



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO DE ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJÁN – HUACHO**

2015

**TESIS DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA
EN OBSTETRICIA**

BACHILLER:

KIARA KATHERYNE CHUNGA SILVA

HUACHO

2015

DEDICATORIA

Este presente trabajo de investigación está dedicado a mi madre Nelly y a mi familia por impulsarme día a día, y apoyarme incondicionalmente.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradezco a Dios por haberme guiado en todo momento, haciéndome vencer barreras que se me han presentado en el caminar de la vida y llegar a este punto en que aspiramos muchos, pero por diferentes motivos no podemos lograrlo.

Expreso mi sincero agradecimiento a mis asesores y a todos los docentes quienes formaron mi carrera profesional de Obstetricia por sus sabias enseñanzas y aportes; que me han permitido la elaboración del presente trabajo de investigación.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo, factores que influyen en el embarazo de adolescentes atendidas en el Hospital Gustavo Lanatta Luján - Huacho, 2015. Es un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal y descriptivo, el nivel de investigación de tipo descriptivo, pues tiene como pronostico medir la variable de estudio. Se utilizó la técnica de la encuesta, teniendo como instrumento el cuestionario. El procesamiento estadístico de los datos se realizó por medio de la aplicación del paquete estadístico SPSS en su versión 21. Se trabajó con una población de 120 adolescentes embarazadas. En el estudio se encuentra que la desintegración familiar es uno de los principales factores sociodemográfico que influye en el embarazo en adolescentes, el 90% de los adolescentes se encuentra en nivel secundario, el 80% de las adolescentes pertenece a la zona urbana, el 80.8% de los adolescentes tiene un buen trato con sus padres. Respecto a la orientación de los padres hacia sus hijos sobre sexualidad el 77.5% nunca hablaron con sus hijos de sexualidad. En los factores dependientes de la vida personal el 64.2%; de adolescentes en cuentas si tiene conocimiento sobre planificación familiar, el 18.3% utilizo un método de preservativo como la píldora del día siguiente. En cuanto a las características Gineco-obstétricas el 63.3% tuvo su primera menstruación a los 11 a 12 años, el 35% tuvo su primera relación a los 15 años de edad; el 40.8% tuvo relaciones con una sola pareja, el 59.2% de las adolescentes encuestadas tuvo más de 1 pareja sexual, el 90% de ella tiene su primera gestación

Existe diferentes factores que influyen en el embarazo de adolescentes atendidas en el hospital Gustavo Lanatta Luján - Huacho, 2015, como la actitud de los adolescentes atendidas en el Hospital Essalud – Huacho.

SUMMARY

This research aims, factors influencing teen pregnancy treated at the Hospital Gustavo Lujan Lanatta - Huacho, 2015. It is a an observational study, prospective, transversal and descriptive, the level of research type descriptive, it is to measure the variable prognosis study. The survey technique was used, with the instrument the questionnaire. Statistical data processing was performed by means of the application of statistical package SPSS version 21. We worked with a population of 120 adolescents embarazadas. En the study is that family breakdown is a major socio-demographic factors influencing in teen pregnancy, 90% of adolescents are in secondary level, 80% of girls belonging to the urban area, 80.8% of teenagers have a good relationship with their parents. Regarding the orientation of the fathers to their children about sexuality 77.5% never talked to their children about sexuality. Dependent factors in personal life 64.2%; Teen accounts if you have knowledge about family planning, 18.3% used a condom method as the morning after pill. As for Gineo-obstetric characteristics 34.2% had their first menstruation at age 11, 35% had their first sexual intercourse to 15years old; 40.8% had sex with only one partner, 59.2% of surveyed adolescents had more than one sexual partner, 90% of it is your first pregnancy

There are different factors influencing teen pregnancy treated at the hospital Lanatta Gustavo Lujan - Huacho, 2015, as the attitude of adolescents treated at the Hospital Essalud - Huacho.

