

---

**Miedos infantiles y su relación con el estrés durante la estancia en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015.**

**Children's fears and their relationship with stress during the stay in the Hermilio Valdizán Medrano Regional Hospital - Huanuco 2015.**

**Dra. Rosalinda Ramirez Montaldo, Dra. Juvita Soto Hilario y Lic. Enf .Isabel Silvia Nuñez Mori Mg. Rene Castro Bravo**

---

**RESÚMEN**

El objetivo de la investigación fue determinar la relación entre los miedos infantiles y el estrés durante la estancia en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015. El estudio fue de observacional, descriptivo, prospectivo y transversal. Se llevó a cabo un estudio correlacional con 183 niños, a quienes se les aplicó un inventario de miedos y cuestionario sobre estrés infantil. Para el análisis inferencial se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. Resultados. El 73,8% (135 niños) tuvieron miedo en un nivel medio y el 55,2% (101 niños) presentaron estrés media. Por otro lado, se encontró relación significativa entre estrés infantil y los miedos referidos a daño corporal, amenaza de personas y la enfermedad ( $p \leq 0,000$ ); a los símbolos y ritos de muerte ( $p \leq 0,000$ ); a lugares cerrados o desconocidos ( $p \leq 0,004$ ); y con la violencia física real o imaginada ( $p \leq 0,000$ ). Conclusiones. Existe relación significativa entre los miedos infantiles y el estrés durante la estancia hospitalaria de los niños en estudio.

**Palabras claves:** *Miedos infantiles, estrés infantil, estancia hospitalaria.*

**ABSTRACT**

The aim of the research was to determine the relationship between childhood fears and stress during the stay in the Hermilio Valdizán Medrano Regional Hospital - Huanuco 2015. The study was observational, descriptive, prospective and cross. A correlational study of 183 children, who were applied an inventory of fears and childhood stress questionnaire was conducted. For the inferential analysis the Pearson correlation coefficient was used. Results. 73.8% (135 children) were afraid at a medium level and 55.2% (101 children) had average stress. On the other hand, significant relationship between childhood stress and fears related to physical injury, threats of people and disease ( $p \leq 0,000$ ) was found; the symbols and rituals of death ( $p \leq 0,000$ ); to closed or unknown places ( $p \leq 0,004$ ); and real or imagined physical violence ( $p \leq 0,000$ ). Conclusions. There is significant relationship between childhood fears and stress during hospital stay of children in the study.

**Keywords:** *childhood fears, childhood stress, hospital stay.*

---

**INTRODUCCIÓN**

Entre los estresores cotidianos en la vida del niño, la hospitalización se puede considerar como poco frecuente pero de poderoso impacto, pudiéndola vivenciar como atemorizante, amenazante o como una situación de adaptación por los cambios de hábitos a los que será sometido (1). Frecuentemente es difícil separar el

estrés proveniente de la propia enfermedad del malestar causado por la hospitalización (2); asimismo, también es complicado separar las reacciones de los familiares de las del personal del centro sanitario con los que va a interactuar durante la experiencia (3). Estos riesgos atribuidos a la hospitalización, en un importante número son de tipo social y

psicológico, alcanzando una gran relevancia y significación en el caso particular de la hospitalización infantil (4). La hospitalización y la enfermedad, son estímulos altamente desencadenantes de estrés para el niño, su familia y para el equipo médico (5).

El niño no sabe lo que es la enfermedad, sobre todo si es muy pequeño, no comprende por qué sus padres le abandonan, ni el motivo por el cual se le introduce en un ambiente extraño privándole de su familia, amigos y objetos. La reacción del niño a la hospitalización supone un cúmulo de problemas que exigen una detenida reflexión. Estos riesgos atribuidos a la hospitalización, en un importante número son de tipo social y psicológico, alcanzando una gran relevancia y significación en el caso particular de la hospitalización infantil (4). Se estima que alrededor de un 25% de los niños menores de 18 años se ha hospitalizado al menos una vez. Entre un 10% a un 37 % de los niños hospitalizados presentaría trastornos psicológicos significativos secundarios a este evento. La hospitalización y la enfermedad que la justifica, son altamente estresantes para el niño, su familia y también para el equipo médico (5).

Existen diversos estudios y revisiones sistemáticas, que demuestran que la hospitalización o el contacto con los servicios médicos provoca en los niños, sobretodo en los más pequeños; inquietud y ritmos alterados, llantos, problemas con las comidas, conductas regresivas, ansiedad de separación; mientras que en niños de edad preescolar y escolar puede producir tristeza, depresión, síntomas más generalizados, dificultades para el contacto social, déficits en habilidades sociales, déficits en el crecimiento y problemas nutricionales, trastornos del sueño, dificultades caracteriales,

dificultades de interacción con el personal sanitario, dificultades en la adherencia a los tratamientos que se le administran, manipulación de los padres y enfermeras, etc. (6), (7); además de considerar al ambiente, los horarios y rutinas del hospital ajenas e incómodas para el paciente; otro factor de desagrado con la hospitalización es el hecho de que no existen estímulos, actividades que recreen al paciente; finalmente, el permanecer en unidades de aislamiento separados de la familia y amigos, genera en los pacientes pediátricos una sensación de pérdida del control, que experimentan como incompreensión e inclusive dolor emocional (11), (15).

Posiblemente, gran parte de estas reacciones podrían deberse al miedo (8). El estudio de miedos específicos (9) nos induce a pensar que los miedos a sufrir daños físicos y corporales, a los lugares cerrados, al peligro o la muerte, o los relacionados con la enfermedad, podrían estar asociados con mayor intensidad al estrés infantil por hospitalización.

