



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL
EN CONSUMO DE ALCOHOL EN
ADOLESCENTES GESTANTES
ATENDIDAS EN UN HOSPITAL
GENERAL – LIMA

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ADICCIONES CON
ENFOQUE DE GÉNERO

DORIS CACERES VARGAS

LIMA – PERÚ

2018

MIEMBROS DEL JURADO

Dr. Carlos Lopez Villavicencio

Presidente

Mg. Geraldine Salazar Vargas

Vocal

Dra. Elizabeth Araujo Robles

Secretaria

ASESOR DE TRABAJO ACADÉMICO

Dr. Carlos López Villavicencio

AGRADECIMIENTO

Agradezco a cada uno de mis Maestros, experimentados Docentes Psicólogos de UPCH, en especial al Dr. Carlos López Villavicencio, que con sus enseñanzas ampliaron mi visión de la problemática de las mujeres y me enseñaron una metodología de visibilizar el problema de manera científica.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo académico a mi madre Cleofe, cuyo ejemplo de cuidado hacia mí, como niña, adolescente y luego mujer me enseñó a preocuparme de mi género con prolijidad, tolerancia, amor y actitud compasiva.

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL EN CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS EN UN HOSPITAL GENERAL – LIMA

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ADICCIONES CON ENFOQUE DE GÉNERO

DORIS CÁCERES VARGAS

LIMA - PERÚ

Resumen de coincidencias

22 %

1	www.fisac.org.mx Fuente de Internet	4 %	>
2	www.docstoc.com Fuente de Internet	2 %	>
3	peiac.org Fuente de Internet	2 %	>
4	repositorio.une.edu.pe Fuente de Internet	2 %	>
5	www.zheta.com Fuente de Internet	1 %	>
6	library.co Fuente de Internet	1 %	>
7	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	1 %	>

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Identificación y Planteamiento del Problema.....	3
1.2. Justificación e Importancia del Problema	5
1.3. Limitaciones de la investigación:	6
1.4 Objetivos de la investigación	6
1.4.1. Objetivo general:	6
1.4.2 Objetivos específicos.	6
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1 Revisión teórica de Factores de Riesgo.....	7
A. Dimensión individual	7
B. Dimensión Familiar:	8
C. Dimensión social y económica:	9
D. Dimensión Biológica:.....	9
2.2. Adolescencia	10
2.2.1- Definición de Adolescencia.....	10
2.2.2 Adolescencia y Consumo de sustancias	11
2.3 Antecedentes	13
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	19
3.1 Tipo y Diseño de la Investigación:.....	19
3.2 Población y muestra	19
3.2.1 Población.....	19
3.2.2. Muestra	20
3.3. Variables y su operacionalización.....	20
3.3.1 Factores de Riesgo:.....	20
3.3.2 Consumo de alcohol:	20
3.3.3 Operacionalización de las variables.....	21
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de información.....	21
3.4.1. Técnicas.....	21
3.4.2 Instrumentos	21

3.5 Técnicas de análisis de datos.....	22
3.6 Consideraciones éticas	22
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	24
DISCUSIÓN	30
CONCLUSIONES	32
RECOMENDACIONES	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
ANEXOS.....	40
Instrucciones para rellenar el test.....	40

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución de las Adolescentes por Edades.....	244
Tabla 2 Grado de Instrucción	244
Tabla 3 Vínculo familiar.....	255
Tabla 4 Resultados de las gestantes en el test de Audit.....	266
Tabla 5 Factores de Riesgo Identificados	277

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Factores de riesgo en gestantes.....	25
Figura 2 Resultados de tamizaje de consumo de alcohol en las adolescentes gestantes....	27
Figura 3 Porcentajes en el que se presentan en la muestra los Factores de Riesgo.....	28
Figura 4 Factores de riesgo Individuales y porcentajes.....	28
Figura 5 Factores de riesgo Familiares y porcentajes	29
Figura 6 Factores de riesgo Social y porcentajes	29

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo describir los factores de riesgo psicosocial que presentan las adolescentes gestantes consumidoras de alcohol atendidas en un hospital general. El tipo de estudio fue descriptivo y el diseño no experimental. La muestra intencional estuvo compuesta por 15 adolescentes gestantes del Hospital 2 de Mayo. Los instrumentos usados fueron: encuesta sociodemográfica, consulta de historia clínicas y Test de Identificación de Desordenes de uso de Alcohol-AUDIT. Los resultados señalan que un 54% se encuentra en un riesgo psicosocial medio, 32% alto y 15% bajo, siendo los más presentes de tipo individual (46%) seguidos de los familiares (39%) y sociales (15%), además de un consumo medio de alcohol. Se concluye que las adolescentes se encuentran en una situación de vulnerabilidad psicosocial y la necesidad de acciones de protección, promoción de factores protectores y educación sobre riesgos de consumo de alcohol en el embarazo.

Palabras clave: factores de riesgo psicosocial, consumo de alcohol, adolescentes gestantes.

ABSTRACT

The present research aims to describe the psychosocial risk factors presented by pregnant adolescents who consume alcohol treated in a general hospital. The type of study was descriptive and the design was non-experimental. The intentional sample consisted of 15 pregnant adolescents from Hospital 2 de Mayo. The instruments used were: sociodemographic survey, medical history review and Alcohol Use Disorder Identification Test-AUDIT. The results indicate that 54% are at a medium psychosocial risk, 32% high and 15% low, being the most present of individual type (46%) followed for familiar (39%) and social (15%). In addition, adolescents have an average alcohol consumption. It is concluded that adolescents are in a situation of psychosocial vulnerability and the need for different protective actions, promotion of protective factors and education on the risks of alcohol consumption during pregnancy.

Key words: psychosocial risk factors, alcohol consumption, pregnant adolescents

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es considerada el periodo de vida donde la joven adquiere capacidad reproductiva y aparecen cambios psicológicos, fisiológicos, sociales y culturales, esta etapa esta entre los 10 a 19 años, según la OMS (1986). El embarazo adolescente es un problema complejo culturalmente y es necesario retrasar la maternidad a fin de disminuir las tasas de mortalidad materna e infantil.

A nivel mundial, según el informe de la OPS/OMS (2015) la población adolescente es de tres millones y 85% están en los países en desarrollo. Se informa que más de 50% de esta población ha tenido relaciones sexuales antes de los 16 años y que la mayor parte de casos nuevos de infección por VIH ocurre en jóvenes. Acerca de factores de riesgo concurrentes nos dicen que la violación o incesto ocurre entre 7 a 34 % en niñas y 3 a 29 % en niños.

La tasa de muerte materna es 2 a 5 veces mayor en mujeres menores de 18 años que en las de 20 a 29 años. La tasa de partos es 10 % en adolescentes. Hay 4,4 millones de abortos son inducidos y 1/3 son complicados que termina en hospitalización por el riesgo que significa para el futuro de su salud reproductiva

Según estadísticas del INEI (2016), el 78% de las adolescentes usaron métodos modernos de anticoncepción frente al 21% que usaron métodos tradicionales. Sin embargo, el 12.6 % de las adolescentes de la población general tiene embarazo precoz y de ellas el 90% tiene mínimo un control prenatal y el 93% de sus partos han sido atendidos en un centro de salud, por la complejidad del caso. La tasa de fecundidad de adolescente al año 2013 en Perú fue 52x1000 nacidos (World Bank, 2021).

Existen investigaciones que relacionan la madurez cognitiva con la actividad sexual que concluyeron que los adolescentes que son cognitivamente maduros son más capaces de analizar y tomar decisiones, además de tender a ser sexualmente menos activos. También

señalan que la presión de los jóvenes de la misma edad tiene importancia para decidir sobre sus actividades.

Las jóvenes estudiantes de secundaria y el bachillerato inician el consumo por curiosidad, inexperiencia, por buscar una forma de evadir su problema, ausencia de valores que los guíen y falta de control por parte de sus padres u tutores (Palacios, 2012).

En una investigación sobre el consumo de drogas durante el embarazo se encontró que el 41,7% usó tabaco; el 37%, alcohol; 16,5%, tranquilizante; 68%, cafeína (mayor de 400 mg/día); 1,5%, marihuana y 0,4% pasta básica de cocaína. Hallaron que 11% de los recién nacidos de la muestra fueron de bajo peso y que 15% tuvieron otros problemas de salud (Magri et. al, 2007).

La adicción en una adolescente embarazada, indistintamente de su nivel socioeconómico, puede presentar abortos, retardo en el crecimiento intrauterino, prematuridad, partos complicados, tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual y anemia moderada.

El uso de drogas durante la gestación aumenta el riesgo de nacer con malformaciones congénitas como la espina bífida, atresia del esófago, ausencia del ano y rotura de la pared abdominal, malformaciones renales, urinarias y cardiovasculares de difícil tratamiento (Yakubu y Salisu, 2017).

Cuando la gestante usa sustancias psicoactivas y disminuye o suspende el consumo presenta el llamado síndrome de abstinencia agudo, esta abstinencia causa los efectos conductuales a largo plazo. (Solís Sánchez, 2001). En el caso del alcohol hay síndrome de abstinencia grave en el neonato

El consumo de alcohol predispone al desarrollo de cientos de enfermedades y problemas como desnutrición, neoplasias, infecciones, traumatismos, violencia, desempleo. Cerca del 40% de adolescentes embarazadas presenta bajo peso durante la gestación, lo que

conlleva a que sus hijos también puedan tener bajo peso al nacer (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2015).