INDICE

	PAG
AGRADECIMIENTO	2
INDICE	5
INTRODUCCIÓN	9

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática	13
1.2. Delimitación de la investigación	16
1.2.1. Delimitación temporal	16
1.2.2. Delimitación geográfico	16
1.2.3. Delimitación social	16
1.3. Formulación del problema	16
1.3.1. Problema principal	16
1.3.2. Problemas secundarios	17
1.4. Objetivos de la investigación	17
1.4.1. Objetivo general	17
1.4.2. Objetivos secundarios	17
1.5. Justificación e importancia de la investigación	18

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación	20
2.2. Bases teóricas	31
2.2.1. Adolescencia	31
2.2.2. Salud Mental	34
2.2.3. Sexualidad	37

2.2.4 Embarazo en la Adolescencia	39
2.2.5 Actitud frente a la experiencia del embarazo	44
2.2.6 Sexualidad en la Adolescencia	46
2.2.7 Actividad Sexual	48
2.2.8 Maltrato durante el embarazo	49
2.2.9 Salud y riesgos de la Adolescente embarazada	49
2.2.10 Riesgos biológicos	50
2.2.11 Riesgos obstétricos	50
2.2.12 Cambios en la adolescencia	51
2.2.13 Madurez Psico-Social de la Adolescente	52
2.2.14 Dependencia de la Adolescente embarazada	53
2.2.15 Repetición intergeneracional del embarazo adolescente	54
2.2.16 Sexualidad Adolescente	55
2.2.17 Proyecto de Vida	56
2.2.18 Paternidad y Maternidad responsable	58
2.2.19 Norma técnica para la atención integral de salud en la etapa de Vida del adolescente	59
2.3. Definición de términos	66

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Diseño de la investigación	70
3.3.1. Tipo de investigación	70
3.3.2. Nivel de investigación	70
3.3.3. Método	71

3.2. Población y muestra de investigación	
3.2.1. Población	71
3.2.2. Muestra	71
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	
3.3.1. Técnicas	74
3.3.2. Instrumentos	74

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1. Discusión de los resultados	75
Conclusiones	96
Resultados	97

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	98
---------------------------------	----

ANEXOS:

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA	101
2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	102
3. OTROS FORMATOS	

4. ÍNDICE DE TABLAS

1.Edad	75
2. Estado Civil	76
3. Procedencia	77
4. Escolaridad	78
5. Quienes conforma su grupo familiar	79
6. Cuál era trato de su familia antes de su embarazo	80
7. Actualmente vive con	81
8. Sus padres alguna vez de niña te hablaron sobre sexualidad	82
9. Porqué cree o considera que quedó embarazada	83
10. Tiene el apoyo económico de la pareja	84
11. Tiene conocimiento sobre la planificación familiar	85
12. Si la respuesta anterior es positiva, quien le habló de planificación familiar	86
13. Ha utilizado método de planificación familiar	87
14. Si la respuesta anterior es si, cual método utilizo	88
15. En los últimos seis meses has tenido de dos a mas parejas sexuales	89
16. Edad de la menarquia	90
17. 1ra relación sexual	91
18. Número de parejas sexuales	92
19. Número de embarazos	93

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud ha clasificado el embarazo adolescente como de mayor riesgo para la salud de la mujer y la de su hijo/a (con grandes probabilidades de presentar complicaciones y de morir durante el embarazo, parto o puerperio).

Las consecuencias dentro de la salud y el desarrollo personal de las y los adolescentes son:

Mayor incidencia de muertes maternas y perinatales debido a complicaciones obstétricas vinculadas con la inmadurez biológica de la adolescente -El embarazo en la adolescencia tiene riesgos muchos mayores de complicaciones para la salud de la mujer y la del hijo, ya que las mujeres adolescentes se encuentran menos preparadas biológicamente (biológicamente la capacidad reproductiva alcanza su plenitud a los 18 años). La anemia y el parto prematuro son mucho más frecuentes. El parto es más prolongado e incluso puede complicarse-.

Abortos realizados en condiciones inseguras.

Incremento alarmante de los suicidios en adolescentes y jóvenes embarazadas, considerado como “causa indirecta de muerte materna” -Según la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud (DGE-MINSA: 2010), el suicidio representa el 39% de las causas indirectas de muerte materna entre mujeres adolescentes-.

Abandono de la escuela

Reducción de oportunidades de desarrollo personal.

Para el desarrollo socio económico del país:

Aumento del número de mujeres y hombres con bajos niveles educativos.

Reducción de oportunidades y mejores condiciones laborales adecuadas.

Reproducción de la pobreza y exclusión de esta población.

