



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1996; 42 (3): 42-49

Conocimiento de salud reproductiva en las puérperas adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 1994.

ALBERTO CUECA, JORGE SALVADOR, EDUARDO MARADIEGUE

Resumen

OBJETIVO: Determinar el grado de conocimiento sobre salud reproductiva que poseen las madres adolescentes, así como los factores que lo determinan. **DISEÑO:** Estudio comparativo realizado en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Desarrollo de una encuesta tomada a 183 adolescentes puérperas, entre el 1 de setiembre y el 15 de diciembre de 1994, **RESULTADOS:** Se determinó que 25.7% no tuvo control prenatal adecuado, 60,7% no asistió a alguna charla prenatal, 51% de los embarazos no fue deseado, 86.8% manifestó conocer algún método anticonceptivo (MAC), aunque sólo 42,1% lo había utilizado en alguna oportunidad; de éstas, 50,6% usó métodos naturales, empleándolos 46% de ellas de modo erróneo; 63,9% mostró temor al empleo de métodos anticonceptivos, sobretodo a los modernos. El tiempo entre la primera relación sexual y el inicio del embarazo fue de un año o menos en 50,4% de las encuestadas; 87,9% tenía conocimientos sobre enfermedades de transmisión sexual (ETS), principalmente del SIDA y 55,2% demostró tener conocimientos sobre la fecundación, **CONCLUSIÓN:** A mayor educación y número de charlas prenatales, hubo mejor conocimiento de salud reproductiva.

Palabras Claves: Salud reproductiva, adolescencia.

Summary

OBJECTIVE: To determine knowledge on reproductive health of adolescent mothers and the determinant factors involved. **DESIGN:** Comparative study done at the Obstetrical Service, Cayetano Heredia National Hospital. Inquiry to 183 post-partum adolescents, between September 1 and December 15, 1994. **RESULTS:** 25.7% had no adequate prenatal control, 60,7% did not attend a prenatal talk, 51% pregnancies were not wished, 86.8% knew some contraceptive method, but only 42, 1 % had used it in some occasion; from these, 50,6% used natural methods, but 46% inappropriately; 63,9% feared the use of contraceptive methods, especially the modern ones. Time between first sexual relation and beginning of pregnancy was one year or less in 50,4%; 87,9% knew about sexually transmitted diseases, mainly AIDS and 55,2% knew about fecundation. **CONCLUSION:** The more education and number of prenatal talks, better knowledge on reproductive health.

Key words: Reproductive health, adolescence.

Introducción.

Los estudios de los últimos años demuestran que la actividad sexual de los adolescentes se inicia cada vez a una edad más temprana^{1,2,3}, incrementando el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual (ETS)⁴ y/o gestar cuando ellas aún no han completado su desarrollo físico ni psíquico^{3,5}.

De acuerdo al último censo nacional, realizado en 1993, 22,8% de la población es adolescente, esto es, aproximadamente cinco millones de habitantes, un incremento de un millón de adolescentes durante la última década⁶. En el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 15% de los partos ocurre en mujeres menores de 20 años, lo que concuerda con lo informado por otros autores en diferentes hospitales nacionales^{7, 8}. Sin embargo, es un



incremento de 50% de nuestra tasa de la década del 80⁹. Similares proporciones han sido descritas para los países del tercer mundo^{10, 11, 12, 13, 14}, las cuales son elevadas, cuando se las compara con las informadas por los países desarrollados^{12, 15, 16}.

Al iniciar la población su reproducción a edades más tempranas, ésta se duplica en menos tiempo, creando verdaderos problemas sociales, poblacionales y de salud^{2, 17}.

El embarazo durante la adolescencia está asociado a mayor incidencia de muerte materna, toxemia, parto prematuro, peso bajo al nacer y muerte perinatal^{5, 7, 8, 16, 28, 29, 21, 22, 23}. Además, muchas de estas gestaciones no son deseadas, lo que puede llevar a la adolescente a someterse a maniobras abortivas y exponiéndose a problemas medicolegales⁴.

Los estudios demuestran que el mejor conocimiento sobre salud reproductiva de las adolescentes se asocia a una mejor utilización de su sexualidad, fortaleciendo el empleo de los métodos anticonceptivos y disminuyendo la tasa de embarazo y aborto^{14,24,25,26}. Los trabajos nacionales muestran que las adolescentes tienen una información insuficiente sobre su sexualidad^{4, 27}, enfermedades de transmisión sexual^{4, 28} y empleo de los métodos de planificación familiar^{4,7,29,30}.

El presente trabajo tiene como objetivo establecer el grado de conocimiento sobre salud reproductiva que poseen las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, con la finalidad de reconocer sus problemas y así proponer las estrategias adecuadas para contribuir a mejorar su salud reproductiva.

Material y métodos.