En 2017 el servicio de Obstetricia del Hospital Dos de Mayo atendió 1,568 partos, el 17% fueron de adolescentes, cifra que ha ido incrementándose cada año constituyendo un problema de Salud Pública en el país.

La presente investigación aborda a la adolescente en una doble condición de riesgo. Por un lado, es un embarazo riesgoso porque aún no alcanza la madurez física ni emocional y por otro por el riesgo obstétrico. Además del consumo de drogas lícitas como alcohol, tabaco, benzodiazepinas y drogas ilícitas como cannabis, cocaína, crack, opiáceos, éxtasis, inhalantes, entre otras.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Identificación y Planteamiento del Problema

El Hospital Nacional dos de Mayo está ubicado en el Lima Cercado y colinda con los distritos de: San Luis, La Victoria, San Juan de Lurigancho. Según datos del Mapa de Pobreza Provincial y Distrital (INEI,2013) su población tiene indicadores de un bajo nivel educativo y nutricional de los niños, insuficiente acceso a la seguridad social y servicios de salud, habitan viviendas precarias no propias con servicios de agua y desagüe deteriorados. Además, presentan desempleo, nivel delincuencia alto, prevalente consumo de alcohol y drogas por los jóvenes de ambos sexos, venta de drogas en el vecindario y deserción escolar.

Observamos que a partir de la creación del Seguro de Salud SIS y regulación jurisdiccional del distrito, la concurrencia de adolescentes gestantes al Hospital Dos de Mayo es cada vez mayor. Las cuales son derivadas de los centros por ser de alto riesgo obstétrico, a ello se suma el consumo de sustancias adictivas, principalmente el alcohol.

Entre los factores de riesgo Biológico identificados está la anemia deficiente del segundo y tercer trimestre, pre-eclampsia, abortos provocados por ellas mismas bajo presión de la pareja consumidora, retardo mental leve y moderado, otras enfermedades infecciosas como VIH, tuberculosis, malformaciones físicas y el grado de teratogenicidad. Las consecuencias biológicas son la malformación congénita, espina bífida, bajo peso e inmadurez neurológica del recién nacido (Yakubu & Salisu, 2018).

Las adolescentes presentan factores de riesgo psicosociales referidos a la influencia y dominio de la pareja que consume, tienen un embarazo no deseado, deserción escolar, hacinamiento en las viviendas, ausencia de guía paterna, falta de educación sexual, desempleo, discriminación por su condición de consumo de drogas, estigma y violencia de familia y de género. Estas mujeres muestran baja autoestima, desapego e información de trauma sexual en la niñez.

El 20% de las adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Dos de Mayo, cuyas edades esta entre 10 y 19 años llegan sin control prenatal, sin vacunas, con bajo peso y anemia, con riesgo de llegar a pre-eclampsia, síndrome de abstinencia post-parto y a veces es portadora de infección VIH, prematuridad y defectos congénitos. La droga más consumida por ellas es el alcohol, tabaco, cocaína y marihuana.

Como consecuencias de estos problemas las adolescentes luego del parto no desarrollan apego emocional esperado y rechazan a sus hijos. Algunas han dado en adopción a sus hijos al INABIF porque creen no poder ser buenas madres. En ocasiones tampoco pueden lidiar si sus hijos resultan portadores de malformaciones físicas y mentales por efecto teratogéno de las drogas consumidas.

En base a lo expuesto se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los Factores de Riesgo Psicosociales Asociados en adolescentes consumidores de Alcohol atendidas en un hospital General de Lima?

1.2. Justificación e Importancia del Problema

En el informe de Banco Mundial (2021) se reporta que el embarazo adolescente llega a 15% de la población juvenil peruana y la natalidad es de hasta 70 % y el 76% de estas gestantes se encuentran en zona rural. Además, la muerte infantil es 25/1000 en los hijos de adolescentes que han consumido, independientemente del tipo de droga.

Es importante tratar a las gestantes que consumen durante o lo han hecho antes de la gestación e informales cómo afecta al feto aun si la intensidad o frecuencia del consumo sea poca. Identificar los problemas de desarrollo durante de los neonatos como problemas de aprendizaje y conducta, además de las malformaciones ligadas al consumo.

Se requieren estrategias para atender los problemas de las madres adolescentes previos o posteriores al parto y brindar protección al infante, como las conductas autolesivas, modelos de promiscuidad, la exposición a la violencia de pareja o trata de personas, abandono, etc. El MINDES podría darle refugio temporal y atención psicológica. A un nivel preventivo, es necesario dar educación sexual y reproductiva a las adolescentes que no tengan problemas, proveer acceso al control de la natalidad y atender otras enfermedades sexuales.

El consumo de drogas no solo ilícitas fue advertido durante el control pre natal pero no fue suficientemente tomado en cuenta. El 34% de los médicos que controlaban el embarazo advirtió a las pacientes sobre el riesgo del tabaco, el 27% aconsejo sobre riesgo de alcohol y 7% sobre drogas ilegales. El 8% de gestantes no tuvieron control prenatal (Magri y col, 2007).

Esta investigación busca resaltar como la actitud del profesional de la salud mental favorece el cambio de la conducta de la mujer adolescente luego del parto: mejora el vínculo afectivo entre madre y recién nacido y facilita la aceptación de las limitaciones que puede presentar el niño. Asimismo, educar a la joven puérpera primigesta sobre los efectos de los

factores de riesgo psicosociales en el recién nacido y de las consecuencias de su conducta adictiva, la violencia y negligencia en él.

1.3. Limitaciones de la investigación:

No se puede generalizar a una población por que se enfoca una Muestra no Probabilística.

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general:

Describir los factores de Riesgo Psicosocial que presentan las adolescentes gestantes consumidoras de alcohol atendidas en un hospital General.

1.4.2 Objetivos específicos.

- Identificar los Factores de Riesgo Psicosociales en su dimensión individual Asociados en adolescentes gestantes atendidas en un Hospital General.
- Identificar los Factores de Riesgo Psicosociales en su dimensión Familiar Asocial en adolescentes gestantes atendidas en un hospital general.
- Identificar los factores de riesgo Psicosociales en su dimensión Social que Asociar en adolescentes gestantes atendidas en un hospital General.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Revisión teórica de Factores de Riesgo

Según la definición de OMS (2002) 'es un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.

Dentro de los conceptos de un factor de riesgo, la epidemiología se ha referido al mismo como toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud. Los factores de riesgo implican que las personas afectadas por dicho factor de riesgo, presentan un riesgo sanitario mayor al de las personas sin este factor. Estos factores riesgo se relacionan con características y atributos (variables) que aparecen asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado. Es de tomar en cuenta que estos no son necesariamente las causas, sólo sucede que están asociadas con el evento. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en la comunidad.

De acuerdo a las investigaciones los factores de riesgo se clasifican:

A. Dimensión individual

Cuando la adolescente se expone a actividades sexuales precoces, conjuntamente con una menarquia precoz, se perciben invulnerables poseen baja autoestima, no tienen en su mayoría aspiraciones educativas, son impulsivas, existe mala relación con los padres, no hay valores religiosos ni compromiso consigo mismas. Se permiten uso de drogas como experiencia de grupo, aceptan amistades permisivas con conducta sexual sin responsabilidad. Uso marginal e irregular de métodos anticonceptivos, falta de educación en su sexualidad de parte de los adultos. Así como enfrentar problemas que trasciende así

mismas, daño hacia el feto, como el aborto espontáneo, muerte fetal, los defectos congénitos, y el caso de consumidoras de alcohol el cuadro fetal alcohólico, que no guarda relación directa el grado de daño al feto con la cantidad periodo de uso de alcohol.

En la situación socioeconómica actual el adolescente tiene alto grado de inconformidad social, realización de conductas de riesgo, alta disponibilidad de dinero, presencia de fuertes traumas infantiles, descuidos en los hábitos de salud, conductas consumistas, promiscuidad sexual, pérdida del sentido de pertenencia familiar y escolar. (Castro,1992).

B. Dimensión Familiar:

McDevitt, Lennon y Kopriva (1991), en su investigación afirma que el desarrollo de los valores sociales de los hijos y formación de actitudes prosociales y respuestas empáticas está en la familia. Entonces cuando una familia es funcional los padres favorecen el aprendizaje, estimulan que vayan al colegio durante la niñez y adolescencia, ayudan a formar valores morales sólidos que lo ayuden a tomar decisiones sobre su futuro.

Alonso-Fernández (1979) enfatiza la relación entre la familia y el consumo “La existencia de problemas de relación en la familia y sus consecuencias en el clima familiar y las diversas variables individuales de los hijos, se ha señalado, como condición para el consumo de drogas, así como mala relación con la madre y aumento de la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas” (pp. 86, 87).