Según un documento Técnico relacionado con la formulación del Plan Nacional Multisectorial para la Prevención del Embarazo no Planificado en Adolescentes en el 2010, en el análisis de los factores determinantes del problema se pueden identificar eventos tales como: La edad de inicio de las relaciones sexuales en las adolescentes sin información sobre su sexualidad y la edad en la que ocurre el primer embarazo.

Las/los adolescentes requieren desarrollar sus capacidades a partir de conocimientos y valores sustentados en sólidos vínculos de afecto, confianza, respeto, comprensión, claridad y realidad. Los temas relacionados con la sexualidad de las y los adolescentes deben ser abordados dentro de un enfoque integral, con la finalidad de ofrecerles información que les permita tomar decisiones para prevenir embarazos no planeados.

El embarazo en la adolescencia tiene riesgos mucho mayores para la salud y supervivencia de las madres y de sus hijos e hijas por tres razones: están menos preparadas biológica, emocional y económicamente.

A poco de terminar la infancia y apenas iniciada la pubertad, algunas necesidades y demandas de los adolescentes ya han quedado fuera de las prioridades en las políticas públicas. No se trata de cualquier necesidad o demanda, sino de aquellas que tienen que ver con su desarrollo afectivo y social, en edades en que se consolida una larga acumulación de oportunidades o exclusiones que ya marcaron sus primeros años. Adolescencia en la que, particularmente en el caso de las mujeres, aunado a la falta de educación sexual y de servicios de orientación y consejería (que incluya desarrollar habilidades para postergar la edad de inicio de la actividad sexual, si así lo desean), un embarazo no planificado puede bloquear las posibilidades de continuar una transición hacia la vida adulta acorde con los planes de vida que quisieran para sí mismas. En especial si se trata de adolescentes pobres.

La adolescencia, es un período de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y anuncia la adultez, dicho término se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad.

El 49.2% de la población adolescente en el Perú son mujeres y el 12.5% de este grupo están embarazadas o ya son madres. Estas cifras reflejan un problema de salud pública, ya que el embarazo adolescente es una causa de muerte materna y en muchas ocasiones terminan en abortos inducidos en condiciones clandestinas e inseguras que producen serias lesiones e incluso la muerte de la madre (INEI). En muchas regiones del Perú como Amazonas, Ucayali, San Martín, el embarazo a muy temprana edad es parte del patrón cultural de la zona y por lo tanto, es aceptado por los grupos sociales; pero en las grandes ciudades, éste representa un gran problema para los adolescentes porque no ha sido planificado: se da en parejas que no han iniciado su vida en común o en situaciones de unión consensual, lo que generalmente, termina con el abandono de la mujer y del hijo, configurando así el problema social de la "madre soltera".

El hecho de que las adolescentes no se protejan, a pesar de que conocen los métodos y que por diferentes razones no lo usan, sumado a la decisión de ambos de tener un hijo/a y de las prácticas y factores culturales, a predominio del machismo, pone en evidencia la deficiente promoción y educación en el tema de la salud sexual y reproductiva; a la vez resalta la importancia de implementar nuevas e innovadoras estrategias, con participación de todos los sectores públicos (institucionales e intersectoriales) y privados, encaminadas a una adecuada orientación responsable de los temas de salud sexual y reproductiva.

La tesis se divide en diferentes capítulos

Capítulo I: descripción de realidad del problema, formulación del problema, justificación problemática

Capitulo II: antecedentes nacionales, antecedentes internacionales.

Capitulo III: metodología de la investigación, variables.

Capitulo IV: evaluación de resultados

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática:

La adolescencia es una de las etapas difíciles para los seres humanos, ya que es un estado de inmadurez, en la que se corre el riesgo de fracasar o cometer errores que dejarán huella en la vida futura.

Cabe mencionar que este tipo de problema social no es reciente, es decir, desde años pasados existe y lo peor es que se han realizado muchas investigaciones, pero ninguna ha podido resolver el problema y que últimamente se ha expandido considerablemente en nuestro país especialmente en la zona de la selva y en nuestra provincia por diferentes factores.

La encuesta de demografía y salud del INEI (2013), publicada en 2014, muestra que los embarazos en adolescentes aumentaron de 13.2%, en 2012, a 13.9% en 2013 a 14,6 % en 2014. Lo que más llama la atención es la creciente prevalencia de embarazo en la costa norte y particularmente en Lima, que en conjunto congregan a más de la mitad de la población de mujeres jóvenes embarazadas. Asimismo INEI revela que 14 de cada 100 adolescentes del país, entre 14 y 19 años están

embarazadas o ya son madres, pese a que el 59% de ellas no lo tenía en sus planes.

