



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLÍVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TG-04-2024-19

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. DAISY PRIETO Prof. LIVIA TORRES y Prof. BETSY MARCANO,
 Reunidos en: salón de ginecología y obstetricia del HxP
 a la hora: 1:00pm
 Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

FACTORES PSICOSOCIALES EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PAEZ, CIUDAD BOLÍVAR, EDO. BOLIVAR, PERIODO JULIO-DICIEMBRE 2023

Del Bachiller MARÍA BETHANIA GONZALEZ SÁNCHEZ C.I.: 26124590, como requisito parcial para optar al Título de Médico cirujano en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------	----------	-----------------------------	------------------------------	-------------------------------------

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 02 días del mes de mayo de 2024

Daisy Prieto
 Prof. DAISY PRIETO
 Miembro Tutor

Livia Torres
 Prof. LIVIA TORRES
 Miembro Principal

Betsy Marcano
 Prof. BETSY MARCANO
 Miembro Principal

Iván Amata Rodríguez
 Prof. IVÁN AMATA RODRIGUEZ
 Coordinador comisión de Trabajos de Grado





UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLÍVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TG-04-2024-19

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. DAISY PRIETO Prof. LIVIA TORRES y Prof. BETSY MARCANO,
 Reunidos en: salon de ginecología y obstetricia del H.RyP
 a la hora: 1:00pm
 Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

FACTORES PSICOSOCIALES EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PAEZ, CIUDAD BOLÍVAR, EDO. BOLIVAR, PERIODO JULIO-DICIEMBRE 2023

Del Bachiller DANIEL ALEJANDRO SOSA NATERA C.I.: 26828137, como requisito parcial para optar al Título de Médico cirujano en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------	----------	-----------------------------	------------------------------	-------------------------------------

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 02 días del mes de mayo de 2024

Prof. DAISY PRIETO
 Miembro Tutor

Prof. LIVIA TORRES
 Miembro Principal

Prof. BETSY MARCANO
 Miembro Principal

Prof. IVÁN AMADOR RODRÍGUEZ
 Coordinador comisión Trabajos de Grado





UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“DR. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA”
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

**FACTORES PSICOSOCIALES EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ, CIUDAD
BOLÍVAR, EDO. BOLÍVAR, PERÍODO JULIO-DICIEMBRE 2023.**

Tutor académico:
Dra. Daisy Prieto

Trabajo de Grado Presentado por:
Br: María Bethania González Sánchez
C.I: 26.124.590.
Br: Daniel Alejandro Sosa Natera
C.I: 26.828.137

Como requisito parcial para optar por el título de Médico cirujano

Ciudad Bolívar, abril de 2024

ÍNDICE

ÍNDICE.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	vi
DEDICATORIA.....	xii
RESUMEN.....	xvi
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	15
OBJETIVOS.....	16
Objetivo general.....	16
Objetivos específicos.....	16
METODOLOGIA.....	17
Tipo de estudio.....	17
Lugar y tiempo.....	17
Población o universo.....	17
Muestra.....	17
Criterios de inclusión.....	18
Criterios de exclusión.....	18
Diseño muestral.....	18
Procedimiento.....	18
RESULTADOS.....	22
Tabla 1.....	26
Tabla 2.....	27
Tabla 3.....	28
Tabla 4.....	29
Tabla 5.....	30
Tabla 6.....	31
Tabla 7.....	32

Tabla 8	33
Tablas 9.....	34
Tablas 10.....	35
Tabla 11	36
Tabla 12	37
Tabla 13	38
Tabla 14	39
DISCUSIÓN	40
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES	47
REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA	49
APÉNDICES	58
Apéndice A	59
Apéndice B	60
Apéndice C	61
ANEXOS	64
Anexo A.....	65
Anexo B.....	66

AGRADECIMIENTOS

A Dios por sobre todas las cosas, por ser mi guía, mi refugio y mi fuerza para superar todos y cada uno de los obstáculos que se me presentaron en este arduo camino.

A mi madre Elena Sánchez, que me ha demostrado el cariño más genuino que un ser humano puede recibir, que ha dedicado su vida a nosotros, sus hijos, gracias por trabajar día a día por nosotros, cada gesto, cada esfuerzo y sacrificio que haces para que yo sea feliz, por ser mi mejor amiga y confidente.

A mi padre, David González, por ser el promotor de este sueño, por darme fuerzas y educarme para ser una mujer valiente y guerrera, a la que cualquier obstáculo se le queda pequeño si hay voluntad, por ser un gran amigo y escucharme sin juzgarme, por siempre estar aquí y amarme tanto.

A mi hermano Luis David, durante toda mi vida has sido mi compañero, por cuidarme, protegerme y aconsejarme, por estar para mí en los momentos más duros y enseñarme que nunca estaba sola, porque tú estabas para mí, gracias por estar presente siempre, por llevarme a mi primer día de clases en la universidad y hoy acompañarme en mi última actividad académica antes de recibir el título.

A mi hermano Diego, por cuidarme desde muy pequeña, por esforzarte todos los días para nuestro bienestar, por trabajar tan duro para ayudarnos, por enseñarme buenos valores y desde el día 1 ser un apoyo en este camino.

A mi mejor amiga Oriana Hernández, mi otra madre Lourdes Teresa y mi buen amigo José Hernández, gracias por hacerme parte de su familia y quererme como

parte de ella, gracias por su apoyo, por su cariño, aun a la distancia hacerme sentir su amor siempre.

A mi compañero de Tesis, Daniel Sosa, por ser un hermano, por motivarme a edificar este sueño, por brindarme una mano amiga en los momentos más oscuros, gracias por recibirme siempre y ser mi compañero fiel desde el segundo semestre de bioanálisis.

A mis primos, Darío José y Regna Dumila, gracias por ser pilares en mi formación, por ser mis confidentes, mi refugio cuando sentía que no podía más, gracias por quererme como dos hermanos mayores.

A mi grupo de la G, Ana Graciela González, Andrea González, Daniela Guerra, Jorge Gudiño, Carlenny Guerra, Steffani Gil, sin duda alguna fueron el mejor grupo con el que pude rotar, por su cariño y su compañerismo.

A mis amigos, Carlos Orocuca, Dennys Chaudary, Rosiannys Chaudary, por ser compañeros de cambio, por ser confidentes, por todas las aventuras juntos, por reencontrarnos y mantener esa amistad tan linda.

A mis rommies, María Ferrer y Maryolis López, gracias por regalarme un hogar, por protegerme, por llenarme de cariño y como una hermana menor llevarme de la mano siempre.

A mis amigos, Carlos Narváez, Alexandra Ordoñez y Sergio Ramos, con ustedes viví la mejor época de mi vida como estudiante, formé una familia e hicieron esas largas noches de estudio, aventuras.

A mi amiga, Alexandra Ordoñez, desde el 3er semestre te volviste una hermana para mí, gracias por cuidarme, por las risas, por tus consejos, te volviste fundamental en mi vida y agradezco tenerte durante todo este recorrido a mi lado.

A mi tía, Josefa González y mi tío, Freddy González, gracias por ser otros padres para mí, por quererme como una hija, por ayudarme a cumplir este sueño y no abandonarme nunca.

A mi mejor amigo, Josué Rivera, gracias por escucharme y estar ahí para mí cuando las baterías estaban totalmente descargadas, por tu comprensión, por tenerme siempre presente.

A Keiver Muñoz, por ser mi compañero desde mi primer día como interno de pregrado, por todos los días escucharme, por el cariño que tuviste para recibirme después de cada guardia y hacer de esta experiencia más llevadera.

A mi profesor, Henry Fernández, por orientarme y guiarme, por escucharme y como un padre aconsejarme, por todo el cariño y ser un amigo para mí.

González Sánchez, María Bethania.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme transcurrir este camino con salud y prosperidad.

A mí madre Sandry Natera, por ser el motor que me impulsa cada día, por ser mi pilar y mi mayor bendición en la vida, siendo quien celebra este logro como si fuera propio pues es por ti la razón por la cual estoy cumpliendo esta meta.

A mi novia y colega, Alana García quien es en mi vida apoyo, alegría, refuerzo, refugio, dónde tú estés, esta mi hogar, gracias por ser incondicional conmigo, por enseñarme a ver la vida de una forma diferente, por discernir lo bueno de cada momento malo y por motivarme en mis momentos de tristeza.

A mi tutora Daisy Prieto, por su inagotable paciencia con nosotros en este último tramo de nuestra carrera, gracias por guiarnos con sus buenos deseos y consejos.

A todos mis profesores universitarios, en especial al Lic. Rafael Rodríguez, Dr. Luis Brito y Dra. Melania Marín, quienes con su gran pedagogía me hicieron amar y valorar la academia, pero aún más el arte de la medicina, siempre recordando su excelencia y plasmando sus enseñanzas en la interacción con cada paciente y su respectiva historia clínica.

A la casa más alta del Oriente, la Universidad de Oriente, por ser la institución que en conjunto con el Hospital Universitario Ruiz y Páez fue donde recorrí infinidad de veces sus pasillos y habitaciones, adquiriendo todos los conocimientos necesarios para llegar finalmente a este punto, la culminación de mi carrera universitaria.

A mí colegio de la adolescencia e infancia, Kalil Gibran, junto a sus profesores, que fueron los primeros formadores de mi academia, durante mis primeros años de estudio.

A mi amiga y hermana Mónica Campos, quien desde el primer semestre estuvo luchando conmigo y que, a pesar de haber seguido diferentes caminos, estoy feliz de poder llamarte ‘la hermana que la UDO me regalo’, siendo tú la que me ayudó por primera vez en el enigma de hacer una tesis.

A mí compañera de tesis y hermana udista María González, dándolo todo juntos desde el 2do semestre de esta forma de vida llamada Medicina donde acumulamos infinidad de reuniones de estudio, salidas, el cambio de carrera y con quien enfrente está travesía tesista.

A los residentes de cada rotación del internado de quienes pude aprender multitud de cosas en cada especialidad, Med. Interna: la Dra. Thailyn Bermúdez, Dr. René Devia y Dr. Ítalo Key, Pediatría: Dra. Zolimar Bello, Dra. Endrina Pérez, Dra. Gabriela y Dr Carlos, Ginecología: Dra. Ana Díaz, Dr. Jhonatan León y Dr. Alberto Marín, Traumatología: Dra. Franchesca Fuentes, Dra. Rosiannys Aquino y Dr. Robixon Bastardo, Cirugía: Dra. Katuska Evans, Dra. Scarlet López. Agradecido con todos ustedes que me ayudaron y enseñaron, adquiriendo las primeras experiencias durante mi estancia en cada servicio.

A mis amigos de la residencia Alejandro Martínez y Luis Carrillo, quienes me han acompañado y auxiliado con este trabajo como en la universidad, sin dejar de lado los momentos de diversión, voleibol y moba.

Al ambulatorio CPT3 "La Charneca", dónde pude cursar mi ruralita y aprender de excelentes profesionales como la Dra Rosa Reyes, Dr José Ordaz y el Dr Quijada, orgulloso de ser ahora su colega.

Finalmente a la promoción 91 de Médicos Cirujanos, un grupo dotado de múltiples personalidades y que a pesar de no haberlos llegado a conocer a todos y cada uno, me llevo el grato recuerdo de muchos compañeros con los cuales compartí variedad de experiencias entre alegrías o tristezas, dramas y tragedias, desde estudiar con desvelos entre los pasillos del hospital, hasta festejar cada examen aprobado con las respectivas visitas a La Rumbera, deseándoles a todos muchísimo éxito donde sea que estén en el futuro.

Sosa Natera, Daniel Alejandro.

DEDICATORIA

A Dios, por demostrarme que nunca estuve sola, por poner en mi camino ángeles que siempre me dieron fortalezas para llegar hasta aquí.

A mi Tío, Nelson Carabaño, que ya hoy no está con nosotros en la tierra, pero su recuerdo siempre me acompaña, por amarme, tu cariño me llena de fuerza y me motiva todos los días.

Por supuesto a mi casa de estudio Universidad de Oriente, Hospital Ruiz y Páez, a todos y cada uno de los profesores que colaboraron en mi formación.

González Sánchez, María Bethania.

