

¿SE
EMBARAZÓ
MI NIÑA!

**ANÁLISIS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE
EN PIURA Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN**

¡SE EMBARAZÓ MI NIÑA!





**¿SE
EMBARAZÓ
MI NIÑA!**

**ANÁLISIS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE
EN PIURA Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN**

TÍTULO:

¡SE EMBARAZÓ MI NIÑA!

Análisis del embarazo adolescente en Piura y propuestas de intervención.

AUTORES:

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Mg. José Pablo Juárez Vílchez

CO INVESTIGADORAS

Lic. Cecilia Beatriz Bustamante García

Ing. Milagros Rosa Mendoza Urbina

ASISTENTES DE INVESTIGACIÓN

Lic. María Aurelia Querevalú Yenque

Obst. Carlos Guerrero Rivera

Promotora María Domitila Abanto Lameda

EDITADO POR:

CENTRO IDEAS

Centro de Investigación, Documentación, Educación, Asesoría y Servicios

Jr. Tambogrande Q-8, Urb. Santa Ana II Etapa, Piura – Perú.

Ideas_piura@ideas.org.pe

(51-073) 331967 (51-073) 607346 Fax: (51-073) 607347

www.ideas.org.pe

Primera Edición, Mayo 2017

1000 ejemplares

DISEÑO Y EDICIÓN

Centro IDEAS

Lic. Miguel Ángel Meléndez Maldonado

FOTOGRAFÍA

Centro IDEAS

Lic. Miguel Ángel Meléndez Maldonado

IMPRESIÓN:

Impulsores Gráficos E.I.R.L.

Calle Lima N° 664, Piura – Perú

Mayo - 2017

HECHO EL DEPOSITO LEGAL EN LA BIBLIOTECA NACIONAL DEL PERU N° 2017- 05743

ISBN: 978-612-45374-4-8

CONTENIDO

PRÓLOGO	07
I. INTRODUCCIÓN.....	11
II. CONTEXTUALIZACIÓN.....	15
III. LA INVESTIGACIÓN	23
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	33
V. CONCLUSIONES	55
VI. RECOMENDACIONES	61
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65

PRÓLOGO

Al leer el testimonio de una de las adolescentes madres de 15 años que han sido entrevistada en el desarrollo del presente estudio, que dice: “No recuerdo que mis padres me hayan dado cariño... abrazos, como que te digan te quiero hijita... o...yo te voy a apoyar... nada. Si recuerdo mucho de sus peleas y el maltrato que me daban”; se evidencia que el problema del embarazo en adolescentes no es un dato estadístico frío, sino que detrás de cada dato hay una historia personal pasada y presente, de mujeres adolescentes que refleja un drama humano que marca la trayectoria de vida de cada adolescente en tanto persona con sueños y aspiraciones como madre de una niña o niño.

El estudio “Análisis del Embarazo en Adolescentes en Piura y Propuesta de Intervención”, elaborado por Centro IDEAS y la Gerencia Regional de Desarrollo Social del Gobierno Regional Piura, tiene la virtud de acercarnos a los rostros concretos de las mujeres adolescentes que viven día a día las consecuencias, las implicancias del embarazo y la

maternidad en adolescentes, en sus respectivos entornos de la familia, la sociedad y el Estado.

En ese sentido, esta investigación es un importante insumo para darle “carne y sentimientos” a las políticas de prevención y atención del embarazo en adolescentes; tiene el potencial grande de generar la empatía necesaria en los gestores públicos y los actores de la sociedad civil para analizar de manera más concreta y con evidencia, las intervenciones que actualmente venimos ejecutando el Gobierno Regional y los Gobiernos Locales en concertación con la Sociedad Civil; así como generar un devenir institucional de mejora y fortalecimiento de estas intervenciones de política pública regional.

Los datos estadísticos nos señalan que el embarazo en adolescentes viene disminuyendo en el departamento de Piura, pasando de 18.1% en el año 2013, al 15.1% en el año 2016¹. Son tres puntos porcentuales de disminución en un periodo de tres años. Es necesario reconocer que estos tres puntos menos en el emba-

¹ INEI. Encuesta Demográfica y Salud Familia - ENDES, años 2013 y 2016.

razo en adolescentes refleja los esfuerzos realizados por el Gobierno Regional, los Gobiernos Locales, los actores de la sociedad, los espacios de concertación y las lideresas y líderes representantes de niñas, niños y adolescentes, agrupados en espacios de articulación local y regional, como el Consejo Regional por los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes – COREDNNA y el Consejo Consultivo de Niñas, Niños y Adolescentes – CONNA.

En la disminución del embarazo en adolescentes se ven reflejados los esfuerzos que los actores hemos puesto en el diseño, implementación y monitoreo de los Centros de Formación para el Desarrollo Integral del Adolescente – CEFODIA, como la principal estrategia innovadora nacida de un proceso de concertación y articulación; donde los gobiernos locales tienen un importante protagonismo en los espacios distritales; así mismo se debe resaltar a los CEFODIA como una matriz institucional que refleja nuevos arreglos interinstitucionales para articular esfuerzos, capacidades, recursos y objetivos institucionales que hacen realidad a los CEFODIA como un proceso disruptivo, que nació desde los actores regionales, y a la vez marcó un punto de quiebre positivo en el devenir de las políticas nacionales y

regionales de prevención y atención del embarazo en adolescentes.

Por otro lado, los tres puntos de disminución del embarazo en adolescentes en el periodo indicado, ponen de relieve el imperativo de redoblar y renovar los esfuerzos de los diversos actores. Esfuerzos que deben llevarnos a una mayor disminución del embarazo en adolescentes de cara al año 2021. Por lo que, hay que tomar en cuenta que la política pública para prevenir y disminuir el embarazo en adolescente está claramente establecida en el Plan Regional por los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes 2016 – 2021, el cual ha contado con la participación y compromiso de diversos actores gubernamentales y de la Sociedad Civil, y –lo más importante- con la participación activa de las lideresas y los líderes representantes de niñas, niños y adolescentes.

En este contexto, partiendo de lo que hemos avanzado en la disminución del embarazo en adolescentes y teniendo como perspectiva los desafíos que ello mismo nos plantea a las familias, al Estado y a la sociedad como conjunto, el presente estudio nos proporciona una serie de importantes evidencias que nos ayudan a comprender de mejor manera la maternidad en adolescentes desde nuestro propio contexto regional, tanto desde las

historias de contexto sociofamiliar propias de cada una de las adolescentes entrevistadas; así como a sus sueños y perspectivas. Todo ello nos interpela y acerca de manera desencarnada al pasado, presente y futuro de cada adolescente que está embarazada o ya es madre.

Tenemos en nuestras manos este importante aporte académico, desarrollado por el investigador Pablo Juárez Vilchez, que por su naturaleza, objetivos y metodología no sólo tiene un carácter técnico, sino sobre todo tiene un carácter político, puesto que las historias que nos presenta, los

datos y conclusiones a las que arriba el estudio, no se pueden quedar en una lectura personal pasiva e indiferente sino que debe movilizarnos hacia la acción comprometida, inteligente y disruptiva; debe comprometernos aún más en términos éticos y legales, con cada adolescente de nuestra región en tanto son ciudadanas y ciudadanos sujeto de derechos; son personas que nos comprometen con el desarrollo pleno de sus capacidades y son un importante grupo poblacional cuyos proyectos de vida, son el presente y el futuro de nuestra región y de nuestro país.

José Luis Calle Sosa
Sub Gerente Regional de Desarrollo Social
Gobierno Regional de Piura



ANÁLISIS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN PIURA Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

La adolescencia tradicionalmente se ha definido como una etapa de la vida comprendida entre los 10 y 19 años de edad, concebida esta como un periodo de tensiones e inestabilidad emocional, por lo que es reconocida como una etapa abrumada por problemas y riesgos, especialmente relacionados con la sexualidad y la reproducción.

Esta concepción es la que se viene usando en las investigaciones e intervenciones dirigidas a esta etapa de vida según el referente histórico del estudio de Stanley Hall desde el año 1904. (Alvarado & Noguera, 2012; Davila_León; Adasko, 2005). Sin embargo, hay que anotar que el desarrollo de la adolescencia no es homogéneo en estos rangos de edad. Lo más grave es que tampoco hay

registros de información diferenciada por edades, especialmente en el ratio que comprende a las menores de 15 años.

Por otro lado, los estudios recientes de neurociencias, sostienen que la adolescencia es un periodo donde continúa el rápido desarrollo cerebral que conduce a nuevas capacidades y comportamientos para mejorar su tránsito en los contextos familiares, de pares, ámbitos educativos, de la salud individual y colectiva (Viner-Russell, 2012); que combinado con la influencia y estimulación cultural proveen las condiciones para el desarrollo del libre albedrío (Sigrid, 2013), consolidándose el aprendizaje para pasar de la heteronomía a la autonomía.

Desde mediados del siglo XX, se empieza a concebir el embarazo en adolescentes como un problema de salud pública y de derechos humanos de alto impacto negativo, debido al incremento del riesgo en la salud física, mental y social de las adolescentes madres y del recién nacido; reproducción de familias tempranas, prevalencia de bajos niveles educativos de las mujeres y reproducción de la pobreza.

Se sostiene que, desde lo biológico estos embarazos pueden culminar en abortos inseguros de alto riesgo (PNUD, 2012), partos prematuros, recién nacidos con bajo peso. Otros resaltan que las adolescentes no acuden al control prenatal o lo hacen tardíamente (Heston, 2008), lo que ocasiona que algunas enfermedades no se detecten oportunamente y luego coloque a la adolescente en riesgos muy graves que pueden terminar en muertes maternas.

A nivel social, las adolescentes que se embarazan suelen abandonar sus estudios y con ello obtener empleos con menores sueldos, además se reduce la posibilidad de alcanzar las metas que se plantean en su plan de vida, debido a que luego del parto deben cuidar a su hijo/hija y a sus

hermanos menores, afectando su desarrollo personal (Vásquez, 1997).

Alrededor del mundo, desde hace aproximadamente cuatro décadas se vienen realizando diversas investigaciones desde las ciencias sociales y la salud sobre esta etapa de vida, tratando de responder a diferentes preguntas, especialmente las referidas a la iniciación sexual, prácticas y preferencias sexuales, conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos, condiciones de acceso y uso de los servicios de salud sexual y reproductiva, motivos para continuar o interrumpir embarazos, prácticas abortivas y experiencias de maternidad/paternidad, entre otras.

También es importante resaltar que los temas referidos a violencia y abuso sexual han sido muy poco explorados a pesar de que se ha reconocido que tienen gran influencia para obstaculizar el desarrollo pleno de las adolescentes.

En la actualidad, la mayor parte de las investigaciones intentan responder tres preguntas fundamentales: **¿cuáles son los factores que contribuyen a que las y los adolescentes inicien sus relaciones sexuales?, ¿cuáles son los factores que inciden**

en el uso inconsistente o no uso de métodos anticonceptivos? y ¿cuáles son las causas y las consecuencias del embarazo, la maternidad y la paternidad en estas edades? (Weller, 2000; Stern y Medina, 2000; Stern y García, 2001; Pantelides, 2004; Paiva et al., 2004).

Es por ello que el planteamiento de una investigación que nos ayude a identificar y analizar los entornos de las adolescentes que son madres y que han decidido su maternidad y los procesos de su aceptación, así como su perspectiva futura; es prioritario en el departamento de Piura, a fin de contar con nuevos elementos sobre

el rol que juegan las familias, las instituciones de socialización y el Estado, sobre el deseo o no de un embarazo en las adolescentes; y de esta manera generar el planteamiento de políticas públicas integrales que respondan a esta problemática en nuestro medio.

Con la presente investigación tratamos de valorar y reconocer a las adolescentes como sujetos de derecho, para quienes se debe generar condiciones y oportunidades para que puedan desarrollarse integralmente, con buen manejo de su sexualidad y con amplia libertad y capacidad para tomar decisiones.