Estudio descriptivo, y comparativo realizado entre el 1 de setiembre y el 15 de diciembre de 1994, en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia, en base a una encuesta sobre salud reproductiva, tomada a 183 púérperas adolescentes, y cuyo parto fue atendido en el hospital.

- Criterios de inclusión.

1. Parto intrahospitalario.
2. Edad materna menor de 20 años.
3. Estado lúcido y consciente de la paciente.

- Criterios de exclusión.

1. Dificultad con el idioma.
2. Pacientes críticas, cuyo estado les impida responder adecuadamente al interrogatorio.

Para el análisis, los datos fueron agrupados teniendo en cuenta el grado de instrucción, el nivel socioeconómico¹³, el número de consultas prenatales y el número de charlas informativas prenatales, a fin de reconocer si son determinantes del nivel de conocimiento sobre salud reproductiva.

Resultados

Durante el tiempo que se desarrolló el presente trabajo, se atendió a 1246 gestantes en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia. De éstas, 16% eran adolescentes.

(1) Características generales

- Edad.- El rango de edad varió entre los 14 y 19 años; 6,5% de las pacientes tenía entre 11 y 15 años (adolescencia temprana), mientras que el 93,5% restante tenía edades ente 16 y 19 años (adolescencia tardía).
- Paridad.- Se observó que 78,7% de la población estudiada era primípara, 18% segundípara y 13.3% tercípara. Todas las adolescentes tempranas eran primíparas.
- Estado civil.- El 26,2% tenía una situación de pareja no estable.
- Grado de Instrucción.- Ninguna adolescente encuestada era analfabeta, 14,8% tenía instrucción primaria, 74,3% instrucción secundaria y 10,9% educación superior.



Al momento de quedar embarazada, 55,2% se encontraba estudiando; de ellas, 73,1% desarrollaba estudios secundarios.

- Ocupación.- De las encuestadas, eran amas de casa 62,3%, 16,9% eran estudiantes y 18,6% realizaba algún tipo de trabajo remunerado.
- Dependencia económica.- El 12% pertenecía al nivel socio económico muy bajo, 53,6% al nivel bajo, totalizando ambos 65,6% de las gestantes estudiadas.

(2) Indicadores de salud reproductiva.

A. Gestación actual (Tabla 1)

Conocimiento del embarazo.- El 91,8% de las encuestadas reconoció su estado de gravidez durante el primer trimestre.

- Control Prenatal (CPN)

Sólo 49% inició su CPN en el primer trimestre. El 74,3% tuvo más de tres consultas prenatales. El número de controles prenatales promedio fue 5,43%. El 60,7% de las madres no asistió a charlas educativas prenatales. Se determinó que 51,4% de las encuestadas no había deseado el embarazo, mientras que 48,6% sí lo había deseado. El 71,0% de las encuestadas aceptó el embarazo desde el principio y 23% lo rechazó en un principio, pero luego lo aceptó. El 77,6% de las parejas aceptó el embarazo desde el principio, 10,4% lo rechazó primero, pero luego lo aceptó. El 59,5% de las familias de las adolescentes aceptó el embarazo desde el principio, 29,8% lo rechazó primero y luego lo aceptó.

Tabla 1. Gestación actual.		
Característica	Frec.	Porc.
Número de controles prenatales (CPN)		
0	9	4.9%
1 a 3	38	20.8%
4 ó más	136	74.3%
- Inicio del CPN		
1er. mes	22	12.6%
2do. mes	35	20.1%
3er. mes	29	16.7%
luego del 3er. mes	97	50.6%
- Inicio del conocimiento del embarazo:		
1er. mes	87	47.5%
2do. mes	60	32.8%
3er. mes	21	11.5%
luego del 3er. mes	15	8.2%
Número de charlas prenatales		
0	111	60.7%
1-6	61	33.4%
7 o más	11	5.9%
Embarazo deseado		
No	94	52.4%
Sí	89	48.6%
Actitud frente al embarazo		
a. De la madre		
Lo aceptó desde el principio	130	71.0%
Primero rechazo, luego aceptación	42	23.0%
Intentó abortarlo	11	6.0%
b. De la pareja		
Lo aceptó desde el principio	130	71.0%



Primero rechazo, luego aceptación	19	10.4%
Lo rechaza hasta la actualidad	19	10.4%
Lo ignora	3	1.6%
c. De la familia		
Lo aceptó desde el principio	109	59.5%
Primero rechazo, luego aceptación	49	29.8%
Lo rechaza hasta la actualidad	11	6.1%
Lo ignora	14	7.6%

B. Planificación familiar (Tabla 2)

El 85,2% manifestó tener alguna información sobre métodos de planificación familiar. Los métodos más conocidos fueron el DIU, la píldora, el condón y el ritmo. El 56,3% de las adolescentes manifestó conocer el método del ritmo. De ellas, 58,3% sabían emplearlo en forma adecuada. El 63,9% manifestó sentir temor al empleo de métodos de planificación familiar. De ellas, 86,4% mostró temor por los métodos modernos y 13,6% hacia los naturales. El 66,6% manifestó que los métodos modernos son causa de enfermedades y 13,6% que los métodos naturales son inseguros.