De acuerdo con Quiles-Sebastián, Ortigosa-Quiles y Méndez-Carrillo (10) dentro de las anomalías que una hospitalización puede generar en el niño habría que reconocer las afectaciones desarrolladas en tres ámbitos: psicológicos, psicofisiológicas y motoras, éstas se presentan durante todo el procedimiento de la hospitalización, es decir, antes, durante y después de ser atendido.

Estudios de actualidad acerca de las restricciones en el campo de las actividades diarias que sufre el niño como consecuencia de una hospitalización revelan que las secuelas psicológicas están presentes en todos los pacientes hospitalizados, pero que éstas pueden ser contrarrestadas, compensadas o prevenidas mediante diversas metas

pedagógicas y terapéuticas (17). Del mismo modo, Sierra (19) manifiesta que cuando un niño es hospitalizado, cambia su vida abruptamente, el hospital pasa a ser su espacio vital, durante días, semanas o meses. Se convierte en su mundo. Desaparecen la casa, la escuela, el barrio, los hermanos y los amigos. Se interrumpen las actividades usuales de juego, estudio y descanso.

Asimismo, Basiliu y Sepúlveda (18) se hace referencia a Adams, Eiser y Graham quienes identifican los siguientes efectos de la hospitalización en niños: "llanto, balanceo, vómito, terrores nocturnos, apetito excesivo o disminuido, trastornos del sueño, aislamiento e inhibición social, depresión, agresividad o expresiones desmedidas de ira, conductas destructivas, rechazo hacia los padres, enuresis o encopresis, conductas de no cooperación, sumisión, dependencia extrema hacia adultos, ansiedad y temores excesivos, temor exagerado a los hospitales, personal médico y procedimientos, hipocondrías, miedo a la muerte, mutismo selectivo, reacciones fóbicas, tics, entre otros".

En referencia a los estresores hospitalarios, derivados del problema de salud que ha motivado el ingreso del paciente pediátrico, destacan entre otros los relacionados con la enfermedad, el dolor y sobre todo el riesgo a la muerte como una amenaza latente, consecuencia de una potencial complicación de la dolencia (12).

En este sentido, es un hecho aceptado que la hospitalización conlleva una serie de factores que favorecen el incremento de las reacciones de ansiedad en el niño: las dimensiones del hospital, la multiplicidad de personal y la ausencia de relaciones anteriores con el mismo, la separación de su medio y actividades habituales, la incertidumbre sobre los límites esperados de su comportamiento, la

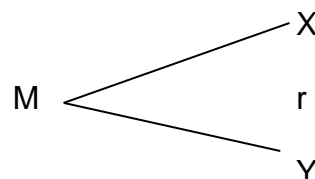
relativa pérdida de autocontrol, autonomía y competencia, etc. (16).

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal.

El diseño de investigación empleado fue el correlacional, como se muestra a continuación:



Dónde:

- M = Muestra de estudio.
- X = Representa la variable miedos infantiles.
- Y = Representa la variable estrés infantil.

### Población

La población estuvo conformado por todos los niños que fueron atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco. La selección de la muestra fue mediante el muestreo probabilístico, aleatorio sistemático. Se trabajó con 183 niños entre las edades de 7 a 11 años.

### Procedimiento.

El instrumento utilizado fue un inventario de miedos y una guía de entrevista sobre el estrés infantil.

Se realizó un análisis de datos descriptivos se tuvo en cuenta las medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y de proporciones para las variables categóricas. Para la contrastación de las hipótesis se utilizó la prueba de chi cuadrada, con un nivel de confianza al 95%.

El procesamiento de la información se realizó con la ayuda del paquete

estadístico SPSS v. 20.0 para Windows.

## RESULTADOS.

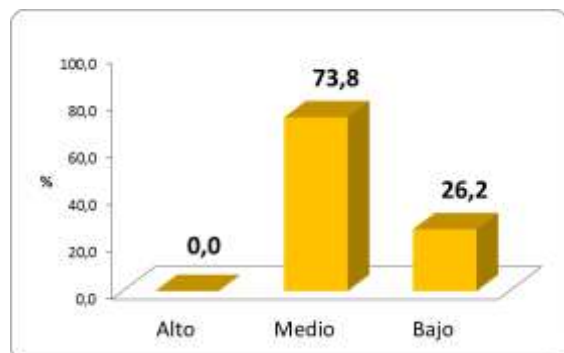
Dentro de las características generales, encontramos que 35,5% (65 niños) alcanzaron la edad de 7 años; asimismo, 51,9% (95 niños) fueron del sexo femenino. Por otro lado, 96,7% (177 niños) fueron hospitalizados una vez; y 93,4% (171 niños) no tuvieron intervenciones quirúrgicas (Tabla 1).

**Tabla 1. Características generales de los niños en estudio del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco 2015.**

| Características generales                   | Frecuencia (n=183) | %    |
|---|--------------------|------|
| <b>Edad en años</b>                         |                    |      |
| 7   | 65                 | 35,5 |
| 8   | 29                 | 15,8 |
| 9   | 37                 | 20,2 |
| 10  | 24                 | 13,1 |
| 11  | 28                 | 15,3 |
| <b>Género</b>                               |                    |      |
| Masculino                                   | 88                 | 48,1 |
| Femenino                                    | 95                 | 51,9 |
| <b>Número de hospitalizaciones</b>          |                    |      |
| Una vez                                     | 177                | 96,7 |
| 2 a 5                                       | 6                  | 3,3  |
| <b>Número de intervenciones quirúrgicas</b> |                    |      |
| Una vez                                     | 12                 | 6,6  |
| Nunca                                       | 171                | 93,4 |

**Fuente:**

En referencia a los miedos infantiles en estudio, se encontró que la mayoría del 73,8% (135 niños) tuvieron miedo medio y 26,2% (48 niños) manifestaron de bajo (Figura 1).