Cuando los jóvenes encuentran con un estilo de resolución de conflicto violento entre los padres, así como una dinámica familiar disfuncional que hacen que ellos salgan en busca de llenar sus carencias afectivas y lo resuelven entrando en una “relación de dependencia” perjudicial». También los padres muy permisivos, que ellos lo perciben como desinterés para con ellos. Pueden tener una madre que tuvo un embarazo adolescente, madres poco

accesibles a comunicarse y despertar confianza que hacen que guarden relaciones emocionales ocultas. Las jóvenes requieren información de los riesgos de sus decisiones

C. Dimensión social y económica:

Erotización de la imagen de la adolescente en los medios de comunicación, valores tergiversados, mucha disponibilidad de drogas y el uso es casi presión social de grupo, para ser aceptado. Pocas oportunidades para estudiar y trabajar, no hay instituciones donde dejar sus hijos

Esta dimensión es variable de acuerdo al nivel socioeconómico de la joven, el desempleo, la pobreza, la marginalidad. En ocasiones están sometidas a explotación sexual, trata de personas, trabajo forzado. No tienen acceso a servicios de salud adecuados a su edad, no hay planificación familiar para uso de anticoncepción si se embarazan sufre la estigmatización, trae consecuencia un aborto provocado, riesgo para su vida. Sin considerar las adolescentes con daño físico y mental que son abusadas y están en ámbito judicial en largos e injustos procesos.

D. Dimensión Biológica:

Las características Biológicas son genéticas o hereditarias y pueden predisponer a la presentación de un problema físico o mental, así como características de personalidad, así podemos encontrar gestantes adolescentes que tengan retardo mental leve o moderado, síndrome de asperger, TDH, ansiedad crónica, toc, trastornos bipolares de la adolescencia. Otras presentaran infecciones uterinas crónicas, VIH, tabaquismo o diabetes juvenil, tuberculosis, enfermedades renales. Se incluirían en gestantes adolescentes de alto riesgo y no están incluidas en la investigación, pero hay que reconocer su presencia como factor.

La dimensión Biológica se relaciona con todos aquellos aspectos relacionados con la fisiología y anatomía del cuerpo.

Estos tres componentes cuando interactúan conforman un sistema que debe estar en equilibrio para que se considere que la persona se encuentra en óptimo estado de salud. Estos tres componentes se relacionan con el término o concepto de “salud” el cual la OMS lo define como el completo bien estar físico, mental y social en la persona y no solamente la ausencia de enfermedad (World Health Organization [WHO], 2013)

Finalmente, en la presente investigación, hemos de considerar como concepto que los factores de riesgo Psicosocial son las condiciones presentes en una situación directamente relacionadas con el contexto en el que se desarrolla el sujeto, y que tienen la capacidad de afectar al desarrollo de las personas. Los riesgos psicosociales son una de las principales causas de enfermedades y impide el desarrollo personal.

Así como hay condiciones que impiden el buen desarrollo hay también circunstancias que lo favorecen y a ellos se le denomina Factores Protectores, que se busca fomentar en las adolescentes gestantes.

2.2. Adolescencia

2.2.1- Definición de Adolescencia

Pero la Organización Mundial de la Salud OMS (citado por Páscale, 2010) la definiría como el periodo de la vida, comprendida entre los 10 y los 19 años. La pubertad o adolescencia inicial estaría en primer lugar, comenzaría a los 10 años en las mujeres y a los 11 en los varones y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años. A la adolescencia le sigue la juventud plena, desde los 20 hasta los 24 años (OMS, 2002).

La adolescencia es un periodo en que se caracteriza por rápidos y múltiples cambios en los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, En el adolescentes aparecen

nuevas necesidades de afirmación, construcción de su identidad y relación con otras personas, su mundo se modifica (Krauskopof, 1999).

2.2.2 Adolescencia y Consumo de sustancias

El consumo de alcohol y de otras drogas entre los adolescentes de las sociedades es un problema común. Los estudios desde la epidemiología, y el discurso de la comunidad científica en el campo de la salud, de la psicología, sociología y otros, han referido que en la última década observan que la edad de comienzo de la experimentación con sustancias psicoactivas ha disminuido. Sin embargo, en cifras generales el consumo de drogas es poco frecuente por debajo de los 12 años, observándose un pico de aumento importante en la adolescencia. Al ser la adolescencia la etapa del desarrollo donde se forma la identidad individual y se produce la preparación hacia los diferentes roles sociales e individuales, es fácil entender como en este periodo es frecuente que los adolescentes experimenten con una amplia gama de actitudes y comportamientos entre los que se incluye el consumo de sustancias psicoactivas. Y ello probablemente, porque la presión social, como la de sus pares, así como los factores de riesgo con los que conviven los acerca a la experiencia de consumo.

Los estudios han determinado que las sustancias más usadas por los adolescentes son el alcohol y la nicotina, seguidas de la marihuana. En los últimos años se ha observado un aumento en el consumo de cocaína en este grupo de población, seguida de las drogas de diseño, estimulantes anfetaminas y tranquilizantes. Los inhalantes ocupan el primer lugar en los medios marginales. Otras sustancias que han experimentado un periódico aumento en esta población. Son los opiáceos y esteroides. (Molina Prado, 2013).

El consumo frecuente de una sustancia va a producir alteraciones en el humor, en el comportamiento y en la capacidad cognitiva del adolescente. Asimismo, el tipo de comportamiento variará en función del tipo de sustancia consumida, de la cantidad, del contexto del consumo y de una serie de características individuales del sujeto que incluyen

la experiencia previa con la sustancia, las expectativas sobre el efecto de la droga y la presencia o ausencia de otro tipo de psicopatología previa. Los cambios de comportamiento pueden variar desde la desinhibición, la hipervigilancia, la hiperactividad o agitación, hasta la somnolencia o letargia. Los estimulantes consumidos de forma crónica se asocian, sobre todo en personas con vulnerabilidad, a problemas afectivos, agitación, irritabilidad e ideación homicida.

Un adolescente con problemas de consumo, el profesional debería siempre realizar una evaluación exhaustiva sobre el consumo de sustancias. Antes de proceder a realizar la evaluación propia del problema debemos asegurar siempre un nivel apropiado de confidencialidad, ya que los adolescentes van a estar más receptivos a hablar sinceramente si confían en que esa información no va a ser compartida.

Otro aspecto a explorar son los efectos que el consumo de la/s sustancia/s tienen en el funcionamiento del adolescente, así como determinar si el problema puede ser etiquetado como un abuso o dependencia. Para ser considerado un trastorno, el consumo de la sustancia debe producir algún tipo de disfunción en uno o más dominios de la vida de ese adolescente (dominios en los que se incluye la familia, colegio o trabajo y tiempo libre), así como problemas médico-psiquiátricos y/o del comportamiento. Para realizar una evaluación óptima de este último aspecto se requiere obtener información de varias fuentes, incluyendo al propio paciente, padres o cuidadores, otros miembros familiares, colegio e historial médico previo.

Ha quedado claro y demostrado las diferencias de género en distintas investigaciones realizada (Abril et al., 2015; Fernández Rotaache et al., 2021; Luis Silva, 2021). El concepto de género se refiere asignación de papeles y funciones diferenciales a mujeres y a varones: cómo debe ser una mujer y cómo, debe ser un hombre (Lamas, 1986)

Lamas (2000) afirma que el género no solo es determinado por el sexo, porque aprendemos a ser uno mismo de maneras diferentes como consecuencia de la influencia subjetiva y cultural donde intervienen factores afectivos, familiares, escolares, económicos, ideológicos y sociales en la edificación de identidades. Las jóvenes son violentadas por parte de la pareja y, no pocas veces, quedan gestando sin planificación e incluso con ITS, lo que eleva los riesgos de morbilidad y mortalidad.

El entendimiento de las relaciones sociales en la adolescencia es un tema que no debe de omitirse en la construcción de acciones de prevención enfrentamientos asociados al género (Bascón, Saavedra, y Arias, Samuel, 2013).

Es importante destacar la importancia de investigar las cualidades y particularidades de los sujetos que se vinculan, tratando el estudio de sus vínculos sociales a través de un conocimiento más de su modo de actuar socialmente más que desde la individualidad (Molina, 2001). Muñoz Tinoco, Jiménez-Lagares y Moreno (2008) estudiaron cómo los estudiantes responden al tener que seleccionar entre sus pares en base al sexo entre sus compañeros (hombres y mujeres) frente al pedido de nombrarlos/as para el desarrollo de una actividad.

En conclusión, la adolescencia es un periodo de vida de construcción física, psicológica como social, lo que hace al adolescente vulnerable a la influencia de factores ambientales como biológicos. El género cobra un rol importante al momento de identificar los factores de riesgo que pueden afectar diferencialmente a las adolescentes. Se hace necesaria la revisión e identificación de estos elementos a fin de intervenir oportunamente y garantizar su desarrollo saludable

2.3 Antecedentes

Según INEI (2015) en el Perú somos 31.151.643 habitantes, de los cuales 49 % somos mujeres, de esta población el 12.6% son adolescentes que por varias causas se

embaraza tempranamente como una respuesta a factores de vulnerabilidad ligados a nivel de desarrollo socio económico, la cultura y normas sociales y la laxa reglamentación respecto a la oferta de las drogas en el medio social. La OMS (2002) establece la edad de la adolescencia esta entre 10 a 19 años.

La mayoría de las adolescentes tienen embarazos no deseados, no usaron método anticonceptivo cuando tuvieron relaciones sexuales provocados por curiosidad y con poca o ninguna información sobre métodos de anticoncepción, la falta de educación sexual y reproductiva que le permita planificar su vida sexual. Se reconoce también otros factores vulnerables personales como roles de género inadecuados, educación incompleta, abuso de sustancias ilegales o alcohol, familia disfuncional con falta de límites claros, mal manejo de la autoridad paterna.