De las madres encuestadas, 84,7% estuvo de acuerdo con el empleo de métodos anticonceptivos luego del parto, siendo elegidos para ese fin el DIU, con 49,7%, y la píldora, con 16,1%.

Tabla 2. Planificación familiar			
Método anticonceptivo (MAC)		Frec.	Porc.
Conocimiento			
General:	No	26	14.2%
	Sí	157	86.8%
Ritmo:	No	80	43.7%
	Sí	103	53.6%
Conocimiento adecuado del método del ritmo			
Inadecuado		43	41.7%
Adecuado		60	58.3%
Empleo			
General:	No	106	57.9%
	Sí	77	42.1%
MAC Natural		39	50.6%
MAC Moderno		38	49.4%
Temor al empleo			
General:	No	66	36.1%
	Sí	117	63.9%
MAC Natural		16	13.6%
MAC Moderno		101	86.4%
Causas:	Son inseguros	16	13.6%
	Producen enfermedades	78	66.6%
	Alteran el peso	8	6.8%
	Cambian el carácter	7	6.0%
	Otros	8	6.8%



Uso futuro			
	No	25	13.6%
	No sabe	3	1.6%
	Sí	155	84.7%
Preferencias:	DIU	77	49.7%
	Píldoras	25	16.1%
	Inyecciones	13	8.4%
	Norplant	10	6.5%
	Otros	11	7.0%
	No sabe	19	12.3%

C. Comportamiento sexual (Tabla 3)

La edad en la cual tuvieron su primera relación sexual varió entre los 11 y 19 años, siendo el promedio 16.04 años. En 50.8% de las adolescentes, el tiempo entre la primera relación sexual y el inicio del embarazo fue menor de un año y en 33,8%, este tiempo fue 1 a 2 años.

Tabla 3. Comportamiento sexual.		
Sexualidad	Frec.	Porc.
Años entre 1ra RS e inicio del embarazo		
Menos de 1	93	50.8%
1 a 2	62	33.8%
2 a 3	15	8.1%
Más de 3	13	7.1%
Número de parejas sexuales		
Tres	3	1.6%
Dos	25	13.7%
Una	155	84.7%

Se presentaron dos casos de violaciones ocurridas a los 11 y 12 años, cuyos embarazos comenzaron a los 16 años.

El 84,7% de las madres adolescentes tuvo relaciones sexuales con una sola pareja, 13,7% con dos y 1,6% con tres parejas diferentes.

D. Conocimiento sobre ETS y SIDA (Tabla 4)

Se observó que 89,1% de las madres adolescentes tenía información sobre enfermedades de transmisión sexual. De éstas, el 100% reconoció al SIDA como una ETS y 40,5% conocía, además, a las enfermedades venéreas.

El 100% mencionó a las relaciones sexuales promiscuas como la principal forma de contagio del SIDA, 29% se refirió también a las transfusiones, 10,3% al empleo de jeringas contaminadas y 15,8% sabía de las tres vías de contagio. Una adolescente (0,5%) indicó la infección a través de la placenta como medio de contagio del SIDA.

E. Conocimiento sobre fecundación.

Al ser interrogadas sobre la fecundación, 55,2% tenía información adecuada, 3% lo obtuvo en la primera década de vida, 49,5% entre los 11 y 14 años y 47,5% entre los 15 y 19 años. Tabla 5.

**Tabla 4. Conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual.**

Conocimiento	Frec.	Porc.
No conoce	20	10.9%
Conoce	163	89.1%
Cuales:	SIDA	
	SIDA + Venéreas	40.5%
Formas de contagio del SIDA:		
	RRSS	33.9%
	RRSS+Transfuciones	29.0%
	RRSS+Jeringas	10.3%
	RRSS+Transf. +Jeringas	15.8%

Tabla 5. Conocimiento sobre producción.

Conocimiento	frec.	Porc.
No conoce	82	44.8%
Conoce	101	55.2%
Edad de conocimiento:		
	15-19	47.5%
	11-14	49.5%
	7-10	3.0%

Tabla 6. Fuentes de información.

Información	Frec.	Porc.
(1) Reproducción humana		
No tiene información	82	44.8%
Escuela	74	40.4%
Familia/amigos	17	9.2%
Medios comunicación	1	0.5%
Otros	9	4.9%
(2) Planificación familiar		
No tiene información	35	19.1%
Escuela	46	25.1%
Familia/amigos	42	22.9%
Medios Comunicación	19	10.3%
Otros	6	3.2%
(3) Lugares donde conseguir MAC		
No conoce	41	22.4%
Conoce	142	77.6%

(3) Fuentes de información (Tabla 6)

Sobre fecundación humana, la principal fuente de información fue la escuela (40,4%).