Desde mediados del siglo XX, se empieza a concebir el embarazo en adolescentes como un problema de salud pública y de derechos humanos de alto impacto negativo, debido al incremento del riesgo en la salud física, mental y social de las adolescentes madres y del recién nacido; reproducción de familias tempranas, prevalencia de bajos niveles educativos de las mujeres y reproducción de la pobreza.





CONTEXTUALIZACIÓN

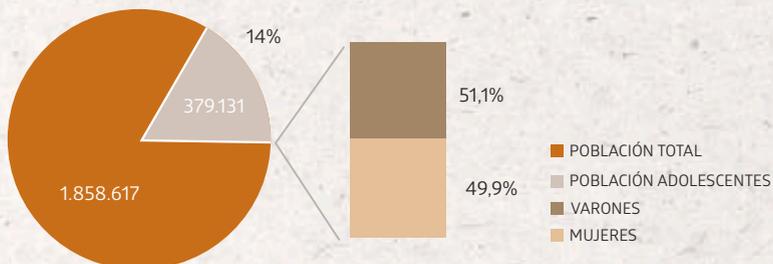
Piura es el tercer departamento con mayor volumen poblacional del Perú, al presente año tiene una población total proyectada de 1'858,617 habitantes, de los cuales el 20,4% tiene entre 10 y 19 años y de ellos 187,290 (49,9%) son mujeres expuestas a un embarazo en esta etapa de su vida, conforme se puede apreciar en la tabla 01 y el gráfico 01.

TABLA 01
POBLACIÓN ADOLESCENTE POR SEXO Y GRUPO ETARIO
DEPARTAMENTO DE PIURA 2016

Grupo Etario	Varones	Mujeres	TOTAL
10 - 14 años	97.426	95.115	192.541
15 - 19 años	94.415	92.175	186.590
TOTAL	191.841	187.290	379.131

Fuente: DIRESA Piura OITE.blogspot.com – Elaboración propia

GRÁFICO Nº 01
POBLACIÓN DE 10 – 19 AÑOS SEGÚN SEXO Y GRUPO ETARIO
DEPARTAMENTO DE PIURA 2016

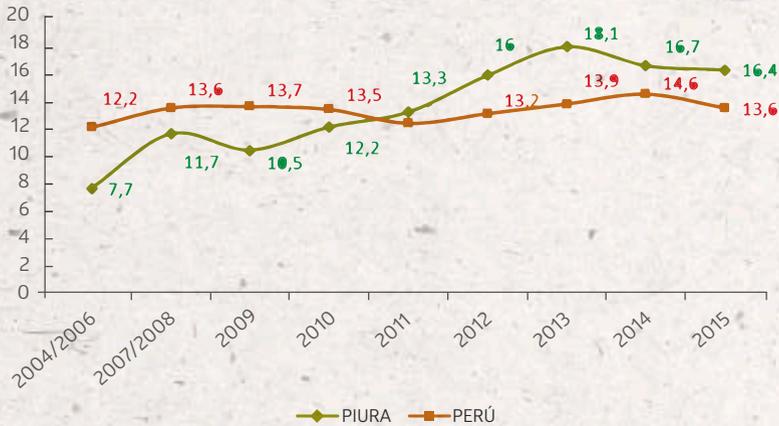


Fuente: DIRESA Piura OITE.blogspot.com – Elaboración propia

SITUACIÓN ACTUAL Y TENDENCIAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

La tasa del embarazo adolescente en el departamento de Piura tiene dos momentos importantes, desde el año 2004 ha tenido una tendencia de incremento sostenido hasta el año 2013 que llegó a 18,1%, luego inicia un descenso muy discreto, y entre el año 2015 y 2016 solo ha descendido 0,3%; también es importante mencionar que teniendo una tasa promedio de 16,4% la región Piura se ubica por encima del promedio nacional que es de 13,6%, situación que se ha mantenido desde el año 2011 según se puede apreciar en el siguiente gráfico.

GRÁFICO N° 02
TASA DE EMBARAZO ADOLESCENTE
DEPARTAMENTO DE PIURA 2004 – 2015



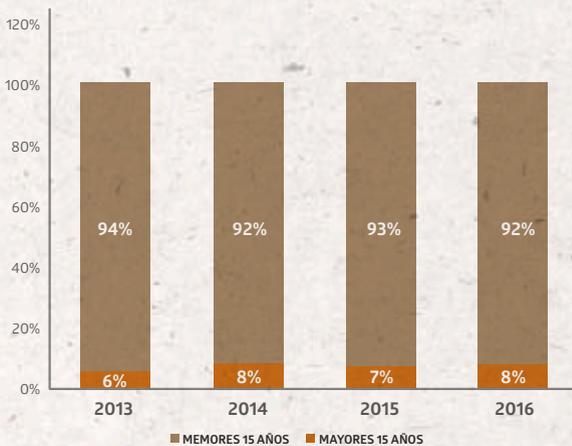
Fuente: ENDES 2015 – Elaboración propia

En el departamento de Piura, durante el año 2016, se atendieron 2,579 adolescentes embarazadas entre 10 y 17 años en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) adscritas a la Dirección Regional de Salud, dato que nos conduce a inferir la existencia de 215 nuevas gestantes adolescentes cada mes en y siete cada día.

De este total, el 8% corresponde a adolescentes cuyas edades oscilan entre 10 y 14 años y de quienes muy poco se sabe, porque generalmente, cuando se mencionan adolescentes, las estadísticas nacionales como la ENDES sólo considera al grupo comprendido entre las mayores 15 años de edad.

Al analizar en forma desagregada estas estadísticas, encontramos que el grupo comprendido entre 10 y 14 años, es el que está creciendo sostenidamente comparado con el grupo de 15 a 19 años, pues en el año 2013 las menores de 15 años representaban el 6% de todos los embarazos adolescentes y para el año 2016, este porcentaje se ha incrementado hasta el 8%, según se puede apreciar en el gráfico número 03.

GRÁFICO N° 03
EMBARAZO ADOLESCENTE EN MENORES Y MAYORES DE 15 AÑOS
DEPARTAMENTO DE PIURA 2013 - 2016



Fuente: DIRESA Piura OITE.blogspot.com. Elaboración propia

En la tabla N° 2, se presenta información sobre los embarazos adolescentes atendidos en las IPRESS de la DIRESA en Piura por provincia y por edad específica durante el periodo enero - junio 2016.

La Provincia de Piura es la que registra el mayor número embarazos en adolescente tanto en menores como en mayores de 15 años, seguida de la Provincia de Sullana.

TABLA N° 02
EMBARAZOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN IPRESS DIRESA,
SEGÚN PROVINCIA. DEPARTAMENTO DE PIURA ENERO – JUNIO 2016

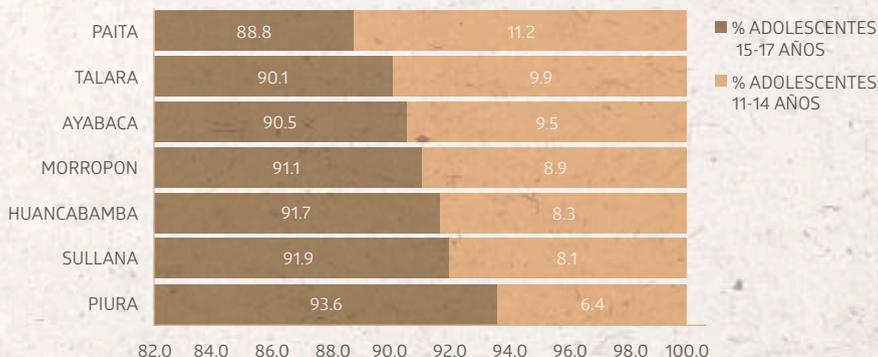
PROVINCIA	11 Años	12 Años	13 Años	14 Años	MENORES 14 Años	15 Años	16 Años	17 Años	MAYORES 15 Años	TOTAL 11 A 17 Años
PIURA	0	0	6	25	31	48	175	230	453	484
SULLANA	0	2	1	12	15	34	62	75	171	186
AYABACA	0	0	6	8	14	30	41	63	134	148
MORROPÓN	0	0	2	9	11	30	34	48	112	123
HUANCABAMBA	0	2	4	4	10	14	45	51	110	120
PAITA	0	0	2	9	11	17	34	36	87	98
TALARA	1	1	0	5	7	8	18	38	64	71
TOTAL	1	5	21	74	101	193	444	580	1217	1318

Fuente: DIRESA Piura OITE.blogspot.com (Elaboración Segundo Livia)

En el gráfico N° 04, se puede apreciar que es la Provincia de Paita la que presenta el mayor porcentaje de embarazos en adolescentes menores de 15 años (11,2%) durante este año respecto al total de adolescentes embarazadas en este mismo periodo, seguida de la Provincia de Talara, y luego Ayabaca; lo cual implica que las intervenciones tienen que estar priorizadas en forma focalizadas, por un lado priorizar las provincias con mayor porcentaje de embarazos adolescentes, pero también priorizar aquellas provincias que tienen mayor porcentaje de embarazos en menores de 15 años.

GRAFICO Nº 04

PORCENTAJE DE EMBARAZOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN IPRESS DIRESA, SEGÚN PROVINCIA. DEPARTAMENTO DE PIURA ENERO – JUNIO 2016

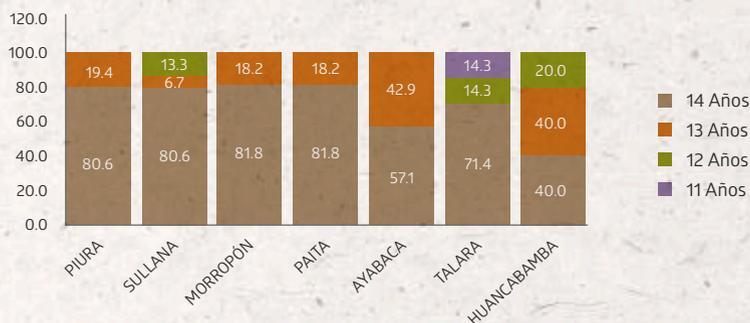


Fuente: DIRESA Piura OITE.blogspot.com – Elaboración propia

Profundizando el análisis en el grupo de gestantes entre 10 y 14, se evidencia que la provincia de Piura presenta el mayor número de casos, de los cuales el 80,6 % corresponde a adolescentes sólo de 14 años, seguida de las de 13 años con 19,5%. En segundo lugar se ubica la provincia de Huancabamba, donde se registra que el 40 % de embarazos son de adolescentes de 14 años y en similar proporción están las adolescentes de 13 años y el 20% corresponde al grupo conformado por adolescentes de 12 años de edad.

GRÁFICO: Nº5

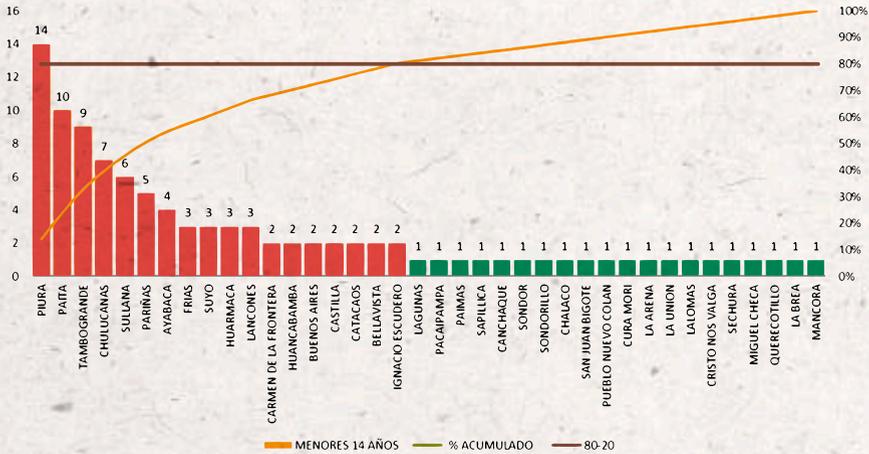
PORCENTAJE DE EMBARAZOS ADOLESCENTES DE 10-14 AÑOS, ATENDIDOS EN IPRESS DIRESA, SEGÚN PROVINCIA. DEPARTAMENTO DE PIURA ENERO – JUNIO 2016



Fuente: DIRESA Piura OITE.blogspot.com – Elaboración propia

A continuación, se presenta un gráfico que muestra los embarazos adolescentes de 10 a 14 años por distrito. Se puede apreciar que los distritos de Piura, Paita, Tambogrande, Chulucanas, Sullana, Pariñas y Ayabaca, son los que tienen el mayor número de casos.