Según datos estadísticos, el embarazo adolescente en la capital pasó de 4.4% en 1991/92 a 10.6% en 2013, mientras que en el resto de la costa creció de 10.8% a 15.4% en el mismo periodo. Sin embargo, en porcentajes las regiones de selva (Loreto, Madre de Dios) y las rurales (Ayacucho) siguen concentrando mayor prevalencia de embarazos adolescentes.

Gracia Subiria Franco, especialista de Salud Sexual y Reproductiva del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) señala que entre los factores que estarían influyendo en el avance de este fenómeno, estarían la migración, la baja calidad de la educación –que antes era considerada un factor protector para las jóvenes– y las nuevas conductas sexuales de los adolescentes. “La edad de inicio de la relación sexual de forma precoz (entre los 14 y 17 años) es un factor influyente, pues la mayoría de menores de edad lo hace desinformada sobre los métodos anticonceptivos que existen”, manifestó.

Asimismo, agregó que en las escuelas, la educación sexual es muy irregular. “A veces sólo se incluye una charla sobre sexualidad humana por un profesor que no está bien capacitado y con eso se piensa que ya se cumplió. Eso solo confunde a los menores, que deberían tener una educación integral para poder acceder a métodos anticonceptivos si así lo desean”, aseveró.

María del Carmen Calle, coordinadora de la Etapa Vida Adolescente del Ministerio de Salud, explicó que desde el

año pasado, se ha puesto en marcha un plan interinstitucional para prevenir el embarazo adolescente, el cual tiene como meta disminuir en 20% el porcentaje de jóvenes embarazadas para el 2021. “A través de este plan se atiende cada vez a más adolescentes y todos reciben atención integral, en salud física y nutrición, salud sexual y reproductiva y salud mental”, anotó.

Calle resaltó, que como parte del plan, se trabaja en cinco objetivos: postergar el inicio de las relaciones sexuales, lograr que los adolescentes terminen la secundaria, incorporar la educación sexual integral en los colegios, aumentar el uso de métodos anticonceptivos modernos entre los jóvenes y disminuir la violencia.

Sujelli Sanchez Chinga, coordinadora de la Etapa Vida Adolescente del Ministerio de Salud del Hospital Regional de Huacho, refiere que la tasa de embarazo en adolescentes del 2013 es 9.5%, del 2014 es 9.2% y que al año 2015 continua siendo 9.2%.

La tasa de embarazo en el hospital EsSalud es: En el 2013 de 4.2%, del 2014 es 4.7% y del 2015 es 4.8% según el estudio de estadísticas de hospital EsSalud “Gustavo Lanatta Lujan” - Huacho.

Esta realidad se da en nuestra provincia de Huaura, en el Hospital Gustavo Lanatta Luján de Huacho, que durante el año 2013 se registró 1 parto de una gestante de 13 años, 5 partos de gestantes de 14 años, 12 partos de gestantes de 15 años, 41 partos de gestantes de 16 años y 43 partos de gestantes de 17 años. En el año 2014 se registró 1 parto de una gestante de 13 años, 4 partos de gestantes de 14 años,

14 partos de gestantes de 15 años, 39 partos de gestantes de 16 años y 58 partos de gestantes de 17 años. En el año 2015 se registró 1 parto de una gestante de 13 años, 6 partos de gestantes de 14 años, 12 partos de gestantes de 15 años, 47 partos de gestantes de 16 años y 54 partos de gestantes de 17 años (Departamento de Estadísticas del Hospital Gustavo Lanatta Luján)

1.2 Delimitaciones de la investigación:

1.2.1 Delimitación temporal

El tiempo en que se realizó este trabajo es desde enero hasta diciembre del 2015.

1.2.2 Delimitación geográfica

La presente investigación se realizó en el área de Gineco-obstetricia del Hospital Gustavo Lanatta Luján de Huacho.

1.2.3 Delimitación social

La presente investigación se realizó con adolescentes entre 13 a 17 años de edad que fueron atendidas en el Hospital Gustavo Lanatta Luján de Huacho.

1.3 Formulación del problema

Problema principal:

¿Cuáles son los factores que influyen en el embarazo de adolescente atendidas en el Hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho 2015?