DEDICATORIA

En honor a mi madre Sandry Natera, quien desde el inicio de mi existencia estuvo detrás de mí, protegiéndome, empujándome y alentándome a seguir adelante y quien más estuvo allí en cada momento de desdicha, fortuna o dificultad, incondicionalmente en cada instante, quien ríe cuando yo río y llora cuando yo lloro, teniéndote presente en mi forma de hacer las cosas y pensando en la frase con la que me llevabas al colegio cada mañana "no hay que salir a la calle a ser el primero, hay que salir a ser el mejor".

A mi padre José Sosa, siendo el que me mostró este camino desde que tengo uso de razón, quien me enseñó por primera vez la belleza del estudio Médico, los interiores de un quirófano y quien me dio junto a mi hermano mayor el ejemplo a seguir cuando se habla de excelencia académica.

A mi abuela, Theresa Pestana quien en cuyas oraciones y bendiciones me encomendaba a Dios, buscando para mí y la familia la máxima protección de este mundo. A mi abuelo, Carlos Maita, quien así como mi abuela ha estado pendiente de nosotros, con sus mejores deseos y bendiciones. A mis tíos, Carlos Natera e Ybis Natera, con quienes siempre puedo contar, ellos que siempre estuvieron pendientes de mi bienestar en todo momento. Gracias por estar siempre conmigo, llenando mi camino de alegría y bendiciones.

A mí padrastro Yonnael Hidalgo quien desde hace varios años ha estado ayudándonos a toda la familia, siendo quien velaba porque en casa no nos faltara nada.

A mi novia Alana García, por ser la persona que sin importar las circunstancias; trabajo, estrés o tranquilidad, siempre ha priorizado el nosotros y que además me ha apoyado, alegrado, aconsejado y acompañado, juntos o separados has sido y eres mi lugar feliz, dónde con abrazos y caricias me enseñaste que dónde sea que estemos, siempre que estemos los dos, no hay mejor lugar para estar, mostrando tu mejor disposición a que nuestros objetivos y logros sean exitosos.

A mis hermanos, Andrés Sosa, cuyos consejos acertados, reflexiones y auxilios en variados momentos de la vida me ha impulsado e inspirado a ser cada vez mejor y José Sosa quien junto a mi madre ha estado en cada momento con su forma particular de ver el mundo.

A mis amigos y hermanos de El Tigre, Erick Fernández, Claudia Montilla y Victoria García, que después de más de 10 años de amistad se han vuelto familia, aunque a veces provoca darles un trauma correctivo con la porción distal de mi miembro superior derecho, los amo y espero que la amistad dure toda la vida.

A mis amigos de la familia Peluche, Mónica Campos, Cristian Rondón, César Marfisis, Daniela Tovar, Roalbert Ramírez, mi primer grupo de amigos de la universidad, con quienes compartí muchas risas y aventuras.

A mis viejos amigos de mi primera residencia, Alexander Bolívar, Miguel Caraballo, Alfredo Ruiz, Lizza Maria, siendo ellos de las primeras amistades que tuve en mis inicios en la UDO y de quienes siempre recordare las reuniones, risas y comidas.

A mis amigos del Team Clavala, Dennys Chaudary, Rosiannys Chaudary, Zairiberth Francesch, Carlos Orocuca, Isabella Suarez y Sofía Villarroel, que a pesar de caerles mal en nuestros inicios ya después la amistad nació y tanto así que fue

junto a ustedes que luché mi cambio de carrera en el 3er semestre y con quienes oficialmente empecé el estudio de la medicina.

Al grupito de los bichadores Carel Navarro, Luis Romero, Daliana Rivero, Stefany Gil, María Gómez y Karina García, mi grupo de rotación al inicio de la locura de internado en el Hospital Ruiz y Páez, quienes dotaron de risas, rabias y fotos dormidos de todos y cada uno en las interminables guardias de cada rotación.

A mis mujeres poderosas Vanessa Sisso, María Silva, Francis Sotillo y María Solís, junto a ustedes viví los semestres desde la catedra de semiología hasta psiquiatría, con innumerables fotos, chismes, risas, llantos, rabias y frustraciones.

A mis amigos Geraldine Peña, Glenard Velazquez, Fabiana Travieso, Loissadriana Valor, Omel Toledo y Rosmel Salazar, gracias por hacer de mis últimas 2 rotaciones una experiencia sin igual.

Sosa Natera, Daniel Alejandro.

**FACTORES PSICOSOCIALES EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ, CIUDAD
BOLIVAR, EDO. BOLIVAR, PERIODO JULIO-DICIEMBRE 2023.
María Bethania González Sánchez; Daniel Alejandro Sosa Natera**

RESUMEN

El embarazo en adolescentes ha sido una de las problemáticas más difíciles de enfrentar para la familia, el entorno social y la salud, puesto que la fisiología y madurez de la gestante no está totalmente desarrollada para afrontar los cambios que conlleva la gestación. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, de campo, no experimental, de corte transversal con la intención de identificar factores psicosociales en adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecología y obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, ciudad Bolívar, edo. Bolívar, período julio-diciembre 2023. Se evaluaron 209 pacientes, cuyas edades fueron 16, 17 y 18 años en un 64.12% (n=134), en su mayoría procedentes del municipio Angostura del Orinoco, 73.2% (n=153), de estado civil concubinas 54.06% (n=113), el 38.75% (n=81) y 36.36% (n=76) refirieron que su ocupación antes del embarazo fue "ama de casa" y "estudiante", durante el embarazo se mostró un gran descenso del número estudiantes, 4.78% (n=10) y un repunte de desempleo 67.94% (n=142), grado de instrucción primaria con 61.25% (n=128), 59.34% (n=124) tienen metas para el futuro, el 59.8% (n=125) consumía alcohol, a la edad de 11 a los 13 años 73.2% (n=153) tuvieron su menarquia y la sexarquia fue de los 14 a los 16 años 78.94% (n=163). el 75.12% (n=157) refirió tener al menos 1 familiar con antecedente de embarazo familiar, el 61.24% (n=128) refirió no tener conocimiento sobre el uso de los métodos anticonceptivos, el 64.59% (n=135) fueron embarazos no deseados, el 73.68% (n=154) aun mantenían relación con la pareja y de ellas el 37.79% (n=79) calificaron dicha relación como "buena". El grado de disfunción familiar más frecuente fue el leve con 41.15% (n=86) y el estrato económico dominante fue la pobreza 56.94% (n=119).

Palabras Clave: Embarazo, adolescente, factores psicosociales.

INTRODUCCIÓN

La OMS define la adolescencia como la fase de la vida que va desde la niñez a la edad adulta, es decir, desde los 10 hasta los 19 años. Representa una etapa singular del desarrollo humano y un momento importante para sentar las bases de la buena salud. Los adolescentes experimentan un rápido crecimiento físico, cognoscitivo y psicosocial. Esto influye en cómo se sienten, piensan, toman decisiones e interactúan con su entorno (OMS, 2022). Otra definición de la adolescencia es el periodo de vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica (FPIE, 2022).

En el informe “The State of the World’s Children 2011” se expresa que resulta difícil definir a la adolescencia por diversas razones. Primero, porque las experiencias individuales en este período son diferentes, en relación con las variaciones físicas, la maduración emocional y cognitiva, entre otras eventualidades. A la pubertad no es posible considerarla como la línea de demarcación entre la niñez y la adolescencia pues suceden cambios a diferentes edades en hembras y varones, incluso existen diferencias individuales en el mismo sexo. El segundo factor es la gran variación en relación con las leyes en distintas naciones relacionadas con la minoría y la mayoría de edad. El tercer factor se refiere a que no se respeta lo establecido legalmente para los niños, los adolescentes y los adultos y se permite que los primeros asuman actividades que no les corresponden (Borrás, 2014).

La cantidad de cambios físicos, sexuales, cognitivos, sociales y emocionales que ocurren en esta época pueden originar expectativas y ansiedad tanto a los niños como a sus familias. Entender lo que se puede esperar en las distintas etapas puede promover un desarrollo saludable durante toda la adolescencia y sus etapas. En la

adolescencia temprana (10-13 años), se denota un acelerado crecimiento físico con cambios anatómicos y fisiológicos como la maduración de los genitales externos e internos o el sistema hipotalámico-hipofisiario-gonadal, como también nuevos paradigmas psicosociales; para la adolescencia media (14-17 años) la transición anatomofuncional continua, pero se enfatizan los rasgos psicológicos, mayor interés por relaciones románticas y sexuales, distanciamiento

padre-hijo, toma de decisiones, entre otros; en la adolescencia tardía (18-21 años) es donde predomina la razón sobre la impulsividad, los jóvenes pueden sopesar los riesgos y recompensas, tienen un sentido más firme de su propia individualidad, relaciones más estables, entre otros (Allen y Waterman, 2019).

En la actualidad, hay 1.200 millones de jóvenes de 15 a 24 años, constituyendo el 16% de la población mundial. Para 2030, fecha límite para los objetivos de desarrollo sostenible (ODS), se estima que la cantidad de jóvenes habrá aumentado en un 7%, llegando así a casi 1.300 millones. (ONU, 2022). Hay más adolescentes que nunca en el mundo, cifras que representan una sexta parte de la población mundial. Se prevee que este número aumente hasta 2050, particularmente en los países de ingresos bajos y medianos, donde vive cerca del 90% de los individuos que tienen edades comprendidas entre 10 y 19 años (OMS, 2022).

Este periodo se da en la 2da década de la vida donde se comienzan los cambios a nivel físico, como lo son los caracteres sexuales primarios y secundarios; simultáneamente se comienza la transición psicológica de un infante a un adulto y junto a ellos la persona deberá adaptarse a su entorno, con nuevos retos, mayores exigencias a nivel académico, laboral e interpersonal con sus semejantes, nuevos círculos y estándares sociales, entre otros. Pero además hay que tener en cuenta que la sexualidad es lo que más caracteriza a la adolescencia, siendo la maduración sexual

no solo la capacidad de reproducirse sino también las actitudes, deseos, fantasías, aspiraciones, emociones y sentimientos que traen en conjunto (AAP, 2017).

La sexualidad humana abarca todos los aspectos relativos al sexo biológico, la reproducción, la orientación sexual, el erotismo, la intimidad, el placer y el género. Por ende, se expresa más allá de la reproducción de la especie, pues además de ayudar, crear descendencia, también cumple funciones afectivas. En efecto, los seres humanos desarrollamos un conjunto de ideas y sentimientos sobre nuestro cuerpo que hacen de nuestra sexualidad una trama de emociones, sensaciones, afectos, creencias y normas corporales. En buena medida, estas moldean nuestra vida como personas y como miembros de una sociedad (Redondo, 2019).

El interés por la sexualidad está presente desde los primeros años de vida. Por ejemplo, desde edades tempranas se genera curiosidad por la diferencia genital, curiosidad sobre ¿cómo se hacen los bebés?, jugar con los genitales o las sensaciones físicas que se sienten al abrazar o acariciar. Además, los niños juegan a mantener relaciones afectivas (juegos de rol como “a papás y mamás” o “a los médicos”). Aprenden a través de estos entretenimientos e interiorizan los papeles que nuestra sociedad otorga a cada sexo (Satín, 2022).

Es así como la sexualidad conforma un aspecto importante desde la niñez y constituye un pilar en la vida del adolescente, ya que es en esta etapa donde ocurre un aumento repentino en el interés sexual. Producto de los diversos cambios corporales y la toma de consciencia sobre ellos. Adicionalmente, se genera un cambio y elevación en los niveles hormonales, sumado a un énfasis cultural sobre el sexo y el ensayo de los roles del adulto, aquí la sociedad influye en gran medida sobre las actividades relacionadas con la sexualidad debido a cierta “presión social” del entorno sobre el individuo (González, 2020).

La práctica sexual temprana ha generado que cada vez haya más adolescentes que no tengan los conocimientos suficientes al respecto y acaben generando situaciones que traen repercusiones negativas para su desarrollo. Por lo que, en consecuencia, tenemos circunstancias que provocan un impacto importante en la sociedad, desencadenando inestabilidad tanto para el individuo como para el núcleo familiar, siendo más susceptibles a embarazos no deseados, problemas de salud relacionados al embarazo precoz, infecciones de transmisión sexual, abortos y demás entidades asociadas (Domínguez y Bordes, 2022).

El adolescente poco a poco va a afrontar nuevas demandas y experiencias sociales, entre ellas los primeros amores y relaciones de pareja, así como también su primera relación sexual. De hecho, se conoce que una elevada proporción de los ciudadanos se inició en el sexo antes de los 15 años de edad. Sin embargo, en algunos casos estas primeras experiencias son altamente impulsivas y no van de la mano con una experimentación que tenga en cuenta los riesgos, algo que, en lo que respecta al sexo, puede llegar a generar un embarazo temprano. Esto ocurre en todo el mundo, aunque más visible en países en vías de desarrollo (Corona y Funes, 2014).

El embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel que ocurre cuando una adolescente no está preparada mental, social ni físicamente para ello; sucediendo esto entre los 10 y 19 años de edad, siendo la mayoría de estos embarazos no planificados y no deseados, además de que, en estas edades, el embarazo puede ser producto de violencia física, simbólica, psicológica y económica. Los factores asociados a este tipo de embarazo son diversos, como las características de vida o del hogar del adolescente, así como su estatus social y su acceso a la educación. Por otro lado, influye la cultura del país o región en la que resida, referida a aspectos como el género, la maternidad, el sexo, la adolescencia o las relaciones de pareja. Las estimaciones calculan que unos 16 millones de niñas de edades comprendidas entre

los 15 y los 19 años dan a luz cada año, mientras que un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo (FPIE, 2022).

Entre las causas más frecuentes del embarazo adolescente tenemos el consumo de alcohol y/u otras sustancias psicoactivas que favorecen el mantener relaciones sin protección, la exclusión social, la falta de metas en la vida a futuro, esperanzas de mejorar la propia situación o el padecimiento de algunos trastornos como depresión o trastorno bipolar que también facilitan que ocurra un embarazo no deseado (Castillero, 2018).

Los embarazos tempranos son una de las principales causas de mortalidad de las niñas de 15 a 19 años en los países en desarrollo. Este tipo de gestación incrementa el riesgo de padecer síndrome hipertensivo del embarazo, desproporción feto-pélvica, aborto, nacimientos prematuros y demás entidades que ponen en peligro la vida tanto de la gestante como del bebé. Las niñas de 10 a 14 años tienen hasta cinco veces más posibilidades de morir durante el trabajo parto o cesárea. Además de esto las consecuencias se mantienen a lo largo de la vida de las madres adolescentes, con mayor riesgo de sufrir comorbilidades como la hipertensión crónica o diabetes. Además, los efectos no se quedan en las propias embarazadas, sino que pasan a sus familias y comunidades, puesto que, económicamente, se generan nuevos gastos durante y después del embarazo (FPIE, 2022).

En el estado socioeconómico bajo, por la incapacidad de costear métodos anticonceptivos o atención médica, el abuso sexual y/o violaciones, la ausencia de los padres, familias inestables o conflictos familiares, es decir, condiciones del núcleo familiar en que se fomente que la adolescente se aparte de este, como es el caso de una familia disfuncional, que exista negligencia, abandono o falta de afecto, son condiciones que favorecen el inicio temprano de las relaciones sexuales, repetir estos patrones familiares preexistentes, incluso la promiscuidad (Castillero, 2018).

Demás está decir que influye en gran medida la falta de educación sexual, siendo el factor “desconocimiento” lo que lleva a las adolescentes a realizar actos de imprudencia, derivando en enfermedades o en este caso un embarazo no deseado. En muchos países, sobre todo en los subdesarrollados, es común que el sexo sea tratado o descrito como un tabú, más aún para la población femenina, tornándose un tema del que nada se sabe o bien del que se desconocen los riesgos o posibles consecuencias, como también las opciones para evitarlas, entran aquí además las creencias culturales o religiosas en las que el papel de la mujer es la de dar a luz desde la juventud (Castillero, 2018).

Lo anterior mencionado lo corroboran los datos obtenidos en el seguimiento del programa asistencial de la madre adolescente y su hijo (PROAMA), donde se determinó que el embarazo adolescente reincidente se asocia significativamente con menor escolaridad y mayor abandono de la misma (Pereira, 2022). En un estudio realizado en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”, Perú, se determinaron numerosos factores de riesgo para la reincidencia del embarazo adolescente, entre los cuales están: El estado civil soltera, el consumo de tabaco, la menarquia precoz, el inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años, el tener de 3 a más parejas sexuales, el no usar métodos anticonceptivos, la conducta sexual de riesgo, el embarazo no planificado, parto por cesárea, antecedente de violencia física, el cambio de pareja y la edad menor de 19 años de la pareja (Tantera, et al, 2017).

Cerca de la mitad de todos los embarazos, que suman 121 millones cada año en todo el mundo, no son deseados. Esta es la asombrosa conclusión del último informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA). El innovador informe visibiliza lo invisible: La necesidad de actuar para poner fin a la crisis desatendida de los embarazos no intencionales, advierte que esta crisis de derechos humanos tiene profundas consecuencias para las sociedades, las mujeres y las niñas y la salud mundial (Ortega, 2021).

Alrededor de 21 millones de adolescentes (mujeres de entre 15 y 19 años) quedan embarazadas y doce millones dan a luz cada año en los países en desarrollo, 777.000 en el caso de las menores de quince años y de este gran total, al menos diez millones de embarazos no son intencionados, trayendo consigo los problemas que ello provoca, como las complicaciones durante la gestación y el parto, que son la principal causa de muerte en las adolescentes en todo el mundo, mientras que, cerca de 5,6 millones de abortos de mujeres embarazadas de entre 15 y 19 años que tienen lugar cada año y de los cuales 3,9 millones son inseguros, lo que eleva las tasas de mortalidad y morbilidad (Merino, 2021).

Los datos sobre partos entre niñas de 10 a 14 años no están ampliamente disponibles; los escasos datos de Angola, Bangladesh, Mozambique y Nigeria apuntan a que las tasas de natalidad en este grupo de edad superaron los 10 nacimientos por cada 1000 niñas en 2020. Según los datos de 2019, el 55% de los embarazos no deseados entre las adolescentes de 15 a 19 años terminan en abortos, que a menudo no son seguros en los países de ingreso mediano-bajo. Las madres adolescentes tienen mayor riesgo de eclampsia, diabetes, endometritis puerperal e infecciones sistémicas que las mujeres de 20 a 24 años, y los bebés de estas madres tienen un mayor riesgo de padecer bajo peso al nacer, nacimiento prematuro y afecciones neonatales graves (OMS, 2022).

En España, suponen el 2-2,2% del total de embarazos, con una tasa de fecundidad del 6,2%, tasas muy inferiores a las existentes a nivel mundial y que son un indicador del nivel socioeconómico de los países. En este país, la tasa de fecundidad en adolescentes baja de forma pronunciada desde los años ochenta, estabilizándose en la década de los noventa, registra un repunte a principios de este siglo, para luego volver a descender. El número de nacimientos de madres adolescentes crece entre 1996 (11.174) y 2008 (15.133), con un cambio de tendencia en los años siguientes, reduciéndose casi un 50% en 2017 (7.839) y, aún más, en el

2020 y 2021 (7.228 y 7.202). Estas cifras son similares a las observadas en Canadá, pero considerablemente inferiores a las de Norteamérica (Martínez, 2022).

De acuerdo con los centros para el control y la prevención de enfermedades de Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés), la tasa de nacimientos de hijos de adolescentes de entre 15 y 19 años se redujo 8% en 2020 con respecto al año anterior y 75% con respecto a su pico de 1991. Arkansas, Mississippi y Luisiana tienen las tasas más altas de nacimientos de niños de madres adolescentes en el país. Las tasas también se mantienen altas entre las adolescentes indígenas, hispanas y negras. Estados Unidos continúa siendo el país desarrollado con mayor tasa de embarazos adolescentes, aunque existen importantes diferencias en función de la raza, de la etnia, del nivel socioeconómico y del estatus educacional (Fonda, 2022).

En América Latina y el Caribe, se estima que existe una población de 140 millones de jóvenes, para este continente uno de los elementos que incide de manera significativa en la situación de vulnerabilidad de las adolescentes es el embarazo no planificado. La región tiene la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes del mundo y se estima que casi el 18% de todos los nacimientos corresponden a mujeres menores de 20 años de edad. La mortalidad materna en América Latina y el Caribe se ubica entre las tres primeras causas de muerte en las adolescentes entre 15 y 19 años. En las adolescentes menores de 15 años, el riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo es hasta tres veces más que en mujeres mayores de 20 años (FPNU, 2018).

En conferencia de prensa, Josefina Lira, expresidenta del Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia detalló que a nivel mundial cada año aproximadamente 16 millones de mujeres entre 15 y 19 años dan a luz y 2 millones de menores de 15 años quedan embarazadas (FPNU, 2021). Así mismo América Latina y el Caribe continúan siendo las subregiones con la segunda tasa más alta en el

mundo de embarazos adolescentes, señala un informe publicado por la organización panamericana de la salud/organización mundial de la salud (OPS/OMS), fondo de las naciones unidas para la infancia (UNICEF) y el fondo de población de las naciones unidas (UNFPA, 2018).

Según estimaciones del consejo nacional de población (CONAPO), para 2015 y 2019 la tasa específica de fecundidad (TEF, definida como el número de nacimientos por cada mil mujeres en un grupo etario) en adolescentes de 15 a 19 años correspondió al indicador internacional comprometido por México en el marco de los objetivos de desarrollo sostenible y ante el consenso de Montevideo. En 2015, la TEF en las adolescentes de 15 a 19 años fue de 74.3 y se estima que en el recuento final para 2019 sea de 69.5. La fuente de dicha información proviene de las estimaciones preliminares del CONAPO con base en las proyecciones de la población 2016-2050 (Kuri, 2021).

Renata Santander, directora del instituto nacional de la juventud (INJUV) en Chile, llevo a cabo un estudio acerca de la tasa de embarazo adolescente en Chile. La investigación tiene por nombre “El descenso de la fecundidad adolescente en Chile antecedentes, magnitud, determinantes y desigualdades” y fue elaborado por la comisión económica para América Latina y el Caribe, en conjunto con INJUV. El principal resultado que arrojó este estudio, fue que el embarazo adolescente en Chile pasó de 56 por cada 1000 en el año 2008, a 23 por cada 1000 en el año 2018. En otras palabras, se reflejó una baja importante de casi un 60% en solamente 10 años, lo cual se evidencia en datos censales y encuestas nacionales que corroboran la caída (Pauta, 2021).

El laboratorio de economía de la educación, de la Universidad Javeriana, presentó su más reciente informe sobre embarazo infantil y adolescente en Colombia, soportándose en las proyecciones de población, presentadas por el departamento

administrativo nacional de estadística (DANE), y que, entre otras cosas, presenta los alarmantes números de maternidad en menores. En Colombia, para 2022, habitan 8.031.745 niños, niñas y adolescentes entre los 10 a 19 años, de quienes el 49,1% son mujeres (DANE-proyecciones de población, 2022). En 2021, de los 612.228 nacimientos registrados en el país, el 18,2% fueron producto de embarazos de niñas y adolescentes entre los 10 y 19 años¹ (DANE-EEV, 2022)”, detalla el informe (Infobae, 2022).

De los países latinoamericanos, Venezuela es la tercera nación con mayor tasa de embarazos tempranos en el continente, con 95 nacimientos por cada 1000 adolescentes entre 15 y 19 años, según el fondo de poblaciones de naciones unidas, siendo el primer lugar ocupado por México y el segundo por Colombia. Datos oficiales del instituto nacional de estadística (INE) indican que para el año 2011 la tasa de fecundidad entre los 15 y 19 años se ubicó en 88.40 por 1 000 mujeres. La coordinadora para la prevención del embarazo adolescentes del fondo de población de las naciones unidas, Andrea Pereira, señaló que en este marco Venezuela es un problema histórico para América Latina. Refirió a la última data conocida sobre el índice de embarazos en adolescente, la cual data de 2020 y refleja que, por cada 1.000 adolescentes del sexo femenino, en edades comprendidas entre los 15 y 19 años, 97.7 son madres en la adolescencia. (EFE, 2022) (González, 2021) (León, et all, 2015).

En 7 estados del país se registran cifras superiores a la tasa promedio de fecundidad corregida en adolescentes, con diferencias significativas en las tasas de fecundidad de las adolescentes según el lugar de residencia. El estado Delta Amacuro presenta la situación más alarmante con una tasa de 113,40 (por cada 1.000 nacimientos vivos). Los otros estados son: Monagas, Zulia, Apure, Amazonas, Táchira y Guárico (Corona, 2014).