**Figura 1. Miedos de los niños en estudio del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco 2015.**

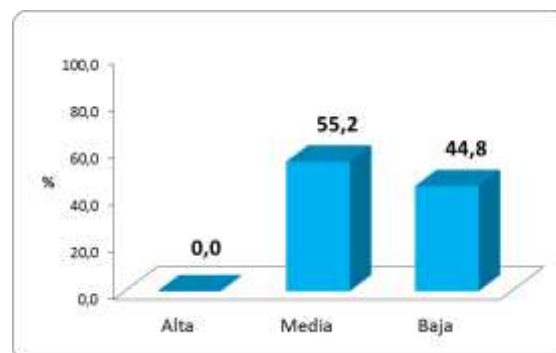
Con respecto a las dimensiones del miedo, se encontró que el 82,0% (150 niños) y 58,5% (107 niños) tuvieron nivel medio del miedo relacionados a daño corporal, amenaza de personas y la enfermedad y violencia física real o imaginada. El 41,5% (76 niños) manifestaron nivel alto del miedo a los símbolos y ritos de muerte; y en cambio, el 74,3% (136 niños) señalaron miedo bajo a lugares cerrados o desconocidos (Tabla 2).

**Tabla 2. Dimensiones del miedo de los niños en estudio del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco 2015.**

| Dimensiones del miedo infantil   | Frecuencia (n=183) | %    |
|--|--------------------|------|
| <b>Miedos relacionados con el daño corporal, amenaza de personas y la enfermedad</b> |                    |      |
| Alto   | 8                  | 4,4  |
| Medio  | 150                | 82,0 |
| Bajo   | 25                 | 13,7 |
| <b>Miedos a los símbolos y ritos de muerte</b>                                       |                    |      |
| Alto   | 76                 | 41,5 |
| Medio  | 67                 | 36,6 |
| Bajo   | 40                 | 21,9 |
| <b>Miedo a lugares cerrados o desconocidos</b>                                       |                    |      |
| Alto   | 0                  | 0,0  |
| Medio  | 47                 | 25,7 |
| Bajo   | 136                | 74,3 |
| <b>Miedos relacionados con la violencia física real o imaginada</b>                  |                    |      |
| Alto   | 14                 | 7,7  |
| Medio  | 107                | 58,5 |
| Bajo   | 62                 | 33,9 |

**Fuente:**

Concerniente al estrés infantil, se evidenció que el 55,2% (101 niños) fue media, el 44,8% (82 niños) manifestaron de baja y ningún niño tuvo estrés alta (Figura 2).



**Figura 2. Estrés de los niños en estudio del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco 2015.**

## ANÁLISIS INFERENCIAL

Respecto al análisis inferencial, observamos que existe relación significativa entre estrés infantil y los miedos referidos a daño corporal, amenaza de personas y la enfermedad ( $p \leq 0,000$ ); a los símbolos y ritos de muerte ( $p \leq 0,000$ ); a lugares cerrados o desconocidos ( $p \leq 0,004$ ); y con la violencia física real o imaginada ( $p \leq 0,000$ ). Asimismo, se encontró los miedos infantiles se relacionan significativamente con el estrés durante la estancia hospitalaria, con  $p \leq 0,000$  (Tabla 3).

**Tabla 3. Relación entre las dimensiones de los miedos y el estrés de los niños en estudio del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco 2015.**

| Variable y dimensiones  | Estrés infantil |               |
|---|-----------------|---------------|
|   | r de Pearson    | Significancia |
| Miedos relacionados con el daño corporal, amenaza de personas y la enfermedad | 0,42            | 0,000         |
| Miedos a los símbolos y ritos de muerte                                       | 0,31            | 0,000         |
| Miedo a lugares cerrados o desconocidos                                       | 0,21            | 0,004         |
| Miedos relacionados con la violencia física real o imaginada                  | 0,37            | 0,000         |
| Miedos infantiles   | 0,42            | 0,000         |

**Fuente:**

## DISCUSIÓN

En nuestra investigación se encontró relación significativa estadísticamente entre los miedos infantiles y el estrés durante la estancia hospitalaria, con  $p \leq 0,000$ . Asimismo, el estrés infantil se relaciona significativamente con las dimensiones del miedo infantil como el daño corporal, amenaza de personas y la enfermedad ( $p \leq 0,000$ ); a los símbolos y ritos de muerte ( $p \leq 0,000$ ); a lugares cerrados o desconocidos ( $p \leq 0,004$ ); y con la violencia física real o imaginada ( $p \leq 0,000$ ).

Según diversos autores, la hospitalización podría provocar en los más pequeños inquietud y ritmos alterados, llantos, problemas con las comidas, conductas regresivas, ansiedad de separación; mientras que en niños de edad preescolar y escolar puede producir tristeza y depresión

como síntomas más generalizados (15). Posiblemente, gran parte de estas reacciones podrían deberse al miedo (16). El estudio de miedos específicos (17) nos induce a pensar que los miedos a sufrir daños físicos y corporales, a los lugares cerrados, al peligro o la muerte, o los relacionados con la enfermedad, podrían estar asociados con mayor intensidad al estrés infantil por hospitalización.