Problemas secundarios:

- 1) ¿Cuáles son las características sociodemográfico de las adolescentes atendidas en el Hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho 2015?
- 2) ¿Cuáles son los factores dependientes de la vida familiar que influyen en el embarazo de adolescente atendidas en el Hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho 2015?
- 3) ¿Cuáles son los factores dependientes de la vida personal que influyen en el embarazo de adolescente atendidas en el Hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho 2015?
- 4) ¿Cuáles los las características Gineco- obstétricas de las adolescentes atendidas en el Hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho 2015?

1.3 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo principal:

Determinar los factores que influyen en el embarazo de adolescente atendidas en el Hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho 2015.

1.4 Objetivos secundarios:

- 1) Identificar las características sociodemográficos de las adolescentes atendidas en el Hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho 2015.
- 2) Analizar los factores dependientes de la vida familiar que influyen en el embarazo de adolescente atendidas en el Hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho 2015.

- 3) Analizar los factores dependientes de la vida personal que influyen en el embarazo de adolescente atendidas en el Hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho 2015.
- 4) Identificar las características Gineco-obstétricas de las gestantes adolescente atendidas en el Hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho 2015.

1.5 Justificación del estudio:

Justificación teórica.- Siendo la adolescencia una de las etapas más difíciles para los seres humanos, ya que es un estado de inmadurez, en la que se corre el riesgo de fracasar o cometer errores que dejarán huella en la vida futura y, conocidos que el embarazo en adolescentes es considerado un problema de salud pública en América Latina, por su magnitud, es que este trabajo pretende caracterizar los factores sociales, culturales, económicos y clínicos de las gestantes adolescentes que se atendieron en el Hospital Gustavo Lanatta Luján de Huacho. Además que existe mucha preocupación social del índice alto de adolescentes por el embarazo, y la influencia negativa que genera el embarazo adolescentes a las familias y a la sociedad.

Justificación práctica.- Los resultados se podrán utilizar para definir prácticas de educación en salud y adecuación de la atención, implementando estrategias para mejorar la cobertura y rediseñar la referencia de estas pacientes de acuerdo al riesgo que puede ocasionar tanto para la madre madre-niña, que no ha completado sus propias tareas del desarrollo, no tiene la capacidad mental, económica, psicológica ni emocional para desarrollar un adecuado rol

maternal, por lo tanto el hijo inicia su vida en la adversidad de estas condiciones que no le auguran sino dificultades.

Justificación metodológica.- Para lograr realizar este aporte ha sido necesario recurrir a una metodología que sea coherente con nuestra investigación. Los métodos, procedimientos y técnicas utilizados en el desarrollo de la investigación, podrán ser empleados en otros trabajos de investigación, dando validez y confiabilidad al diseño propuesto.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

2.1.1. Antecedentes nacionales

- 1) **Urreta** (2008), determinó la relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes e identificar las áreas principales. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por todas las adolescentes embarazadas usuarias del HSJL(Hospital San Juan de Lurigancho). La muestra fue seleccionada por el muestreo probabilístico aleatorio simple conformada por 78 adolescentes embarazadas. La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Los resultados fueron que de 78 (100%), 40 (51.3%) poseen un funcionamiento familiar funcional y 38 (48.7%) disfuncional. Respecto al área estructura de 78 (100%), 41 (52.6%) tiene una estructura familiar funcional y 37 (47.4%) disfuncional. Acerca del área solución de conflictos de 78 (100%), 41 (52.6%) tiene una capacidad de solución de conflictos funcional y 37 (47.4%) disfuncional. Sobre el área ambiente emocional de 78 (100%), 47 (60.3%) tiene un ambiente

emocional familiar disfuncional y 31 (39.7%) funcional. Por lo que, se concluye que el funcionamiento familiar de la mayoría de las adolescentes embarazadas es funcional representado por el área de estructura familiar y el área de solución de conflictos en la misma proporción y en menor porcentaje, aunque no distante, un funcionamiento familiar disfuncional vinculado al área de ambiente emocional seguido por las otras dos áreas en la misma proporción.