Según los datos recopilados en Táchira por la sociedad venezolana de farmacología y de farmacología clínica y terapéutica la falta de información sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos inducen a los adolescentes a comportamientos sexuales de riesgo. Se evaluó la asociación entre las variables dependientes e independientes, siendo los predictores: educación sexual recibida en el hogar, educación sexual recibida en la escuela, nivel de formación del jefe del hogar, actividades desarrolladas por la adolescente antes del embarazo, uso del preservativo y calidad de la relación familiar (ONU, 2022).

Las adolescentes que no recibieron educación sexual en el hogar, manifiestan un riesgo 4,32 veces más elevado de consumir el acto sexual antes de los 14 años. Mientras que las adolescentes que recibieron educación inadecuada tienen una probabilidad 4,12 veces mayor de experimentar relaciones sexuales altamente precoces. Si comparamos esta última tasa con la del instituto nacional de estadística (INE) en el año 2011, apenas existe una diferencia porcentual de 0.88 %; es decir, no evidencia un significado estadístico importante. Por otra parte, los datos arrojados indican que el 72 % de las adolescentes que han tenido al menos un hijo, se encuentran fuera del sistema educativo, aunque no existen evidencias que permitan afirmar que estas adolescentes hayan quedado embarazadas dentro del sistema o hayan desertado cuando se embarazaron (González, 2021).

Un estudio de la AVESA (organización no gubernamental feminista venezolana) se registra que Venezuela posee la tasa más elevada de embarazo adolescente entre los países de América del Sur, con 101 nacimientos por cada 1 000 mujeres de 15 a 19 años de edad. De cada 10 mujeres que tiene un hijo o hija, 2 son adolescentes. Venezuela se coloca en el tercer lugar de todos los países de América Latina, después de Honduras (109) y Nicaragua (108), lo que genera una profunda preocupación en el país a nivel de los sistemas de salud pública y de educación, ya

que el porcentaje de madres adolescentes va en aumento de manera paulatina (León, et all 2015).

A pesar de todo esto se han tomado medidas por parte de la UNFPA, como es la implementación de un plan que logró reducir en 87 % el embarazo adolescente en una localidad del estado Anzoátegui y que ahora se está implementando como una política pública en los 11 municipios que registran la mayor incidencia de este problema. (Corona, 2021). Desde el aspecto biológico, la menarquia temprana probablemente influye sobre el inicio precoz en las relaciones sexuales en las chicas, teniendo un mayor riesgo de embarazo precoz. A pesar de ello, según investigaciones llevadas a cabo en Venezuela, se ha visto que el mayor peligro del embarazo adolescente no parece estar influenciado por las condiciones fisiológicas especiales del individuo, sino por la influencia de las variables socioculturales y las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione, demostrándose que el factor imperante en esta problemática de salud pública en nuestro país, es el componente socioeconómico y cultural (González, et all, 2020).

Los jóvenes venezolanos en proceso de socialización incrementan el interés sexual y el inicio de la función sexual a edad cada vez más temprana, según CONAPEP/ministerio de la familia, la edad modal en la que los jóvenes venezolanos se inician sexualmente es la de 15 años; no obstante, cerca del 3% de las adolescentes se iniciaron más precozmente entre los 12 y 14 años. Además, se reportó que, por cada 20 jóvenes, 12 mantienen relaciones activas sexualmente pero sólo 5 utilizan un método anticonceptivo. Por lo que se evidencia la falta de una adecuada información sexual dirigida a nuestros adolescentes (Leal, et all, 2018). En mujeres, el inicio sexual temprano (antes de los 15 años) aumenta en 0,85 veces el riesgo de embarazo no planificado. En hombres el inicio sexual temprano aumenta en 2.33 veces el riesgo de no usar anticonceptivo en la primera relación sexual (Venegas y Valles, 2019).

En un estudio realizado en la universidad nacional experimental Francisco de Miranda, estado Falcón, se demostró que gran parte de los adolescentes provienen de zonas rurales con familias disfuncionales o monoparentales, bajo la influencia del alcohol, drogas o sustancias estupefacientes, con inexistencia de un proyecto de vida a mediano o largo plazo, con poca percepción o ninguna oportunidad para el éxito y falta de expectativas hacia la maternidad. En tal sentido, los cambios que genera un embarazo se suman a los cambios psicosociales de la etapa adolescente (rebeldía, ambivalencia, necesidad de independencia, confusión de su imagen corporal, búsqueda de identidad y aislamiento); por lo tanto, se producen temores, desequilibrio emocional, depresión, angustia, somatizaciones, intentos de aborto y en ocasiones de suicidio (Corona, 2014).

El difícil acceso a anticonceptivos en el 2019 se encontraba entre un 83,3-91,7% (AVESA); la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos; la penalización del aborto, pues según el código penal, el aborto solo es legal en caso de que el embarazo amenace la vida de la parturienta, dejando prohibida cualquier otra razón para interrumpir un embarazo bajo amenaza de prisión; el fracaso de las políticas públicas en educación sexual integral y salud sexual y reproductiva, reflejado en un aumento del 65% de los embarazos adolescentes entre 2015 y 2019; y una emergencia humanitaria compleja que afecta de forma diferenciada a las mujeres, especialmente a aquellas que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad. Todos estos factores incrementan, además, las infecciones de transmisión sexual y los abortos inseguros asociados a embarazos no deseados (León, et al 2015).

En el año 2008 se obtuvieron datos sobre el embarazo adolescente en San Félix, estado Bolívar, en un estudio retrospectivo se documentó una incidencia de 33,2%, de partos de madres adolescentes en el periodo 2003-2007. La edad predominante fue de 15 a 16 años, el grado de escolaridad más frecuente fue secundaria, la mayoría eran solteras y eran de procedencia urbana. El promedio de edad de menarquia se

concentró en el intervalo de 14-16 años, la mayoría eran primigestas y habían tenido una sola pareja sexual hasta el momento de su embarazo, de igual forma no se habían realizado citología ni habían utilizado algún tipo de método anticonceptivo (Serrano y Rodríguez, 2008).

En el año 2009, un estudio en ciudad Bolívar, estado Bolívar sobre la culminación de embarazo en adolescentes, determinó que el mayor porcentaje de las adolescentes embarazadas pertenecían al grupo de adolescentes tardías, la mayoría provenían de las parroquias de la sabanita, agua salada y José Antonio Páez del municipio Angostura del Orinoco. La mayoría eran primigestas 69% mientras que el 31% de las pacientes ya habían presentado otro embarazo, predominando los embarazos a término con una frecuencia en un 88% (Duerto y Núñez, 2009).

En el año 2022, un nuevo estudio en ciudad Bolívar, estado Bolívar, sobre la caracterización epidemiológica del embarazo adolescente en el servicio de ginecología y obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, estableció que las adolescentes tardías fueron predominantes, en segundo lugar, se encontraron las adolescentes medias y por último adolescentes tempranas. Un porcentaje importante de adolescentes vivían en concubinato, cursaron estudios de bachillerato, eran amas de casa, pertenecían al estrato IV socioeconómico (situación de pobreza). Vivían con familias reconstruidas y no consumieron sustancias durante el embarazo (Hernández y Silvera, 2022).

JUSTIFICACIÓN

El embarazo en edad temprana constituye una condición de precariedad y desafío, en más de un sentido, para toda paciente que lo desarrolle, desde una iniciación repentina en las responsabilidades de una madre, tanto físicas, psicológicas y socioeconómicas, así como una privación y transformación de la vida cotidiana de la persona. Este tipo de embarazo se ha transformado en un problema de salud pública importante debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más vulnerables, aunque se puede presentar en todos los estratos de la sociedad; por lo que podemos afirmar que el origen de la maternidad en la adolescencia es de origen multifactorial (Flores, et-all, 2017).

Debido a la problemática planteada y considerando el actual incremento de la prevalencia de embarazo en adolescentes, generalmente no deseado, surge el presente estudio que pretende el análisis de los factores psicosociales influyentes en la ocurrencia del embarazo adolescente en pacientes que acuden al servicio de ginecología y obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, Ciudad Bolívar, Edo. Bolívar, período Julio-diciembre 2023.

OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar factores psicosociales en adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecología y obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, Ciudad Bolívar, Edo. Bolívar, periodo julio-diciembre 2023

Objetivos específicos

1. Identificar el grupo etario con mayor incidencia de embarazo
2. Precisar la procedencia, estado civil y grado de instrucción, ocupación antes y durante el embarazo, consumo de alcohol, cigarrillos y/o otras sustancias, predominantes de las pacientes.
3. Establecer edad en que ocurre la menarquia, sexarquia, antecedentes familiares de embarazo adolescente, uso métodos anticonceptivos y deseos de embarazarse.
4. Delimitar la calidad de la relación interpersonal entre las pacientes seleccionadas y el padre del bebe.
5. Clasificar el grado de disfunción familiar en las pacientes entrevistadas.
6. Determinar el estrato socioeconómico con mayor incidencia de embarazo.

METODOLOGIA

Tipo de estudio

Descriptivo, prospectivo, de campo, no experimental, de corte transversal.

Lugar y tiempo

El estudio se realizó en pacientes adolescentes embarazadas con edades comprendidas entre los 10 y 19 años de edad que acudieron al servicio de ginecología y obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, ciudad Bolívar, estado Bolívar. El periodo de estudio fue julio hasta diciembre del año 2023.

Población o universo

Estuvo compuesto por 249 adolescentes embarazadas que acudieron al servicio de ginecología y obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, ciudad Bolívar, estado Bolívar.

Muestra

La muestra estuvo compuesta por 209 pacientes adolescentes embarazadas que acudieron al servicio de ginecología y obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, ciudad Bolívar, estado Bolívar, en el periodo comprendido de julio hasta diciembre de 2023 y cumplieron con los criterios de inclusión de esta investigación.

Criterios de inclusión

- Pacientes adolescentes embarazadas con edades comprendidas entre los 10 y 19 años de edad que acudieron al servicio de ginecología y obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, ciudad Bolívar, estado Bolívar
- Consentimiento informado de las pacientes, oral y escrito.

Criterios de exclusión

- Pacientes adolescentes embarazadas con edades comprendidas entre los 10 y 19 años de edad que acudieron al servicio de ginecología y obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, ciudad Bolívar, estado Bolívar que no firmaron el consentimiento informado.
- Pacientes mayores de 19 años.

Diseño muestral

El muestreo se dio por conveniencia, ya que se tomó al total de pacientes adolescentes embarazadas que acudieron al servicio de ginecología y obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, que cumplieron con los criterios de inclusión en el periodo de estudio.

Procedimiento

Para la realización de este trabajo de grado se solicitaron los permisos necesarios para poder ejecutarlo (Apéndice A) ante el jefe del departamento de ginecología y obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, Dr. Antonio Russo. Así como también el consentimiento informado (Apéndice B) a todas

las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y desearon participar en esta investigación.

Para la recolección de datos de las pacientes y para poder identificar los principales factores psicosociales se utilizó una hoja de recolección de datos elaborada por los autores, que incluye tres factores básicos: determinantes socio-demográficos, características biopsicosociales y aspecto psicosocial. (Apéndice C)

Se usó la escala de Graffar modificado (Anexo A), a través de la cual se evaluó el estrato socioeconómico, tomando en cuenta la suma de cuatro variables de carácter social: ocupación del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, fuente de ingresos y condiciones de la vivienda. Cada variable se puntúa del 1 al 5 y cada variable evaluada con su puntaje corresponde a una condición o característica que tipifica a un grupo o estrato socioeconómico. La suma de todo el puntaje agrupa y determina el estrato al que pertenece esa persona o el grupo familiar.

- Estrato I: 4, 5 y 6 puntos; ubica a las personas dentro de la clase alta.
- Estrato II: 7,8 y 9; clase media alta.
- Estrato III: 10,11 y 12 puntos; clase media baja.
- Estrato IV: 13, 14, 15 y 16 puntos; situación de pobreza.
- Estrato V: 17, 18, 19 y 20 puntos; situación de pobreza crítica con un alto nivel de privación.

Para identificar en qué medida la familia cumple con sus funciones básicas, y cuales el rol que puede estar jugando la funcionalidad familiar en el proceso del embarazo adolescente se usó la escala APGAR FAMILIAR (Anexo B)

Cada una de la respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación:

- 0: Nunca
- 1: Casi nunca
- 2: Algunas veces
- 3. Casi siempre
- 4: Siempre.