Sobre planificación familiar, las principales fuentes de información fueron: la escuela 25,1%, la familia y/o amigos 22,9% y charlas prenatales 19,1%.

El 77,6% de las encuestadas conocía por los menos un lugar donde podía obtener información sobre los métodos de planificación familiar.

(4) Indicadores de salud reproductiva según grupos de estudio.

De acuerdo al grado de instrucción.- Las madres con instrucción secundaria y superior se asocian a un mejor CPN ($p<0.5$) y a un mayor conocimiento sobre MAC ($p<0.01$), ETS ($p<0.01$), SIDA ($p<0.05$) y fecundación humana ($p<0.01$), cuando son comparadas con aquellas que sólo tienen instrucción primaria. Gráfico 1.

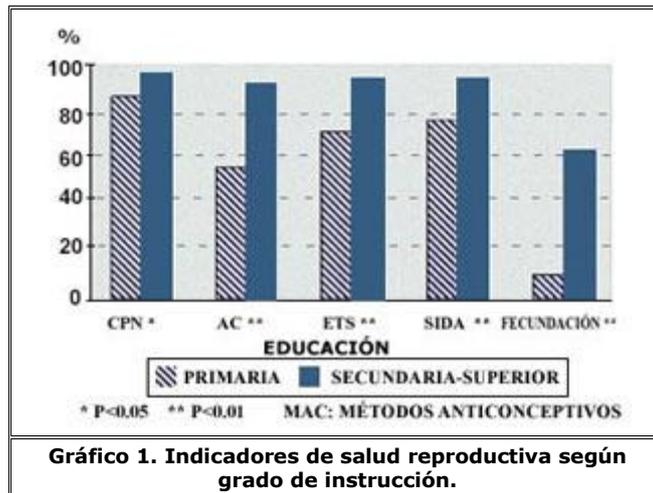


Gráfico 1. Indicadores de salud reproductiva según grado de instrucción.

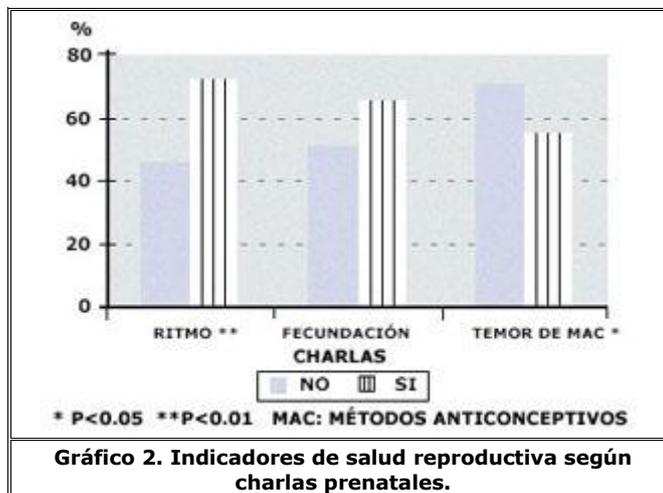


Gráfico 2. Indicadores de salud reproductiva según charlas prenatales.

El grado de instrucción no se relacionó al embarazo deseado, a la asistencia a las charlas prenatales, a la actitud materna, al conocimiento del método del ritmo, al uso de MAC, a la utilización futura del MAC, ni al temor por el empleo de MAC:

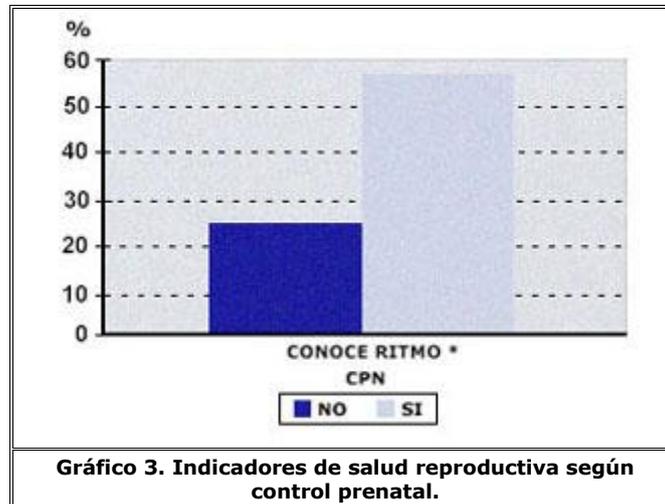
De acuerdo al nivel socioeconómico.- No se encontró asociación en el nivel socioeconómico y las variables estudiadas.

De acuerdo a las charlas prenatales.- Las madres que acudieron a las charlas informativas presentaron mayor conocimiento del ritmo ($p<0.01$), de fecundación humana ($p<0.05$) y menor temor al empleo de MAC ($p<0.05$),



al ser comparadas con las que no asistieron. Gráfico 2. No se determinó asociación entre las asistencia a las charlas prenatales y las otras variables estudiadas.

De acuerdo al control prenatal.- Se observó que las madres con CPN se asociaron a un mejor conocimiento del método del ritmo que aquellas sin CPN. Gráfico 3.



No se observó asociación entre el CPN y las otras variables estudiadas.

Discusión.

Los diversos estudios realizados a nivel nacional e internacional dan cuenta de la frecuencia de embarazos durante la adolescencia, la que varía de 7 a 25%^{10-15,17,22,31-37}, correspondiendo las cifras más altas a los países del tercer mundo^{12,13}. En el Perú, se ha visto también una elevada frecuencia de embarazos en la adolescencia, la cual varía de región en región, siendo más alta en la selva, donde existe aceptación cultural y social de su actividad sexual³³.

Dentro de los problemas que presentan los adolescentes a nivel mundial, en especial en los países en vías de desarrollo, se encuentra el escaso conocimiento que poseen sobre salud reproductiva, lo que, unido a un inicio precoz de su actividad sexual, las expone a enfermedades de transmisión sexual (ETS), así como a embarazos no deseados, sin conocer los riesgos a que son expuestas, ni los cuidados que deben tener para evitar estos problemas.

Las características generales de la población en estudio nos muestra una población de madres adolescentes muy semejantes a las descritas en otros hospitales nacionales del Ministerio de Salud^{7,12,22,31,38-41}, resaltando el porcentaje alto de madres que aún no han concluido sus estudios (55,2%), las cuales cuentan con limitados recursos económicos (65,6%). Estas características tienden a incrementar los conflictos de la madre adolescente, ya sea con la pareja, con la familia o tanto en ella como en el recién nacido, en los aspectos médico, económico, social y/o legal⁴². De otro lado, ambos tendrán que ser protegidos parcialmente por la familia, ya que existe un grupo importante desprotegido de la pareja (26,2%), teniendo algunas que aceptar uniones informales como mecanismo de defensa⁷.

Al finalizar las características de la gestación que termina, se puede observar que 74% de las madres tuvo control prenatal adecuado, cifra mayor a la encontrada en otras series^{7,8,20,38}. Así mismo, el número de controles prenatales promedio de 5.43 es mayor al encontrado en la Maternidad de Lima y en el Hospital Arzobispo Loaysa^{8,30}. Esto sugiere que en la actualidad se ha tomado un poco más de conciencia sobre la importancia del CPN, sobretodo si son comparadas con madres adolescentes de años previos^{7,8,20,38}. Constatamos, además, que a pesar que el 90% de las madres se enteró que estaba embarazada durante el primer trimestre, sólo la mitad de ellas comenzó su CPN durante este período de tiempo, hecho que nos indica que, a pesar de llevar un adecuado CPN, éste comienza tardíamente.



Este inicio tardío del CPN puede ser explicado por la falta de recursos económicos y/o de comprensión de los beneficios que éste les puede ofrecer^{31,38}. Además, se describe que en las adolescentes existe la tendencia de negar, desconocer u ocultar la presencia del embarazo, ya sea por temor o vergüenza, teniendo actitudes negativas frente al médico o las instituciones de salud^{34,31,38}.

Una de las cosas que llamó la atención fue la poca asistencia de las madres a las charlas educativas pre-natales, a pesar de existir un programa implementado por el hospital para orientarlas sobre diversos tópicos relacionados a la salud reproductiva. Esta falta de asistencia se debe probablemente a que en las postas este programa de charlas no se encuentra debidamente implementado, siendo algo que debe ser promovido.

Con respecto a la actitud de la madre frente al embarazo, se encontró que la mitad de los embarazos no eran deseados, cifra menor a la encontrada por otros autores^{11,16,32}. Por otro lado, 23% tuvo un rechazo inicial al producto, actitud que luego se ve influenciada por la aceptación de su pareja y/o familia, logrando finalmente aceptarlo. Estos datos son diferentes a los encontrados por Parra, en el que la mayoría tuvo una actitud inicial de rechazo, para luego aceptarlo⁷. Se evidenció que en 10 casos (5,5%), la madre intentó abortarlo, en su mayoría cuando el apoyo de la pareja o familia resultó insuficiente, cifra similar a la encontrada en otros estudios^{7,16,43}. Es así como el embarazo no deseado, complicado con la falta de apoyo psicológicas y desajustes familiares profundos^{13,44}, sobretodo si no tiene un ingreso suficiente, lo cual evidencia la desprotección en que se encuentra la madre adolescente.

En lo referente al conocimiento de métodos anticonceptivos (MAC), la mayor parte manifestó conocerlos (86,8%). Los más conocidos resultaron ser el dispositivo intrauterino (DIU), el preservativo y el ritmo. A pesar de ello, sólo 42.1% de las encuestadas manifestó haberlos utilizado en alguna oportunidad, resultados diferentes a los encontrados por Alarcón²⁸ y Chu⁴. Llama la atención que, de las usuarias, 50% utilizaron métodos naturales, especialmente el ritmo, de las cuales 41% lo conocía en forma inadecuada. Esto traduce cómo, en la práctica, la paciente está desprotegida de los MAC, muchas de ellas por sentir temor, al creer que los alejan de los patrones de conducta instituidos^{45,46}; cifras similares son encontradas en otras series^{38,47}. Por otro lado, las dos terceras partes tenían temor al empleo de estos métodos, sobretodo de los modernos, aduciendo que son causantes de enfermedades para la madre, y los métodos fueron calificados como inseguros. Esto pone de manifiesto la imperiosa necesidad de un información veraz y oportuna a las adolescentes que inician relaciones sexuales a edades tempranas, con el fin de eliminar falsos temores y creencias. La buena aceptación de los métodos de barrera estaría en relación a la divulgación sobre prevención de la infección por el VIH, evidenciándose, además, que el incremento sexual y a disminución en el número de casos comunicados de ETS (45, 48). La mayoría mostró su conformidad con el empleo de MAC luego del alta, siendo el DIU el elegido por la mayor parte de ellas. Este resultado puede ser explicado por el hecho de que, al ser ingresadas al Servicio, son informadas sobre planificación familiar, en el que se les sugiere el empleo del dispositivo intrauterino como método de planificación familiar, el cual es brindado en forma gratuita, hecho también verificado en otros hospitales^{16,45}.

Las fuentes principales de donde se obtuvo la información sobre planificación familiar, fueron, en orden de importancia, la escuela, los amigos y la familia, observando que 1 de cada 5 adolescentes nunca fue informada al respecto. Esto pone en evidencia que la información errada que poseen nuestras adolescentes sobre los métodos de planificación familiar muchas veces es consecuencia de los propios padres, que sienten desconfianza o temen ser indiscretos al hablar de estos tópicos a sus hijos, recibiendo los adolescentes información distorsionada a través de los amigos, quienes tampoco fueron informados adecuadamente¹⁷.

Una evidencia adicional el escaso conocimiento sobre planificación familiar que poseen las adolescentes es el encontrar que en más de la mitad de las encuestadas, el tiempo transcurrido entre la primera relación sexual, y el inicio del primer embarazo fue menor a un año, cifra también encontrada por Salaverry³³. Se halló, además, que la edad promedio de la primera relación sexual fue 16,04 años, dato similar²⁷ o mayor al encontrado por otros^{33,39}.

En cuanto a los hábitos sexuales, la mayoría de las adolescentes había tenido relaciones sexuales con una sola pareja, probablemente influenciada por el temor al contagio del VIH.

Un resultado interesante, fue apreciar que casi 90% de las adolescentes tenía información sobre las enfermedades de transmisión sexual, todas ellas, sin excepción, reconocieron al SIDA como un ETS, resultados más altos a los encontrados por Chu⁴. Manifestaron, además en su totalidad, que la principal forma de contagio del VIH era mediante las relaciones sexuales promiscuas, aunque cerca de las dos terceras partes de ellas también conocía otras vías de contagio, como el empleo de jeringas infectadas y transfusiones sanguíneas, datos similares a los encontrados por otros autores^{34,50}. Sólo una madre, estudiante de enfermería, conocía la transmisión transplacentaria de la enfermedad. Estos resultados son explicables por la implementación de campañas informativas sobre la enfermedad del SIDA, poniendo especial énfasis en las medidas preventivas para evitar su



propagación, las cuales son realizadas en Centros de Salud, Colegios, Centros Comunales y Parroquias, logrando así una difusión masiva y un gran reforzamiento.

Existe un conocimiento deficiente sobre el proceso de la reproducción humana, entre la población adolescente, conociendo solamente la mitad de las encuestadas en forma adecuada el proceso de la fecundación, siendo éste, según Molina, un factor asociado a mayor riesgo de inicio de relaciones sexuales en la adolescencia⁵¹. La edad promedio a la cual se adquirió estos conocimientos fue 14,23 años, es decir, durante la adolescencia y, en casi las tres cuartas partes, estuvo a cargo de los profesores del colegio, poniendo en evidencia nuevamente el temor que existe en la familia por informar y educar a los hijos en el campo de la sexualidad, delegando la responsabilidad a los maestros, los cuales la imparten muchas veces cuando la adolescente ya ha iniciado su vida sexual activa y no conoce las consecuencias que ello le puede acarrear⁴⁵.

Según el grado de instrucción, se encontró que las madres con educación primaria tenían menos control prenatal, menor conocimiento de métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, SIDA y fecundación humana. Esto demuestra que la información concerniente a la sexualidad sólo es impartida en los colegios a partir de los años de secundaria.

Las madres que acudieron a las charlas prenatales demostraron tener un mayor conocimiento del método del ritmo, menor temor al empleo de MAC y mayor información sobre la reproducción humana. Sin embargo, no se objetivó que supieran más sobre ETS, SIDA, ni que tuvieran mejor conocimiento del resto de métodos anticonceptivos, probablemente porque ya los conocían desde antes, por la gran difusión que existe. Esto nos hace ver la importancia de este programa, por lo cual es necesario mejorar la asistencia de las gestantes en riesgo, ya que definitivamente mejora el grado de conocimiento sobre salud reproductivas^{14,24,25,52}.

Es evidente que nuestras adolescentes no cuentan con un nivel adecuado de conocimientos en salud reproductiva, haciéndose imperiosa la necesidad de EDUCAR, mejorar el nivel de conocimientos acerca de la sexualidad y anticoncepción, así como evitar las actitudes negativas. Es fundamental implementar programas educativos, los cuales deben ser impartidos en forma temprana, que aclaren los mitos peligrosos y las falsas creencias, para que las adolescentes estén en condiciones de afrontar los cambios que se producen en esta etapa de la vida y evitar consecuencias que pueden perjudicar su desarrollo bio-psico-social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Committee on Adolescence-USA. Adolescent pregnancy. *Pediatrics* 1989; 83 (1): 132-4
2. Fenando D, Singh S. Wulf D. Adolescentes de Hoy, Padres del Mañana. PERÚ. The Alan Guttmacher Institute. 1989.
3. FIGO Focus: Sexualidad en la Adolescencia. *Rev. Colomb Obstet Gynecol* 1990. 41(4): 273-4
4. Chu Magdalena. Salud Reproductiva de jóvenes que estudian en centros educativos nocturnos de Lima Metropolitana. Lima 1990 (inédito).
5. Mc Anarney, E. Adolescent pregnancy and its consequences *JAMA* 1989; 262 (1): 74-7.
6. INEI. República del Perú. Censo Nacional de Población y Vivienda. 1993
7. Parra J, Pinedo A, Távora I. Comportamiento reproductivo de las adolescentes. X Congreso Peruano de Ginecología y Obstetricia, Tomo del Congreso. Lima, Perú 1990. pp 106-13
8. Tang LE. Embarazo en adolescentes. (Tesis de Bachiller en Medicina). Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1991. 66 pp.
9. Ríos R. Gestación en mujeres menores de 16 años. (Tesis de Bachiller en Medicina). Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1986. 56 pp.
10. Bisrat F, Pickering J. Attitude and practice of contraception between teenagers of Harer town, Eastern Ethiopia. *Ethiop-Med-J* 1994; 32 (3): 151-9



11. García J, Figueroa JG. The reproductive characteristic of adolescents and young adults in México City. *Salud Pública Mex* 1993; 35(6): 682-91.
12. Moreno A. Adolescents y Embarazo. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 1989; 40 (3) 227-234.
13. UNICEF. Programa Materno-Perinatal. Control Perinatal. 1984.
14. Visser AP, Von Bilsn P. Effectiveness of sex education provided to adolescents. *Parent Educ Couns* 1994; 23(3).
15. Segest E. Some aspects regarding teenage pregnancy in Denmark, *Med-Law* 1994; 13(3): 381-96.
16. Uriza G. Embarazo en adolescentes. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 1983; 34(2): 102-113
17. Bachman CA. Adolescencia, anticoncepción. En: *Adolescencia: Riesgo Reproductivo*. Editorial Omega. Lima. 1992. 13-60, 179-226.
18. Dreyfus R. The underrated benefits of oral contraception: consequences of pregnancy and induced abortion in teenagers. *Int J Fertil* 1992; 37 Suppl 4: 204-10.
19. Howart J. Poberty as a criterior of risk. *Clin Obstet Gynecol* 1984; (1) 103-6.
20. Loli A. El embarazo juvenil: un estudio clínico. *Diagnóstico* 1979; 4 (5) 237-45.
21. Rechkemmer A. Complicaciones obstétricas y perinatológicas en adolescentes tempranas. (Tesis de maestría en Medicina). Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1990. 53 pp.
22. Satin A, Leveno K, Sherman L, et al. Maternal youth and pregnancy outcomes: Middle school versus high school age groups compared with women beyond the teen years. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 184-7.
23. Vondamudi VK, Bhattacharyya A. Adolescent pregnancy in Grenada. *Ann Trop Paediatr* 1993; 13 (4): 379-83.
24. Bolivar N, Luengo X, Molina R. Educación Sexual, resultados de una metodología participativa utilizada en talleres con adolescentes. En: *XII Reunión de la asociación Latinoamericana de Investigaciones en Reproducción Humana, Libro de Resúmenes*. Schering Argentina S.A.I.C., Buenos Aires 1993.
25. Creatsas GK. Sexuality: Sexual activity and contraception during adolescence. *Current Opin Obstet Gynecol* 1993; 5(6): 774-83.
26. Earls F, Robins L, et al Comprehensive health care for high risk adolescents: an evaluation Study. *Am J Public Health* 1989; 79 (8): 99-1005.
27. Cervantes R, Watanabe T. La adolescencia como problema de Salud Reproductiva. XI Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Tomo de Congreso. Lima, Perú 1994.
28. Alarcón I, Salazar V, Gonzales GF. Conducta sexual en escolares adolescentes de ambos sexos de condición socio-económica media y baja en Lima. En: *La adolescencia en el Perú*. GF Gonzales. Lima. 1994.
29. Gonzales GF. La Adolescencia en el Perú. UPCH-HA-OMS Lima 1994.
30. Vereau D, Pinedo A, Távara L. Conocimientos y actitudes sobre el embarazo y anticonceptivos en puérperas adolescentes. *Ginecol Obstet (Perú)* 1995; 41(1): 20-23.
31. Dott A, Fort A. Medical and social factors affecting early teenage pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1976; 125 (4): 5321-536.
32. Duarte-Contreras A. Embarazo en Adolescentes de 11 a 15 años. *Rev Colomb Ginecol Obstet* 1973; 243(4): 259-271.
33. Dwyer J. Teenage Pregnancy, *Am J Obstet Gynecol* 1974; 118(3): 373-376.
34. INEI República del Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes) 1991/1992. INEI Prisma 1992
35. Salvador JL, Maradiegue E. Gestación en adolescentes en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. 1992-1994. (Inédito)



36. Osofsky J, Osofsky H. Embarazo en la segunda década de vida: consideraciones psico-sociales. Clin Obstet Gynecol 1978; 4: 1209-23
37. Spitz AM, Ventura SJ, Surveillance for pregnancy and birth rates among teenagers, by, states-USA. 1980-1990
38. O.M.S Embarazo y aborto en la adolescencia O.M.S. Ginebra Serv. inform. Tecn N° 583. 1975.
39. Fernandez N. Análisis de Factores Sociales de Riesgo Reproductivo. Jornada Nacional de Salud Perinatal, MINSA 1988: 148-161.
40. Ludmir A. Anticoncepción: Consideraciones sobre el uso de anticonceptivos en la adolescencia. La Revista Médica 1994: 1-2: 28-32
41. Salazar V, Alarcón I, Gonzales GF. Determinantes conductuales del embarazo en adolescentes: las creencias nacionales como factor de riesgo. En: La adolescencia en el Perú. G Gonzales Editor, Lima 1994, 101-128.
42. Arminchiardi S, Carnota MC, Funes J. Conocimientos y actitudes de un grupo de adolescentes embarazadas sobre Salud Reproductiva. En: XIII Reunión de la Asociación Latinoamericana de Investigaciones en Reproducción Humana. Libro de Resúmenes. Schering Argentina S.A.I.C., Buenos Aires 1993.
43. Deschamps J. Gravidéz de la adolescente e inconsciente. En: Embarazo y Maternidad en la Adolescente. Edit. Herder. Barcelona. 1979. 74-82.
44. Salaverry O, Lam A, Gonzales GF. Factores psico-sociales asociados al embarazo adolescentes de Costa, Sierra y Selva del Perú. En: La Adolescencia en el Perú. G Gonzales Editor. Lima 1994, 199-258.
45. Disipio N, Sagarra J, Villanova L. Epidemiología del embarazo en adolescentes: indicadores de Salud Reproductiva. En: XIII Reunión de la Asociación Latinoamericana de Investigaciones en Reproducción Humana. Libro de resúmenes. Schering Argentina S.A.I.C., Buenos Aires 1993.
46. Contreras H. Gestación en primíparas adolescentes. (Tesis de Bachiller en Medicina). Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 1990. 45 pp.
47. Dawson G. Teen sex, AIDS, and contraception. J. Natl Med Assoc, 1993, 85 (9): 6063-4.
48. Molina R, Jara G. La sexualidad en la adolescencia y sus riesgos. Centro de Medicina Reproductiva del Adolescente. En: XIII Reunión de la Asociación Latinoamericana de Investigaciones en Reproducción Humana. Libro de Resúmenes. Schering Argentina S.A.I.C., Buenos Aires 1993
49. Edwards L. Steimann M, Arnod K, et al, Adolescent pregnancy prevention in high school clinics. Fam Flanning Perspectives 1980; 12(4): 9-(14).
50. Gonzales G. Salud Reproductiva: Aspectos generales. En: La adolescencia en el Perú. G Gonzales Editor. Lima 1994.
51. Huerta R, Malacara JM, Díaz J. Asociación de la función familiar con las actitudes hacia la sexualidad y la anticoncepción en jóvenes trabajadores. En: XIII Reunión de la Asociación Latinoamericana e Investigaciones en Reproducción Humana. Libro de resúmenes. Schering Argentina S.A.I.C. Buenos Aires 1993.
52. Jones HW, Wentz Ac, Burnett LS. Anticoncepción y control prenatal. En: Tratado de Ginecología de Novak. Edit. Interamericana. Méjico, llava edición, 1991.