También, Méndez (18) con objeto de conocer las causas que originan estrés en estos pacientes, ha analizado diferentes tipos de miedos específicos y, en esta línea, señala que la naturaleza y severidad de la enfermedad que padece el niño puede ser para él un acontecimiento especialmente traumático, debido a que su concepto de sufrimiento y su interpretación de los procedimientos médicos, están cargados de tintes emocionales, siendo generadores de miedo.

Para Quiles, Ortigosa, Méndez y Pedroche (19), en la adolescencia los miedos más relevantes serían el propio miedo a la estancia hospitalaria, el miedo a los procedimientos médicos (inyecciones, dolor, entre otros) y el miedo a la enfermedad y sus posibles repercusiones.

Por su parte, Valiente, Sandín, Chorot y Tabar (20), el miedo al peligro y a la muerte es una de las categorías más comunes, incluyéndose en ella el miedo a una enfermedad grave como uno de los cinco tipos más frecuentes en la infancia y la adolescencia.

La aplicación de procedimientos médicos percibidos como amenazantes, dolorosos o peligrosos, unida al propio malestar causado por la enfermedad, podría originar consecuencias inmediatas durante el tiempo de estancia en el hospital, así como después de la misma. Algunas de estas manifestaciones, además de estrés, incluirían pesadillas, trastornos de sueño, cambios de conducta o temores y miedos (21).

Finalmente, el presente estudio también presenta limitaciones, entre las que destaca su carácter transversal, lo cual impide establecer relaciones causales entre las distintas variables, aunque parece innegable la relación existente entre el miedo y el estrés infantil.

En conclusión, existe relación significativa entre los miedos infantiles y el estrés durante la estancia hospitalaria de los niños del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Globe L. Enfermedad crónica del niño e impacto en los padres. *Pediatric Nursing*, 2004;27:153-262.
2. González-Carrión P. Experiencias y necesidades percibidas por los niños y adolescentes con cáncer y por sus familias. *Nure Investigación*, 2005;16, 1-15.
3. Jofre VE, Henríquez E. Nivel de estrés en las madres con recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatal, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción. *Ciencia y Enfermería*, 2002;8(1):31-36.
4. López MN, Alvarez-Llanez E. Aspectos psicológicos de la hospitalización infantil. *Bol Pediatr* 1995; 36: 235 - 240.
5. Vessey JA. Children's psychological responses to hospitalization. *Ann Rev Nurs Res* 2003; 21: 173-201.
6. Alfaro AK, Atria RP. Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño Hospitalizado. *Rev. Ped. Elec.* 2009,6(1):36-54.
7. Del Barrio V, Mestre V. Evaluación psicológica en niños hospitalizados. *Revista de Psicología de la Salud*, 1989;1:83-103.
8. Méndez FX, Inglés CJ, Hidalgo MD, García-Fernández JM, Quiles MJ. Los miedos en la infancia y la adolescencia: un estudio descriptivo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción* 2003,13.
9. Valiente RM, Sandín B, Chorot P, Tabar A. Diferencias según la edad en la prevalencia e intensidad de los miedos durante la infancia y la adolescencia: datos basados en el FSSC-R. *Psicothema*, 2003;15:414-419.
10. Quiles-Sebastián MJ, Ortigosa-Quiles JM, Méndez-Carrillo FX. Preparación a la hospitalización y la cirugía. En J.M. Ortigosa-Quiles, M.J. Quiles-Sebastián, F.X. Méndez-Carrillo [Coordinadores] *Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia*. España; Pirámide: 2003.
11. Aguilar-Morales JE. Preparación psicológica de niños para una intervención quirúrgica. 2006.
12. Méndez FX, Ortigosa JM. Estrés y hospitalización infantil. En M.I. Hombrados (Ed.), *Estrés y salud* (pp. 523-545). Valencia: Promolibro. 1997.
13. Lizasoain O, Polaino-Lorente A. Efectos y manifestaciones psicopatológicas de la hospitalización infantil. *Revista Española de Pediatría*, 1992;48:52-60.
14. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de morbilidad hospitalaria 2000. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. 2003.
15. Del Pozo A, Polaino-Lorente A. El impacto del niño con cáncer en el funcionamiento familiar. En Folaing A, Abad M, Martínez P, Del Pozo A. *¿Qué puede hacer el médico por la familia del enfermo?*, 3. Madrid, Rialp, 2000:45-65.
16. Serradas M. La acción educativa como alternativa en la reducción de la ansiedad del niño hospitalizado. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca; 2002.
17. Grau C, Ortiz C. La Pedagogía Hospitalaria en el marco de una escuela inclusiva. Málaga, Ediciones Aljibe. 2001.
18. Basilui C, Sepúlveda C. Juego Psicoterapéutico en niños hospitalizados de 8 a 11 años. Disertación de título no publicada, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile. 1993.
19. Sierra P. Calidad de vida en el niño Hospitalizado. *Revista de la Sociedad Colombiana de Pediatría*. (s/f) Disponible en: [http://encolombia.com/pediatrica34299\\_actitudes29.htm](http://encolombia.com/pediatrica34299_actitudes29.htm)
20. García R, Herrera MS. Aspectos psiquiátricos del niño hospitalizado. En: Montenegro H., Guajardo H. *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Ed. Editorial Salvador. Santiago. Chile. 1994, 459-74.