- 2) **Navarro, López** (2012), Determinó el nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la Urbanización “Las Palmeras” del distrito de Morales. Periodo junio-setiembre 2012. (El Distrito peruano de Morales es uno de los 14 distritos de la Provincia de San Martín, ubicada en el Departamento de San Martín, perteneciente a la Región San Martín). La muestra estuvo constituida por 79 adolescentes de 14 a 19 años que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Para medir el nivel de conocimientos se aplicó una encuesta con respuestas mutuamente excluyentes dividida en 5 secciones de 9 ítems; y para medir las actitudes se aplicó un test tipo Likert modificado. Los resultados abordados fueron los siguientes: el 50.6% de los adolescentes de la urbanización Las Palmeras se ubican en el grupo de edad de 14 a 16 años; el 68.4%, son estudiantes; el 60.8% tienen pareja; y el 54.7% inició sus actividades sexuales entre las edades de 12 - 15 años. Asimismo, tienen un buen nivel de conocimiento sobre sexualidad, tal como se encontró en el presente estudio que el 70.9% con un nivel de conocimiento alto y 22.8% con nivel de conocimiento medio. Los adolescentes de la urbanización Las

Palmeras, tiene un nivel de conocimientos alto en las dimensiones: Anatomía y Fisiología Sexual el 43.0%; sobre salud sexual y reproductiva el 57%; en prevención de ITS y VIH-SIDA, el 50.6%; y sobre los métodos anticonceptivos, el 56%.

En lo referido a las actitudes sexuales de los adolescentes la urbanización presentan actitudes sexuales favorables como: sexualidad, el 79.7%; responsabilidad y prevención del riesgo sexual 83.5%; en la dimensión libertad para tomar decisiones el 58.2%; en la dimensión de autonomía el 81.0%; en la dimensión sexualidad y amor obtuvo el 74.7%.

Finalmente se acepta la hipótesis por existir un nivel de conocimiento alto y las actitudes sexuales favorables en los adolescentes de la Urbanización las Palmeras del distrito de Morales.

3) **Serrano, Rodríguez** (2008), Esta investigación fue de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Se registraron 28.060 partos de los cuales 1856 (33,2 %) correspondían a Embarazadas Adolescentes.

El intervalo de edad en el que ocurrieron con más frecuencia los embarazos fue entre los 15 y 16 años, registrándose 432 casos (77,6%). El nivel de escolaridad se ubicó entre la primaria y secundaria con 555 casos (99,6 %). Según el estado civil 502 (90,1%) de las adolescentes estudiadas era solteras y 411 eran procedentes de zonas urbanas.

Con respecto a las características obstétricas de las adolescentes se evidenció que la edad promedio de menarquia fue a los 12 años, 407 (73,1%) se iniciaron sexualmente entre los 14 y 16 años de edad, 544

(97,7%) eran primigestas, 410 (73,6%) habían tenido relaciones sexuales con una sola pareja hasta el momento de su embarazo; así mismo 488 (87,6%) no se habían realizado citología y 491 (88,2%) no usaron métodos anticonceptivos. Se encontró que 398 (71,5%) no se controlaron adecuadamente el embarazo. La vía de resolución del embarazo en 444 (79,7%) de los casos fue el parto y al analizar el tipo de Parto realizado encontramos que 390 (87,8%) correspondieron a partos eutócicos. Entre las complicaciones médicas más frecuentes en los 557 casos estudiados se encontró que 110 (19,8%) presentaron infección urinaria, siendo la patología más frecuente entre las complicaciones. En nuestra investigación 5,2% presentaron desgarros como principal complicación en el puerperio inmediato. Siendo la complicación más frecuente en los recién nacidos la prematurez con 23 casos (4,1%).

- 4) **Guerrero C.** (2009) Titulado “Conocimientos y Actitudes sexuales de los adolescentes del cercado de Castilla – Piura”, con el objetivo de medir el nivel de conocimiento sobre la sexualidad de los adolescentes; obteniendo los siguientes resultados que el nivel de conocimientos sobre sexualidad que tienen los adolescentes se aprecia que el 100% de los adolescentes presentan un nivel de conocimientos bajos en relación de sus dimensiones. La prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA el 90% de los adolescentes tienen conocimientos bajos sobre su sexualidad, mientras que las dimensiones anatomía y fisiología sexual, reproductiva y metodología anticonceptiva como prevención del embarazo ambos tienen 100% en conocimientos bajos sobre sexualidad. Según actitudes

sexuales del adolescente se evidencia que el 76% tiene actitudes sexuales desfavorables, y que el 24% muestra actitudes favorables, los resultados según la dimensión autonomía nos muestra actitudes desfavorables en el 100% de los adolescentes, seguida por las dimensiones sexualidad y amor, y sexualidad como algo positivo con 97% y 96% respectivamente de adolescentes con actitudes desfavorables, del mismo modo la dimensión respeto mutuo reciprocidad obtiene el 75%, siguiéndole la dimensión responsabilidad y prevención del riesgo sexual con 32%, y por último la dimensión libertad para decidir y actuar mostrando un 28% de adolescentes con actitudes sexuales desfavorables, por otro lado la dimensión 7 responsabilidad y prevención del riesgo sexual ocupa el 68% de actitudes favorables, mientras que la dimensión sexualidad como algo positivo ocupa el mínimo porcentaje de 4% con actitudes sexuales favorables

- 5) **Poma** (2007) en su estudio realizado en el Hospital Daniel A. Carrión de la ciudad de Huancayo determina los factores de riesgos maternos perinatales asociados a la gestación en adolescentes y las de edad avanzada, dentro de los riesgos maternos durante el embarazo son mayores en las adolescentes siendo la anemia altamente significativa ($p < 0,01$), seguida de la infección del tracto urinario y rotura prematura de membranas donde se observa una diferencia significativa ($p < 0,05$), existen patologías maternas que se encuentran en ambas edades, así como la hipertensión inducida por el embarazo, siendo en las gestantes de edad avanzada en un 5.8% y las adolescentes un 4.8%, la hemorragias se presentó en las de edad avanzada en 5,0% y las

adolescentes 1.2%. Los riesgos maternos durante el parto son mayores en las adolescentes, siendo los desgarros estadísticamente significativa ($p < 0.05$), el tipo de parto fue mayormente vaginal en ambos grupos, la duración del trabajo de parto fue normal en ambos grupos. En cuanto a los riesgos perinatales en el embarazo las patologías se presentaron para ambos grupos en porcentajes muy cercanos y no existe diferencia estadística significativa en ninguna de las patologías estudiadas ($p > 0,05$). En cuanto a los riesgos perinatales en el pos parto inmediato al evaluar el apgar de los recién nacidos fue de 7- 10 en ambos grupos, el peso también fue el adecuado presentándose en ambos grupos 12 de estudio, y los traumas se observó solo en las adolescentes cefalohematoma y fractura de clavícula ($p > 0,05$). MANRIQUE y col. (2008) 24 encuentran en la gestante adolescentes una prevalencia de parto pretérmino fue 10,51 % y complicaciones neonatales (38,2 %); siendo las más frecuentes sepsis (33.3%), ictericia (29.2%), muerte (20.8%), síndrome de distress respiratorio (12.5%) y anemia (14.2%).

2.1.2. Antecedentes internacionales

- 1) **Rodríguez** (2013). Realizo la investigación titulada “INCIDENCIA DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN MUJERES DE 12 A 18 AÑOS EN MATERNIDAD MARIANA DE JESÚS DE SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO DEL 2013”. Tesis presentada a la facultad de ciencias médicas de escuela de obstetricia de la Universidad de Guayaquil, previa a la obtención del título de obstetra. Al concluir la investigación el autor pudo determinar en el rango de edad, el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas

se presentó en pacientes de 15 a 17 años de edad con el 56%, mientras que en la rango de 18 años fue de 34%, y el menor porcentaje lo presento las pacientes de 12 a 14 años con el 10%. Además se demostró que dentro de las causas psico - sociales el mayor porcentaje lo presenta la falta de educación sexual 30%, luego problemas familiares 23%, seguido de maltrato familiar y pobreza con el 20% cada uno, y 7% abuso sexual.(ECUADOR).

2) **Cedeño K. y García K.** (2013), investigaron la incidencia del embarazo precoz en su proyecto de vida de las estudiantes del Colegio Nacional Portoviejo. Realizaron una investigación de tipo investigativo, participativo, bibliográfico, estadístico y analítico. Se trabajó con una muestra de 185 personas. El instrumento utilizado fue el cuestionario, teniendo como conclusiones:

- Para las estudiantes con embarazo precoz, éste ha sido positivo, porque les ha permitido asumir nuevos retos y responsabilidades.
- El embarazo precoz ha generado que en las estudiantes embarazadas se origine algunos cambios, entre ellos, las bajas calificaciones.
- