiento de amor	22	37,93	28	34,57	50	35,97
Poco vínculo afectivo	5	8,6	2	2,5	7	5,0
Debe cuidar a su RN	19	32,8	16	19,8	35	25,2
No acepta aún	0	0	2	2,5	2	1,4
Acepta su situación	1	1,7	11	13,6	12	8,6

A mí sí me contó, estaba triste, yo le decía cuéntame que yo te voy a dar una solución, ten la confianza, yo soy tu abuelita, tal vez con tu mamá no tienes confianza pero conmigo sí. Ahí me dijo estoy embarazada de tres meses y le dije: téngalo hijita, que no vas a morir de hambre, aunque sea un plátano comeremos.

ABUELA DE ADELA, 17 AÑOS, PUCALLPA.

En el embarazo me sentí preocupada porque no lo había planeado, estaba frustrada porque iba a dejar mi estudio, pero igual seguí estudiando, estaba ya en cuarto año de secundaria. Ahora me siento con un poco de frustración.

ALEJANDRA, 15 AÑOS, PUCALLPA.



REPERCUSIÓN DEL EMBARAZO SOBRE LA SALUD SOCIAL DE LAS ADOLESCENTES

Como vimos, la definición de salud social se asienta sobre condicionantes de la salud definidas como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” (OMS). El 75% recibe apoyo económico del padre del niño o niña, que frecuentemente es escaso. La familia de la adolescente o de su pareja (93,53%) aporta recursos o la aloja a ella y al niño o niña, y eventualmente también a su pareja. Las instituciones de carácter social apoyan apenas en un 6%. Más del 60% de las adolescentes tienen como expectativa para su vida poder continuar sus estudios y aun hacerse de una carrera técnica o profesional y el 17% quiere trabajar.

TABLA 14
REPERCUSIONES SOCIALES

	Menor de 15 años		15 a 17 años		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Continúa estudiando	58	100	81	100	139	100
Sí	10	17,2	22	27,2	32	23,02
No	48	82,8	59	72,8	107	76,98
Está trabajando	58	100	81	100	139	100
Sí	3	5,2	5	6,2	8	5,8
No	55	94,8	76	93,8	131	94,2

→



	Menor de 15 años		15 a 17 años		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Recibe apoyo económico del padre del niño/a	58	100	81	100	139	100
Sí	43	74,1	62	76,5	105	75,54
No	15	25,9	19	23,5	34	24,46
Recibe el apoyo familiar	58	100	81	100	139	100
Sí	56	96,6	74	91,4	130	93,53
No	2	3,4	7	8,6	9	6,47
Recibe el apoyo de alguna institución	58	100	81	100	139	100
Sí	4	6,9	4	4,9	8	5,8
No	54	93,1	77	95,1	131	94,2
Expectativas para su vida	58	100	81	100	139	100
No tiene ninguna	4	6,9	2	2,5	6	4,3
Estudiar	39	67,24	46	56,79	85	61,15
Trabajar	5	8,6	18	22,22	23	16,55
Cuidar a mi bebe	7	12,1	23	13,6	18	12,9
Tener casa/negocio	2	3,4	3	1,2	3	2,2
Dedicarse a la casa	1	1,7	2	3,7	4	2,9

Voy a cuidar muy bien a mi bebe. La madre interrumpe y dice: tienes que cuidar al bebito y al esposo.

MARUJA, 15 AÑOS, SULLANA.

No sé qué va a pasar con mi vida y mi hijito, tal vez voy a trabajar, mi esposo no quiere que trabaje, él quiere que cuide a mi bebito nomás.

ANA, 16 AÑOS, PUCALLPA.

Quiero seguir estudiando. Quiero estudiar Contabilidad.

ALEJANDRA, 15 AÑOS, PUCALLPA.

Ya terminé el colegio el año pasado, no recibo plata de mi pareja, el bebito vive conmigo y mi familia, porque realmente no estamos en una relación con mi pareja. Recibo apoyo de parte de mi familia, pero de ninguna institución.

MORENA, 16 AÑOS, SULLANA.

ESTIGMA¹⁵

Las adolescentes sintieron algún tipo de estigmatización cuando fueron a ser atendidas en los servicios de salud, y la sintieron de parte del personal profesional en un 25%. Ese sentimiento de estigmatización fue un poco mayor con su entorno familiar —en un tercio de los casos— y, en una proporción cercana al 30% en su entorno social, en su barrio o comunidad, como se aprecia en la tabla 15.

TABLA 15
ESTIGMATIZACIÓN PERCIBIDA POR LAS ADOLESCENTES

Estigmatización	Menor 15		15 a 17		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Estigmatización por el personal de salud	58	100	81	100	139	100
Sí	16	27,6	18	22,2	34	24,5
No	42	72,4	63	77,8	105	75,5
Estigmatización de parte de la familia	58	100	81	100	139	100
Sí	22	37,9	25	30,9	47	33,8
No	36	62,1	56	69,1	92	66,2
Estigmatización de parte de su entorno social	58	100	81	100	139	100
Sí	19	32,8	19	23,5	38	27,3
No	39	67,2	62	76,5	101	72,7

¹⁵ El estigma es un calificativo que asume la consecuencia social del embarazo en la vida de la adolescente, entendida como una “marca impuesta con hierro candente, bien como pena infamante, bien como signo de esclavitud”, como lo define el Diccionario de la Real Academia de la Lengua (www.rae.es). Ello alude a la marca “negativa socialmente” que incide sobre la joven —por el resto de su vida— por el hecho de haber quedado embarazada.

En el hospital me miraban mal, las obstetras me decían que debía jugar con muñecas porque era muy niña. Mi familia nunca me dijo nada malo. Mis amigas me miraban mal cada vez que me veían, se fueron de mi lado, se alejaron.

ANA, 16 AÑOS, PUCALLPA.

Sus hermanos la aconsejan, pero a veces hay en la familia uno más jodido. Yo les digo: sí que tal, quieren que golpearla, pero con eso no se consigue nada, ya está hecho. Menos mal que el chico se acercó y me dijo que vamos donde un juez haciendo un acta donde se compromete a que se va a casar con ella. Ya nos hemos puesto de acuerdo la familia.

MADRE DE MARUJA, 15 AÑOS, SULLANA.

En el hospital me la han tratado bien, todas las chicas la apoyaban. Cuando mi hija salió embarazada fue muy criticada por mi familia y por su papá. Como siempre las vecinas criticando, pero gracias a Dios que varias amigas mías nos han ayudado.

MADRE DE MERCEDES, 15 AÑOS, SULLANA.



EL EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES VISTO POR LO/AS PROFESIONALES DE SALUD

Hemos desarrollado esta sección a partir del examen y análisis de las entrevistas con profesionales de la salud, que sumaron 84, puesto que cada hospital aportó 21 entrevistas (ver tabla 16).

La media de la edad de los y las profesionales entrevistados fue de 45,3 años, una DS de +-10,10, siendo los extremos de 26 y 70 años. Se entrevistó a 55 mujeres y 29 hombres cuyos años de servicio en promedio fueron de 14,4 años, con un DS de +-9,33; los extremos se sitúan entre 1 y 40 años de servicio. El tiempo promedio que llevan atendiendo adolescentes en sus servicios de salud es de 13,3 años, con un DS de +-8,69 y extremos entre 2 y 34 años. Solo la mitad de estos profesionales (42) había recibido capacitación específica en atención a adolescentes y la otra mitad no.

Ante la pregunta “¿con qué frecuencia se atienden adolescentes embarazadas en sus servicios?”, la respuesta en promedio fue de 28,64% respecto del total de partos en el año, diciendo además que en promedio, el 7,8% de dichas adolescentes embarazadas se dio como producto de violación sexual, dato hallado del total de las gestantes atendidas. Se presentaron situaciones extremas de percepción de violación entre quienes respondieron que era el 0% de jóvenes y otro contestó que era 90%.

Un 66% de las y los profesionales entrevistados contestó que el personal de salud tiene prejuicios o estigmatiza a las adolescentes gestantes y un 58% expresó que los familiares estigmatizan o tienen prejuicios contra las adolescentes.



Los entrevistados y entrevistadas manifestaron que con frecuencia suceden complicaciones entre las adolescentes en el embarazo, parto o puerperio, y que las más frecuentes son la enfermedad hipertensiva del embarazo, la amenaza de parto prematuro y la hiperémesis gravídica.

Fueron interesantes las respuestas a la pregunta “¿quién es el responsable del embarazo en las adolescentes?”. Mencionaron con mayor frecuencia: la familia, los padres, el sistema de educación y salud, la pareja y los medios de comunicación.

También afirmaron que las complicaciones más frecuentes en el parto de las adolescentes son: trabajo de parto disfuncional, desgarros vagino-perineales, desproporción céfalo-pélvica y enfermedad hipertensiva del embarazo.

Durante el puerperio, mencionaron que las patologías más frecuentes son: infección puerperal, hemorragias postparto, anemia y depresión postparto.

En el caso de los recién nacido/as, dijeron que las complicaciones más frecuentes son: bajo peso al nacer, retardo del crecimiento intrauterino y prematuridad.

Del total de 84 entrevistados y entrevistadas, setenta dijeron que las adolescentes reciben orientación y consejería durante el embarazo y en el postparto; de ellos, la mayoría manifestó que el contenido es sobre planificación familiar. La mitad dijo que el anticonceptivo que más se oferta es el inyectable trimestral, y que es también este anticonceptivo el que mayoritariamente se llevan las adolescentes al momento del alta hospitalaria.