Estudio publicado por CEDRO (2018), informa que el 65% de personas entre 15 a 35 años consumen alcohol cuando están en situación relajante y 11% conduce autos ebrios y entre ellos solo consideran peligroso el 14.7% a marihuana, 12% a éxtasis y 5% a las anfetaminas y solo el 4,8% considera peligroso el consumo de alcohol. Igual creencia existe sobre los energizantes que 18% acepta que lo usa mezclado con alcohol. “Los energizantes mezclados con el alcohol, uno que estimula y otro que deprime, el sistema nervioso central incrementa los riesgos de accidente cerebrovascular, taquicardia severa y paro cardíaco” advierte Milton Rojas, especialista de Cedro.

En el informe del Programa antidroga ilícito de la comunidad andina (Secretaría General de la CAN, 2013).se publicó que la prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes universitarios en la costa urbana es 77% en tanto es 71% en la costa rural. No existe diferencia significativa entre hombres y mujeres. El inicio de consumo alrededor de 13 años de edad.

La exposición prenatal a drogas está asociada a complicaciones obstétricas y alteraciones neuro conductuales infantiles. Esta exposición es riesgo que padecen los hijos de madres consumidoras tienen consecuencia a mediano y largo plazo.

El consumo de sustancias lícitas e ilícitas en la gestante adolescente abre las puertas a otras complicaciones o riesgos.

Las drogas en la gestante causa teratogénesis, que significa que una sustancia puede inducir malformaciones de carácter estructural en un organismo en desarrollo, la idea de “teratos” significa “monstruo”. Ampliando significado “agente teratógeno, a aquella sustancia que se expone durante el desarrollo del organismo causa cambios morfológicos, bioquímicos o funcionales alterando el sistema nervioso, aunque no halla evidencia de malformaciones, pero presenta alteraciones neuro conductuales diversos a lo largo del desarrollo infantil: Neuro teratógeno (Botella, 2004).

Una droga es un “agente teratógeno” según las características de la droga, umbral de dosis-respuesta, la edad gestacional, patrones de consumo, vías de administración, así como patrones en la maduración del desarrollo fetal, susceptibilidad genética a cada sustancia y estructura de la placenta.

La epidemiología de la adicción señala que es el alcohol la sustancia que más embrio-fetopatía, pero también es la droga que más consume en la adolescencia las mujeres según los estudios de Cedro, también es la droga que causa más embriofetopatía, y que no existe una dosis segura quiere decir que aun dosis pequeñas hacen daño (fenómeno de dosis dependiente.)

Antes se creía que los defectos teratógenos se daban en el primer trimestre, pero el criterio de teratogénesis funcional describe que a cualquier edad gestacional, las drogas de abuso pasa la placenta. Ejemplo la hipoxia e isquemia cerebral causada por cocaína o nicotina.

La Teratogénesis Funcional, toma varios niveles: cognitivo (qué déficit se produce), sistémico (qué estructuras cerebrales y sistemas neuroquímicos subyacen a dichos déficits), temporal (en qué periodo se produce la vulnerabilidad para el feto) y fármaco fisiológico (mecanismo de acción de este). Otros investigadores postulan si los niños expuestos a drogas en etapa prenatal, pero continúan viviendo con madres o cuidadores en situación de desestructuración y conflicto la vulnerabilidad se incrementa.

Lester et al en 1996 (citado en Botella, 2004) luego de estudiar la exposición prenatal a drogas propuso que la afectación neuro conductual en los recién nacidos no se presentaba de manera generalizada sino en un dominio cognoscitivo específicos.

Describiremos el comportamiento teratógeno de las sustancias de abuso que se comportan como son:

- El alcohol es una droga que en la gestante provoca una fetopatía conocida como Síndrome Fetal alcohólico caracterizado por retraso en el crecimiento uterino y post -natal. Así como alteraciones en el SNC como retardo mental, déficit de atención, labilidad emocional, alteraciones del desarrollo motor como hipotonía y déficit de la coordinación.
- La estructura cráneo-facial presenta microcefalia, anomalía palpebral, labios delgados con hundimiento del labio superior, nariz chata y en trompeta, inserción baja del puente nasal y alteraciones conductuales. Esta anomalía unida a la historia de consumo de alcohol nos indica que es FAS. Con técnicas de neuroimagen estructural se observa reducción y daño de ganglios basales, cerebelo, hipocampo, cuerpo calloso que revelan alteraciones en la actividad eléctrica cerebral y no existe una dosis “segura” que no afecte al feto.
- Los niños que fueron expuestos en etapa prenatal evidencian problemas en las funciones ejecutivas, dificultades en las habilidades de planificación,

formación de conceptos y déficit en flexibilidad cognitiva y la capacidad de modificar la conducta.

La investigación explica la existencia de proceso de apoptosis o destrucción neuronal programada que se produce durante la embriogénesis por el sistema nervioso del neonato ante la presencia de sustancias irritativas como el alcohol que influye en el desarrollo cerebral futuro del feto, explicado por existencia de estrés oxidativo, alteración de los factores de crecimiento y migración neuronal, alteración de los sistemas fetales de neurotransmisión, alteraciones en el transporte de glucosa, y excitotoxicidad inducida por hiperactivación del receptor NMDA y entrada masiva de calcio intracelular en situaciones de abstinencia. Este proceso se produce en todas las especies durante la embriogénesis llega a ser 10% de las células nerviosas, pero con la presencia de otras sustancias es aún mayor la destrucción neuronal, lo que se notara en el futuro desarrollo del niño (Goodlett y Horn, 2001).

Otras drogas tienen los siguientes efectos:

- Tranquilizantes como alprazolam, clonazepam, bromazepam, aumentan el riesgo que el bebé nazca con el paladar hendido o labio leporino.
- Marihuana: frena el crecimiento del bebé, aumenta el riesgo que el niño sufra de problemas respiratorios y contraer enfermedad más fácilmente después del nacimiento.
- Heroína: el consumo puede causar aborto espontáneo, parto prematuro, niño de bajo peso al nacer. Presenta síndrome de abstinencia con diarrea, vómitos, temblores, irritabilidad, llanto continuo y convulsiones.
- Cocaína y crack: estas drogas afectan a la madre e hijo causa aborto espontáneo, daño cerebral, muerte fetal, bajo peso al nacer, parto prematuro.

El embarazo en adolescentes es un problema de Salud Pública aún no atendido pues no hay una política pública que resuelva sus demandas. Ellas requieren atención en un servicio diferenciado para su edad, sus necesidades y su problemática; que le informen y reconozcan sus derechos a la libre, informada y responsable vivencia de su sexualidad. En específico acceso a servicios de salud reproductiva, planificación familiar, para informarse sobre sexualidad y métodos anticonceptivos y cómo evitar adquirir una ETS, incluida el VIH/SIDA y poder ser atendidas sin que un adulto las acompañe. También es necesario programas dirigidos a educación en su salud sexual, psicológica y derechos sociales.

En el primer trimestre de embarazo existe una prevalencia de 8 a 40 % de síntomas depresivos asociados a experiencias previas desagradables de tipo reproductivos y perinatales, como abortos y alteración en el desarrollo uterino. Los niños de madres con depresión sufren trastornos de conducta y algunos, tendencias suicidas. También, según informe del 2005 de laboratorio GlaxoSmithKline, si la mujer embarazada usa antidepresivos, lo cual hasta hace unos años se consideraba seguro, existe la posibilidad de la paroxetina (inhibidor de la recaptación de serotonina) aumente en 1.2 a 2 veces el riesgo de malformaciones congénitas cardíacas en el feto (defectos septales, auriculares y ventriculares) (Izbizky y Otaño, 2010)

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo y Diseño de la Investigación:

Se trata de un diagnóstico de metodología cuantitativa. Los datos serán recolectados mediante la técnica de entrevista y de un cuestionario de factores de Riesgo

El diseño corresponde a la elección del tipo de estudio que se realizará. Estos son, descriptivos. Es descriptivo porque analiza cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes. Permiten detallar el fenómeno estudiado básicamente a través de la medición de uno o más de sus atributos.

Se trabajará en el marco de la *investigación* no experimental y descriptiva transversal. Es no experimental porque no se va controlar directamente las variables, es decir no va haber manipulación de las variables en estudio (Kerlinger, 1994, citado en Ccopa y Colqui, 2014). Es descriptivo, porque solo se va describir las variables tal como se encuentran (Hernández, Fernández, y Baptista, 2007, citado en Ccopa y Colqui, 2014), y se van describir sus grados de relación entre las variables en estudio, en un solo momento (Salkind, 1999, citado en Ccopa y Colqui, 2014).

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

La población elegida estuvo constituida por gestantes adolescentes que se atienden en el hospital Dos de Mayo, de Nivel-III y que son consumidoras de alcohol.

Criterios de inclusión:

- La muestra seleccionada fue gestante que tenían entre 14 a 19 años.
- Adolescentes consumidoras de alcohol.
- Adolescentes que tengan como mínimo grado de instrucción primaria.

Criterios de Exclusión

- Si la gestante está en mal estado de salud por otra enfermedad de cualquier índole.
- Si es mayor de 20 años de edad.
- Si no acepta por razones personales

3.2.2. Muestra

La muestra estuvo constituida por 15 gestantes que acudieron para atención prenatal en el mes de marzo del 2018 y en las cuales se verifico en el carnet pre natal el dato de consumo de alcohol. La muestra en de carácter no probabilística intencional.