**Correo electrónico:**

---

**Prevalencia y factores asociados a embarazo reincidente en adolescentes que acuden al C.S. Carlos Showing Ferrari 2013.**

**Prevalence and factors associated with recurrent pregnancy in adolescents attending the CS Showing Carlos Ferrari 2013**

**Dra. Rosalinda Ramirez Montaldo, Dra. Juvita Soto Hilario, Mg. Rene Castro Bravo, Lic. Alcira Medina Céspedes, Mg. Holger Aranciaga Campos, Mg. Luis Laguna Arias, C.D. Antonio Ballarte Baylon, CD. Hubert Torres Chávez, Lic. Enf. Alicia Ortega soto.**

---

**RESÚMEN**

El objetivo de la investigación fue determinar la prevalencia y los factores asociados al embarazo reincidente en adolescentes que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, en el año 2013. El estudio fue descriptivo relacional, prospectivo y transversal. El muestreo fue probabilístico tipo aleatorio sistemático conformada por 73 gestantes adolescentes, procedentes del C.S. Carlos Showing Ferrari, Distrito de Amarilis, Departamento de Huánuco, durante el 2013; a quienes se les aplicó una encuesta para la recolección de datos. Para el análisis inferencial se utilizó la Prueba Chi cuadrada. Los resultados fueron: De la totalidad de embarazos en adolescentes, 12,3% (9 adolescentes) tuvieron embarazo reincidente y dentro de los factores relacionados significativamente encontramos al estado civil no unidos ( $P \leq 0,000$ ); a la edad menor de 15 años de primera relación sexual ( $P \leq 0,000$ ); edad menor de 15 años de primer embarazo ( $P \leq 0,003$ ); padres separados ( $P \leq 0,013$ ) y antecedente de embarazo adolescente en la familia ( $P \leq 0,005$ ). Conclusiones. Los factores individuales, reproductivos y familiares se relacionan con la ocurrencia de embarazo reincidente en adolescentes que acuden en el C.S. Carlos Showing Ferrari.

**Palabras claves:** *adolescencia, embarazo reincidente, embarazo en adolescentes.*

**ABSTRACT**

The aim of the research was to determine the prevalence and factors associated with recurrent pregnancy in adolescents attending the Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, in 2013. The study was descriptive relational, prospective and transversal. The systematic random sampling was probabilistic type consists of 73 pregnant adolescents, from the C. S. Showing Carlos Ferrari, Amarilis District, Department of Huanuco, in 2013; who they were administered a survey to collect data. For the inferential analysis the Chi-square test was used. The results were: Of all teenage pregnancies, 12.3% (9 teenagers) had recurrent pregnancy and among the factors significantly related to marital status are not united ( $P \leq 0,000$ ); at age younger than 15 years of first sexual intercourse ( $P \leq 0,000$ ); age less than 15 years of first pregnancy ( $P \leq 0,003$ ); separated parents ( $P \leq 0,013$ ) and a history of teenage pregnancy in the family ( $P \leq 0,005$ ). Conclusions. Individual, reproductive and family factors related to the occurrence of recurrent pregnancy in adolescents attending the C. S. Showing Carlos Ferrari.

**Keywords:** *adolescence, recurrent pregnancy teen pregnancy.*

---

**INTRODUCCION**

La gestación en adolescentes es uno de los problemas de salud pública más trascendentales en los últimos años a nivel mundial que tiene grandes

implicaciones a nivel biológico y social, debido a su prevalencia, su tendencia a aumentar en los sectores más carenciados de la población, su alta probabilidad de presentar resultados



adversos relacionados con el proceso de gestación que ponen en riesgo la vida de la madre y del niño, su contribución a la persistencia de la pobreza, porque se puede prevenir y se debe afrontar, por ser parte de nuestra realidad social (1).

Reynolds y colaboradores (2) mencionan que los riesgos que se presentan a causa de un embarazo en la adolescencia van más allá del aspecto físico y emocional, pues dejará de hacer otras cosas necesarias e imprescindibles para asegurarse una vida mejor para ella y su hijo. No continuará estudiando y no recibirá la capacitación que necesita para ingresar al mercado laboral y aspirar a un trabajo con mejor salario. Lammers (3) sostiene que si bien las cifras de embarazo en adolescentes son alarmantes, es aún más preocupante el incremento considerable del embarazo recurrente en los últimos años tanto en países en vías de desarrollo como en América Latina, la cual registra tasas altas ocupando el segundo lugar, después de África Subsahariana. En un informe del Estado Mundial de la Población (2013) se señala que, Nicaragua es el país latinoamericano con el porcentaje más alto (28,1 %) de mujeres de 20 a 24 años que informan haber dado a luz antes de los 18 años, una cifra sólo superada por países del África Subsahariana. Detrás se sitúan Honduras, (26.1%), República Dominicana (24.8%), El Salvador, Guatemala (24.4%), Ecuador (21%), Bolivia (20%), Colombia (19.7%), Brasil (16%), Haití (15%), Perú (14.4%), Paraguay (13,2 %) y Cuba (9,4 %) (5).

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, en el año 2014, unos 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años (49%) y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, encontrándose la mayoría en

países de ingresos bajos y medianos (6).

En el Brasil, la prevalencia de la reincidencia varía según los diferentes trabajos, y la región. Se encuentra que en las regiones del sur y sureste del país, el porcentaje oscila entre 5,2% al 16%, mientras que en el norte y noreste, llega al 46,2% (7). En Uruguay reportan 24% de embarazo recurrente a nivel del país; en Chile González y colaboradores en el 2003 encontraron una prevalencia de 15,6% (8). Por otro lado, en el Perú, según ENDES 2014, el 14.6% de adolescentes han sido madres o están embarazadas en comparación con el ENDES del año 1992, donde se registró a un 4.4%; lo que nos indica el incremento del embarazo adolescente y el riesgo al cual están expuestas este grupo poblacional (9).

Los factores individuales, sociales, familiares y reproductivos se han asociado con la reincidencia del embarazo en adolescentes. Langer et al (10) y Moore et al (11) indican que en la dimensión individual, los factores que constituyen un mayor riesgo son, entre otros, menarquia en edades cada vez más precoces, percepción de invulnerabilidad, baja autoestima, bajas aspiraciones educacionales, impulsividad, mala relación con los padres, y carencia de compromiso religioso. En la dimensión familiar se describen como factores de riesgo: estilos violentos de resolución de conflictos, permisividad, madre poco accesible, madre con embarazo en la adolescencia, padre ausente y carencias afectivas, y baja escolaridad de los padres. Y, en el ámbito social se han identificado variables asociadas a la actividad sexual precoz, entre ellas la erotización de los medios de comunicación, hacinamiento, estrés, vivir en área rural, mitos y tabúes acerca de la sexualidad, lo que ha contribuido a una declinación de las



barreras sociales, para al ejercicio de la sexualidad (12).

Diego y Huarcaya (8) encontraron que los factores familiares; antecedente de embarazo y edad de la pareja así como los factores reproductivos; edad de inicio de relaciones sexuales y edad del primer embarazo están asociados al embarazo reincidente en las adolescentes del servicio de hospitalización del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima.

Indudablemente, la reiteración del embarazo en la adolescencia es multifactorial y complejo (9). Estos embarazos no son sólo expresiones de la vida sexual, sino que son medios que puede utilizar la adolescente para lograr una forma de autonomía y realización cuando las políticas no le ofrecen otras posibilidades.

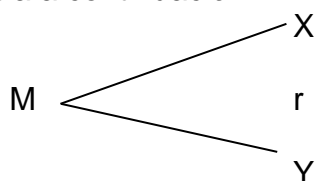
En ese sentido en el presente estudio se buscó determinar la prevalencia y los factores asociados al embarazo reincidente en adolescentes que acuden en el C.S. Carlos Showing Ferrari del Distrito de Amarilis-Huánuco.

## MATERIAL Y METODOS

### Tipo de estudio

Según el análisis y alcance de los resultados el estudio fue descriptivo, transversal, prospectivo y relacional.

El diseño de investigación empleado fue el descriptivo relacional, como se muestra a continuación:



Dónde:

- M = Muestra de estudio.
- X = Representa la variable factores asociados.
- Y = Representa la variable embarazo reincidente.

## Población

La población muestral estuvo conformada por la totalidad de 73 gestantes adolescentes que fueron atendidos en el C.S. Carlos Showing Ferrari, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

## Procedimiento

Se empleó un formulario de encuesta donde se consideró preguntas relacionados al embarazo reincidente y los factores individuales, reproductivos y familiares relacionados a la misma. En ella se recolectó la información mediante la entrevista a cada adolescente en estudio previo consentimiento.

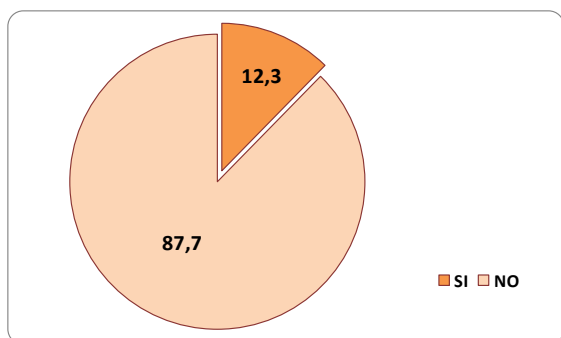
## Análisis de datos

En el análisis descriptivo de los datos se utilizó las medidas de tendencia central y de dispersión y en el análisis inferencial se utilizó la Prueba de Chi cuadrada. Se tuvo en cuenta una significación de 0,05. En el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 19.0 para Windows.

## RESULTADOS

Dentro de las características generales, encontramos que 58,9% (43 adolescentes) alcanzaron la edad de 19 años; por otro lado, 38,4% (28 adolescentes) tuvieron una educación de secundaria incompleta; 79,5% y 69,9% se encontraban con estado civil de convivencia tanto antes del primer embarazo como después del primer embarazo, respectivamente.

Asimismo, 60,3% (44 adolescentes) pertenecieron de la zona periurbana.



**Figura 1.** Prevalencia de embarazo reincidente en adolescentes en estudio. C.S. Carlos Showing Ferrari 2013.

En referencia a la prevalencia de embarazo reincidente en adolescentes, se encontró que del total de embarazos en adolescentes, 12,3% (9 adolescentes) tuvieron embarazo reincidente y mientras que 87,7% (64 adolescentes) solo tuvieron una gestación (Figura 1).

Con respecto a los factores individuales, se encontró que el 21,9% (16 adolescentes) tuvieron grado de instrucción bajo y el 20,5% (15 adolescentes) estado civil no unidos (Tabla 1).

**Tabla 1. Factores individuales al embarazo reincidente en adolescentes en estudio. C.S. Carlos Showing Ferrari 2013.**

| Factores individuales            | Frecuencia (n=73) | %    |
|----------------------------------|-------------------|------|
| <b>Grado de instrucción bajo</b> |                   |      |
| SI                               | 16                | 21,9 |
| NO                               | 57                | 78,1 |
| <b>Estado civil no unidos</b>    |                   |      |
| SI                               | 15                | 20,5 |
| NO                               | 58                | 79,5 |

**Fuente:**

Concerniente a los factores reproductivos, se evidenció que 34,2% (25 adolescentes) indicaron edad menor de 15 años de primera relación sexual; asimismo, 26,0% (19 adolescentes) manifestaron la edad menor de 15 años de primer embarazo y 38,4% (28 adolescentes) no hacían uso de los métodos anticonceptivos (Tabla 2).

**Tabla 2. Factores reproductivos al embarazo reincidente en adolescentes en estudio. C.S. Carlos Showing Ferrari 2013.**

| Factores reproductivos                                  | Frecuencia (n=73) | %    |
|---|-------------------|------|
| <b>Edad menor de 15 años de primera relación sexual</b> |                   |      |
| SI  | 25                | 34,2 |
| NO  | 48                | 65,8 |
| <b>Edad menor de 15 años de primer embarazo</b>         |                   |      |
| SI  | 19                | 26,0 |
| NO  | 54                | 74,0 |
| <b>Falta de uso de métodos anticonceptivos</b>          |                   |      |
| SI  | 28                | 38,4 |
| NO  | 45                | 61,6 |

**Fuente:**

Respecto a los factores familiares, observamos que 39,7% (29 adolescentes) se encontraban con padres separados; 45,2% (33 adolescentes) tuvieron antecedente de embarazo adolescente en la familia. Por otro lado, 64,4% (47 adolescentes) mencionaron una actitud de rechazo del padre hacia el primer embarazo y 21,9% (16 adolescentes) una actitud de rechazo de la pareja hacia el primer embarazo (Tabla 3).

**Tabla 3. Factores familiares al embarazo reincidente en adolescentes en estudio. C.S. Carlos Showing Ferrari 2013.**

| Factores familiares   | Frecuencia (n=73) | %    |
|---|-------------------|------|
| <b>Padres separados</b>   |                   |      |
| SI  | 29                | 39,7 |
| NO  | 44                | 60,3 |
| <b>Antecedente de embarazo adolescente en la familia</b>        |                   |      |
| SI  | 33                | 45,2 |
| NO  | 40                | 54,8 |
| <b>Actitud de rechazo del padre hacia el primer embarazo</b>    |                   |      |
| SI  | 47                | 64,4 |
| NO  | 26                | 35,6 |
| <b>Actitud de rechazo de la pareja hacia el primer embarazo</b> |                   |      |
| SI  | 16                | 21,9 |
| NO  | 57                | 78,1 |

**Fuente:**

Y, dentro de los factores relacionados significativamente al embarazo reincidente en adolescentes encontramos al estado civil no unidos ( $P \leq 0,000$ ); a la edad menor de 15 años

de primera relación sexual ( $P \leq 0,000$ ); edad menor de 15 años de primer embarazo ( $P \leq 0,003$ ); padres separados ( $P \leq 0,013$ ) y antecedente de embarazo adolescente en la familia ( $P \leq 0,005$ ) (Tabla 4).

**Tabla 4. Relación entre los factores individuales, reproductivos y familiares y el embarazo reincidente en adolescentes en estudio. C.S. Carlos Showing Ferrari 2013.**

| Factores asociados                                       | Prueba Chi cuadrada | Significancia |
|--|---------------------|---------------|
| <b>Factores individuales</b>                             |                     |               |
| Grado de instrucción bajo                                | 0,78                | 0,377         |
| Estado civil no unidos                                   | 20,59               | 0,000         |
| <b>Factores reproductivos</b>                            |                     |               |
| Edad menor de 15 años de primera relación sexual         | 13,61               | 0,000         |
| Edad menor de 15 años de primer embarazo                 | 8,81                | 0,003         |
| No uso de métodos anticonceptivos                        | 1,28                | 0,257         |
| <b>Factores familiares</b>                               |                     |               |
| Padres separados   | 6,21                | 0,013         |
| Antecedente de embarazo adolescente en la familia        | 7,91                | 0,005         |
| Actitud de rechazo del padre hacia el primer embarazo    | 0,80                | 0,370         |
| Actitud de rechazo de la pareja hacia el primer embarazo | 0,78                | 0,377         |

**Fuente:**

## DISCUSION

El embarazo es un evento importante en la vida de una adolescente y es el resultado de factores que emergen en el contexto individual, social y reproductivo. La pobreza, la violencia sexual y el maltrato físico son situaciones que estimulan la aparición tanto del embarazo único como reincidente; es fundamental mejorar las condiciones socioeconómicas, proporcionar entornos saludables en los que los adolescentes se puedan desarrollar plenamente (13).

En nuestra investigación se encontró que del total de embarazos en adolescentes, el 12,3% (9 adolescentes) tuvieron embarazo reincidente y dentro de los factores relacionados significativamente encontramos al estado civil no unidos ( $P \leq 0,000$ ); a la edad menor de 15 años de primera relación sexual ( $P \leq 0,000$ );

edad menor de 15 años de primer embarazo ( $P \leq 0,003$ ); padres separados ( $P \leq 0,013$ ) y antecedente de embarazo adolescente en la familia ( $P \leq 0,005$ ).

Al respecto, un estudio realizado en el Programa de la madre adolescente y el niño (Universidad de Utah, Estados Unidos) (15), determinó una prevalencia de 10,6% de presentar un segundo embarazo. Los factores asociados fueron la edad menor de 15 años, ser hispano, tener una relación estable con el padre del bebé y el antecedente de un resultado obstétrico adverso en el primer embarazo (aborto involuntario o muerte fetal). Otros factores como el abuso físico y sexual, la depresión, el abuso de sustancias, eran frecuentes, pero no hubo diferencias significativas entre ambos grupos.

Por su parte, Gonzáles y colaboradores (16) presentaron un estudio en Chile, en el que la prevalencia de la reincidencia fue de 15,6%, los factores psicosociales asociados incluyeron la falta de uso de anticonceptivos durante el postparto y el matrimonio a edad temprana.

Así mismo, un estudio de casos y controles, realizado en Perú por el Instituto Nacional Perinatal (17), concluyó que el embarazo reincidente se debe a múltiples factores, entre estos, factores sociales como la relación de la adolescente con algún familiar directo que tuvo un hijo a temprana edad, la reacción negativa de los padres ante el primer embarazo y la reacción positiva de la pareja.

Chura-Muñico, Campos-Pardo, Miranda-Malca y Asca-Nakamatsu (18) demostraron que hay una correlación poco significativa entre el embarazo reincidente y los factores sociales y culturales. Dentro de los factores sociales fueron: la edad promedio es de 17 años, abandono de sus estudios y continuidad de convivencia con los padres, reciben apoyo económico en baja proporción de su pareja, la

relación con sus padres es buena, la mayoría de ellas tiene un familiar cercano que se embarazó durante la adolescencia y son de nivel económico medio. Y, entre los factores culturales fueron: grado de instrucción secundaria, tienen conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos pero no los practican, y no usan método anticonceptivo durante el acto sexual por olvido o descuido.

Dentro de las limitaciones que encontramos se refiere al presente estudio de investigación de corte transversal, es decir, no deja inferir causalidad. Sin embargo, esta investigación es un punto de partida para que se realicen estudios de tipo sobre todo explicativo que puedan establecer claramente los factores que se asocian al embarazo adolescente y a su reincidencia.

En conclusión, los factores individuales (estado civil no unidos), reproductivos (edad menor de 15 años de primera relación sexual y de primer embarazo) y familiares (padres separados y antecedente de embarazo adolescente en la familia) se relacionan con la ocurrencia de embarazo recurrente en adolescentes que acuden en el C.S. Carlos Showing Ferrari del Distrito de Amarilis-Huánuco.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012. 2012.
2. Reynolds H y col. Uso de los servicios de salud materno Infantil por los adolescentes en los países en desarrollo. Internacional/Youth Net.research Triangle Park,NC EEUU. Family Planning Perspectives, 2006,32(1):6-16.
3. Lammers C. Adolescencia y embarazo en el Uruguay Joven, pobre y embarazada: antecedentes y estrategias para mejorar la situación y el futuro de las madres adolescentes. 2000.
4. Rosengard C. Confronting the intendedness of adolescent rapid repeat pregnancy. [Internet]. 2009 [cited 2012 Apr 30]. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19101452>.

5. ONU. Más de 20 mil adolescentes dan a luz cada día. Martes 11 de agosto de 2015. [Internet]. [Citado 2016 Agosto 12]. Disponible en: <http://www.docsalud.com/articulo/5154/seg%C3%BAAn-la-onu-m%C3%A1s-de-20-mil-adolescentes-dan-a-luz-cada-d%C3%Ada>
6. Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia. Ginebra: OMS; 2014. Nota descriptiva N° 364.
7. Rosa A, Reis A, Tanaka A. Gestações sucessivas na adolescência. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2007;5(1):165–72.
8. Diego P, Huarcaya G. Factores familiares y reproductivos asociados al embarazo recurrente en adolescentes - Instituto Nacional Materno Perinatal - 2008. UMSM, EAP Obstetricia, Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia, Lima-Perú, 2008.
9. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014. Salud Materna. [Citado: 2016 agosto 19]. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2014/cap08.pdf>
10. Langer L, Zimmerman R, Warheit G, Duncan R. Decision-making orientation and AIDS-related knowledge, attitudes, and white adolescents. Health Psychology, 1993; 3: 227-234.
11. Moore K, Miller B, Sugland B, Morrison D, Geli D, Blumenthal C. Beginning too soon: adolescent sexual behavior, pregnancy and parenthood. A review of research and interventions. Publicaciones electrónicas de PAHO, 2000; 32: 12-15.
12. Poo, A.; Baeza, B.; Capel, P.; Llano, M.; Tuma, D. & Zuñiga, D. Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal. Revista Sogia, 12: 17- 24.
13. Dolinsky Gabriela y col. Maternidad Adolescente: Posibles intervenciones del trabajador social. Rev.Panam Salud Pública.2005: 18(6);29-1.

- 
14. Amaya J, Borrero C, Ucrós S. Estudio analítico del resultado del embarazo en adolescentes y mujeres de 20 a 29 años en Bogotá. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2005;56(3):216–24.
  15. Pfitzner M a, Hoff C, McElligott K. Predictors of Repeat Pregnancy in a Program for Pregnant Teens. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* [Internet]. 2003 Apr [cited 2012 May 29];16(2):77–81. Available from:  
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1083318803000111>
  16. González E, Encina C, Gómez M, Molina T, Sandoval J. Factores Psicosociales que se asocian a la Reincidencia del Embarazo en Adolescentes chilenas. *Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia*. 2003;10: 71–2.
  17. Diego, P., Huarcaya, G. Factores familiares y reproductivos asociados al embarazo reincidente en adolescentes Instituto Nacional Materno Perinatal, 2008. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. E. A. P. de Obstetricia. Lima – Perú. 2008.
  18. Chura-Muñuico R, Campos-Pardo R, Miranda-Malca L, Asca-Nakamatsu S. Factores socioculturales relacionados con el embarazo reincidente en adolescentes atendidas en el Hospital Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima. *Revista Científica de Ciencias de la Salud* 2013;6(6):68-74.

---

**Correspondencia:** Dra. Rosalinda Ramírez Montaldo  
**Dirección:**  
**E-mail:**