TABLA 16
PERCEPCIONES SOBRE EL EMBARAZO ADOLESCENTE
DE LOS Y LAS PROFESIONALES DE LA SALUD

Variable	Respuestas	
Edad	Media 45,37 años	DS + -10,10
Género	Femenino: 55 (65,5%)	Masculino: 29 (34,5%)
Capacitación en atención a adolescentes	SÍ: 42 (50%)	NO: 42 (50%)
Tiempo que lleva atendiendo a adolescentes	Media: 13,34 años	DS +-8,694
Frecuencia con que se atiende partos de adolescentes en su servicio	Media:28,64% del total de partos	
Frecuencia estimada de embarazos por violación en adolescentes	Media: 7,79% del total de partos de adolescentes	
Prejuicios o estigmas en personal de salud.	SÍ: 66 (78,6%)	NO: 18 (21,4%)
Prejuicios o estigmas en la familia	SÍ: 58 (69%)	NO: 26 (31%)
Complicaciones del embarazo	-Preeclampsia-eclampsia -Amenaza parto prematuro -Hiperémesis gravídica -Infecciones de transmisión sexual -Prematuridad -Malnutrición	Infección urinaria Depresión Aborto provocado Ruptura prematura de membranas Anemia
Responsables de embarazos de adolescentes	Padres Sistema: educación y salud Pareja Familiares Instituciones de salud	Familia disfuncional Entorno social Amigos Medios comunicación

→



Variable	Respuestas	
Complicaciones del parto	-Parto disfuncional -Desgarros vaginales -Desproporción céfalo-pélvica -Preeclampsia-eclampsia	Ansiedad Trauma obstétrico Embarazo prolongado Prematuridad Depresión
Complicaciones del puerperio	Infección puerperal Hemorragia postparto Anemia	Depresión Desgarros canal del parto Preeclampsia-eclampsia
Complicaciones del/la recién nacido/a	Bajo peso al nacer Prematuridad Retardo del crecimiento intrauterino Pequeño para la edad gestacional	Asfixia Ictericia Síndrome de distress respiratorio Malformaciones Hipoglucemia
Reciben consejería en anticoncepción	SÍ: 70	83,3%
Reciben anticonceptivos al alta	SÍ: 79	94%
Anticonceptivos que reciben en orden de frecuencia	Inyectable trimestral Inyectables mensuales Condón	Anticonceptivos orales combinados Implantes

DISCUSIÓN

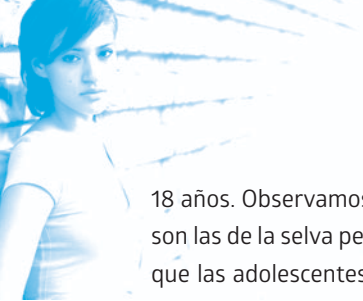


DISCUSIÓN

El presente estudio es una investigación cuantitativa y cualitativa retrospectiva que involucró a las adolescentes menores de 18 años de cuatro hospitales de Perú: dos en Lima-Callao, uno en Sullana, región Piura, en la costa norte peruana, y uno en Pucallpa, región Ucayali, en la selva peruana. La población de adolescentes que se atiende en estos hospitales tiene en común pertenecer a segmentos de pobres y pobres extremos, que viven en zonas urbano-marginales y rurales que, según observación hecha, proceden de familias desorganizadas o disfuncionales, información recogida durante las entrevistas.

No fue fácil realizar las entrevistas, por cuanto muchas adolescentes identificadas anticipadamente en el hospital no fueron encontradas porque viven en zonas alejadas, urbano-marginales o rurales. Las entrevistadoras las buscaron en sus domicilios, exponiéndose con frecuencia a riesgos en su integridad física y a robos. Una de las entrevistadoras sufrió la sustracción de su teléfono móvil al interior de la vivienda de una de las entrevistadas. Las entrevistadas en Sullana y en Pucallpa no tuvieron inconveniente de dar el consentimiento para grabar la entrevista, situación que no fue la misma en Lima-Callao, donde las adolescentes y su familiares ofrecieron resistencia para que se grabe, entendemos por los temores existentes en ellas del potencial uso de la información para otros fines y del temor que existe frente a la ola delincriminal en la capital del país.

El total de adolescentes que tuvieron su parto el año 2013 en los cuatro hospitales representa el promedio 10,08% del total de partos. Naturalmente esta cifra es menor que la esperada, por cuanto en este estudio no se ha incluido a las mujeres de 18 y 19, años que seguramente representan una mayoría en relación con las menores de



18 años. Observamos que la mayor proporción de adolescentes que tienen su parto son las de la selva peruana, lo que es una constante en esa región. Llama la atención, que las adolescentes evidencien una proporción de cesáreas menor que el total de las mujeres atendidas, cuando esperaríamos que esta proporción fuera mayor⁵. Es más entendible que las adolescentes menores de 15 años tengan una proporción de cesáreas mayor que las del grupo 15-17 años, por cuanto las dificultades que se presentan en el parto son más frecuentes que en las adolescentes mayores.

Como era de esperar, la gran mayoría de adolescentes tenían por primera vez un parto. Algunas, que no superan el 5%, tenían una segunda experiencia de parto o experiencia previa de aborto.

Cerca de 90% de las adolescentes dijo que su embarazo fue producto de relaciones sexuales consentidas y que un 12% fue producto de violación sexual. Es más, las adolescentes menores tienen una proporción más alta de respuesta de que las relaciones sexuales fueron consentidas. Ponemos en evidencia que la legislación peruana (Código Penal) establece que las relaciones sexuales en menores de 14 años deben ser consideradas como violencia sexual⁸, lo cual obviamente haría incrementar el número de abusos sexuales. En una de las entrevistas encontramos que el enamorado de una adolescente, que era claramente mayor que ella, le costeaba sus gastos de la escuela y atendía sus gastos de alimentación y ropa —no solo de ella, sino de la familia—, lo cual nos hizo incluir el caso dentro del grupo de violencia sexual. No dudamos de que se hayan dado situaciones de seducción o sexo forzado por las parejas, dadas las diferencias de edades entre las jóvenes y sus parejas (la diferencia entre las medias es significativa, $p < 0,05$), pero reconocemos que no hubo expresiones de haber experimentado abuso por las menores. En todo caso, habría indicios de que algunos embarazos adicionales pudieron ser producto de otras formas de violencia sexual⁹.

El 80% de las adolescentes aceptó que su embarazo no había sido planeado ni deseado, seguramente porque se expusieron a relaciones sexuales sin un método anticonceptivo, que les falló, que no pudieron mantener la continuidad del anticonceptivo o que se aferraron al prejuicio, que usualmente se da en las adolescentes, de que ellas en esa relación sexual no se iban a embarazar¹⁰.

A pesar de que en su mayoría el embarazo en las adolescentes no fue deseado, solo

13% intentó interrumpirlo, la mayoría de veces estimuladas al interior de la familia. Este hallazgo expresa una realidad: que las adolescentes terminaron aceptando sus embarazos, una opción que se les presenta cuando la gestación no es deseada. Sin embargo, aquí podemos estar frente a un sesgo, dado que el estudio solo incorporó a las gestantes adolescentes que tuvieron su parto y no sabemos qué ha ocurrido con las adolescentes gestantes que tomaron la decisión de abortar voluntariamente.

Un poco más del 6% de las adolescentes intentó en algún momento suicidarse tomando raticidas, insecticidas o infligiéndose cortes en el cuerpo. Esta situación expresa una forma extrema del proceso depresivo que acusaban.

Hubo una alta proporción de gestantes adolescentes (cerca de 90%) que asistieron a la atención prenatal, sin diferencia entre los grupos en estudio. Este hallazgo puede ser la resultante del trabajo de extensión comunitaria que se viene fortaleciendo en estos establecimientos. La concentración de las consultas prenatales en número de seis fue bastante aceptable, pero sí es notorio que la asistencia al cuidado prenatal se hace mayormente en el segundo trimestre, lo cual puede incrementar el riesgo para complicaciones del embarazo o del parto. La frecuencia de uso de los servicios de atención prenatal permitió alcanzar un alto porcentaje en otras actividades, como la educación, la orientación en nutrición y la orientación y consejería en planificación familiar y uso de anticonceptivos.

Las complicaciones que se presentaron en el embarazo bordean el 63,3%, aunque es un poco mayor en las gestantes de 15 a 17 años. No llama la atención la presencia de infecciones urinarias y de preeclampsia-eclampsia, pero esta última con una frecuencia que no llega al 10%, hallazgo que puede ser atribuido a las bondades de la atención prenatal. Es entendible que las adolescentes menores de 15 años tuvieron anemia con más frecuencia que las otras, por cuanto sus necesidades son mayores al estar en proceso de crecimiento. Hubo un caso de VIH positivo en una adolescente del grupo 15-17 años que con seguridad fue adquirido a muy temprana edad⁹. La pareja, al enterarse del diagnóstico, desapareció del escenario y la abandonó a su suerte.

El total de las adolescentes terminó su embarazo en promedio a las 37 semanas, sin diferencias entre los dos grupos, con una proporción de partos vaginales que supera el 70%, lo cual debe ser producto de las bondades de la atención prenatal y de los



cuidados del parto. Conforme habíamos esperado, la tasa de cesárea fue menor en las adolescentes de 15-17 años (21,7% vs. 40%, $p < 0,05$) debido a que en el grupo de menores de 15 años se presenta mayor número de problemas durante el parto.