3.3. Variables y su operacionalización

3.3.1 Factores de Riesgo:

“Son los atributos o cualidades de un sujeto o comunidad unidos a una mayor probabilidad de daño a la salud” (Rojas, 2001, citado en Gómez, 2008, p.107). Estos factores aumentan la probabilidad de tener conductas nocivas como el consumo de drogas lícitas e ilícitas, entre otros problemas, debido a que los factores de riesgo están estrechamente relacionados con la cultura y el entorno del individuo, influenciándolo de forma diferencial (Silva y Pillón, 2004, citado en Gómez, 2008).

3.3.2 Consumo de alcohol:

Ingesta de alcohol que puede ser medible en su magnitud a través de la Prueba del AUDIT, la cual lo pondera de acuerdo a los siguientes Niveles: **Bajo, Medio Consumo Alto y Dependencia Alcohólica.**

3.3.3 Operacionalización de las variables

VARIABLE 1	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Factores de Riesgo	Atributos o cualidades de un sujeto o comunidad unidos a una mayor probabilidad de daño a la salud (Rojas, 2001, citado en Gómez, 2008).	Individuales	Instrucción Abortos Problemas de Salud Mental Inicio temprano de Consumo
		Familiares	Violencia Familiar Soporte Familiar. Desempleo padres Consumo de sust. en la familia Padre o madre Privada de Libertad
		Sociales	Acceso fácil a Sust. Presión de grupo Inaccesibilidad a los servicios de salud del adolescente. Discriminacion

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de información

3.4.1. Técnicas

Las técnicas a utilizar son las siguientes:

- A. **Entrevista:** para aplicar ficha de datos demográficos relacionados a la presencia de riesgos psicosociales.
- B. **Aplicación de encuesta.** Se usará el Test de AUDIT para determinar el grado de consumo
- C. **Técnica de fichaje.** Será uso esta técnica para recolectar información bibliográfica.
- D. Consulta a fuentes secundarias.

3.4.2 Instrumentos

Los instrumentos para medir las variables relacionales en estudio serán los siguientes:

- Ficha demográfica, que consigne historia del consumo. Se hará uso de una encuesta que evalué factores de Riesgo Psicosocial Individual, Familiar y Social, de creación de la investigadora.
- Test de Identificación de Desordenes de uso de Alcohol (Alcohol Use Disorders Identification Test-AUDIT)
- Historias clínicas de gineco obstetricia (fuente secundaria).

3.5 Técnicas de análisis de datos

Los datos recibieron un tratamiento estadístico descriptivo, donde los datos cuantitativos fueron ordenado en tablas según factores y frecuencias. Debido a que no fue necesario ningún análisis estadístico complejo adicional se generaron gráficos de pastel con Excel. Así mismo, se usó el baremo del Test- AUDIT para la clasificación por niveles de los factores de riesgo de la muestra.

3.6 Consideraciones éticas

Antes de empezar con la investigación se contó con el permiso del Comité de Ética del Hospital Dos de Mayo y del jefe del Dpto. de Gineco-Obstetricia.

Se incluyó un formato de consentimiento informado para participar en el estudio. Donde se explicita la participación voluntaria, explica finalidad del estudio y otra información pertinente para las gestantes participantes.

En cuanto el manejo de riesgo, ninguno de los procesos realizados atentó con el bienestar de las participantes de alguna forma. Por lo que se siguieron los principios de beneficencia. Además, se siguieron los principios de confidencialidad y privacidad, ya que

los datos de las personas de donde proceden los resultados de la investigación no serán revelados.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

En esta parte de la investigación se mostrarán los resultados obtenidos del estudio correspondiente a la descripción de factores de riesgo psicosocial para el consumo de alcohol en adolescentes gestantes atendidas en un hospital general.

Tabla 1

Distribución de las Adolescentes por Edades.

Edad (años)	Cantidad	Porcentaje
13 - 15	5	33%
16 - 18	6	40%
19 - 21	4	27%
15		

En la tabla 1 se aprecia que de las 15 gestantes que participaron en el estudio el 40% corresponde a gestantes entre 16 y 18 años

Tabla 2

Grado de Instrucción

Grado de Instrucción Educativa	Número de Adolescentes	%
Primaria Completa	2	14%
Secundaria Incompleta.	10	66%
Secundaria Completa	3	20%

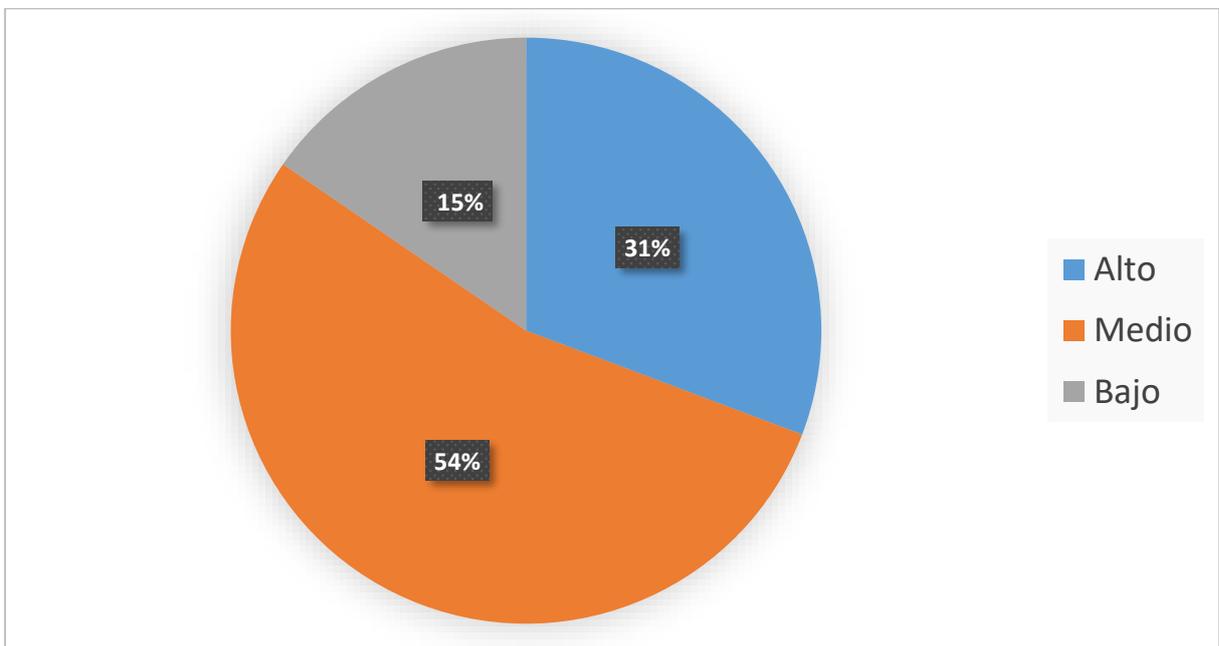
La tabla 2 muestra que el 66% de la muestra cuentan con secundaria incompleta

Tabla 3
Vínculo familiar

Tipo de vínculo familiar	Número
Vive sola	0
Vivía con abuelos / tíos	4
Vive con la madre	6
Vive con pareja	2
Vive con ambos padres	2

Los resultados obtenidos del Cuestionario de Factores de Riesgo en las adolescentes quedan registrados en la Figura 1, así como la asignación de la magnitud de las categorías obtenidas en el mismo

Figura 1
Factores de riesgo en gestantes



VALORACION DE TEST DE AUDIT

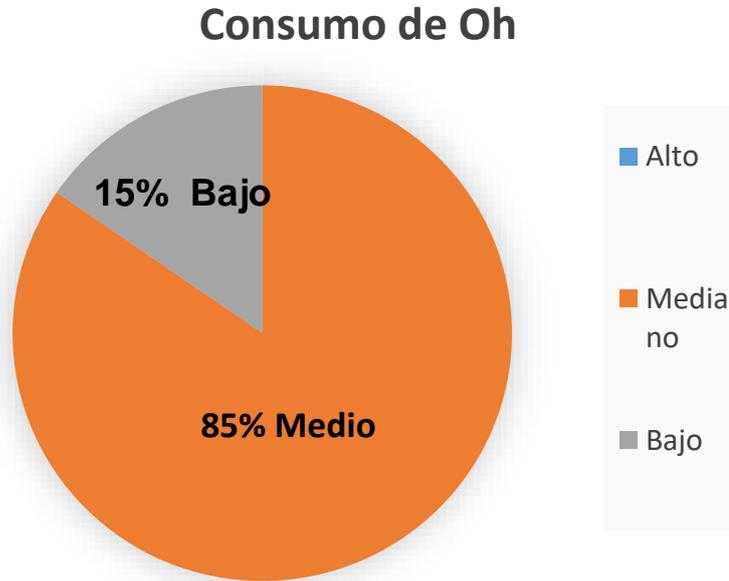
Asimismo respecto al consumo de alcohol, evaluadas con el test del Audit encontramos los siguientes resultados:

Tabla 4*Resultados de las gestantes en el test de Audit*

n°	Edad	Consumo oh	Categoría
1	18	9	Medio
2	16	13	Medio
3	17	13	Medio
4	16	12	Medio
5	17	12	Medio
7	19	10	Medio
8	16	10	Medio
10	19	6	Bajo
11	14	11	Medio
12	15	10	Medio
13	15	13	Medio
14	16	9	Bajo
15	15	14	Medio

Figura 2

Resultados de tamizaje de consumo de alcohol en las adolescentes gestantes.



Respecto a la Figura2, nos indica que el Consumo de alcohol en las gestantes adolescente evaluadas alcanza un consumo de Nivel Medio en un 85%, así como también encontramos que solo el 15% alcanza el nivel Bajo. No se ha encontrado un alto consumo en la población.

La siguiente tabla 5 tablas, nos muestra los factores identificados en la población evaluada.

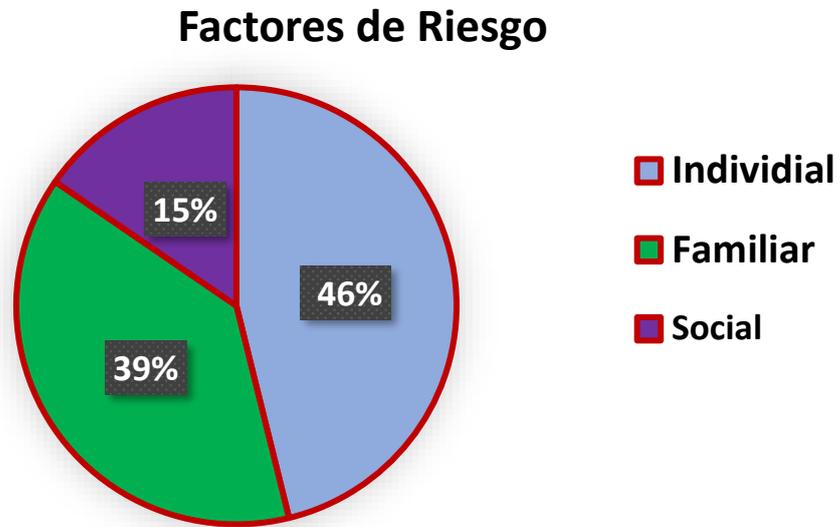
Tabla 5

Factores de Riesgo Identificados

Factores de Riesgo Psicosocial	Factores Identificados en la muestra	Porcentajes
Individual	6	46%
Familiar	5	39%
Social	2	15%
Total	13	

Figura 3

Porcentajes en el que se presentan en la muestra los Factores de Riesgo



Los siguientes gráficos, nos muestra la magnitud en la cual se presentan los factores de riesgo por dimensión

Figura 4

Factores de riesgo Individuales y porcentajes

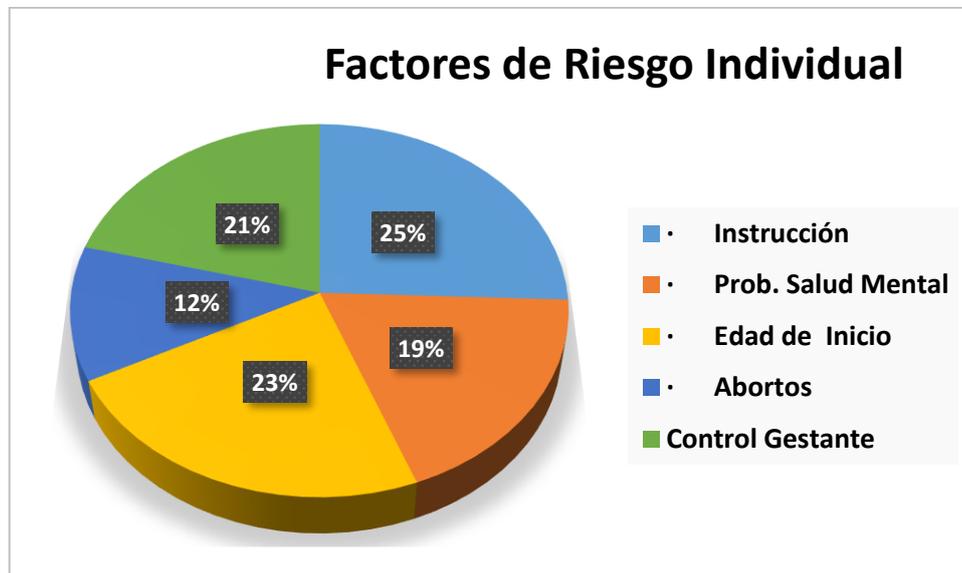
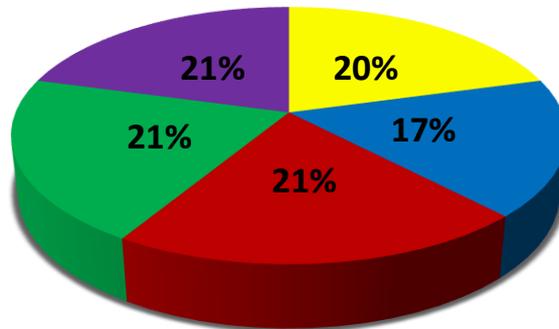


Figura 5
Factores de riesgo Familiares y porcentajes

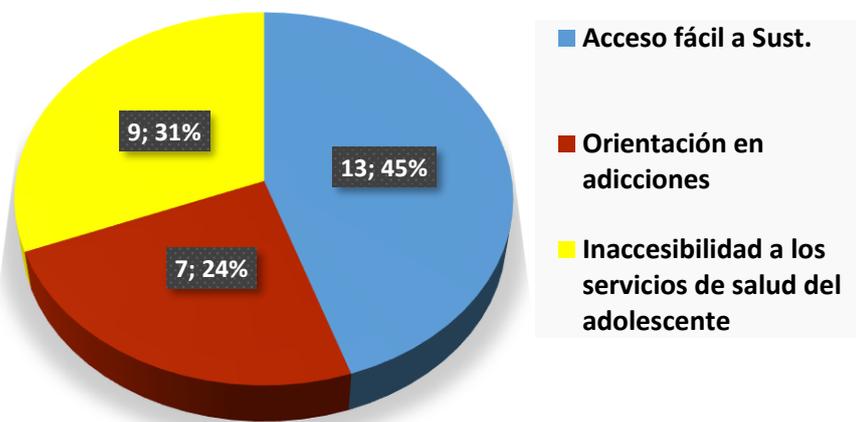
Factores de Riesgo Familiar



- o Desempleo
- o Privación libertad – Padres
- o Consumo Familiar
- o Soporte Familiar
- Violencia Familiar

Figura 6
Factores de riesgo Social y porcentajes

Factores de Riesgo Social



DISCUSIÓN

La presente investigación cuantitativa, ha tratado de describir los factores de riesgo en los adolescentes relacionados al consumo de alcohol. En la muestra, las de gestantes, han experimentado consumo de alcohol el 80 % al inicio y durante el primer bimestre que confirmaron su embarazo, porcentaje que supera otras investigaciones (Magri et al., 2007). En varias influyo la consejería hecha en la consulta, pero las que no asistieron sino hasta el octavo mes siguieron consumiendo alcohol de manera eventual en reuniones. El consumo está relacionado a un proceso educacional y formación de valores individual tal como lo menciona Palacios (2012).

Otro grupo evaluado estaba caracterizado por carecer de una familia funcional que le preste confianza y mantenga valores, otras habían sido abandonadas y trabajaban para sostener económicamente y/o tenían una familia violenta cuyo padre consumía alcohol. Se concluye que la presencia de los factores de riesgo familiar e individual facilita la búsqueda de espacios recreativos como reuniones sociales donde se consume alcohol. Respecto a las relaciones, la mayoría inició a consumir debido a sus parejas, algunas fueron a convivir y son maltratadas, también se tienen más de un hijo sin ser mayores de edad.

Es evidente que la mujer se encuentra en una situación de vulnerabilidad mayor, pues además de sus barreras individuales y familiares para gestionar sus problemas, posee sociales al estar inmersa en una sociedad machista y condenatoria que es más cruel en su opinión sobre ellas. Además, los servicios de salud no poseen un enfoque de género por lo que no están contextualizados a las necesidades de las mujeres, lo cual es necesario (De Dios-Vallejo, 2014)

Lo encontrado en esta investigación revela que las mujeres no se encuentran en las mejores condiciones por tener problemas en el tratamiento de su salud y para encontrar ayuda

para sus problemas, lo que se acentúa por ser menores de edad. Lo cual condice con otras investigaciones (De Dios-Vallejo, 2014; Bascón et al, 2013)

Los factores de riesgo identificados son congruentes con los encontrados en otros estudios (apoyos y controles familiares, divorcio de los padres, tolerancia hacia el consumo de sustancias de los padres, insatisfacción en la calidad de vida, cultura de tolerancia en el medio social o escolar, habitación en grandes ciudades entre otros.) (Palacios, 2012; Uchôa & Ferreira De Souza, 2013)

Lo cual significa que el describir esta problemática, es decir identificar, llama a una necesidad perentoria de hacer algo para su control, a través de aprendizajes o fortalecimiento de los factores protectores. Empoderar al sujeto, gestionar estrategias de prevención y promoción para que la persona pueda manejar su vida de forma efectiva.

Es necesario proponer a estas mujeres jóvenes y adolescentes para su recuperación actividades de planificación familiar, educación en valores y uso racional de anticonceptivos, educación sexual en salud reproductiva, informar sobre las consecuencias del uso de drogas sobre el feto.