Interpretación del puntaje

- Normal: 17-20 puntos
- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos
- Disfunción severa: menor o igual a 9

Estos métodos involucran de forma directa al encuestado limitándose a responder las preguntas planteadas por los investigadores en un formato estructurado. Dicho formato medio datos de interés para el desarrollo de la investigación, con preguntas cerradas y de selección. Se realizó una prueba piloto en 10 de las pacientes para asegurar el correcto entendimiento y llenado de la encuesta.

Los componentes evaluados de la función familiar a través de este instrumento son:

Adaptación: es la utilización de los recursos intra y extrafamiliares, para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un cambio o periodo de crisis.

Participación: se refiere a compartir la toma de decisiones y responsabilidades como miembros de la familia. Define el grado de poder y participación de cada uno de los miembros de la familia.

Crecimiento: es el logro en la maduración emocional y física en la autorrealización de los miembros de la familia, a través de soporte y fuerza mutua.

Afecto: es la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia

Recursos: es la determinación o compromiso de dedicar tiempo, espacio y dinero a los demás miembros de la familia.

RESULTADOS

Se realizaron 209 encuestas a las pacientes que acudieron al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Universitario Ruiz y Páez, de las cuales los grupos de mayor prevalencia fueron: en primer lugar, 16 años con un 24.40% (n=51), en segundo lugar, la edad de 18 años con el 21.54% (n=45) y, en tercer lugar, 17 años con 18.18% (n=38). Seguidos por los grupos de menor prevalencia representado por las edades de 14, 19, 13, 12 y 11 años, con un porcentaje de 11.48% (n=24), 9.1% (n=19), 1.43% (n=3), 0.96% (n=2) y 0.47% (n=1), respectivamente. (Tabla 1).

Según los datos demográficos, específicamente, la procedencia de las pacientes, los municipios de mayor incidencia fueron Angostura del Orinoco, Independencia y Sucre con el 73.2% (n=153), 8.13% (n=17) y 7.7% (n=16) respectivamente, seguidos por los de menos incidencia como lo son Cedeño, Caroní, Gran Sabana y otras procedencias fuera del estado Bolívar, cada uno con 1.91% (n=4), Roscio, Sifontes y El Callao cada cual con 0.95% (n=2) y finalmente el municipio Piar con 0.48% (n=1). (Tabla 2).

Para el estado civil de las pacientes entrevistadas, el 54.06% (n=113) viven en concubinato, mientras que el 37.32% (n=78) son solteras, seguido por las pacientes casadas que representan un 6.71% (n=14) y finalmente las viudas con 1.91% (n=4). (Tabla 3).

En cuanto al grado de instrucción de las pacientes, el 61.25% (n=128) habían culminado la primaria, el 37.8% (n=79) lograron terminar la secundaria o bachillerato y solo el 0.95% (n=2) resultaron ser analfabetas. (Tabla 4).

En atención a la ocupación de las pacientes se tomaron en cuenta su labor antes y durante el embarazo. Antes del embarazo, 38.75% (n=81) eran amas de casa, el 36.36% (n=76) eran estudiantes, el 16.75% (n=35) trabajaban para una tienda o negocio y un 8.14% se mantenían trabajando de manera independiente desde sus hogares. Mientras que, durante el embarazo, la mayoría de las pacientes, con un 67.94% (n=142) se mantuvieron sin trabajar, 13.87% (n=29) desempeñaron trabajos independientes desde su hogar, 13.41% (n=28) trabajaron como empleadas para alguna tienda o negocio y 4.78% (n=10) se mantuvieron estudiando. (Tabla 5).

Dentro del consumo de sustancias psicotrópicas, se determinó una prevalencia de consumo de alcohol de un 59.8% (n=125) activa u ocasionalmente antes del embarazo y un 40.2% (n=84) no lo habían consumido nunca. En el caso del tabaco, 30.6% (n=64) practicaron este hábito al menos una vez en su vida, mientras que 69.4% (n=145) no han fumado el producto. Respecto al uso de otras drogas solo el 3.8% (n=8) admite haberlas consumido alguna vez y el 96.2% (n=201) nunca las han utilizado. (Tabla 6).

En consideración a la menarquia, las edades prevalentes de su aparición fueron, 12 años con un 36.36% (n=76), 21.53% (n=45) para el grupo de 11 años, 15.31% (n=32) para los 13 años, 12.44% (n=26) para los 10 años, 6.22% (n=13) 15 años, 5.74% (n=12) para los 14 años, y 1.44% (n=3) para los 9 años. Mientras que los grupos comprendidos entre 16 y 17 años obtuvieron para cada uno 0.48% (n=1), representando la minoría de estas categorías. (Tabla 7).

Con relación a la sexarquia, se encontró en primer lugar con un 34.93% (n=73) la edad de 15 años, en segundo lugar, con un 22.48% (n=47) el grupo etario de 14 años, en tercer lugar, con un porcentaje de 21.53% (n=45) para los 16 años. Para los grupos de menor prevalencia en orden decreciente encontramos a las siguientes

edades, 13, 17, 18, 12, 11 años con 12.44 % (n=26), 3.83% (n=8), 1.91% (n=4), 1.91% (n=4) y 0.96% (n=2) respectivamente. (Tabla 8).

Hablando ahora del antecedente familiar de embarazo adolescente en las pacientes entrevistadas, se pudo evidenciar que la respuesta afirmativa prevaleció en el 75.12% (n=157), mientras que un 24.88% (n=52) tuvo respuesta negativa ante esta interrogante. Así mismo se pudo constatar que el vínculo familiar de mayor porcentaje con un 33.5% (n=67) fue el de las madres, seguido de las primas con un 26% (n=52) y con menor prevalencia encontramos a hermanas y tías, con 23.5% (n=47) y 17% (n=34), respectivamente. Cabe destacar dentro de esta variable, existían varias pacientes con más de un vínculo familiar, con antecedentes de embarazo adolescente. (Tabla 9).

En lo que respecta al uso de anticonceptivos, el mayor porcentaje 61.24% (n=128) estaba representado por las pacientes que no los usaban, mientras que un 38.76% (n=81) afirmó que si los usaban. Así mismo, dentro de los métodos más utilizados se encuentran, en orden decreciente, las pastillas anticonceptivas y el preservativo, quienes ocupan el primer lugar con un 38.27% (n=31) cada una, continuando con la inyección anticonceptiva hormonal con 9.86% (n=8), las pastillas de emergencia, el método natural de coitus interruptus y dispositivo subdérmico, con un 3.7% (n=3) cada uno. De último lugar encontramos al dispositivo intrauterino DIU, con 2.5% (n=2). (Tabla 10).

Acerca de los deseos de concebir, el mayor porcentaje pertenece a la respuesta negativa con un 64.59% (n=135), mientras que la minoría está representada en un 35.41% (n=74) por las pacientes que si tenían deseos por tener un embarazo. (Tabla 11).

Para evaluar la relación interpersonal de las pacientes entrevistadas, se tomó en cuenta si vivían con sus padres o con su pareja, si mantenían relación con el padre del bebe y como era la calidad de dicha relación. Para la primera variable se observó que el 65.07% (n=136) aun vivían con sus padres, mientras que el 34.93% (n=73) viven con su pareja. En cuanto a la segunda variable la mayoría contestaron de manera afirmativa, representando el 73.68% (n=154) y solo el 26.32% (n=55) de manera negativa. Finalmente, se les pidió calificar su relación con el padre del bebe; las apreciaciones ``buena`` y ``muy buena`` representaron el 37.79% (n=79) y 24.41% (n=51), respectivamente, seguidos por la valoración ``regular`` con 21.53% (n=45), 9.09% (n=19) para la calificación ``muy mala`` y finalmente la estimación ``mala`` con 7.18% (n=15). (Tabla 12).

En la disfunción familiar se pueden cualificar 4 grados, siendo en orden de prevalencia, en primer lugar, la disfunción leve con 41.15% (n=86), en segundo lugar, el grado normal con 38.75% (n=81), en tercer lugar, la disfunción moderada con 14.35% (n=30) y en cuarto lugar la disfunción severa con 5.75% (n=12). (Tabla 13).

Existen 5 estratos socioeconómicos según el GRAFFAR modificado, de los cuales el de mayor prevalencia fue el estrato IV o situación de pobreza con 56.94% (n=119), el estrato III o clase media baja quedo en 2do lugar con 27.27% (n=57), seguido por el estrato V o situación de pobreza crítica con 13.88% (n=29) y finalmente el estrato II o clase media alta solo con 1.91% (n=4). (Tabla 14).

Tabla 1

Embarazo adolescente según el grupo etario de las pacientes que acudieron al Servicio De Ginecología Y Obstetricia Del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz Y Páez, Ciudad Bolívar, Edo. Bolívar, periodo julio-diciembre 2023.

Edad (años)	n	%
10	0	0
11	1	0.47
12	2	0.96
13	3	1.43
14	24	11.48
15	26	12.44
16	51	24.40
17	38	18.18
18	45	21.54
19	19	9.1
Total	209	100

Tabla 2

Embarazo adolescente según la procedencia de las pacientes que acudieron al Servicio De Ginecología Y Obstetricia Del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz Y Páez, Ciudad Bolívar, Edo. Bolívar, periodo julio-diciembre 2023.

Procedencia (Municipio)	n	%
Angostura del Orinoco	153	73.2
Roscio	2	0.95
Cedeño	4	1.91
Sifontes	2	0.95
Sucre	16	7.7
Caroní	4	1.91
Gran sabana	4	1.91
Piar	1	0.48
Callao	2	0.95
Independencia	17	8.13
Otros	4	1.91
Total	209	100

Tabla 3

Estado civil de las pacientes que acudieron al Servicio De Ginecología Y Obstetricia Del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz Y Páez, Ciudad Bolívar, Edo. Bolívar, periodo julio-diciembre 2023.

Estado Civil	N	%
Soltera	78	37.32
Concubinato	113	54.06
Casada	14	6.71
Viuda	4	1.91
Total	209	100

Tabla 4

Grado de instrucción de las pacientes que acudieron al Servicio De Ginecología Y Obstetricia Del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz Y Páez, Ciudad Bolívar, Edo. Bolívar, periodo julio-diciembre 2023.

Grado de instrucción	N	%
Primaria	128	61.25
Secundaria	79	37.8
Analfabeta	2	0.95
Total	209	100

Tabla 5

Ocupación actual, antes y durante el embarazo de las pacientes que acudieron al Servicio De Ginecología Y Obstetricia Del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz Y Páez, Ciudad Bolívar, Edo. Bolívar, periodo julio-diciembre 2023.

Ocupación	N	%
Antes del embarazo		
Ama de casa	81	38.75
Estudiante	76	36.36
Independiente	17	8.14
Empleada	35	16.75
Total	209	100
Durante el embarazo		
No trabaja	142	67.94
Estudiante	10	4.78
Independiente	29	13.87
Empleada	28	13.41
Total	209	100

Tabla 6

Consumo de sustancias psicotrópicas de las pacientes que acudieron al Servicio De Ginecología Y Obstetricia Del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz Y Páez, Ciudad Bolívar, Edo. Bolívar, periodo julio-diciembre 2023.

Sustancias	N	%
Alcohol		
Si	125	59.8
No	84	40.2
Total	209	100
Tabaco		
Si	64	30.6
No	145	69.4
Total	209	100
Drogas		
Si	8	3.8
No	201	96.2
Total	209	100

Tabla 7

Menarquia de las pacientes que acudieron al Servicio De Ginecología Y Obstetricia Del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz Y Páez, Ciudad Bolívar, Edo. Bolívar, periodo julio-diciembre 2023.

Menarquia (años)	N	%
9	3	1.44
10	26	12.44
11	45	21.53
12	76	36.36
13	32	15.31
14	12	5.74
15	13	6.22
16	1	0.48
17	1	0.48
Total	209	100

Tabla 8

Sexarquia de las pacientes que acudieron Al Servicio De Ginecología Y Obstetricia Del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz Y Páez, Ciudad Bolívar, Edo. Bolívar, periodo julio-diciembre 2023.

Sexarquia (años)	N	%
11	2	0.96
12	4	1.91
13	26	12.44
14	47	22.48
15	73	34.93
16	45	21.53
17	8	3.83
18	4	1.91
Total	209	100

Tablas 9

Antecedente familiar de embarazo adolescente de las pacientes que acudieron al Servicio De Ginecología Y Obstetricia Del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz Y Páez, Ciudad Bolívar, Edo. Bolívar, periodo julio-diciembre 2023.

Antecedente de embarazo familiar	N	%
No	52	24.88
Si	157	75.12
Total	209	100

Parentesco	N	%
Madre	67	33.5
Hermanas	47	23.5
Tías	34	17
Primas	52	26
Total	200	100

Tablas 10

Uso de anticonceptivos de las pacientes que acudieron al Servicio De Ginecología Y Obstetricia Del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz Y Páez, Ciudad Bolívar, Edo. Bolívar, periodo julio-diciembre 2023.

Uso de anticonceptivos	N	%
No	128	61.24
Si	81	38.76
Total	209	100

Tipo de anticonceptivo	N	%
Pastillas anticonceptivas	31	38.27
Pastilla de emergencia	3	3.7
Condón	31	38.27
DIU	2	2.5
Coitus interruptus	3	3.7
Dispositivo subdérmico	3	3.7
Inyección anticonceptiva	8	9.86
Total	81	100

Tabla 11

Deseos de concebir de las pacientes que acudieron al Servicio De Ginecología Y Obstetricia Del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz Y Páez, Ciudad Bolívar, Edo. Bolívar, periodo julio-diciembre 2023.

Deseos de concebir	N	%
No	135	64.59
Si	74	35.41
Total	209	100

Tabla 12

Relación interpersonal con la pareja de las pacientes que acudieron al Servicio De Ginecología Y Obstetricia Del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz Y Páez, Ciudad Bolívar, Edo. Bolívar, periodo julio-diciembre 2023.

¿Con quién vive?	N	%
Vive con padres	136	65.07
Vive con pajera	73	34.93
Total	209	100
Relación con el padre del bebe	N	%
Si	154	73.68
No	55	26.32
Calidad de la relación con la pareja	N	%
Muy mala	19	9.09
Mala	15	7.18
Regular	45	21.53
Buena	79	37.79
Muy buena	51	24.41
Total	209	100

Tabla 13

Grado de disfunción familiar según el apgar de las pacientes que acudieron al Servicio De Ginecología Y Obstetricia Del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz Y Páez, Ciudad Bolívar, Edo. Bolívar, periodo julio-diciembre 2023.

Grado de disfunción	N	%
Normal	81	38.75
Disfunción leve	86	41.15
Disfunción moderada	30	14.35
Disfunción severa	12	5.75
Total	209	100

Tabla 14

Estrato socioeconómico según el graffar modificado de las pacientes que acudieron al Servicio De Ginecología Y Obstetricia Del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz Y Páez, Ciudad Bolívar, Edo. Bolívar, periodo julio-diciembre 2023.

Estrato socioeconómico	N	%
I	0	0
II	4	1.91
III	57	27.27
IV	119	56.94
V	29	13.88
Total	209	100

DISCUSIÓN

Las edades con mayor prevalencia de embarazo adolescente fueron del rango de 16 a 18 años (64.12%) n=115, dichos resultados contrastan con el estudio realizado en La Habana, Cuba en el 2019 donde se obtuvo que el rango de los 17 a 19 años fue el de mayor incidencia de embarazo en la adolescencia. Estos datos se mantienen similares a la reportados en el informe del año 2018 del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), que habla sobre esta situación en varios países del continente suramericano donde las edades predominantes se mantuvieron entre los 15 y 19 años, resaltando Venezuela como el segundo país con la mayor tasa de embarazo adolescente.

Para la procedencia, destaco el municipio Angostura del Orinoco con más de la mitad de los casos reportados (73.2%) n=153, donde además se logró observar que estas eran pacientes en las que figuraban muchos factores de riesgo además de la edad, como el estrato socioeconómico bajo, disfunción familiar leve o moderada e incluso severa, nivel de educación bajo, inicio de relaciones sexuales muy tempranas, etc.

El concubinato refleja el estado civil de la mayoría de las pacientes (54.06%) n=113, lo cual coincide con estudios realizados por Vides y Delcid anteriormente en Honduras en el año 2017 y por Hernandez en Perú en el año 2018, donde el 70% de la muestra estudiada para ese momento permanecía en unión libre para el caso de Honduras y en el caso de Perú mostro la misma distribución en cuanto a prevalencia, dominando el estado de concubinato con 26.1% seguido por las solteras con 21.7% y casadas con 2.2%.

De acuerdo al estudio realizado en la Universidad César Vallejo, Perú, el mayor porcentaje de la muestra estudiada no habían culminado su educación de nivel secundaria o bachillerato, patrón que también se repite en las pacientes que acudían al servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Ruiz y Páez (61.25%) n=128 que solo tenían educación primaria. En contraposición tenemos un estudio realizado en el Hospital General León Barrera Camacho de Milagro, en la UNEMI, Ecuador donde se reflejó que el 79% si culminaron sus estudios de nivel secundaria.

Dentro de la ocupación de las pacientes, antes del embarazo, "ama de casa" y "estudiante" eran las ocupaciones más resaltantes (38.75% n=81 y 36.36% n=76), siendo las que trabajaban el grupo minoría (24.89%) n=52. Durante el embarazo se mostró un gran descenso del número estudiantes (4.78%) n=10 y un repunte de desempleo (67.94%) n=142, las pacientes que trabajaban se mantuvieron en números similares (27.28%) n=57. Estos resultados son comparables con los mostrados por Sendy y Moran, donde el 77% de su población se dedicaba a oficios del hogar y solo el 6.7% decidió continuar estudiando. Números contrarios muestra Hernández. O, donde la mayoría de las adolescentes (62.2%) decidieron continuar estudiando.

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas en los casos de embarazo adolescente, el consumo de alcohol fue la más dominante en las pacientes evaluadas (59.8%) n=125, seguido del tabaco (30.6%) n=64 y muy pocas afirmaron haber consumido otras drogas (3.8%) n=8. Este patrón es el mismo que se obtuvo por Mayorga y Cercado, en adolescentes embarazadas que acudieron al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General León Becerra Camacho de Milagro, Ecuador donde la sustancia más consumida fue el alcohol.

Referente a la menarquia y sexarquia y su relación con el embarazo adolescente, son factores que van de la mano según los resultados mostrados en la Universidad Autónoma del Estado de México donde se analizaron bibliografías desde

el año 1940 hasta el 2018 en 10 países de América Latina, entre ellos Venezuela, donde se logró evidenciar que con el pasar de los años las edades de la menarquia, ha ido disminuyendo, así mismo las edades de inicio de las relaciones sexuales y por ende una mayor incidencia de embarazo adolescente. Esto se confirma con los resultados obtenidos en el Hospital Universitario Ruiz y Páez, donde las edades más frecuentes de menarquia fueron desde los 11 a los 13 años (73.2%) n=153 y las edades de sexarquia de mayor dominio fueron de los 14 a los 16 años (78.94%) n=165, resultados muy cercanos entre sí.

Uno de los factores más relevantes fue el antecedente familiar de embarazo precoz, donde poco más de $\frac{3}{4}$ de las pacientes (75.12%) n=157 refirió tener al menos 1 familiar, ya sea madre, hermanas, tías o primas, que estuvieron en su misma situación de embarazo adolescente. Esto es comparable a lo recopilado en la Pontificia Universidad Javeriana, Colombia, donde en un estudio retrospectivo de Ochoa y Cuba (2021) realizado en países latinoamericanos como Venezuela, Bolivia y Ecuador se demostró que tener una madre y/o hermana con antecedente de embarazo en la adolescencia representa 2,2 veces más el riesgo de seguir el patrón familiar, en el caso de Venezuela, en Bolivia el riesgo asciende a 5.27 veces el riesgo si el antecedente es de la madre y en Ecuador, 3.4 veces si es la hermana.

Tomando en cuenta el uso de métodos anticonceptivos, se pudo observar que la mayoría de las pacientes en estudio afirmó no haberlos utilizado nunca (61.24%) n=128, ya sea por desconocimiento o por elección, mientras que las que si los llegaron a utilizar lo hicieron de forma irregular o incorrecta. Blanco y Sánchez en Veracruz, México, expusieron que el 60% de sus encuestados refirieron haber obtenido información sobre planificación familiar en la escuela y solo el 20% en sus hogares. Zamora. E, en Colombia, también determinó que el 60% de la muestra estudiada, resultó en embarazo adolescente desconociendo el uso de métodos anticonceptivos.

Ahora, los métodos más utilizados fueron las pastillas y preservativos (76.54%) n=62, sin embargo, teniendo en cuenta de que son pacientes gestantes, muchas de ellas no los usaron correctamente o decidieron no usarlos al momento del acto sexual que resulto en embarazo, en el estudio mencionado anteriormente y sus referencias, muestran que el método más conocido y utilizado fue el preservativo, además dejando en evidencia que los menos conocidos fueron los métodos hormonales.

Se les preguntó a las pacientes sobre su deseo de llevar a cabo el embarazo, para lo cual, poco más de 1/3 de las pacientes expresaron que si querían concebir el embarazo (35.41%) n=74, mientras que la mayoría expresaron su negativa ante la interrogante (64.59%) n=135, dichos números son comparables con lo establecido por Zamora. E en Malambo, Colombia donde solo el 23% de sus entrevistadas afirmaron tener deseos de tener una familia. El patrón es muy similar cuando comparamos no solo los deseos de embarazo sino también la falta del uso de métodos anticonceptivos.

Las relaciones interpersonales de la madre adolescente son una fuerte influencia a la hora de la toma de decisiones, para este punto evaluamos cuantas de ellas aún viven con sus padres o con su pareja, siendo la primera opción, dominante (65.07%) n=136, en un estudio realizado en El Salvador se evaluó el apoyo emocional que reciben las madres adolescentes, aquí se observó que de las que refieren no sentir dicho apoyo, el 51.2% (n = 44) vive con sus padres y el 43% (n = 37) con su pareja; ahora de las que afirman tener este apoyo emocional, 48,3% (n = 56) vivían con su pareja y 46.6% (n = 54) con sus padres, de ambos grupos muy pocas vivían solas o con otros familiares.

Además de la convivencia, evaluamos si las pacientes mantenían relación con el padre del bebe, de la población total el (73.68%) n=154, aun mantenían relación, seguido de esto se les pidió calificar dicho vinculo, los calificativos ´buena´ y ´muy

buena'' encabezaron las encuestas (62.2%) n=130, mientras que la calificación ''regular'', ''mala'' y ''muy mala'' representaron el 37.8% n=175.

En cuanto a la dinámica familiar, en nuestro estudio, más de la mitad de las pacientes presentaron grados variables de disfunción familiar (61.25%) n=128, siendo la leve la más frecuente en un 41.15% n=86. Estos resultados son equiparables a los obtenidos por Lapeira y Acosta en un estudio realizado en un barrio de la ciudad de Santa Marta, Colombia, donde el 58.4% de su población presentó un funcionamiento familiar alterado.

Finalmente, en el estrato socioeconómico, el 56.94% n=119, califican dentro del estrato 4, ''pobreza'', 27.27% n=57, dentro del estrato 3, ''clase media baja'' y 13.88% n=29, en el estrato 5, ''pobreza crítica. Coincide con Zabala. M en su estudio epidemiológico realizado en Bolivia, donde obtuvo que en las embarazadas adolescentes estudiadas predomina el estrato 3 y 4 seguidos del estrato 2 y 5.

CONCLUSIONES

1. El grupo etario predominante de la muestra en estudio, se observó en las pacientes de 16 a 18 años de edad (64,1%) n=115.
2. La mayor procedencia pertenece al municipio Angostura del Orinoco, representando más de la mitad de los casos reportados (63.15%) n=132.
3. El concubinato fue el estado civil más frecuente (54.06%) n=113.
4. El (61.25%) n=128 no culminaron su educación a nivel de secundaria.
5. Antes del embarazo las ocupaciones de "ama de casa" y "estudiante" en las pacientes eran las más resaltantes (38.75% n=81 y 36.36% n=76), mientras las que trabajaban el grupo minoritario (24.89%) n=52. Durante el embarazo existió un gran descenso del número estudiantes (4.78%) n=10 y un repunte de desempleo (67.94%) n=142, las que trabajaban se mantuvieron en sus porcentajes similares (27.28%) n=57.
6. El consumo de alcohol fue relevante en las pacientes evaluadas (59.8%) n=125, seguido del tabaco (30.6%) n=64 y pocas afirmaron haber consumido otras drogas (3.8%) n=8.
7. Las edades más frecuentes de menarquia fueron desde los 11 a los 13 años (73.2%) n=153 y las edades de sexarquia fueron de los 14 a los 16 años (78.94%) n=165. El embarazo precoz fue uno de los factores más relevantes entre los antecedentes familiares, más de $\frac{3}{4}$ de las pacientes (75.12%) n=157

se refirió tener al menos un familiar, ya sea madre, hermanas, tías o primas, que estuvieron en su misma situación de embarazo adolescente.

8. En cuanto a los métodos anticonceptivos, el (61.24%) n=128 indicaron no haberlos utilizado nunca o su uso fue de forma irregular. Los utilizados fueron las pastillas y preservativos (76.54%) n=62, este último es el más conocido y usado, los menos conocidos son los métodos hormonales.
9. 1/3 de las pacientes, expresaron que si querían concebir el embarazo (35.41%) n=74, y la mayoría manifestó una respuesta negativa ante esta pregunta.
10. La mayoría aún viven con sus padres o con su pareja (65.07%) n=136. Se evaluó la relación con el padre del bebe, de la población total el 73.68% n=154 aun mantenían este vínculo, los calificativos "buena" y "muy buena" encabezaron las encuestas (62.2%) n=130, mientras que la calificación "regular", "mala" y "muy mala" representaron el 37.8% n=175.
11. Más de la mitad de las pacientes presentaron grados variables de disfunción familiar (61.25%) n=128, siendo la más frecuente la leve 86% n=41.15.
12. En el estrato socioeconómico el 56.94% n=119 califican dentro del estrato IV, "pobreza", 27.27% n=57, seguidos del estrato III, "clase media baja".

RECOMENDACIONES

- Incentivar la educación sexual dentro de las familias, buscando disminuir los embarazos a tempranas edades, el cuál muchas veces se debe a la ignorancia de los adolescentes en estos tópicos.
- Impartir la educación sexual desde los primeros años de escolarización tomando en cuenta edades y temas de interés en cada etapa, permitiendo así tener un mejor manejo del tema y conocimiento amplio a la llegada de la adolescencia.
- Promover la enseñanza de los temas de sexualidad, y la importancia del uso de los métodos anticonceptivos. Incentivación la responsabilidad en la toma de decisiones que tienen que ver con su salud sexual y reproductiva.
- En lo referente al tema de la educación y por ende la deserción, realizar proyectos, trabajando con la población por barrios o sectores y familias donde se realicen talleres, foros o seminarios donde se pueda impartir la importancia de la educación, y su culminación como fuente de surgimiento personal, familiar y social, rompiendo con patrones educativos ya naturalizados.
- Fomentar campañas de sensibilización en las familias sobre la confianza mutua entre hijos y padres lo que les conlleve a poder mantener una comunicación fluida que impida que se comentan errores que los adultos con su experiencia podrían evitar en niños y adolescentes.

- Trabajar en que la recomendación del uso de métodos anticonceptivos, no se aprecie como una a incentivación a iniciar una vida sexual sino la responsabilidad en la toma de decisiones que tienen que ver con su salud sexual y reproductiva.
- Difundir información a través d charlas, folletos, videos, foros, sobre los daños qué ocasión la ingesta de alcohol, así como otras drogas a la salud a la calidad de vida de las personas, así como los daños irreversibles que puede ocasionar a las embarazadas y a los bebés
- Dar a conocer los resultados de este estudió y la bibliografía actualizada en la materia con el fin de difundir y continuar profundizando en el estudio del embarazo adolescente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

- Agencia EFE. 2022-07-19. El embarazo adolescente es el mayor problema de salud sexual en Venezuela. [En línea]. Disponible: <https://elestimulo.com/venezuela/2022-07-19/embarazo-adolescente-venezuela-naciones-unidas/>. [noviembre, 2022].
- Aguilar-A y Quintanilla-N. 2022. El apoyo social presente en el embarazo y puerperio de la madre adolescente. [Serie en Línea] 1(72):55-6. Disponible en: <https://camjol.info/index.php/entorno/article/view/13238>. [enero/2024].
- Allen-B., Waterman-H. 2019. Etapas de la adolescencia. [En línea]. Disponible: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>. [noviembre, 2022]
- Ameriacan Academy of Peditry. 2017-03-24. La sexualidad de los adolescentes: hable antes de que comiencen su propio camino. [En línea]. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/dating-sex/Paginas/Adolescent-Sexuality-Talk-the-Talk-Before-They-Walk-the-Walk.aspx>. [noviembre, 2022]
- Blanco-A y Sánchez-E. 2020. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y Salud Reproductiva en adolescentes mexicanos de medio rural. Scielo [Serie en línea] 85 (5). Disponible en:

https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775262020000500508&script=sci_arttext.
[enero/2024].

Borrás-T., 2014. Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. Scielo [Serie en línea] 18 (1). Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100002. [noviembre, 2022].

Castañeda J y Santa Cruz H., 2021. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. Enf Global [Serie en línea] 20(2):109-28. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/438711>. [enero/2024].

Castillero-O. 2018. Embarazo en la adolescencia: sus repercusiones psicológicas. [En línea]. Disponible: <https://psicologiaymente.com/psicologia/embarazo-en-adolescencia>. [noviembre, 2022].

Corona-F., Funes-F. 2014. Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. ELSEVIER [Serie en línea] 26 (1): 74-80. Disponible: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-abordaje-sexualidad-adolescencia-S0716864015000127>. [noviembre, 2022].

Corona-J. 2014-12-01. Embarazo a edad temprana y educación sexual en el contexto socioeducativo venezolano. AVN. [Serie en línea] 34 (2): 181-184. Disponible: <https://www.analesdenutricion.org.ve/publicaciones/73.pdf>. [noviembre, 2022].

- Corona-J. 2021. Adolescencia y embarazo adolescente: una mirada desde la problemática social y de salud pública en Venezuela. Infomed [Serie en línea] 27(2): 181-197. Disponible: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/587/759>. [noviembre, 2022].
- De los Reyes, A. 2018. Embarazo adolescente en el municipio Malombo Atlántico. Tesis de Grado. Departamento de Académico de Psicología. Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano. Pp: 44 (Multígrafo)
- Díaz-A., Velasco-J., et al. 2019. Embarazo en la adolescencia, un problema de salud en el policlínico “Efraín Mayor Amaro” del Cotorro, La Habana. Scielo. [Serie en línea]. 45 (2). Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000200003. [enero/2024].
- Dominguez-M., Bordes-A. 2022. Sexualidad entre los jóvenes y sus progenitores. Intervención conjunta de la matrona y la enfermera. SANUM [Serie en línea] 6(2) 38-44. Disponible: https://revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v6_n2_a5.pdf. [noviembre, 2022].
- El mundoUR. 2022-05-26. Casi 100 de cada mil adolescentes en Venezuela son madres. [En línea]. Disponible: <https://mundour.com/index.php/2022/05/26/casi-100-de-cada-mil-adolescente-en-venezuela-son-madres/>. [noviembre, 2022].

- Flores-M. Nava-G. Arenas-C. 2017. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. Scielo. [Serie en línea] 19(3). Disponible: <https://scielosp.org/article/rsap/2017.v19n3/374-378/es/>. [diciembre, 2022].
- Fondo de población de las Naciones Unidas. 2018-02-28. América Latina y el Caribe Tienen la Segunda Tasa Más Alta de Embarazo Adolescente en el Mundo. [En línea]. Disponible: <https://venezuela.unfpa.org/es/news/am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-m%C3%A1s-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mund-2>. [noviembre, 2022].
- Fondo de población de las Naciones Unidas. 2021. Embarazo en Adolescentes. [En línea]. Disponible: <https://lac.unfpa.org/es/temas/embarazo-en-adolescentes>. [noviembre, 2022].
- Fundación Plan International España. Embarazo adolescente o embarazo precoz. [En línea]. Disponible: <https://plan-international.es/girls-get-equal/embarazo-adolescente>. [noviembre, 2022].
- García-L., Venebra-A., et all. 2020. Menarquia: relación entre la edad del primer embarazo y el índice de desarrollo humano en diez países de América Latina. ResearchGate [Serie en línea] 2(2): 246-254. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/348716907_Menarquia_su_relacion_con_la_edad_del_primer_embarazo_y_el_indice_de_desarrollo_humano_en_diez_paises_de_America_Latina. [enero/2024].

- Giannini-S. 2021-11-8. Los jóvenes piden educación sobre sexualidad, y yo los escucho. [En línea]. Disponible: <https://www.unesco.org/es/articles/los-jovenes-piden-educacion-sobre-sexualidad-y-yo-les-escucho>. [noviembre, 2020].
- Gonzales-B. 2020. Etapas evolutivas de la sexualidad en la infancia y adolescencia. [En línea]. Disponible: <https://neuro-class.com/etapas-evolutivas-sexualidad-infancia-adolescencia/>
- González-A., Medina-M., et all. 2020. Nivel de información sexual y edad de inicio del ejercicio de la función sexual en adolescentes femeninas. Redalyc [serie en línea] 2(1): 27-39. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90420104>. [noviembre, 2022].
- Heredia-V., Bedoya-A., et all. 2017. El embarazo en la adolescencia, causas y consecuencias desde el ámbito psicológico. Polo del conocimiento [Serie en línea] 2 (11): 189-200. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/402/pdf>. [enero/2024].
- Hernández, G. 2018. Factores de riesgo materno para hipertensión inducida por el embarazo en adolescentes Hospital Santa Rosa de Piura. Tesis de Grado. Salud Materna. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela Profesional de Medicina. Universidad Cesar Vallejo. pp: 49 (Multígrafo).
- Hernández-O y Giraldo-A. 2021. Propósito de vida en el embarazo adolescente y factores asociados. Redicuc [Serie en línea] 40 (7) 720-719.

Disponible en: <https://repositorio.cuc.edu.co/handle/11323/9459>
[enero/2024].

Lapeira-P., Acosta-D y Osorio-E. 2019. Influencia de la dinámica familiar en el cuidado de gestantes adolescentes en una comunidad de Santa Marta -Colombia. Unimagdalena [Serie en línea] 16 (2): 41–49. Disponible en: <https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/2939/2347>. [enero/2024].

Leal-I., Molina-T., Luttges-C., et all. 2018-04. Edad de inicio sexual y asociación a variables de salud sexual y violencia en la relación de pareja en adolescentes chilenos. Scielo. [Serie en línea] 83 (2). Disponible: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000200149. [noviembre, 2022].

León-M., Escala-Z., Fernández-R. 2015. Los derechos y la salud sexual y reproductiva en Venezuela. Tomo 2: embarazo adolescente. AVESA. [Serie en línea] 2 (1). Disponible: https://avesawordpress.files.wordpress.com/2015/11/dssr-en-venezuela_-2-embarazo-adolescente.pdf. [noviembre, 2022].

Mayorga-S., Cercado-A., et all. 2023. Factores sociales asociados al embarazo de adolescentes. FACSALUD-UNEMI [Serie en línea] 7(12): 37-43. Disponible en: <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8360vol7iss12.2023pp37-43p>. [enero/2024].

Mazuera-R., Albornoz-N., Vivas-M., et all. 2018. Influencia de la educación sexual en la maternidad adolescente en el Estado Táchira, Venezuela.

Redalyc. [Serie en línea] 37 (3): 176-183. Disponible: <https://www.redalyc.org/journal/559/55963208002/html/>. [noviembre, 2022].

Ochoa-K y Cuba-J. 2021. Factores familiares que predisponen el embarazo adolescente en América Latina y El Caribe 2009-2019. Redalyc [Serie en línea] 23: 1-9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1452/145274736011/html/#ref19>. [enero/2024].

Organización de las naciones unidas. 2022-03-30. El asombroso número de embarazos no deseados revela un fracaso en el respeto de los derechos de las mujeres. [En línea]. Disponible: <https://news.un.org/es/story/2022/03/1506472>. [noviembre, 2022].