GRÁFICO 06
EMBARAZOS ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS ATENDIDOS EN IPRESS DIRESA, SEGÚN DISTRITO. DEPARTAMENTO DE PIURA. ENERO – JUNIO 2016



Fuente: DIRESA Piura OITE.blogsport.com – Elaboración propia

En el departamento de Piura, durante el año 2016, se atendieron 2,579 adolescentes embarazadas entre 10 y 17 años en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) adscritas a la Dirección Regional de Salud. De este total, el 8% corresponde a adolescentes cuyas edades oscilan entre 10 y 14 años y de quienes muy poco se sabe, porque generalmente, cuando se mencionan adolescentes, las estadísticas nacionales como la ENDES sólo considera al grupo comprendido entre las mayores 15 años de edad. Pero al analizar en forma desagregada estas estadísticas, encontramos que el grupo comprendido entre 10 y 14 años, es el que está creciendo sostenidamente comparado con el grupo de 15 a 19 años de edad.





LA INVESTIGACIÓN

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El embarazo adolescente implica una etapa de mucha vulnerabilidad para las mujeres porque deben interrumpir sus sueños, metas, proyectos personales, escolaridad y muchas veces continuar expuestas a un segundo embarazo bajo circunstancias cada vez más precarias, es por ello que el embarazo adolescente es considerado uno de los problemas de salud pública más prevalentes e importantes de estos tiempos en la medida que viene afectando cada año a miles de mujeres adolescentes del Perú y del departamento de Piura.

Los datos estadísticos nacionales sobre este tema, muestran que el departamento de Piura tiene una tasa de embarazo adolescente en la última medición de la ENDES de 16,4%, mayor al promedio nacional y se ha mantenido sostenidamente en los últimos cinco años, pero es importante considerar que las estadísticas de la ENDES sólo registran a las adolescentes mayores de 15 años, por lo cual se desconoce lo que viene ocurriendo respecto al embarazo en adolescentes menores de 15 años.

Dado este contexto, queda muy claro que la situación del embarazo adolescente es crítica y preocupante en nuestro medio, cada vez es más frecuente y se está produciendo a una edad más precoz. Por ello la Gerencia Regional de Desarrollo Social del Gobierno Regional de Piura y Centro IDEAS

– Piura, han creído conveniente conducir una investigación en el territorio departamental que nos brinde respuestas y explicaciones sobre los determinantes que condicionan el embarazo en esta etapa, así como también conocer el impacto que viene ocasionando en la vida de nuestras adolescentes y su entorno familiar y social, para poder plantear propuestas legislativas y de políticas públicas que respondan a enfrentar esta problemática de manera más consistente e integral.

LOS OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

- Describir los determinantes que condicionan el embarazo adolescente y su impacto en la salud en el departamento de Piura.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el impacto en la salud física, psicológica y social, del embarazo en la vida de la adolescente.
- Describir los contextos personales, familiares y de acceso a servicios públicos que condicionan el embarazo en las adolescentes.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente es un estudio retrospectivo realizado en dos fases:

- Una fase cuantitativa, de corte transversal que empleó una encuesta pre codificada realizada con la finalidad de conocer el impacto del embarazo en la salud de las adolescentes.

- Una fase cualitativa, diseñada con una perspectiva exploratoria y descriptiva apoyada en el construccionismo social o socioconstruccionismo, realizada con la finalidad de recoger información que nos permita conocer los contextos personales, familiares y de acceso a los servicios públicos que condicionan embarazos en adolescentes en nuestro departamento.

LA FASE CUANTITATIVA

Esta parte del estudio se realizó en seis ciudades del departamento de Piura, donde existe una IPRESS de la DIRESA con nivel para atención institucional de partos.

- De segundo nivel II-1 de atención se incluyó: Hospital Santa Rosa (Piura), Hospital las Mercedes (Paita) y Hospital de Chulucanas (Chulucanas).
- De primer nivel de atención se incluyó: IPRESS I-4 Bellavista (Distrito Sullana), IPRESS Castilla (Distrito Castilla) e IPRESS Sechura (Distrito Sechura).

Participaron 213 adolescentes, seleccionadas mediante muestreo aleatorio simple, entre los meses de enero a marzo del 2016; la edad de las participantes es entre 10 y 17 años, cuyas características demográficas se describen en la tabla N° 03.

TABLA 03
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS ADOLESCENTES PARTICIPANTES

CARACTERÍSTICAS	PARTICIPANTES
Edad	
10 – 14 años	22
15 – 17 años	191
Ocupación	
Estudiante	30
Ama de casa	178
Otros	05
Escolaridad	
Primaria incompleta	2
Primaria completa	31
Secundaria incompleta	127
Secundaria completa	49
Parejas sexuales	
1 pareja	197
2 o más parejas	16
Número de embarazos	
1 embarazo	185
2 embarazos	28
Estado civil	
Soltera	32
Casada	6
Conviviente	175
Religión	
Católica	192
Protestante	13
Otra religión	8

Fuente: Elaboración propia

a. Instrumentos

Se usó una encuesta precodificada que fue previamente validada por población objetivo y aplicada por 08 encuestadoras entrenadas para tal fin: Zeta Nunura Kathya, Pingo Ruiz Liz, Silva Purizaca Marianet, Macalupú Flores Karyn, Pacherez Huimán Daysi, Castillo Calderón Jesica, Jiménez Gemin Greys, quienes se desplazaron a cada sede para levantar la información.

b. Procedimientos

Inicialmente se coordinó con el director/jefe de las IPRESS, en el caso de IPRESS de segundo nivel también se coordinó con los jefes de departamento de ginecología y obstetricia y con las/los coordinadores del Programa de salud sexual y reproductiva, a fin de dar a conocer el estudio y contar con la autorización respectiva.

Después se solicitó a cada IPRESS la relación de puérperas de los últimos tres meses que luego fue ampliado a ocho meses y se confeccionó un padrón nominal de todas las adolescentes que tuvieron parto institucional en dicho periodo.

Posteriormente se procedió a realizar la selección de las participantes mediante muestreo aleatorio simple y el número de muestra por cada IPRESS en función al número de partos que atiende mensualmente hasta completar la cuota establecida.

c. Procesamiento de datos

La información obtenida fue revisada por el equipo de investigadores conformada por **Cecilia Bustamante García, Milagros Mendoza Urbina y Pablo Juárez Vílchez**; y luego fue ingresada en una base de datos, utilizando el programa SPSS versión 21 para procesar la información que fue presentada en tablas.

d. Análisis de datos

Se realizó análisis de frecuencia para determinar las características sociodemográficas de las participantes, y para evaluar el impacto del embarazo en forma diferenciada respecto a si fue deseado o no y su asociación estadística con:

- **Salud física:** Desarrollo del embarazo, complicaciones durante el embarazo y prevención de otro embarazo.
- **Salud mental:** Violencia de género, actitud frente al embarazo; intento de aborto, intención suicida y problemas emocionales en el post parto.
- **Salud social:** perspectivas futuras.

Se utilizó la prueba Chi cuadrado, con un valor significativo de $p < 0.005$; asimismo, se estimó el OR y sus respectivos intervalos de confianza.

e. Aspectos éticos

La participación en el estudio tuvo carácter voluntario, anónimo, confidencial y con previo consentimiento y asentimiento informado por escrito de la entrevistada y un adulto, padre /madre o tutor responsable. Se buscó que la participación sea voluntaria, anónima y con posibilidad de retiro si así lo consideraba la adolescente o su padre/madre/tutor.

LA FASE CUALITATIVA

Esta fase fue implementada con una perspectiva exploratoria y descriptiva apoyada en el construccionismo social o socioconstruccionismo, considerando que las personas participan activamente en la creación de sus percepciones sociales sobre el ejercicio de su sexualidad y reproducción, tratando de encontrar explicaciones sobre el deseo de las adolescentes de un embarazo en esta etapa de sus vidas. Se registró información mediante dos técnicas:

- **Entrevistas en profundidad.** Con el fin de obtener información directa de lo que las adolescentes sienten o piensan respecto de su deseo de embarazarse, para tratar de descifrar la perspectiva de las entrevistadas a través de su relato y en su propio universo lingüístico.
- **Grupos focales.** Que nos permitió el acceso a los consensos y disensos sobre los significados compartidos social y culturalmente por las participantes, y que fueron recreados en el contexto de la interacción propia de esta técnica; nos permitió acceder a los aspectos más sociales de la construcción.

a. Participantes

Esta fase del estudio se llevó a cabo en el periodo de marzo a junio 2016. Las participantes fueron adolescentes con embarazo y parto en los últimos seis meses, comprendidas entre 13 y 17 años de edad. Participaron 29 adolescentes seleccionadas por conveniencia, de las cuales 16 lo hicieron en dos grupos focales, clasificados de acuerdo con su edad, menor o mayor a 15 años; y 13 participaron en entrevistas en profundidad.

b. Instrumentos

Se usó una guía para las entrevistas en profundidad y otra para los grupos focales. Ambos instrumentos fueron previamente validados con la población objetivo y aplicados por entrevistadores previamente entrenados para tal fin: [María Querevalú Yenque](#), [María Abanto Lamedo](#) y [Carlos Guerrero Rivera](#).

c. Procedimientos

Las participantes fueron seleccionadas y contactadas a partir del listado nominal de adolescentes que tuvieron parto institucional en alguno de los seis establecimientos de salud que participaron en la primera fase:

- Segundo nivel de atención: Hospital Santa Rosa de Piura, Hospital de Apoyo de Sullana, Hospital de Chulucanas.
- Primer nivel de atención: IPRESS Bellavista, IPRESS Castilla e IPRESS Sechura; además se incluyó la IPRESS Cristo Nos Valga para complementar la cuota establecida.

Una vez seleccionadas las participantes se procedió a explicarles la investigación y sus objetivos, la forma de su participación y en caso de aceptación se procedía a leerles el asentimiento y consentimiento informado con un adulto y de acuerdo con la decisión, se procedía a firmarlo; posteriormente se coordinó el día, hora y lugar para el desarrollo de la entrevista y el grupo focal, que en promedio fue de una hora y dos horas respectivamente.

d. Aspectos éticos

La participación tuvo carácter voluntario, anónimo, confidencial y previo consentimiento y asentimiento informado por escrito. Se buscó que la aceptación no sea pasiva por parte de las adolescentes, sino que sea una participación sin coerción de ningún tipo, con posibilidad de retiro voluntario. Todas las participantes contaron con autorización de sus padres/tutores, además del asentimiento informado. Las transcripciones fueron codificadas para mantener el anonimato y guardadas bajo llave.

e. Análisis de datos

Para el proceso de análisis, iniciamos con una lista preliminar de códigos (enfoque de “Teoría Fundamentada”; o Grounded Theory) a fin de evitar el sesgo personal o la simplificación excesiva, esperábamos que a partir de la narración de experiencias de los participantes surgieran las categorías que finalmente representaron los núcleos de sentido claves, que nos permitieron ampliar el libro de códigos.

La lista de códigos preliminar incluyó: metas y proyectos, acceso a información en salud, inicio coital, violencia, comunicación en el hogar, acceso a servicios de consejería y a metodología anticonceptiva.