Para su recuperación es necesario proponer a estas mujeres jóvenes y adolescentes actividades de planificación familiar, educación en valores, uso adecuado de anticonceptivos, educación sexual en salud reproductiva e informar sobre las consecuencias del uso de drogas sobre el feto. También hace falta que los programas dirigidos hacia esta población tengan carácter integral: que se preocupen por la salud sexual y reproductiva, psicológica y social.

Finalmente, la presente investigación fomenta una mirada enfocada en promocionar la formación de escenarios saludables, de mejorar la calidad la vida, aprendiendo a gestionar nuestra vida. No solo una perspectiva patológica.

CONCLUSIONES

De la muestra evaluada, que fueron adolescentes gestantes consumidoras de alcohol atendidas en el Hospital 2 de Mayo, podemos concluir que:

1.- Se llega a describir los factores de riesgo Psicosocial, en donde las dimensiones Individuales, familiares y Sociales quedo distribuido, como que existen en ellas un mayor porcentaje de presencia o historial de Factores de Riesgo Individual de 46% y respecto a los riesgos Familiares de 36% y de los factores de riesgo Psicosocial en su dimensión Social se encuentra un porcentaje de 15%.

2.- Respecto a los datos recogidos en la muestra de estudio, se encontró que la muestra evaluada, que son adolescentes gestantes consumidoras de alcohol, existe un mayor porcentaje de ellas que alcanzan el 25% de tener riesgo en relación a no completar su educación, así como que existe un 23% de mujeres que iniciaron a temprana edad su inicio en la costumbre de consumir alcohol, y en último lugar el 12% de ellas han sufrido de abortos.

3.- En relación a los factores de riesgo de en su dimensión familiar; encontramos que, respecto a los factores de riesgo en su dimensión familiar, en relación a: la existencia de consumo familiar, soporte familiar y violencia Familiar alcanzan el 21% cada una de estos factores en la muestra, así como las encuestadas refieren en un 17% de sus familias existe antecedente de privación de libertad de sus padres.

4.- Finalmente respecto a los factores de riesgo Psicosocial en su dimensión Social hemos hallado que el 45% de las adolescentes refieren no tener facilidad de accesos a las sustancias, así como existe en ellas inaccesibilidad a los servicios de salud en adolescentes en un 31% y finalmente un 31% de la muestra refiere no haber tenido una orientación en prevención solo el 31 %.

RECOMENDACIONES

- Formular acciones de prevención en la psicoeducación en las mujeres embarazadas jóvenes de preferencia los que estén en edad adolescencia entre 13 y 22 años en la consecuencia del uso de alcohol y drogas durante el embarazo y luego la influencia que tiene sobre la familia., cuando acudan a consultorio de Gineco-Obstetricia,
- Enfocar la creación de espacios saludables para adolescentes, para que se establezcan conductas de salud y recreación sin drogas, lo cual lo haremos con encuestas Audit.
- Formar familias que tengan un plan de vida saludable, introducir estos conceptos a las mujeres que asisten a psicología y Obstetricia.
- Que se establezcan mesas de trabajo para la prevención, el mismo que tiene que ser de género, así como de equidad, interculturalidad, etc.
- Que los servicios de salud, cumplan con el tamizado a la población de mujeres y en especial no soslayan este dato – sobre consumo – en la evaluación de la gestante en sus controles.
- Creación de horarios especiales para atender adolescentes con personas idóneas que no discriminen y no tengan sesgos de género y hagan consejería y planificación de familia, enseñar el uso d anticonceptivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso-Fernández, F. (1979). Bases psicosociales del alcoholismo. Madrid: Academia Nacional de medicina. En Pons Diez, J. y Borjano Peirats, E. (1999). El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Abril, P., Amigot, P., Botía-Morillas, C., Domínguez-Folgueras, M., José González, M., Jurado-Guerrero, T., Lapuerta, I., Martín-García, T., & Monferrer Marta Seiz, J. (2015). Ideales igualitarios y planes tradicionales: análisis de parejas primerizas en España. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 150, 3–22.
<https://doi.org/10.5477/cis/reis.150.3>
- Botella, H. C. (2004). Maternidad, infancia y drogas: implicaciones clínicas. *Adicciones*, 16(4), 309–328. <https://doi.org/10.20882/ADICCIONES.395>
- Bascón, Miguel, & Saavedra, Javier, & Arias, Samuel (2013). CONFLICTOS Y VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA ADOLESCENCIA. ANÁLISIS DE ESTRATEGIAS DISCURSIVAS Y RECURSOS PARA LA COEDUCACIÓN. Profesorado. Revista de Currículum y Formación de Profesorado, 17(1),289-307.[fecha de Consulta 25 de Julio de 2021]. ISSN: 1138-414X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56726350017>
- Calvo, H. (2004). Maternidad, infancia y drogas: implicaciones Clínicas. *Adicciones*, 16 (4), 1-20 <https://doi.org/10.20882/adicciones.395>
- Castro, M. (1992). Indicadores de riesgo para el consumo problemático de drogas
- Centro de Información y Educación para la Prevención del abuso de Drogas [CEDRO]. (2018). *El Problema de las Drogas en el Perú*.
[http://repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/378/1/CEDRO.Problema de las](http://repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/378/1/CEDRO.Problema%20de%20las)

[drogas.2018.pdf](#)

Coppa, M. y Colqui, P. (2014). Los hábitos de estudio y nivel de rendimiento académico en los estudiantes de la facultad de educación inicial de la Universidad Nacional Enrique Guzman y Valle-La Cantuta 2014 [Tesis de Licenciatura]. Universidad Nacional Enrique Guzman y Valle-La Cantuta 2014 <https://repositorio.une.edu.pe/bitstream/handle/UNE/151/TL%20EI-Ei%20C412.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

De Dios-Vallejo, D. S. (2014). Equidad de género y embarazo. *Perinatología y Reproducción Humana*, 28(2). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-5337201400020000

Fernández Rotaeché, P., Jaureguizar Alboniga-Mayor, J., & Idoiaga Mondragon, N. (2021). REPRESENTACIONES SOBRE SEXISMO EN EDUCACIÓN SUPERIOR Y FORMACIÓN PROFESIONAL. *Educación XX1*, 24(2), 421–440. <https://doi.org/10.5944/educXX1.28225>

Gómez Cobos, Erick (2008). Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10(2), 105-122. [fecha de Consulta 25 de Julio de 2021]. ISSN: 0187-7690. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80212387006>

Goodlett, CR y Horn, KH. (2001) Mechanisms of alcohol-induced damage to the developing nervous system. *Alcohol Res Health* ; 25: 175-84.

Grupo de estudio OMS acerca de los jóvenes y la salud para todos en el año 2000. (1986). La salud de los jóvenes un desafío para la sociedad. Ginebra: OMS.

Grupo de Trabajo NNUU (2016). Adaptación del material “Hacia la construcción de un protocolo de protección y atención para mujeres madres consumidoras, sus hijos/as y familias”.2010 . Montevideo.

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2016). Tabla de Indicadores del Índice de Desigualdad de Género referidas a la Salud Reproductiva por Departamentos del Peru. <https://www.inei.gov.pe/estadisticas/indice-tematico/brechas-de-genero-7913/>

INEI. (2015). *Al 30 de junio de 2015 el Perú tiene 31 millones 151 mil 643 habitantes.* <https://www.inei.gov.pe/prensa/noticias/al-30-de-junio-de-2015-el-peru-tiene-31-millones-151-mil-643-habitantes-8500/>

INEI. (2013). Mapa de la pobreza provincial y distrital 2013. https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1261/index.html

Izbizky, G. y Otaño, L. (2010). Uso de nuevos antidepresivos en el embarazo y el riesgo de malformaciones congénitas. *Sociedad Argentina Pedriatría*, 108 (2), 100-104

Krauskopof, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolescencia y Salud*, 1(2). https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200004

Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilto*, 7(18), 0–24. <https://www.redalyc.org/pdf/351/35101807.pdf>

Lamas M. (1986). La antropología feminista y la categoría de género”, *Nueva Antropología*, 8(30), México.

Luis Silva, J. (2021). Evolución y análisis de la discriminación salarial por género en

Chile. *EL TRIMESTRE ECONÓMICO*, 88(349), 39–75.

<https://doi.org/10.20430/ete.v88i349.984>

Magri, R., Míguez, H., Parodi, V., Hutson, J., Suárez, H., Menéndez, A., Koren, G. y Bustos, R. (2007). Consumo de Alcohol y otras drogas en embarazadas. *Archivo Pediatría*,

78(2) <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v78n2/v78n2a06.pdf>

McDevitt, T., Lennon, R. y Kopriva R. (1991). Adolescents' perception of mothers' and fathers' pro-social actions and empathic responses. *Youth and Society*, 22, 387- 409.

Ministerio de Salud [MINSAL]. (2017). Documento técnico: Situación de los adolescentes y Jóvenes en el Perú. Autor.

Molina Prado, R. (2013). Consumo de tabaco, alcohol y drogas en la adolescencia.

Pediatría Integral, 17(3), 205–216. https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii03/05/205-216_Consumo.pdf

Muñoz Tinoco, M. V., Jiménez Lagares, I., & Moreno Rodríguez, M. C. (2008).