Se encontró un promedio de 23,7% de complicaciones del puerperio, sin diferencia entre un grupo y otro. Entre las complicaciones más frecuentes destacan las infecciones y las hemorragias puerperales, ambas que ponen en riesgo la salud y la vida de las jóvenes, de allí la necesidad de extremar los cuidados en estas complicaciones.

Al momento del alta hospitalaria, un 57% de las adolescentes recibió un anticonceptivo, que en su mayoría (45%) fue el inyectable trimestral, sin diferencias entre ambos grupos. Considerando que una de las medidas a la mano para reducir la posibilidad de un siguiente embarazo en este grupo humano es la anticoncepción post parto, la cifra encontrada de entrega de anticonceptivos nos parece baja, más aún cuando al momento de la entrevista encontramos que el uso de anticonceptivos se había reducido 20 puntos porcentuales en ambos grupos, lo que representa una mayor exposición a un nuevo embarazo¹¹. Por ello, no sorprende que 12% de las adolescentes se haya vuelto a embarazar después de su anterior parto. Es reconfortante verificar que empiezan a aparecer como anticonceptivos administrados los implantes, pero desalienta observar el poco uso de los DIU, ambos anticonceptivos de larga duración y muy eficaces.

El 17% de los recién nacidos tuvo alguna complicación, siendo las adolescentes de 15-17 años las que tuvieron una mayor tasa. Predomina la existencia de prematuridad, que en promedio fue de 6,5%, pero cuando se suma con el diagnóstico de bajo peso al nacer, pequeño para la edad gestacional y retardo del crecimiento intrauterino, la proporción supera el 10%, cifra preocupante por el riesgo que estos problemas representan para los niños. Hubo una muerte fetal y una neonatal que en conjunto representan una cifra de mortalidad perinatal de 14 por mil (7 por mil de muerte fetal tardía y 7 por mil de muerte neonatal precoz), en nuestro medio aceptable.

Al momento de la entrevista, más del 92% de infantes eran considerados sanos por las madres adolescentes, siendo más alta la cifra en las menores de 15 años que en las de 15-17 años. Ensayamos la explicación de que pudiera ser por un mejor cuidado del niño operado por las adolescentes más jóvenes.

UN 55% DEL TOTAL DE ADOLESCENTES PRESENTÓ DURANTE EL EMBARAZO MOLESTIAS VARIADAS EN SU ESFERA MENTAL Y EMOCIONAL, QUE AYUDAN A EXPRESAR QUE ESTAS MUJERES ACUSABAN ALGUNAS MANIFESTACIONES DE DEPRESIÓN

El 62% de los niños, hijos de las madres adolescentes, vivían en casa de los familiares de ellas o con la familia de la pareja, con una proporción mayor en el grupo de menores de 15 años por tener menores posibilidades económicas. No dudamos de que esta situación represente una carga para la familia, que debe repartir aun más su pobreza. En las entrevistas se pudo revelar cómo algunas madres o suegras expresan su malestar al tener que enfrentar gastos adicionales en la manutención, lo que representa una carga importante de carácter social⁹.

Un 55% del total de adolescentes presentó durante el embarazo molestias variadas en su esfera mental y emocional, que ayudan a expresar que estas mujeres acusaban algunas manifestaciones de depresión, entendibles porque se trató en su mayoría de embarazos no planeados o no deseados debido a las dificultades sociales y financieras que acompañan a una gestación a esta edad y por no saber con precisión qué ocurriría después del parto con ella y con su recién nacido⁹.

Al momento de la entrevista, un número de adolescentes había recuperado su estado emocional, explicable por el apoyo de la familia y eventualmente de la propia pareja; sin embargo, un 35% de las jóvenes seguían experimentando alguna manifestación de depresión, tal vez porque el apoyo recibido no era suficiente para enfrentar una situación exigente.



El 60% de todas las adolescentes consignaron en sus entrevistas que se sentían felices y que las ligaba al niño un profundo sentimiento de amor. No obstante que el 80% de los embarazos habían sido no deseados, el entorno familiar y social y el hecho de sentirse madres las llevó a aceptar un embarazo. Sin embargo, hubo un 40% de adolescentes en las que se dieron emociones diferentes, como el tener poco vínculo afectivo con el niño, el deber de cuidar a su recién nacido, el no aceptar aún la nueva situación o el de aceptar la situación porque lo sentían como un deber. Estas son manifestaciones de existencia de discomfort al no haber terminado de regular sus propias emociones por enfrentar una realidad dura y con exigencias que atender.

El área social es tal vez el componente de la salud que más se afecta como consecuencia del embarazo y del parto en las adolescentes: 78% de las jóvenes dejaron de estudiar por el embarazo y 94% no trabajan fuera del hogar para dedicarse a las labores domésticas. Hubo casos en que la pareja presionó para que no trabajasen fuera del hogar. El 75% de las adolescentes recibe apoyo económico del padre del niño, pero este resultó muy insuficiente, por lo que la familia debió apoyar en un 94%, lo que representó una carga muy pesada y que tampoco resolvió toda la problemática económico-social. Naturalmente el círculo de pobreza se mantiene y hace más difícil su solución. El 5% de todas las adolescentes expresa no tener ninguna expectativa, lo cual es un sentir muy negativo. Sin embargo, 61% del total de adolescentes tiene el deseo de estudiar, porcentaje que se eleva entre las adolescentes menores de 15 años, que, de cumplirse, abre una perspectiva diferente a estas jóvenes. Tenemos algunas dudas de que la proporción de adolescentes que intenta continuar sus estudios pueda finalmente cumplirlo, al constatar las carencias económicas que se dan al interior de las familias y eventualmente a la falta de apoyo de la pareja. El 17% de las adolescentes quisiera tener un trabajo, aunque es mayor este deseo en el grupo de 15-17 años, tal vez porque tienen un mayor número de ciclos escolares terminados y se sienten con mayor posibilidad de trabajar⁹.

Una cuarta parte de las adolescentes manifestó que recibieron expresiones de estigmatización en los servicios de salud; un tercio de ellas dijo haber recibido expresiones de estigmatización en la familia, y casi un 30% en su entorno social. En todos los casos el estigma fue mayor en las más jovencitas. Estos hallazgos confirman que las adolescentes embarazadas con frecuencia son estigmatizadas por el solo hecho de llevar adelante una gestación, lo que ahonda el problema social de estas chicas⁹.

78% DE LAS JÓVENES DEJARON SE ESTUDIAR POR EL EMBARAZO Y 94% NO TRABAJAN FUERA DEL HOGAR PARA DEDICARSE A LAS LABORES DOMÉSTICAS.

Fueron interesantes las entrevistas con los profesionales de la salud: sus opiniones y puntos de vista son coincidentes a veces con los hallazgos de las entrevistadas y lo encontrado en las historias clínicas, pero a veces son distintas con relación a lo anterior y con relación a los registros hospitalarios, lo que revela que no siempre los profesionales están correctamente informados con las ocurrencias dentro de los servicios. En parte esto se explica porque solo han sido capacitados en atención a las adolescentes en un 50%.

Los profesionales respondieron que las adolescentes embarazadas representan un 28,64% del total de sus gestantes, probablemente porque en su fuero interno se encuentra que la adolescencia va hasta los 19 años de edad, lo que no ha incluido el presente estudio.

La cifra promedio que dan los profesionales respecto de la proporción de embarazos secundarios a una violación sexual (7,8%) está cerca de la cifra que se obtiene de las entrevistas a las adolescentes. Sin embargo, cabe resaltar que hay una respuesta extrema de 0 casos y otra respuesta extrema de 90%. En ambos casos una exageración para nuestro medio.

Las respuestas de los profesionales a la existencia de estigmatización contra las adolescentes embarazadas son mayores que las encontradas en las entrevistas, probablemente porque ellos aprecian manifestaciones de estigmas en forma más sutil que lo que aprecian las jóvenes.



Las complicaciones del embarazo identificadas por los profesionales tienen una proporción semejante a las encontradas en las entrevistas debido a que ellos están más familiarizados con su existencia. Destacan como dolencia más frecuente los trastornos hipertensivos, que por lo demás las entrevistadas ponen también de manifiesto.

Las complicaciones del parto y del puerperio son tipificadas con bastante precisión por los profesionales debido a que ellos están más familiarizados con su ocurrencia. Precisan que la ocurrencia de infecciones y hemorragias después del parto son las más frecuentes y que concuerda con los hallazgos obtenidos desde las historias clínicas revisadas. En ningún caso hemos registrado una muerte materna debido al diseño de nuestro trabajo, que consistía en entrevistar a las adolescentes que habían tenido su parto en los cuatro hospitales públicos.

Las complicaciones del recién nacido enunciadas por los profesionales en la entrevistas son muy parecidas a las encontradas en la revisión de las historias clínicas, lo cual revela que esta variable la tienen muy clara, debido a que son ellos los que conocen de cerca la problemática neonatal. En ambos casos destacan la prematuridad, el bajo peso y el retardo del crecimiento intrauterino como problemas prevalentes.





La respuesta sobre la entrega de anticonceptivos al alta de las parturientas adolescentes está un poco por encima de la que realmente recibieron las púerperas. Concuere en todo caso en que el anticonceptivo más entregado es el inyectable hormonal trimestral. La baja proporción de entrega de anticonceptivos visiblemente representa una consejería deficiente y requiere una reorientación hacia una consejería más eficiente y un seguimiento más cercano, por cuanto se apreció en las entrevistas a las adolescentes que hay un abandono importante de los métodos anticonceptivos, lo que no ocurrió con el implante.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos y discutidos en el presente estudio podría elaborarse algunas conclusiones, válidas para el Perú.

-  1. El embarazo de las adolescentes es considerado uno de los problemas de salud pública más prevalentes e importantes que afectan a las mujeres peruanas. Hay evidencia del escaso reconocimiento de los derechos humanos de las adolescentes de amplios sectores de la sociedad, quienes continúan considerando el embarazo a temprana edad como un problema que no les compete.
-  2. Existe todavía un peso muy grande en el enfoque biomédico, que focaliza los diagnósticos en la salud física, dejando de lado el componente mental y el social.
-  3. El embarazo adolescente, según lo observado y estudiado, se produce en jóvenes provenientes de segmentos de pobreza y pobreza extrema, y sobre todo, provienen de familias disfuncionales. Es el caso particular la selva peruana, donde la frecuencia del embarazo en adolescentes es más alta y donde el número de gestantes es comparativamente mayor que en otros sectores. Ello, a pesar de que en el presente estudio solo se incluyó a las gestantes menores de 18 años, considerándose que, a medida que aumenta la edad de las adolescentes, crece el número de embarazos.
-  4. Las características socioeconómicas de las adolescentes que quedaron embarazadas son similares en las diferentes regiones estudiadas, en

tanto que la mayor parte (43,9%) tenía secundaria incompleta; adujeron problemas económicos y financieros para la manutención del hijo o hija a y requirieron ayuda de los padres o abuelos y abuelas. La mayor parte de adolescentes estudiadas se identifica como amas de casa (83,5%) y fueron embarazadas con mayor frecuencia por su pareja (84,9%) o enamorado.

- 5.** Es importante el impacto del embarazo en la salud social de las adolescentes, dado que el 77% abandonó sus estudios y el 95% no trabaja o dejó de trabajar. Estos resultados, más el apoyo económico restringido de la pareja y de la familia, limita mucho el desarrollo de un proyecto de vida en estas jóvenes y prolonga el circuito de pobreza en el que viven.
- 6.** El 25% de las adolescentes embarazadas sintió estigmatización del personal de salud, y en mayor proporción de la familia y de su entorno social, por el solo hecho de estar gestando, situación que fue más notoria en las menores de 15 años. Paralelamente a lo anterior, es deficiente la capacitación de las y los profesionales de la salud que entregan atención obstétrica a las embarazadas adolescentes.
- 7.** El 87,8% de las adolescentes contestó que su embarazo fue producto de relaciones voluntarias y 12,2% indicó que fue producto de violación sexual. Sin embargo, existen indicios de que se han dado otras clases de violencia sexual como origen del embarazo.
- 8.** El 13,7% de las adolescentes hizo el intento de interrumpir su embarazo y un 6,5% tuvo la intención de suicidarse. El 55% de las adolescentes acusó trastornos emocionales durante el embarazo, la mayoría en relación con un síndrome depresivo. Al momento de la visita domiciliar se redujeron a 35%. Respecto del cuidado del niño o niña en el momento de la entrevista, un 25,2% de las adolescentes dijo sentir como un “deber” cuidar al niño o niña y un 5% sintió poco vínculo afectivo con su hijo o hija, siendo que, el 1,4% no lo aceptaba aún y 8,6% se estaba amoldando a su situación. Este 40% representa evidentemente un riesgo para la supervivencia de los niños y niñas.

- 9.** Un 89% de las adolescentes contaron con atención de salud prenatal, concentrándose en seis el número de consultas recibidas e iniciando su atención en promedio a las diecisiete semanas de embarazo. Ha sorprendido el resultado sobre la tasa de cesáreas en adolescentes, en tanto que fue menor a la tasa de cesáreas de la población general. Cerca del 80% de ellas recibió educación en nutrición y consejería en anticoncepción durante la atención prenatal y la calificó como “buena”; sin embargo, solamente el 57,55% de las adolescentes salió de alta aplicándose o asumiendo un algún método anticonceptivo. Esta cifra, en proporción, se redujo en 20 puntos porcentuales al momento de tomar la entrevista. Esto podría explicar algunas deficiencias en la consejería, puesto que el abandono de métodos es el que explica que 12,2% de adolescentes se haya vuelto a embarazar después del parto.
- 10.** El parto en las adolescentes ocurrió en promedio a las 37,7 semanas de gestación y la modalidad de parto más frecuente (73,4%) fue la vaginal. Las cesáreas fueron más frecuentes en las menores de 15 años.
- 11.** Las complicaciones del embarazo se presentaron en 63,31% de las adolescentes, y destacan entre ellas, la infección urinaria, los trastornos hipertensivos, náuseas y vómitos, infecciones vaginales, anemia y ruptura prematura de membranas. Un 23,7% de adolescentes tuvo complicaciones en el puerperio, siendo las más frecuentes los trastornos hemorrágicos, seguidos de infecciones, ambas de mucho riesgo para la salud y la vida de las adolescentes.
- 12.** Un 17,7% de recién nacidos/as tuvo complicaciones: las más frecuentes fueron nacimientos prematuros, retardo del crecimiento intrauterino, pequeño para la edad gestacional y bajo peso al nacer, que en conjunto representan 13%. Esta situación pone en riesgo la supervivencia de los/las recién nacidos/as durante su primer año de vida. A estos datos debe sumársele que más del 60% de los niños y niñas viven con los abuelos maternos, la familia del padre o con otros familiares, lo que representa una carga económica y social para los hogares de los familiares y un conflicto para el adecuado cuidado del/la recién nacido/a y de la adolescente.

RECOMENDACIONES

- Prestar atención integral a la salud de las adolescentes, con apoyo del personal de salud, de sus familiares y del entorno social que las rodea.
- Indagar detalladamente en el grupo de adolescentes embarazadas por indicios de violación sexual y otras formas de violencia sexual.
- Realizar vigilancia estrecha del embarazo en las adolescentes que presentan trastornos emocionales o en su salud mental, por el riesgo de suicidio.
- Facilitar el acceso temprano de las gestantes adolescentes a los servicios de atención prenatal para detectar tempranamente las complicaciones.
- Realizar el diagnóstico y el manejo temprano de la anemia en las gestantes adolescentes.
- Mejorar las actividades de orientación y consejería en planificación familiar y uso de anticonceptivos durante la atención prenatal y previamente al alta postparto.

- Incrementar la entrega de métodos anticonceptivos seguros al dar de alta a las parturientas adolescentes y ofertar con más frecuencia los métodos anticonceptivos de larga duración.
- Poner mayor atención a las complicaciones de la salud mental y social de las adolescentes embarazadas.
- Trabajar más estrechamente con el personal de salud, con el fin de reducir o erradicar la estigmatización de las embarazadas adolescentes.
- Capacitar al personal de salud en el tema de la atención a las adolescentes embarazadas y fortalecer la capacitación de aquellos/as profesionales que ya la han recibido.
- Mejorar los programas sociales para apoyar a las gestantes y parturientas adolescentes para reducir las posibilidades de que se mantenga el circuito de la pobreza.
- Comprometer a las y los tomadores de decisiones con la salud y la vida de las adolescentes.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gómez PI, Molina R, Zamberlin N, Távora L. *Factores relacionados con el embarazo y la mortalidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe*. Lima: Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia Y Ginecología (FLASOG) 2011, pp 86
2. Leppälahti S, Gissler M, Mentula M, Heikinheimo O. *Is teenage pregnancy an obstetric risk in a welfare society? A population-based study in Finland, from 2006 to 2011*. *BMJ* 2013 open, 3(8), e003225.
3. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J. *et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study*. *BJOG: An Inter J Obstet Gynecol* 2014, 121(s1): 40-48.
4. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. *Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study*. *Am J Obstet Gynecol* 2005, 192(2): 342-349.
5. Chen XK, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M. *Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study*. *Int J Epidemiol* 2007, 36(2): 368-373.
6. Távora L. *Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú*. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 2004; 50(2): 111-122.
7. Neal, S, Matthews Z, Frost M, Fogstad H, Camacho AV, Laski L. *Childbearing in adolescents aged 12–15 years in low resource countries: a neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries*. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2012, 91(9): 1114-1118.



8. Artículo 163 del Código Penal Peruano, Lima-Perú 1991.

9. UNFPA. *Estado de la población mundial 2013. Maternidad en la niñez*. New York: UNFPA 2013, pp. 132.

10. WHO. *Guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive health outcome among adolescents in developing countries*. Geneva: WHO 2011, p. 208.

11. Banco Mundial. *Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y El Caribe*. Washington DC: BM 2012, pp. 32.

Impacto del embarazo en la salud de las adolescentes (Perú)
de Dr. Luis Távara, Mag. Luis Orderique, Lic. Denise Sacsa,
Dr. José Oña, Lic. Yolanda Galecio, Lic. Catalina García,
Dr. Walter Leveau, Lic. Silvia Sandoval, Lic. Rocío Villavicencio
Dr. Julio Aguilar, Lic. María Luisa Arias, Lic. Carolina Valencia,
Dr. Jorge Avalos, Dr. Ovidio Chumbe y Lic. Silvia Huamaní
se terminó de imprimir en setiembre 2015
en Lettera Gráfica. *Lima, Perú*

PROMSEX

CENTRO DE PROMOCIÓN Y DEFENSA
DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

www.promsex.org

PROMSEX

CENTRO DE PROMOCIÓN Y DEFENSA
DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

www.promsex.org

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de:



ISBN: 978-612-4106-25-5



9 786124 106255