Con ayuda del software ATLAS.ti versión 5.0, se realizó la segmentación del corpus discursivo, extrayendo los fragmentos que contenían los códigos para definir las unidades básicas, contrastando y comparando las distintas opiniones, según estratos (mayor o menor de 15 años). Luego, los fragmentos extraídos fueron agrupados en dos unidades temáticas:

- El entorno de la adolescente (contexto personal y familiar).
- Acceso a servicios públicos (Acceso a orientación y consejería, acceso a metodología anticonceptiva y acceso a educación sexual integral).



El embarazo adolescente implica una etapa de mucha vulnerabilidad para las mujeres porque deben interrumpir sus sueños, metas, proyectos personales, escolaridad y muchas veces continuar expuestas a un segundo embarazo bajo circunstancias cada vez más precarias. Dado este contexto, queda muy claro que la situación del embarazo adolescente es crítica y preocupante en nuestro medio, cada vez es más frecuente y se está produciendo a una edad más precoz.



IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

IMPACTO EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTE

El embarazo en la adolescencia es considerado como 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. Además, 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.** Esta problemática sumada al 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 (Távora 2015).

A continuación, se presentan los hallazgos del impacto en la salud física, mental y social de las participantes:

1. IMPACTO DEL EMBARAZO EN LA SALUD FÍSICA DE LAS ADOLESCENTES

a. Desarrollo del embarazo

El acceso precoz al control prenatal es la intervención de salud pública de mayor costo-efectividad para reducir la morbilidad materna y perinatal OMS (2005). En nuestro país, la atención prenatal es gratuita a través del seguro integral de salud (SIS) para todas las gestantes.

El 76.5% (163/213) de las participantes del estudio inició su atención prenatal en el primer trimestre de gestación. El 89,2% de ellas (190/213) refiere que ha tenido cuatro o más atenciones prenatales en su último embarazo, sin embargo también se evidenció que muchas de ellas no

tuvieron acceso a la suplementación ni a las pruebas de laboratorio que indica la Norma Técnica del MINSA lo que evidencia la baja calidad de la atención prenatal para este grupo poblacional; el 96,2% manifiesta que ha cuidado su embarazo siguiendo las instrucciones de los profesionales de salud.

Nuestros hallazgos difieren de lo reportado por Peláez (1996), Vásquez (2001) quienes encuentran en su estudio, que la atención prenatal fue escasa y tardía.

b. Complicaciones durante el embarazo

El 46,9% (100/213) de las participantes manifiesta que ha tenido alguna complicación (hiperémesis gravídica, infección urinaria o anemia) que necesitó tratamiento médico en una IPRESS; No obstante, es importante señalar que las complicaciones fueron reportadas en mayor proporción en el grupo de adolescentes menores de 15 años que fue de 45% (10/22) frente al grupo mayor de 15 años, 42% (90/191).

Estos resultados son similares a los reportados por Vásquez (2001), quien encuentra que las gestantes adolescentes se hallan expuestas a riesgos médicos; pero se señala que las complicaciones ponen en peligro la salud de las adolescentes siempre y cuando las condiciones que rodean a las adolescentes no sean favorables para su bienestar, pues en la medida que cuentan con soporte familiar como se muestra en nuestro estudio (apoyo familiar y adecuada atención prenatal), las adolescentes pueden evolucionar su embarazo saludablemente.

c. Prevención del segundo embarazo

El 79,8% (170/213) de las adolescentes participantes refieren que han recibido consejería en planificación familiar durante el embarazo o puerperio inmediato, pero **sólo el 29,1% (62/213) recibió método de planificación familiar antes del alta**. El 28,2% (60/213) expresa que inició el uso del método hormonal parenteral en el post parto inmediato, y su uso se incrementa a 53,1% (113/213) alrededor del quinto mes post parto.

2. IMPACTO DEL EMBARAZO EN LA SALUD MENTAL DE LAS ADOLESCENTES

a. Violencia basada en género

En el mundo, millones de niñas y mujeres se encuentran sufriendo situaciones de violencia debido a las desigualdades en las relaciones de género ocasionando una grave violación de los derechos humanos de las mujeres.

Esta situación se caracteriza por la prevalencia dentro del contexto familiar, aceptada por la sociedad y con grave impacto sobre la salud de las mujeres (UNFPA, 2004). Desde 1998, la Organización Panamericana de la Salud ha declarado que la violencia es una de las amenazas más grandes a la salud y a la seguridad pública en las Américas, en la adolescencia y juventud.

Desde una perspectiva de género, el embarazo adolescente representa una situación que posiciona la vida de una mujer en una condición de particular vulnerabilidad en relación a las macro estructuras sociales de pensamiento: el machismo y los roles estereotipados de género (Lohan y Molina, 2010) y la violencia durante esta etapa se convierte en un determinante social muy importante de la salud.

Es por ello que en el presente estudio se aborda la ocurrencia de estos eventos en la vida de las participantes, donde encontramos que el **39,9% (85/213) de ellas ha sufrido algún tipo de violencia basada en género durante el proceso del embarazo. Respecto al agresor, se encontró que la pareja de la adolescente ocasiona el 54,1% (46/85), de episodios de violencia hacia ella.**

- **Violencia verbal**

La violencia verbal es el tipo de violencia más reportado por las participantes: 69,4% (59/85), porcentaje mayor al encontrado por Lam-Figueroa (2009) sobre violencia en madres adolescentes, en Lima Metropolitana, donde encontró que el 53,8% de las participantes sufrió de violencia verbal, asimismo Contreras-Pulache y Col, 2013 encontraron que el 48,6% de adolescentes puérperas sufrieron de violencia verbal.

- **Violencia sexual**

En nuestro estudio también encontramos que el 2,3% (2/85) de las adolescentes sufrieron violencia sexual, cuyo agresor fue una persona del círculo familiar y como consecuencia de la agresión sexual se originó el embarazo reportado. En el estudio de Contreras-Pulache y Col, 2013 se reportó que el 6,8% de las participantes sufrió de violencia sexual durante el embarazo.

Esta situación que viven nuestras adolescentes, podría relacionarse con la afirmación de Hoga, (2008, 2010) que encuentran que la maternidad durante la adolescencia (15 a 19 años) es una opción para algunas mujeres que perciben el rol de madres como una fuente de afecto y vía de escape ante problemas familiares como la violencia sexual y doméstica.

b. Actitud frente al embarazo

El 63,8% (136/213) de las participantes manifiestan que el último embarazo fue deseado, aunque hay que considerar el sesgo que puede tener el hecho que la pregunta se formula en el momento del puerperio, donde ya se ha establecido un vínculo afectivo muy fuerte entre la mamá adolescente y su hijo/a, lo cual pudiera haber influido para la respuesta afirmativa.

Sin embargo, también hemos encontrado en nuestro estudio que cuando las adolescentes tienen un embarazo a más temprana edad (menos de 15 años), hay más posibilidades de que dicho embarazo sea no deseado (OR= 2.13 $p < 0.000$). Estos resultados concuerdan con los reportados por Paz (1999) y Langer (2002), quienes encontraron que las adolescentes menores tienen mayormente embarazos no deseados, lo que las sitúa en una situación de gran vulnerabilidad porque no saben qué hacer o a dónde acudir.

c. Intento de aborto

Asimismo, se encuentra que en el grupo de adolescentes menores de 15 años hay más riesgo de intento de maniobras abortivas (OR= 5.221 $p < 0.000$), estos resultados concuerdan con algunos hallazgos similares,

Langer (2002), Paz (1999), y un estudio realizado en Brasil (Hardy, 1993), quienes estimaron que aproximadamente el 20% de los abortos clandestinos fueron realizados por médicos en clínicas y el 50% fueron realizados en casas particulares por la propia mujer o por personal sin entrenamiento, lo grave es que éstos se complicaron con serias consecuencias para las adolescentes.

d. Intención suicida

Ante un embarazo no deseado, una mujer también puede recurrir al suicidio o ser víctima de un homicidio/femicidio. Diversos autores han expresado su preocupación sobre este tema y se han referido a ellas como “el tema ausente” en los estudios sobre la mortalidad materna (Frausschi, 1994; Rizzi 1998; Ronsmans 1999). Según Newport (2007), el rechazo de una mujer al embarazo tiene que ver con la ideación suicida, especialmente si no está casada, es adolescente, tiene menor escolaridad y padece depresión o trastorno de ansiedad.

Otro hallazgo importante es el referido a la intención suicida, encontramos que las adolescentes menores de 15 años tienen más riesgo de intención suicida que las mayores de 15 años (OR= 4.653 p<0.048). Si bien es cierto que no se utilizó una escala para “medición la intención suicida”, usamos una pregunta independiente que estuvo dirigida a evaluar si “alguna vez pensó en suicidarse como consecuencia del embarazo actual”, frente a ello es importante considerar que en el estudio de Chávez (2015) en Piura, de 05 casos de muertes maternas ocurridas en adolescentes en el periodo 2012 - 2014, dos de ellas estuvieron asociadas probablemente a abortos, y una de ellas fue por suicidio. Por lo que no debe dejarnos de preocupar esta situación, (intento de aborto e intención suicida) en embarazos no deseados, especialmente en menores de 15 años y que hasta el momento ha sido poco explorada en profundidad en el departamento.

e. Problemas emocionales en el post parto

Se ha documentado que la depresión es el problema de salud mental más común en estos tiempos, y uno de los más importantes en la población femenina. Los datos epidemiológicos coinciden en señalar que, por cada hombre, dos mujeres padecen de depresión; la frecuencia de estos trastornos parece ser sustancialmente mayor durante el embarazo y el puerperio que durante otras épocas del ciclo vital, especialmente en embarazadas de bajos ingresos económicos y en aquellas que no han alcanzado la suficiente madurez, como son las adolescentes (Demyttenaere 2004; Bowen 2006).

Cogollo (2015) señala en su estudio que la prevalencia de síntomas depresivos en púerperas adolescentes fue de 49.6 %; cifra superior a las encontradas en otros estudios, (10% a 22.2 %) (Johanson 2000; Piyasil 1998).

Asimismo, Logsdon y cols (2008) y Cox y cols (2008) aplicaron la Escala de Depresión del Centro Epidemiológico (CES-D) a púerperas adolescentes y observaron un 37% de síntomas de depresión post parto entre las 4 y 6 semanas y un 53,6% al año postparto, respectivamente.

En el presente estudio encontramos que el 10% (22) las adolescentes participantes, manifiesta que padece cuadros de depresión, miedo, angustia e insomnio después del parto, sin embargo, esta situación se agudiza porque las adolescentes menores de 15 años son las tienen mayor riesgo (OR=3.585 $p<0,009$), según se puede apreciar en la tabla N° 04.

TABLA N°4
ODS RATIO E INTERVALO DE CONFIANZA

VARIABLE	OR	I.C. 95%		P
Embarazo no deseado < 15 años	2,14	1,155	3,944	0,001
Intento de aborto	5,22	2,056	13,26	0,048
Problemas emocionales	3,585	1,317	9,755	0,009
Intención suicida	4,65	0,881	24,54	0,014

Fuente: Elaboración propia

3. IMPACTO DEL EMBARAZO EN LA SALUD SOCIAL DE LAS ADOLESCENTES

El medio de socialización juega un papel fundamental en la formación del adolescente, porque define “sus percepciones y comportamientos en lo relativo a los ideales reproductivos y a la conducta sexual” (Calero y Santana, 2001). En el entorno social confluyen una serie de actores, y dependiendo de las condiciones que tenga este, puede ser considerado como un factor protector o de vulnerabilidad en la prevención del embarazo en adolescentes (Dides, Benavente y Morán, 2008).

a. Perspectivas futuras de la adolescente

Sólo el 46,9% (100/213) de las participantes manifiesta que seguirá estudiando después de este embarazo y el 10,8% (23/213) refiere que tendrá que trabajar para sostenerse. Si a esto le sumamos el hecho de que sólo el 29,1% del total de adolescentes que han participado en nuestro estudio ha salido con protección anticonceptiva de las IPRESS donde tuvieron su parto, es de suponer que dichas adolescentes quedan muy vulnerables a un nuevo embarazo y con ello a tener menores posibilidades de continuar con nuevos proyectos y metas personales.

ENTORNOS CONDICIONANTES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

1. CONTEXTO PERSONAL

a. Metas y proyectos

Actualmente la población adolescente requiere de una mayor preparación para ingresar al espacio laboral y político, contexto en el cual el embarazo en esta etapa de la vida es indeseable, o cuando menos problemático. Fuller (2001). Furstenberg (1998).

Los resultados encontrados, muestran que las metas y proyectos de las adolescentes giran sobre la necesidad de querer tener una preparación técnica y/o profesional para acceder al campo laboral, y no necesariamente al proyecto de la maternidad, conforme se aprecia en los siguientes testimonios:

¿Antes de quedar embarazadas ustedes tenían alguna meta?

P01. *Si yo si tenía como meta esteee... terminar de estudiar, tener mi profesión para trabajar*

P02. *O sea, yo mi meta era terminar de estudiar y tener una profesión... psicóloga*

P03. *Sií yo también tenía pensando seguir estudiando, pero mi carrera era derecho, yo todavía estaba pensando en mi carrera, primero quería acabar mis estudios*

P04. *Acabar toda mi secundaria y lo que iba a estudiar era diseño para ser mi trabajo*

P05. *Yo terminar mi secundaria y seguirrr con lo que me gusta el arte show infantil, las animaciones y hacer mi carrera...*

P06. *Bueno... yo quería terminar gestión empresarial en un instituto.*

P07... *Yo inicialmente también tenía planificado seguir estudiando, terminar porque si no tienes una profesión no consigues trabajos*

(Grupo focal 2 – mayores de 15 años).

b. Acceso a información en sexualidad

Coincidimos con otros estudios que refieren que los grupos de pares son la fuente interpersonal preferida para conversar temas de sexualidad. Se señala además que frecuentemente no transmiten información de buena calidad (Pantelides, 2003; Israel y Col, 2005). Aun así, Pantelides estima que el 70% de los jóvenes no recurre ni a maestros, ni a padres y que alrededor de un 50% no trata de estos temas ni con sus padres, ni con sus amigos, lo que va “estableciendo un muro de silencio alrededor de su sexualidad” (Pantelides, 2003).

En los resultados encontramos que existe cierta apertura de los adultos cuando advierten a las adolescentes sobre la necesidad de “cuidarse” de manera general, dando por sentado el entendimiento de lo que “cuidarse” representa y concluyendo que con ello se ha entregado información suficiente en sexualidad y confianza para tratar estos aspectos. Pero lo cierto es que esta forma de tratar el tema no permite generar confianza ni cercanía por parte de docentes, personal de salud o incluso padres y madres.

En ese contexto, las adolescentes participantes del estudio refieren abordar los temas sobre la sexualidad con sus amigas, con quienes se tiene más confianza para tratar abiertamente la sexualidad. Pero es sabido que la información obtenida entre pares generalmente es distorsionada, reproduciéndose algunas creencias y mitos.

Mi caso es que yo aprendí de mis amigas, en las conversaciones que teníamos siempre, pero también nos decíamos ciertas páginas de internet que veíamos como, como por ejemplo una que recuerdo “sexo seguro”

(Entrevista mayor de 15 años)

La información proporcionada en el hogar y en la escuela para evitar el embarazo en esta etapa de vida es insuficiente y de mala calidad para lograr el propósito de prevenir el embarazo adolescente. A decir de las entrevistadas, la información venida de los adultos se trata más bien de mandatos que siembran miedos para ocultar la necesidad de tratar directamente este tema.

Mis papás nos decían que tenemos que cuidarnos nada más, eso era todo lo que nos decían... o sea a veces trataban de hablar del sexo cuando había la noticia de una violación o de cosas así, pero solo nos decía "tienen que cuidarse y cuidado con que el enamorado pida otra cosa"

(Entrevista mayor de 15 años)

No, todavía no había eso, ahora que ya están pasando estos casos (embarazos en adolescentes) ya están haciendo como dando charlas en los colegios, en antes no había eso, no te daban ni una charla, menos de eso que dice...el proyecto

(Grupo focal 2- mayores de 15 años)

c. Inicio coital

Las relaciones coitales, son una de las múltiples formas que existe de expresar la sexualidad, permiten el intercambio de placer, amor, sentimientos, afectos y comunicación. Quintanilla (2001). Tanto para hombres como para mujeres, el primer coito es un momento relevante, redefine sus identidades y marca una separación entre el antes y el después, pero las formas en que llegan a este momento y los significados que se les son otorgados, son bastantes diferentes en ambos sexos. Benavente & Vergara (2006).

En nuestros resultados, el contexto de pareja y afectividad es un elemento importante alrededor de la iniciación sexual de las participantes, ellas manifiestan que iniciaron sus relaciones coitales luego de haber desarrollado un vínculo afectivo y de confianza con su pareja, aunque también se desataca la curiosidad por la iniciación coital.

Mmmm, claro pues primero éramos enamorados y ¡ay pues, hablamos..! Fue después de una fiesta y empezamos todo...ya lo habíamos conversado, cuando yo fui a la fiesta ya tenía en mente que ese día era...

(Entrevista mayor de 15 años)

Fue por amor, él me gustaba mucho y cuando nos besábamos sentía la sensación...él me demostraba comprensión cariño, siempre estaba pendiente de mi... esas cosas que te ilusionan...eso fue, por eso decidí entregarme...

(Entrevista menor de 15 años)

Sí, sí... hablamos, conversamos de, eh primero conversamos, ambos conversamos si queríamos empezar a estar juntos si queríamos tener relaciones bueno los dos dijimos ¡buena yaaa, ya! hay que hacerlo ambos también nos mataba la curiosidad.

(Entrevista menor de 15 años)

d. Deseo de un embarazo

Para Bonet-De Luna (2007) las chicas buscan una pareja, en el sentido de posibilitar sus propias necesidades emocionales y afectivas antes que las sexuales, donde la pareja representa una fuente importante de afecto y compañía.

Los resultados en la parte cuantitativa de nuestro estudio indican que el 63,8% (136/213) de las participantes primigestas, manifestaron que el último embarazo fue deseado; profundizando el análisis en la fase cualitativa se encuentra que este deseo del embarazo aparece, en la mayoría de las veces, como un evento que se va construyendo junto a la pareja, aun cuando no es parte de las metas y proyectos de la adolescente; de pronto pasa a ser una expectativa en ellas.

Ello la enfrenta a dos situaciones: por un lado, a aceptar que se están truncando las metas de continuar sus estudios; pero a la vez la tranquilidad de concretizar el deseo de cumplir con un mandato social de mate-

rialización de la maternidad, al sostener que su único objetivo es tener un hijo/a sin argumentar mayores detalles de la toma de esta decisión.

- *Usábamos, él tenía preservativo...siempre yo le pedía que me lo muestre para tener seguridad... Pero cuando ya pasó el tiempo como que ya teníamos mucha confianza...poco a poco ya íbamos conversando y como que ya algunas veces lo comenzamos a hacer sin nada...yo sentía que lo amaba y que ya con él podía formar mi familia.*
- **¿Y pensaste en tus proyectos... pensaste que podrían cambiar al no usar métodos anticonceptivos?**
- *Bueno lo primero que ehh , me vino es, es un... es como si pararas un momento de tu vida para saltarte a otra cosa no, eso sí lo pensé porque yo tenía mis planes, tenía mis proyectos; pero me enamoré y allí comencé a pensar que porque no tener ya que él sea mi pareja estable, tener mis hijos, bueno eso siempre lo he tenido presente ¡ser mamá!...también pensé que me va a truncar muchas cosas, porque si te truncas!!... tus estudios, bueno como toda adolescente se trunca diversiones de amigos, pero ya había cambiado mi mentalidad ahora ya estaba con él que lo amaba y él también me amaba, ya somos una verdadera familia...hasta ahora*

(Entrevista mayor de 15 años)

Bueno (silencio)... como dicen... algunas personas bueno, fue en un momento en el que piensas estoy enamorada es el amor de mi vida eh... prácticamente como dicen son ilusiones de adolescentes no, pero así es como comencé a pensar que quería salir embarazada para ser una verdadera mujer.

(Entrevistada mayor de 15 años)

Nuestros resultados coinciden con lo encontrado por Baeza y Col (2007) que explican que las adolescentes justifican la actividad sexual e incluso el embarazo a través de un sentimiento de amor idealizado, además que afirma que las con conflictos y violencia, son factores de riesgo en tanto que se consideran “poco acogedoras” lo que genera sentimientos de incomodidad y soledad en las adolescentes pues no se cubren sus necesidades afectivas, las que deben ser satisfechas fuera de la familia (Baeza y Col, 2007).

En ciertos contextos extremos, estas dinámicas disfuncionales pueden hacer que el embarazo sea visto como una forma de escape para la adolescente, sea para evitar situaciones de violencia (Villarroel, 2006), para no seguir cuidando a hermanos pequeños, o para ser tratada como una adulta por sus padres (Pantelides, 2003).

2. CONTEXTO FAMILIAR

La evidencia científica sostiene que los adolescentes que viven en hogares con ambos padres se exponen menos al embarazo adolescente, que los adolescentes que conviven con un sólo progenitor o con ninguno de los dos (Pantelides, 2003). Es por ello que indagamos como es el contexto de los hogares donde se han desarrollado las adolescentes participantes del estudio, respecto a 3 ítems: Presencia física de ambos padres en el hogar, la comunicación entre ellos y las adolescentes, y ocurrencia de violencia al interior del hogar.

a. Presencia física de los padres en el contexto familiar

Según los testimonios de las adolescentes participantes, se evidencia que viven en hogares con padres/madres ausentes: hogares donde papá y mamá sólo estaban presente físicamente los fines de semana, también hay papás ausentes porque abandonaron el hogar y también hay mamás ausentes por fallecimiento; es notorio que cuando no hay presencia física de padres/madres también hay carencia de afectividad en las adolescentes. También se encuentra casos en los que las adolescentes tenían que hacerse cargo del cuidado y crianza de sus hermanos menores, ante la ausencia de los padres.

Mi papá no para en casa, siempre está trabajando; de viaje al igual que mi mamá que viaja de lunes a viernes, nosotros paramos solitos y yo me hacía cargo de mis hermanitos.

(Entrevista a menor de 15 años)

Mi papá nos abandonó, entonces nos fuimos a vivir con mi abuelita y cuando tenía 8 años se murió mi mamá...y me quedé sola con mi abuelita, o sea ella es quien me ha criado a mí, prácticamente...

(Entrevista menor de 15 años)

Mis padres siempre estaban en problemas, peleaban mucho...un tiempo se separaban, mi papá se iba de la casa y otro tiempo regresaba a la casa...muchos problemas han tenido siempre...uf la casa parecía un infierno...ahora estoy más tranquila con mi bebé y mi pareja.

(Entrevista menor de 15 años)

...Hemos vivido con mi mamá, mi papá nos abandonó cuando estábamos pequeñas...mi mamá lloraba mucho porque mi hermana mayor se embarazó cuando tenía 15 años...Yo salí embarazada a los 13...y mejor me fui mejor de la casa, ahora estoy viviendo con mi pareja.

(Entrevista mayor de 15 años).

No recuerdo que mis padres me hayan dado cariño....abrazos, como que te digan te quiero hijita....o...yo te voy a apoyar.....nada. Si recuerdo mucho de sus peleas y el maltrato que me daban....

(Entrevista, menor de 15 años)

b. La comunicación en el hogar

Según los estudios, se ha destacado que la comunicación en el ambiente de la familia ha sido considerada como un elemento clave, que actúa como un factor protector cuando hay confianza entre adolescentes y padres; pero también se encuentra que es un factor de riesgo cuando falla, en especial la comunicación para tratar los temas de la sexualidad.

En los resultados se evidencia claramente que la comunicación entre los padres no era la mejor, por el contrario, las adolescentes relatan momentos de mucha tensión y peleas continuas entre sus padres.

Esta ausencia de comunicación dificulta la confianza entre los padres/madres y sus hijos/as para tratar temas de interés general y es mucho más grave el abordaje de los temas de la sexualidad en el interior del hogar. A decir de las participantes, la sexualidad es vista como algo que no debe tratarse en este espacio, motivo por el cual ellas manifiestan que lo trataron en otros escenarios, básicamente en el círculo de las amigas.

Nooo, nunca podíamos conversar porque mi papá venía solo los fines de semana y si se pelaba con mi mamá ya estaba molesto con todos, casi yo prefería conversar con mis amigas...

(Entrevista menor de 15 años)

O sea yo si tengo confianza con mi mamá conversamos de varias cosas, de como ella fue en su adolescencia, pero nunca pudimos conversar sobre que yo estaba enamorada, eso no podíamos conversar...

(Entrevista menor de 15 años).

Yo nunca me atreví a conversar...ni siquiera preguntarle (a sus padres) por esas cosas de la sexualidad...yo mejor conversaba con mis amigas. A veces ni siquiera podíamos conversar sobre otros temas, era difícil con ellos...no eran malos, pero no sé, no se podía...

(Entrevista menor de 15 años)

c. La violencia

Está demostrado que la violencia genera obstáculos para la plena participación de las mujeres en la vida social, económica y política, además que también se ha reconocido abiertamente que es una clara violación de los derechos humanos. En muchas investigaciones se encuentra que los niños/as y adolescentes manifiestan que los maltratos y las agresiones y los conflictos domésticos son motivos para salir de la casa (Ballone 2003).

Nuestros resultados evidencian que esta situación no es ajena a las vivencias de las adolescentes participantes, quienes respondieron afirmativamente que viven con papá o mamá, manifiestan que en sus hogares experimentaron continuos episodios de violencia hacia ellas, este es un factor que influye para tomar decisiones de huir del hogar conforme se encuentra en un estudio realizado en Puno, donde se reporta que la violencia intrafamiliar en sus diversos tipos, dejan secuelas que a primera vista no se perciben. (Flores y Schirmer, 2006).

Mi papá me pegaba bastante, claro que decía que yo le daba motivos porque andaba con un pandillero, pero yo me daba cuenta que sí me quería (refiriéndose a su enamorado), me buscaba y estaba pendiente de mi ...mi papá lo corrió como cinco veces.

(Entrevista mayor de 15 años)

Si algunas oportunidades era muy violento (su papá), cuando me portaba mal...desconfiaba mucho de mí, siempre estaba pensando con quien ando....

(Entrevista mayor de 15 años)

Es importante destacar que los episodios de violencia hacia las adolescentes fueron experimentados por ellas, desde antes de llegar a esta etapa (adolescencia), según los siguientes testimonios.

Que yo recuerdo mi papá venía al tiempo a mi casa y a veces me pegaba...yo no quería que venga mejor.

(Adolescente 8 mayor de 15 años)

Bueno mi mamá cuando se estaba molesta con mi papá, ya tenía mucha cólera...desfogaba con todo y también con nosotros, prefería irme de la casa a jugar a la calle para evitar....

(Entrevista 3 menor)

SERVICIOS PÚBLICOS

1. ACCESO A LA ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA

En el Perú, la aprobación de la Ley 28704 en el año 2006, determinó que toda relación sexual entre los 14 y menos de 18 años, así sea consentida, fuera considerada una violación sexual, la cual criminalizó la sexualidad adolescente y originó una situación de ilegalidad de los servicios de prevención en salud reproductiva. Esta decisión se dio sin considerar los marcos legales que reconocen y protegen los derechos sexuales y reproductivos y las necesidades de los adolescentes en el campo de su sexualidad, así como sus repercusiones en los problemas de salud pública. En el año 2012, esta Ley se declaró inconstitucional y el cumplimiento de esta sentencia debería permitir implementar y mejorar las políticas públicas de educación sexual y el acceso a servicios de salud de calidad (Guerrero, 2013)

La consejería cumple un rol fundamental como herramienta de intervención, al ayudar a las/los adolescentes a reflexionar sobre su conducta personal y a tomar decisiones que les permitan adoptar conductas saludables. Además, puede ayudar a reducir la inequidad, en la medida en que compensa la falta de información que afecta a un sector importante de adolescentes y sus familias, asociada a desventajas socioeconómicas y culturales. **Con la consejería se trata de promover el desarrollo de conductas protectoras e informadas en el ejercicio de la sexualidad de las/los adolescentes, sin embargo, en nuestros resultados se encuentra que cuando habían decidido su inicio coital y acudieron a un establecimiento de salud buscando la orientación/consejería, nunca la tuvieron a su alcance.**

¿Fuiste al establecimiento para que te orienten en algo?

¡Sí, pero no había con quien... más bien cuando fui embarazada, ahí recién me dijeron que, porque no me había cuidado jajajaja!

¿Allí recién te informaron?

Si, ya era muy tarde...ya fui con la panza...

(Entrevista menor de 15 años)

El problema es que una no sabe a quién preguntar, por ejemplo, yo que ya me iba a entregar a él, ya lo había pensado...yo recordaba las enseñanzas sobre el funcionamiento del cuerpo, yo si sabía de qué la primera vez ya te puedes embarazar, pero no hay como cuidarse...yo no voy a ir a la farmacia, no eso no puedo hacerlo... allí mismo van a decir es chibola ya está con alguien, ¿no?

(Entrevista mayor de 15 años)

2. ACCESO A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Es claro que actualmente existe una amplia variedad de alternativas posibles de utilizar para la prevención de un embarazo no planificado. En nuestro estudio las adolescentes distinguen claramente más de un método anticonceptivo disponible en la actualidad.

Bueno luego cuando ya teníamos más confianza que como que conversábamos... ya no, no, no usamos nada, al inicio sí, nos cuidábamos, usábamos el preservativo o yo la ampolla, una amiga nos conseguía...él la pagaba porque él trabajaba...también he escuchado de las píldoras, la te de cobre, los implantes, la ligaduras para mujeres y la operación en los testículos para los varones.

(Entrevista mayor de 15 años)

Sin embargo, en nuestros resultados se encuentra que las adolescentes manifiestan que los establecimientos de salud no son el mejor lugar para acceder a ellos, lo hacen a farmacias o boticas, lo cual no coincide con el estudio de Dides, Benavente, Moran (2008) que afirman que además de las barreras económicas, la desprotección en las relaciones sexuales de los jóvenes se explicaría por diversos motivos personales referidos a que no les gusta usar ningún método de los que conocen, no se atrevieron a sugerirlo, querían “vivir el momento”, pensaron que “no les pasaría nada” o tenían vergüenza de solicitar información sobre métodos de prevención (Dides, Benavente, Morán, 2008).

3. ACCESO A EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL

La Educación Sexual, como se estipula en el artículo 34 del Reglamento de Educación Básica Regular se debe desarrollar a través de la Tutoría y Orientación Educativa, definida como el acompañamiento socio-afectivo y cognitivo a los estudiantes. Es un servicio inherente al currículo y tiene carácter formativo y preventivo. A partir del 2006, OTUPI derivó en la Dirección General de Tutoría y Orientación Educativa (DITOE), creada por DS 006-2006-ED. La DITOE es la instancia en la que se ubica formalmente la educación sexual en el Ministerio de Educación y depende directamente del Vice-Ministerio de Gestión Pedagógica¹.

Sin embargo, a decir de nuestras participantes, la implementación de la educación sexual en las instituciones educativas no se ha cumplido, por el contrario, es un tema que no es tratado en forma científica ni siguiendo los lineamientos estipulados por el Ministerio de educación.

No... Porque yo estudiaba en el pilar (Refiriéndose a un colegio) y en el pilar no te hablan de esas cosas (refiriéndose a la educación sexual).

(Entrevista menor de 15 años)

Mmm... en nuestro caso, el profesor de historia era el... el que más nos hablaba para no quedar embarazadas, bueno él era el que más nos hablaba en algún momento de su clase...decía que "tenemos que cuidarnos para no salir embarazadas".

(Grupo focal 2 - mayores de 15 años.)

¹Lineamientos para una educación sexual integral, documento de trabajo del Ministerio de Educación. Dirección de tutoría y orientación educativa, abril 2008. Disponible en: <http://tutoria.minedu.gob.pe/assets/lineamientos-educativos-y-orientaciones-pedagogicos-para-educacion-sexual-integral.pdf>

Bueno en... el colegio bueno... lo que... nos enseñaban era lo básico que... van... a vamos a tener diferentes cambio en el aspecto físico y... bueno yo recuerdo que después de eso nos íbamos a seguir conversando con las chicas, hablábamos ya entre nosotras...no había la confianza para preguntar porque se imaginaban que la que pregunta es por que ya está con alguien, allí con mis amigas hablábamos de lo que pasa dentro de nuestro cuerpo y todo eso ... por ejemplo no cuando estamos con... con cambiamos de... diferente etapa pasamos de, de... nos... Nos... Van aumentar los senos... eh... nos nos va... e... nos va a crecer esteee el bello, conversábamos como sería la primera vez sexual, eso era lo que queríamos saber más, nop.

(Entrevistada menor de 15 años)

¿Y de qué les hablaban en el colegio?

En el colegio nos decían que debíamos cuidarnos, nos decía que todavía no estamos para eso (relaciones coitales), eso nomas nos decían.

Grupo focal 1 – menores de 15 años)

Noo, nunca nos enseñaban esas cosas (aspectos de la sexualidad) peeroo nooo mejor dicho, tercer año yo que estudie... allí me enseñaron esteeee no mucho pues, sobre lo que era el cuerpo humano, pero nada más,

(Grupo focal 1 – menores de 15 años)



El embarazo en la adolescencia es considerado como 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. Además, 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.



V

CONCLUSIONES

- El embarazo en adolescentes es uno de los problemas de salud pública más prevalentes e importantes que viene afectando negativamente a las mujeres piuranas por la magnitud de los casos reportados y atendidos en las IPRESS, su tendencia se mantiene constante a lo largo de los últimos cinco años y limita las potencialidades y el desarrollo de las adolescentes y sus hijos e hijas.
- Los resultados de este estudio muestran que el embarazo durante la adolescencia en el departamento de Piura no es resultado de un encuentro ocasional o esporádico, sino que ocurre en el marco de la vinculación amorosa y afectiva con la pareja actual y que desencadenan ideales progresivos de maternidad, pero tampoco ocurre como un proceso de toma de decisiones planificada por ellas, sino que se produce cuando las adolescentes viven en un entorno de vulnerabilidad familiar y social: violencia intrafamiliar, deficiente información y educación en salud sexual y reproductiva, deficiente comunicación al interior de la familia, deficiente orientación y consejería, y deficiente acceso y oferta anticonceptiva por parte del Estado.
- Piura tiene una tasa de embarazo adolescente que se mantiene por encima del promedio nacional y está ocurriendo con mayor frecuencia en menores de 15 años.
- El impacto adverso que desencadena el embarazo en la adolescencia es mucho mayor en el componente mental y social, que en el componente físico; sin embargo, muchas intervenciones se tratan sólo la perspectiva de la salud física, como si ambas no estuvieran intrínsecamente relacionadas.

- Considerando el sesgo del estudio que se llevó a cabo cuando las adolescentes ya habían tenido a sus hijos/as; la mayoría refiere que su embarazo fue deseado. Esto se relaciona de manera importante con el hallazgo de que la mayoría de ellas inició su atención prenatal en el primer trimestre, acudió más de cuatro veces a su atención prenatal y culminó su parto en un establecimiento de salud.
- Pese a que un gran porcentaje de adolescentes acudió mínimamente a su cuarta atención prenatal, ésta no se brinda de acuerdo a la normatividad vigente, pues se encuentra déficit en los exámenes de laboratorio y déficit en la oferta de multimicronutrientes.
- La violencia en cualquiera de sus formas, incluyendo la violencia sexual afectó a cuatro de cada diez adolescentes que participaron en el presente estudio.
- Existen diferencias estadísticamente significativas en la salud mental de las adolescentes mayores de 15 años en relación con las menores de 15, estas últimas tienen mayor probabilidad de embarazos no deseados, mayor riesgo de intento de maniobras abortivas, mayor riesgo de intención suicida y mayores episodios de tristeza, angustia, miedo e insomnio durante el periodo del embarazo, parto y puerperio.
- Sólo tres de cada diez adolescentes que participaron en el estudio que tienen parto institucional son dadas de alta con la provisión anticonceptiva, esto puede tener relación con el hecho de que el 13% de las participantes se embarazó por segunda vez.
- El entorno familiar se convierte en un espacio desencadenante para las futuras decisiones de las adolescentes, en cuanto representa el primer eslabón para el soporte afectivo, comunicacional y de empoderamiento de sus decisiones traducido en presencia física de padres o tutores con afecto, mejor comunicación, buena información y ambientes seguros.
- Las barreras que las adolescentes encuentran para el acceso a la información en sexualidad y métodos anticonceptivos son generadas porque a nivel del entorno familiar no hay un buen manejo sobre los aspectos de la

sexualidad desde una perspectiva integral, por el contrario, predominan los mitos, creencias y rumores basados en miedos.

- Los pares ocupan lugares predominantes como fuentes de información sobre sexualidad debido a la incapacidad de otros agentes socializantes, tales como la familia y la escuela, llamados a cumplir con este rol.
- Desde el análisis de género, en las familias de las adolescentes participantes se puede constatar que aun predominan las relaciones patriarcales, donde el miedo, el sometimiento y la violencia generan respuestas de las adolescentes negativas en la relación y confianza familiar; desencadenando apegos afectivos hacia sus parejas en el proceso de enamoramiento, pero como escape del entorno vulnerable para su desarrollo de oportunidades.
- La débil capacidad de resiliencia del entorno familiar no genera sostenibilidad de las metas y aspiraciones de las adolescentes, todas las participantes del estudio mencionan que tenían metas y proyectos personales en materia de desarrollo profesional, sin embargo, no contaron con el soporte respectivo para garantizar la sostenibilidad de dichas metas y proyectos.
- La escuela aún no cumple con el rol de la enseñanza de la educación sexual integral, los aprendizajes de las adolescentes se basan en el conocimiento del cuerpo y funcionamiento del mismo de manera general y descuidando en gran manera la parte sexual; esto hace denotar que las y los docentes no cuentan con capacidades para el manejo constructivo de la sexualidad basada en derechos y deberes, y mucho menos del proceso de reconocimiento de la afectividad como soporte para el desarrollo de la autoestima y afirmación personal de la población adolescente de nuestro departamento.
- Los servicios de salud sexual y reproductiva para las adolescentes como parte de la política pública en el departamento de Piura, no cumplen con las expectativas de las adolescentes, estos servicios son meramente proveedores de insumos destinados para adultos y de oferta precaria para adolescentes con embarazos previos o cuando ya están embarazadas. Existe débil competencia profesionales del personal de salud para la atención diferenciada, con lo cual se limita el servicio de consejería como

parte de la oferta diferenciada. Los servicios diferenciados deben tener adecuación cultural y recreativa.

- El inicio coital se basa en las condiciones de afectividad y apego a sus parejas producto de un proceso de reconocimiento y de confianza en el enamoramiento, cabe resaltar que las adolescentes manifiestan que toman la decisión de tener relaciones sexuales por el tiempo y la confianza desarrollada y lo toman como parte de la “prueba de su amor”, esto marca una discusión a las decisiones frente a su cuerpo.
- El deseo de embarazo de las adolescentes se condiciona porque el entorno familiar y social no es favorable para generar oportunidades de crecimiento personal y profesional, o cumplimiento de metas y expectativas en sus planes de vidas que tienen las adolescentes.



Los resultados de este estudio muestran que el embarazo durante la adolescencia en el departamento de Piura no es resultado de un encuentro ocasional o esporádico, sino que ocurre en el marco de la vinculación amorosa y afectiva con la pareja actual y que desencadenan ideales progresivos de maternidad, pero tampoco ocurre como un proceso de toma de decisiones planificada por ellas, sino que se produce cuando las adolescentes viven en un entorno de vulnerabilidad familiar y social: violencia intrafamiliar, deficiente información y educación en salud sexual y reproductiva, deficiente comunicación al interior de la familia, deficiente orientación y consejería, y deficiente acceso y oferta anticonceptiva por parte del Estado.



VI

RECOMENDACIONES

Los resultados de la presente investigación reafirman que el embarazo adolescente es un problema de salud pública muy serio en nuestro departamento que impacta negativamente en la salud física y social, pero muy especialmente en la salud mental, la misma que se deteriora profundamente cuando el entorno familiar, social y la carencia de oferta de servicios para atender la salud sexual y reproductiva es desfavorable para las adolescentes; motivo por el cual se necesita fortalecer el trabajo multisectorial, multidisciplinario y desde el primer nivel de atención articulado a los gobiernos locales. También es necesario generar mayor inversión para mejorar la oferta de servicios para la atención integral de adolescentes.

1. Para los servicios y profesionales de la salud

- Es importante que no solo se mida el acceso de las gestantes adolescentes a la atención prenatal, es también muy importante, medir el acceso al paquete de atención integral de calidad de las adolescentes.
- Mejorar las actividades de orientación y consejería en planificación familiar durante el embarazo, así como la oferta anticonceptiva al momento del alta de las adolescentes que han tenido su primer parto o aborto.
- Fortalecer las competencias del personal de salud para la atención diferenciada de adolescentes embarazadas tanto en el primer nivel de atención, así como el segundo nivel.
- Se debe desarrollar servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes que cumplan con sus expectativas, amigables y de fácil acce-

so. Estos deben estar en el primer nivel de atención para conducir las actividades de prevención, y en el segundo nivel de atención con servicios diferenciados especializados para la atención de daños.

- Generar una adecuada provisión de información especializada para adolescentes en el primer nivel de atención y en el segundo nivel.

2. Para las instituciones educativas

- Cada institución educativa debe realizar un análisis de las condiciones del entorno familiar y social de sus estudiantes para generar alertas que permita realizar intervenciones oportunas de prevención.
- Desde la escuela, se debe generar mecanismos protectores que garanticen el crecimiento personal y afectivo de las/los adolescentes como sujetos de derechos especialmente a lo referido a una sexualidad responsable y segura.
- Es necesario generar una propuesta de instituciones educativas emprendedoras, donde las/los adolescentes puedan tener la oportunidad de adquirir habilidades para la vida y el empoderamiento en sus derechos.
- Las instituciones educativas deben educar especializada sobre la educación sexual integral, sin prejuicios morales y dogmas
- Las instituciones educativas no solo se deben limitar a la enseñanza técnica de las materias educativas, es necesario que se incorpore aspectos que ayuden a los estudiantes a una toma de decisiones informada y deliberada, que modele el carácter de la personalidad y las emociones.

3. Para las Familias

- Las familias deben acceder a escuelas de padres y madres donde se eduquen en los procesos de educación sexual integral de sus hijas/os, para disminuir la vulnerabilidad en las decisiones y afectaciones de su cuerpo.
- Los hogares deben desarrollar más afectividad en su relación con las hijas e hijos, menos violencia y asegurar la presencia física en momentos importantes de sus integrantes.

4. Para decisores públicos

- Es necesario diseñar una cartera de investigaciones a nivel departamental que incluya el análisis de género en la toma de decisiones de las adolescentes mujeres respecto a su sexualidad, el rol de los adolescentes varones en la toma de decisiones para el inicio coital y el embarazo en esta etapa de sus vidas y embarazo por violencia sexual, que nos darán nuevas luces para intervenir efectivamente en estos aspectos.
- Elaborar propuestas para implementar procesos de vigilancia de la atención integral de las adolescentes embarazadas respecto al seguimiento de la salud física, pero también de su salud mental, especialmente para la intención suicida y el intento de abortos, especialmente de las menores de 15 años.
- Desarrollar investigaciones que midan el soporte afectivo emocional de las familias.
- Fortalecer los procesos de articulación y concertación multisectorial a nivel regional y local (CEFODIA) que conlleve a mejorar políticas, programas y servicios para el desarrollo integral de adolescentes; enfatizando el seguimiento y monitoreo para la mejora continua orientada a lograr el empoderamiento de este grupo poblacional tan importante para el desarrollo regional.

Los resultados de la presente investigación reafirman que el embarazo adolescente es un problema de salud pública muy serio en nuestro departamento que impacta negativamente en la salud física y social, pero muy especialmente en la salud mental, la misma que se deteriora profundamente cuando el entorno familiar, social y la carencia de oferta de servicios para atender la salud sexual y reproductiva es desfavorable para las adolescentes; motivo por el cual se necesita con suma urgencia desarrollar un trabajo multisectorial, multidisciplinario y desde el primer nivel de atención articulado a los gobiernos locales. También es necesario generar nuevas inversiones para mejorar la oferta de servicios, instituciones educativas, familias y decisores políticos.



VII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/content/3/8/e003225.full>
2. Távara L. Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 2004; 50(2): 111-122.
3. Peláez Mendoza Jorge. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 1996 Jun [citado 2016 Mayo 21]; 22(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X1996000100003&lng=es.
4. Vázquez Márquez Ángela, Guerra Verdecia Carlos, Herrera Vicente Valentina, de la Cruz Cháve Francisca, Almirall-Chávez Ángel M.. Embarazo y adolescencia: Factores biológicos materno y perinatal más frecuentes. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2001 Ago [citado 2016 Mayo 21]; 27(2): 158-164. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2001000200012&lng=es.
5. Langer Ana. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2002 Mar [cited 2016 May 21]; 11(3): 192-205. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000300013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002000300013>.
6. Paz Fuentes Martha, Cruzat Cruzat Humberto, Barrera Quiala Miriam. El embarazo en edades tempranas.: Algunas consideraciones al respecto. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 1999 Abr [citado 2016 Mayo 21]; 15(1): 22-27. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000100004&lng=es
7. Hardy E, Costa G. Abortion experience among female employees of a Brazilian university. Campinas, SP: CEMICAMP; 1993
8. Frautschi S, Cerulli A, Maine D. Suicide during pregnancy and its neglect as a component of maternal mortality. *Int J Gynaecol Obstet* 1994;47:275-284.
9. Rizzi R, Cordoba R, Maguna J. Maternal mortality due to violence. *Int J Gynaecol Obstet* 1998;63(supl 1):19-24.

10. Ronsmans C, Khat M. Adolescence and risk of violent death during pregnancy in Matlab, Bangladesh. *Lancet* 1999;354 (9188):1448.
11. Newport DJ, Pennell PB, Ragan K, Stowe ZN. Suicidal ideation in pregnancy: assessment and clinical implications. *Arch Women Ment Health* 2007;10:181-187.
12. Lara Ma. Asunción, Letechipía Gabriela. Ideación y comportamiento suicida en embarazadas. *Salud Ment [revista en la Internet]*. 2009 Oct [citado 2016 Mayo 22]; 32(5): 381-387. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000500004&lng=es.
13. Mbizvo M, Fawcus S, Nystrom L. Maternal mortality in rural and urban Zimbabwe: social and reproductive factors in an incident case-referent study. *Soc Sci Med* 1993;36:1197-1205.
14. Chavez, S. Historias para no olvidar, la violencia como factor asociado a la muerte materna en adolescentes. Un estudio cualitativo. Perú 2012-2014. Disponible en: <https://issuu.com/promsex/docs/historiasparanoolvidarschavez>.
15. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP et al. WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004; 291:2581-90.
16. Bowen A M. Prevalencia de la depresión prenatal en las mujeres inscritas en un programa de divulgación en Canadá. *J Obstet-Gynecol Neonatal Nursing* 2006; 35(4): 491-8.
17. Cogollo Milanés Zuleima, Romero Brieva Yenifer, Morales García Marianella, Vanegas Nuñez Jeniffer, López Escobar Vanessa, Guazo Meza Dayana. Factores asociados a síntomas depresivos con importancia clínica en el posparto en adolescentes de Cartagena (Colombia). *Salud, Barranquilla [Internet]*. 2015 May [cited 2016 May 22]; 31(2): 234-244. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522015000200005&lng=en.
18. Johanson R, Chapman G, Murray D, Johnson I, Cox J. The North Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy- associated depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2000; 21:93-7.
19. Piyasil V. Anxiety and depression in teenage mothers: a comparative study. *J Med Assoc Thai* 1998; 81:125-9.
20. Logsdon M, Hertweck P, Ziegler C, Pinto-Foltz. Testing a bioecological model to examine social support in postpartum adolescents. *J Nurs Scholarsh* 2008; 40(2): 116-23.
21. Cox J, Buman M, Valenzuela J, Pierre Joseph N, Mitchell A, Woods E. Depression, parenting attribute, and social support among adolescent mothers attending a teen tot program. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2008; 21(5):275-81.)
22. Arriagada, S. Adolescencia y acceso a salud reproductiva y educación sexual. ¿Qué puede cambiar? Lima: PROMSEX - UNFPA, 2011; y Stern, Claudio. "Vulnerabilidad social y embarazo adolescente". *Papeles de Población*, vol. 10, n.º 39. México D.F: Universidad Autónoma de México, 2004, pp. 129-158.

23. 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. Disponible en: <http://www.sguruaguay.org/documentos/6factores-relacionados-maternidad-menores-15-anos-lac.pdf>
24. Del Carpio Ancaya, Lucy. Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000 - 2012. Rev. peru. med. exp. salud publica [online]. 2013, vol.30, n.3 [citado 2016-05-22], pp. 461-464 . Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300015&lng=es&nrm=iso. ISSN 1726-4634.
25. Perú, Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. La mortalidad materna en el Perú . Bol Epidemiol (Lima). 2012;21(52):892-6.
26. Stern C, Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. Papeles de Población 200410129-158. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11203906>. Fecha de consulta: 22 de mayo de 2016.
27. Tarqui-Mamani Carolina, Barreda Alejandro, Barreda Milagros, Sanabria-Roja Hernán. Prevalence of the attempts to stop pregnancy and associated factors in a marginal suburban community in Lima-Peru, 2006. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2010 Mar [cited 2016 May 22] ; 27(1): 38-44. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342010000100007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1726-46342010000100007>.
28. Tamayo, Giulia. Bajo la piel: derechos sexuales, derechos reproductivos. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristan, 2001.
29. 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.
30. Huanco, A.D.; Ticona, R.M.; Ticona, V.M.; y Huanco, A.F. "Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008". Revista chilena de obstetricia y ginecología, vol.77, n.º 2. Santiago de Chile: Scientific Electronic Library Online, 2012, pp. 122-128.
31. Bendezu, Guido et al. Características y riesgos de gestantes adolescentes. Rev. peru. ginecol. obstet. [online]. 2016, vol.62, n.1 [citado 2016-05-22], pp. 13-18 . Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000100002&lng=es&nrm=iso. ISSN 2304-5132.
32. Mujica, J; Zevallos, N; y Vizcarra, S. Estudio de estimación del impacto y prevalencia de la violencia sexual contra mujeres adolescentes en un distrito de la Amazonía peruana. Lima: PROMSEX, 2013.
33. Näslund-Hadley, Emma y Binstock, Georgina. El fracaso educativo: embarazos para no ir a la clase. New York: Banco Interamericano de Desarrollo (BID), 2011. Ver en: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=36562729>.

34. Nove, A.; Matthews, Z.; Neal, S.; y Camacho, A. "Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: evidence from 144 countries". *The Lancet Global health*, vol. 2, n.º 3. Londres: Elsevier, 2014, pp.155-164. Ver en: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(13\)70179-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(13)70179-7.pdf).
35. Ragúz, María. *Construcciones sociales y psicológicas de mujer, hombre, femineidad, masculinidad y género en diversos grupos poblacionales*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP), 1995
36. Ramos, S.; Romero, M.; Karolinski, A.; Mercer, R.; Insua, I.; y Rio, C. *Para que cada muerte materna importe*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), 2004.
37. Alvarado, H., & Noguera, N. (2012). Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería*, 186.
38. Dávila-León O. Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. Última Década. 2004; 12 (21): 89-104. Disponible en: <http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/Espanol/pdf/Embarazo.pdf>
39. Adaszko A. Perspectivas socioantropológicas de la adolescencia, la juventud y el embarazo. En: Gogna M, editor. *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: Cedes-Unicef; 2005. pp. 33-59.
40. Viner-Russell M, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A, Currie C. Adolescence and the social determinants of health. *Lancet*. 2012; 379: 1641-52. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/224854530_Adolescence_and_the_Social_Determinants_Of_Health
41. Sigríd V, López-Peña P, Saric D. *Salud sexual y reproductiva para jóvenes. Revisión de evidencia para la prevención*. Washington: bid; 2013. Disponible en: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/3305/Salud%20Sexual%20y%20Reproductiva%20para%20J%C3%B3venes%3A%20Revisi%C3%B3n%20de%20evidencia%20para%20la%20prevenci%C3%B3n%20.pdf?sequence=2>
42. Weller, S.: "Salud reproductiva de los/las adolescentes. Argentina, 1990-1998", en Oliveira, M.C. (org.) *Cultura, adolescência, saúde, Campinas, CEDESCOLMEX-NEPO-UNICAMP*, 2000. Disponible en: https://www.academia.edu/2923618/Salud_reproductiva_de_los_as_adolescentes._Argentina_1990-1998
43. Stern, C. y Medina G.: "Adolescencia y salud en México", en Oliveira, M.C. (org.) *Cultura, adolescência, saúde, Campinas, CEDES-COLMEX-NEPOUNICAMP*, 2000.
44. Stern, C. y García, E.: "Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente", en Stern, C. y Figueroa, J.G. (coords.) *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*, México, D.F., El Colegio de México, 2001.
45. Paiva, V. et al.: "Expanding the flexibility of Normative Patterns in Youth Sexuality and Prevention Programs", en *Sexuality Research & Social Policy*, vol. 1, N° 1, págs. 1-15, 2004.

46. Hueston WJ, Quattlebaum RG, Benich JJ. How Much Money Can Early Prenatal Care for Teen Pregnancies Save? A Cost-Benefit Analysis. *J Am Board Fam Med.* 2008; 21 (3): 184-90.
47. Pantelides, E. (2003). Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América latina. Trabajo presentado en el Seminario La fecundidad en América Latina: ¿transición o revolución?, organizado por el CELADE y el Centre de Recherche Populations et Sociétés, Université de Paris X-Nanterre, Santiago de Chile (Chile), 9-11 de junio.
48. Dides, C, Benavente, M y Morán, J. (2008). Diagnóstico de la situación del embarazo en la adolescencia en Chile, 2008.
49. Calero, J y Santana, F. (2001). Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto. En: *Revista Cubana de Salud Pública*, Volumen 27, Nº1.
50. Bonet-De Luna C. Sexualidad y anticoncepción en la adolescencia. *Pediatría integral.* 2007; XI (10):911-918.
51. Stern C. (1997) El embarazo en la adolescencia como problema público: Una visión crítica . *Salud pública de México.* 1997, Vol. 39, 2, pags. 137-143. Disponible en http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341997000200008Suero.
52. Cadwell, Jhon C. y otros (1998) The construction o adolescence in a changing World: Implications for Sexuality , RepoeDUCTION and Marriage. *Studies in Family Planning*, Vol. 29, 2, págs. 137-145.
53. Fuller, Norma. (2001) Maternidad e identidad femenina. Relato de sus desencuentros. (Aut. Libro) *Solum Donas Burak. Adolescencia y juventud en America.* Cartago: Libro Universitario Regional, págs. 225-242.
54. Furstenberg FF. (1998). When Will Teenage Childbearing Become a problem? The implications of Western Experience for Developing Countries. *Studies in Family Planning*, Vol. 29, 1, págs. 146-253.
55. Contreras-Pulache, Hans et al. Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú. *Rev. perú. med. exp. salud publica [online].* 2013, vol.30, n.3 [citado 2016-10-12], pp. 379-385 . Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300002&Ing=es&nrm=iso>. ISSN 1726-4634.
56. UNFPA. Violência contra as mulheres: Efeitos sobre a Saúde Reprodutiva. In: *Rede Feminista de Saúde (Belo Horizonte) . Adolescentes saúde sexual saúde reprodutiva: dossiê.* Belo Horizonte (MG): Rede Feminista de Saúde; 2004.p. 28.
57. McAlister A. La violència juvenil em la Américas: Estúdios Innovadores de investigación, diagnóstico y prevención. Washington: OPS; 1998.
58. Lohan M, Cruise S, O'Halloran P, Alderdice F, Hyde A. Adolescent men's attitudes in relation to pregnancy and pregnancy outcomes: a systematic review of the literature from 1980-2009. *J Adolesc Health.* 2010;47(4):327-45.
59. Molina RC, Roca CG, Zamorano JS, Araya EG. Family planning and adolescent pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2010;24(2):209-22.

60. Lam-Figueroa N. Estudio del sentimiento de estigmatización en madres adolescentes de Lima Metropolitana. *Anastomosis Cuaderno de Investigación*. 2009;3:64.
61. Contreras-Pulache H, Mori-Quispe E, Hinostroza-Camposano WD, Yancachajlla-Apaza M, Lam-Figueroa N, Chacón-Torrico H. Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013;30(3):379-85.
62. Hueston WJ, Quattlebaum RG, Benich JJ. How Much Money Can Early Prenatal Care for Teen Pregnancies Save? A Cost-Benefit Analysis. *J Am Board Fam Med*. 2008; 21 (3): 184-90.
63. Vásquez R, Piñeros S. Psicopatología en madres adolescentes. *Pediatría (Bogotá)*. 1997; 32 (4): 229-38.
64. PNUD- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo-Colombia. Objetivos del Milenio: ¿Cómo vamos? Objetivos del Milenio. [Internet]. Disponible en: <http://odm.pnudcolombia.org/index.php?option=comcontent&view=category&layout=blog&id=6&Itemid=15>. Consultado en Enero de 2017.
65. Guerrero Rossina. La penalización de las relaciones sexuales entre o con adolescentes y su efecto en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2013 Sep [cited 2017 Feb 20] ; 30(3): 500-505. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300021&lng=en.
66. Távara L. y Col. Impacto del embarazo en la salud de las adolescentes (Perú). Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Primera Edición: Lima, Perú: PROMSEX 2015.



**¡SE EMBARAZO MI NIÑA! - Análisis del embarazo adolescente
en Piura y propuestas de intervención** de Mg. José Pablo Juárez
Vílchez, Lic. Cecilia Beatriz Bustamante García, Ing. Milagros
Rosa Mendoza Urbina, Lic. María Aurelia Querevalú Yenque,
Obst. Carlos Guerrero Rivera, Promotora María Domitila Abanto
Lameda, se terminó de imprimir en mayo de 2017 en
Impulsores Gráficos E.I.R.L., Piura - Perú.



CENTRO **ideas**

Centro de Investigación Documentación,
Educación, Asesoría y Servicios



Gobierno Regional de Piura

CENTRO IDEAS

Centro de Investigación, Documentación, Educación, Asesoría y Servicios
Jr. Tambogrande Q-8, Urb. Santa Ana II Etapa, Piura
Ideas_piura@ideas.org.pe
(51-073) 331967 (51-073) 607346 Fax: (51-073) 607347
www.ideas.org.pe

ISBN: 978-612-45374-4-8



9 786124 537448