REPUTACIÓN CONDUCTUAL Y GÉNERO EN LA ADOLESCENCIA. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 24(2), 334–340. Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/42891>

Organización Panamericana de Salud y Organización Mundial de la Salud [OPS/OMS].(2015). Informe de la Situación Regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. Autor.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2002). *Informe sobre la salud en el Mundo 2002*.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67455/WHO_WHR_02.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Palacios, J. (2012). Exploración de los motivos para consumir alcohol en adolescentes.

Psicología Iberoamericana, 20(1), 29–39.

<https://www.redalyc.org/pdf/1339/133924623004.pdf>

Páscale, A. (2010). “Consumo de drogas durante el Embarazo. Efectos sobre el binomio materno-fetal, recién nacido y primera infancia. Modalidades terapéuticas y estrategias de prevención”.

Rodríguez Gazquez, M. (2013). “Factores de riesgo para el embarazo adolescente.” Universidad de Antioquia. Departamento Facultad de Enfermería. `

Ramírez-Elizondo,R. (2011). Experiencia de las mujeres consumidoras de drogas en el postparto inmediato [Tesis de grado]. Escuela de Enfermería. Universidad de Costa Rica.

Secretaría General de la CAN. (2013). *II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria Informe Regional, 2012*.
http://www.comunidadandina.org/StaticFiles/20132718338Informe_Regional.pdf

Solís Sánchez G, Solís Sánchez JL y Díaz González T (2001). Exposición prenatal a drogas y efectos en el neonato. Trastornos Adictivos”.

Yakubu, I., & Salisu, W. J. (2018). Determinants of adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Reproductive health*, 15(1), 15.
<https://doi.org/10.1186/s12978-018-0460-4>

Ulanowicz,G., Parra,G,.Wendler.,Tisiana Monzón. (2006). Riesgos del Embarazo Adolescente. *Revista de Posgrado de la Villa. Cátedra de Medicina*, 157.México.

Uchôa, L., & Ferreira De Souza, C. (2013). Prevalencia y factores asociados al uso de alcohol en adolescentes embarazadas. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 21(1).
www.eerp.usp.br/rlae

World Bank. (2021). *Tasa de fertilidad en adolescentes (nacimientos por cada 1.000*

mujeres entre 15 y 19 años de edad) | Data.

<https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT?end=2014&start=2013>

World Health Organization [WHO]. (2013). *MENTAL HEALTH ACTION PLAN 2013-2020* .

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=EB6B51A73D9E1DDECFBB0AA3838D5BCA?sequence=1

ANEXOS

Test AUDIT sobre la dependencia al alcohol

El test **AUDIT** (siglas en inglés de Alcohol Use Disorders Identification Test) es una escala profesional utilizada en la práctica clínica para el diagnóstico de alcoholismo y permite evaluar la dependencia del consumo de alcohol que presenta un individuo.

Este sencillo cuestionario fue elaborado por un grupo de expertos a instancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y constituye un instrumento de evaluación que pretende identificar consumos considerados de riesgo, para diagnosticar precozmente el abuso del alcohol o la dependencia de esta sustancia: el alcoholismo.

Debes contestar a todas las preguntas. Ten en cuenta que los resultados obtenidos son solo orientativos, y que en ningún caso sustituyen a la opinión del médico.

Instrucciones para rellenar el test

A continuación, se muestra un test con 10 apartados. Cada respuesta puntúa de 0 a 4 puntos, que coincide con el número que hay antes de la contestación elegida. Mientras realiza el test, ha de sumar los puntos correspondientes a cada pregunta que elija. La suma final es el resultado que ha obtenido en el test y se corrige al final de la página.

Intente responder el test de forma sincera, es a usted mismo a quien ayuda con su propia sinceridad. Es aconsejable que las respuestas a las preguntas sean supervisadas por algún familiar para contrastar la veracidad.

1. ¿Con qué frecuencia consumes alguna bebida alcohólica?

- 0. Nunca.
- 1. Una o menos veces al mes.
- 2. 2 a 4 veces al mes.
- 3. 2 ó 3 veces a la semana.
- 4. 4 o más veces a la semana.

2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes normalmente los días que bebes?

- 0. 1 ó 2.
- 1. 3 ó 4.
- 2. 5 ó 6.
- 3. 7 a 9.

4. 10 ó más.

3. ¿Con qué frecuencia te tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

0. Nunca.

1. Menos de una vez al mes.

2. Mensualmente.

3. Semanalmente.

4. A diario o casi a diario.

4. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has sido incapaz de parar de beber una vez que habías empezado?

0. Nunca.

1. Menos de una vez al mes.

2. Mensualmente.

3. Semanalmente.

4. A diario o casi a diario.

5. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudiste cumplir con tus obligaciones porque habías bebido?

0. Nunca.

1. Menos de una vez al mes.

2. Mensualmente.

3. Semanalmente.

4. A diario o casi a diario.

6. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has necesitado beber en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?

0. Nunca.

1. Menos de una vez al mes.

2. Mensualmente.

3. Semanalmente.

4. A diario o casi a diario.

7. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

0. Nunca.

1. Menos de una vez al mes.

2. Mensualmente.

3. Semanalmente.

4. A diario o casi a diario.

8. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?

0. Nunca.

1. Menos de una vez al mes.

2. Mensualmente.

3. Semanalmente.

4. A diario o casi a diario.

9. ¿Tú o alguna otra persona habéis resultado heridos porque habías bebido?

0. No.

2. Sí, pero no en el curso del último año.

4. Sí, en el último año.

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por tu consumo de bebidas alcohólicas, o te han sugerido que dejes de beber?

0. No.

2. Sí, pero no en el curso del último año.

4. Sí, en el último año.

Consumo de alcohol:

Ingesta de alcohol que puede ser medible en su magnitud a través de la Prueba del AUDIT, la cual lo pondera de acuerdo a los siguientes Niveles:

Bajo riesgo - De 0% hasta 20%

Si la puntuación es cero puede decirse que la persona es abstemia. No obstante, cuanto más se acerca a puntuación 8 ese bajo riesgo se minimiza por lo que no está de más tener una buena educación sobre los efectos sobre la salud y psicosociales del alcohol.

Nivel medio De 20% hasta 37%

Las puntuaciones del AUDIT en un rango de 8-15 pueden representar un nivel medio de problemas con el alcohol. En estos casos, es conveniente recibir alguna atención enfocada a la reducción del consumo de riesgo de bebidas alcohólicas. El resultado en el test está dando señales de que es una persona que está empezando a abusar del alcohol. Debe moderar el consumo de alcohol y consultar a un especialista para corroborar el resultado del test y tomar las medidas oportunas.

Consumo Alto - De 37% hasta 50%

Si se encuentra en este margen el consumo de alcohol puede ya considerarse alto, lo cual lo sitúa más cerca de un nivel de dependencia alcohólica. Los expertos sugieren a las personas en este rango terapia breve y un abordaje continuado para evitar problemas mayores, estando indicado profundizar en la evaluación diagnóstica si el paciente no responde a esta terapia breve ni a los consejos o se sospecha una posible dependencia de alcohol. Debe iniciar un tratamiento inmediatamente si no quiere que su salud se resienta y los demás se retiren de su compañía cada vez más.

Dependencia alcohólica De 50% hasta 100%

Siendo mayor y más peligrosa cuanto más se acerque a los 40 puntos. Estas personas requieren una evaluación diagnóstica más amplia de la dependencia de alcohol. Para ello, se recomienda que sean derivados a un especialista para una revisión más exhaustiva de su caso y un posible tratamiento del alcoholismo, que combine farmacoterapia, prevención de recaídas e intervenciones de entrenamiento en habilidades de orientación conductual. También es recomendable acudir a organizaciones de ayuda capaces de proporcionar información y apoyo comunitario para salir de este problema.

Las personas que hayan puntuado **2** o más en las preguntas 4, 5 y 6 (relacionadas con síntomas de dependencia), o 4 en las preguntas 9 y 10 (problemas relacionados con el alcohol) deberían recibir el nivel máximo de intervención profesional.

FICHA DEMOGRAFICA PARA PROYECTO.

Cambiar de acuerdo a los datos incluidos

NOMBRE	APELLIDO	EDAD
OCUPACION ACTUAL	DISTRITO DONDE VIVE	DNI
PERSONA CON QUIEN VIVE	CONDICION DE SALUD HACE 1MES	ESTUDIOS CURSADOS

RESPECTO A LA VIDA SEXUALY REPRODUCTIVA:

Edad de la Menarquia y relaciones sexuales	Enfermedades durante o antes gestación	¿Existe anticoncepción? ¿Que usa?
¿Este embarazo estaba previsto?	¿Cuándo inicio el control de la gestación?	Recibió medicinas durante embarazo
¿Sufre problema de violencia con este embarazo?	Historia de enfermedades en la familia	¿Han detectado algún problema en su hijo?

RESPECTO AL CONSUMO DE DROGAS

Inicio de consumo de alcohol	Frecuencia de consumo y como lo adquiere	Influencia en el consumo. Pareja () amigos()
------------------------------	------------------------------------------	---------------------------------------------------

¿Hubo violencia estando bajo efectos de la droga?	¿Asocia Ud. el embarazo a consumo de alcohol o drogas?	¿Historia de trauma previo ?
¿Ha presentado síndrome abstinencia?	¿Ha reducido el consumo?	Ultimo consumo de alguna o varias drogas