Organización de las Naciones Unidas. Juventud. 2022. [En línea]. Disponible: <https://www.un.org/es/global-issues/youth#:~:text=En%20la%20actualidad%2C%20hay%201.200,16%25%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20mundial>. [noviembre, 2022]

Organización Mundial de la Salud. Salud del adolescente. 2022. [En línea]. Disponible: https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1. [noviembre, 2022]

Organización Mundial de la Salud. Salud del adolescente. 2022. [En línea]. Disponible: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/adolescent-pregnancy> [diciembre, 2022]

- Ortega-C. 2021-09-20. Expertas advierten que embarazo adolescente en Latinoamérica sigue al alza. [En línea]. Disponible: <https://www.latimes.com/espanol/internacional/articulo/2021-09-20/expertas-advierten-que-embarazo-adolescente-en-latinoamerica-sigue-al-alza>. [noviembre, 2022].
- Pereira-H. 2022-07-19. Venezuela, a la cabeza de Sudamérica en embarazos adolescentes. [En línea]. Disponible: https://www.swissinfo.ch/spa/venezuela-poblaci%C3%B3n_venezuela--a-la-cabeza-de-sudam%C3%A9rica-en-embarazos-adolescentes/4 [noviembre, 2022].
- Redondo, L. 2018. "Sexualidad". En: Significados.com. Disponible en: <https://www.significados.com/sexualidad/>. [diciembre, 2022].
- Santín-C. 2022-01. ¿Qué esperan los adolescentes del sexo? [En línea]. Disponible: <https://theconversation.com/que-esperan-los-adolescentes-del-sexo-172321>. [noviembre, 2022]
- Tantera-S., Hernández-R., et all. 2017. Reincidencia de embarazo adolescente. [Serie en línea] 3(2): 106-118. Disponible: [https://www.sarda.org.ar/images/2017/2%20original%20\(1\).pdf](https://www.sarda.org.ar/images/2017/2%20original%20(1).pdf). [noviembre, 2022].
- UNFPA. 2018. El poder de decidir: Derechos reproductivos y transición demográfica. [En línea]. Disponible: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub->

pdf/UNFPA_PUB_2018_ES_SWP_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf [enero/2024].

Venegas-M., Valles-B. 2019. Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas. AEPAP. [Serie en línea] 21 (83). Disponible: <https://pap.es/articulo/12842/factores-de-riesgo-que-inciden-en-el-embarazo-adolescente-desde-la-perspectiva-de-estudiantes-embarazadas>. [diciembre, 2022].

Vides-S y Delcid-A., et all 2017. Caracterización sociodemográfica clínica de adolescentes embarazadas. iMedPub Journals. [Serie en línea] 13 (1:4) 6. Disponible en: Dialnet-[CaracterizacionSociodemograficaClinicaDeAdolescent-6060893.pdf](#). [01/2024].

Yauri-Y. 2015. Factores de riesgo para la reincidencia de embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital Nacional Docente Madre-niño “San Bartolomé” durante el año 2014. Tesis de Grado. E.A.P. de Obstetricia. Facultad de Medicina. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 39. (Multígrafo).

Zabala, M. 2020. Características socioeconómicas y nivel de seguridad alimentaria en el hogar asociado al estado nutricional de embarazadas adolescentes que acuden al C.R.A. Ciudad de el Alto, junio – agosto 2019. Trabajo de Ascenso. Departamento de Epidemiología. Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica. Universidad Mayor de San Andrés. pp: 156 (Multígrafo)

APÉNDICES

Apéndice A

Dr. Antonio Russo

Jefe del departamento de ginecología y obstetricia.

Asunto: Anteproyecto «**Factores psicosociales en adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecología y obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz Y Páez, ciudad Bolívar, edo. Bolívar, periodo julio-diciembre 2023.**»

Por medio de la presente, solicitamos el permiso al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez” para la realización de interrogatorios a las pacientes adolescentes que acuden servicio de ginecología y obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz Y Páez en el periodo comprendido entre Diciembre del 2022 y Marzo del 2023, con el fin de realizar nuestro trabajo de grado como requisito parcial para obtener el Título de Médico Cirujano de la Universidad de Oriente – Núcleo Bolívar, que lleva por título: “**Factores psicosociales en adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecología y obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz Y Páez, ciudad Bolívar, edo. Bolívar, periodo julio-diciembre 2023**”.

Agradecemos de antemano el apoyo en esta gran labor, cordialmente:

Dra. Daisy Prieto
Tutora

Br. María Bethania González
Tesista

Dr. Antonio Russo.
Jefe del departamento

Br. Daniel Alejandro Sosa Natera
Tesista

Ciudad Bolívar, julio 2023

Apéndice B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al participante

Estimada:

Nosotros los Bachilleres **Sosa Daniel y González María Bethania** estamos realizando una investigación concerniente a nuestro Trabajo de Grado, modalidad tesis el cual será presentado a posterior para obtener el título de Médico Cirujano dicho trabajo lleva por título: **Factores psicosociales en adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecología y obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz Y Páez, ciudad Bolívar, edo. Bolívar, periodo julio-diciembre 2023**. Por lo cual requerimos de tu valiosa participación.

Tu cooperación es fundamental, por ello te agradecemos responder en forma clara, completa y sincera las preguntas realizadas en este instrumento, a fin de que este nos permita obtener la información necesaria para alcanzar nuestros objetivos. Cabe señalar que toda la información que suministres será estrictamente confidencial, ni será utilizada para otro propósito que no sea el académico manifestado anteriormente.

Sin nada más que agregar, muchas gracias.

Nombre y firma

Apéndice C**HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Fecha _____

Datos personales

Edad: _____

Procedencia: _____

Estado civil

Soltera __

Casada __

Concubinato __

Divorciada __

Viuda __

Ocupación actual

Estudiante____

Obrera____

Empleada____

Ama de casa____

Otra __, ¿Cuál? _____

Grado de instrucción

Analfabeta__

Primaria__

Secundaria__

Superior ___

Ocupación antes del embarazo

Estudiante ___

Obrera ___

Empleada ___

Ama de casa ___

Otra ___, ¿Cuál? _____

¿Tienes metas para tu futuro? Si ___ No___

Si respondiste que sí, ¿Cuáles?

—

¿Consumes o has consumido alcohol? Si ___ No ___

¿Consumes o has consumido tabaco (cigarrillos)? Si ___ No___

¿Consumes o has consumido drogas? Si ___ No___, si respondiste Si, ¿Cuál?

Antecedentes gineco-obstétricos

¿A qué edad tuvo su primera menstruación (regla)? ___

¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? ___

¿Quería usted llevar a cabo dicha actividad en ese momento? Si ___ No___

¿Deseaba usted concebir un embarazo? Si ___ No___

¿En su familia existen miembros que hayan tenido un embarazo en la adolescencia?

Si ___ No___ En caso de ser positiva su respuesta, señale el vínculo familiar

¿Usa usted algún método anticonceptivo? Si ___ No ___ ¿Cuál?

Áreas psicosociales

¿Vive usted con sus padres? Si ___ No___

¿Mantiene usted relación con el padre del bebe? Si ___ No___

¿Cómo define usted dicha relación? Muy buena ___ Buena___ Regular ___ Mala ___

Muy mala ___

¿Ha tenido embarazos anteriores? Si ___ No___, si respondiste Si, ¿Cuántos? ___ ¿Son del mismo padre? Si ___ No___

ANEXOS

Anexo A

ESCALA DE GRAFFAR MENDEZ CASTELLANO

Variables	Ítems	
Profesión del jefe de familia	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas.	
	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores	
	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores	
	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)	
	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)	
Nivel de instrucción de la madre.	Enseñanza Universitaria o su equivalente	
	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.	
	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior	
	Enseñanza primaria, o alfabeto (con algún grado de instrucción primaria)	
	Analfabeta	
Fuente de ingreso.	Fortuna heredada o adquirida	
	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales	
	Sueldo mensual	
	Salario semanal, por día, entrada a destajo	
	Donaciones de origen público o privado	
Condiciones de vivienda.	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo	
	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios	
	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2	
	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias	
	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas	

Anexo B

APGAR FAMILIAR (evaluación de la funcionalidad de la familia)

Preguntas	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa					
3. el dinero					

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

TÍTULO	FACTORES PSICOSOCIALES EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ, CIUDAD BOLÍVAR, EDO. BOLÍVAR, PERÍODO JULIO-DICIEMBRE 2023.
---------------	---

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CVLAC / E MAIL
González Sánchez María Bethania	CVLAC: 26.124.590. E MAIL: mabegs1507@gmail.com
Sosa Natera Daniel Alejandro	CVLAC: 26.828.137 E MAIL: danielsosa190932@gmail.com

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Embarazo
Adolescente
Factores Psicosociales

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÀREA y/o DEPARTAMENTO	SUBÀREA y/o SERVICIO
Dpto. de Salud Mental	Ginecología
	Fisiología

RESUMEN (ABSTRACT):

El embarazo en adolescentes ha sido una de las problemáticas más difíciles de enfrentar para la familia, el entorno social y la salud, puesto que la fisiología y madurez de la gestante no está totalmente desarrollada para afrontar los cambios que conlleva la gestación. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, de campo, no experimental, de corte transversal con la intención de identificar factores psicosociales en adolescentes embarazadas que acuden al servicio de ginecología y obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, ciudad Bolívar, edo. Bolívar, período julio-diciembre 2023. Se evaluaron 209 pacientes, cuyas edades fueron 16, 17 y 18 años en un 64.12% (n=134), en su mayoría procedentes del municipio Angostura del Orinoco, 73.2% (n=153), de estado civil concubinas 54.06% (n=113), el 38.75% (n=81) y 36.36% (n=76) refirieron que su ocupación antes del embarazo fue "ama de casa" y "estudiante", durante el embarazo se mostró un gran descenso del número estudiantes, 4.78% (n=10) y un repunte de desempleo 67.94% (n=142), grado de instrucción primaria con 61.25% (n=128), 59.34% (n=124) tienen metas para el futuro, el 59.8% (n=125) consumía alcohol, a la edad de 11 a los 13 años 73.2% (n=153) tuvieron su menarquia y la sexarquia fue de los 14 a los 16 años 78.94% (n=163). el 75.12% (n=157) refirió tener al menos 1 familiar con antecedente de embarazo familiar, el 61.24% (n=128) refirió no tener conocimiento sobre el uso de los métodos anticonceptivos, el 64.59% (n=135) fueron embarazos no deseados, el 73.68% (n=154) aun mantenían relación con la pareja y de ellas el 37.79% (n=79) calificaron dicha relación como "buena". El grado de disfunción familiar más frecuente fue el leve con 41.15% (n=86) y el estrato económico dominante fue la pobreza 56.94% (n=119).

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU(x)	JU
Dra. Daisy Prieto	CVLAC:	10.567.750			
	E_MAIL	daisyprieto258@gmail.com			
	E_MAIL				
	E_MAIL				
Dra. Livia Torres	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	CVLAC:	12.506.917			
	E_MAIL	lldiagnosticoguayana@gmail.com			
	E_MAIL				
Dra. Betsy Marcano	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	CVLAC:	15.469.592			
	E_MAIL	betsy58@gmail.com			
	E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	CVLAC:				
	E_MAIL				
	E_MAIL				
	CVLAC:				
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2024 AÑO	05 MES	02 DÍA
--------------------	------------------	------------------

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
Tesis factores psicosociales en adolescentes embarazadas que acuden al Servicio De Ginecología Y Obstetricia Del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz Y Páez Ciudad Bolívar Edo Bolívar periodo julio diciembre 2023	. MS.word

ALCANCE

ESPACIAL:

Servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

TEMPORAL: 10 AÑOS

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Médico Cirujano

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pregrado

ÁREA DE ESTUDIO:

Dpto. de Medicina

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CU N° 0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda "SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009".

Leído el oficio SIBI - 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
SISTEMA DE BIBLIOTECA
RECIBIDO POR *[Firma]*
FECHA 5/8/09 HORA 5:20

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

[Firma]
JUAN A. BOLANOS CUNEL
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Telesinformática, Coordinación General de Postgrado.
JABC/YGC/maruja

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
"Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

DERECHOS

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)

“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participará al Consejo Universitario “

AUTOR(ES)

Br.DANIEL ALEJANDRO SOSA NATERA
C.I.26828137
AUTOR

Br.MARÍA BETHANIA GONZALEZ SÁNCHEZ
C.I.26124590
AUTOR

JURADOS

TUTOR: Prof. DAISY PRIETO
C.I.N. 10.567.750

EMAIL: daisyprieto25@gmail.com

JURADO Prof. LIVIA TORRES
C.I.N. 12.566.917

EMAIL: ltdiagnosdica@gmail.com

JURADO Prof. BETSY MARCANO
C.I.N. 15.464.542

EMAIL: betsy.co@hotmail.com

P. COMISIÓN DE TRABAJO DE GRADO



DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS

Avenida José Méndez c/c Columbo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar- Venezi
Teléfono (0285) 6324976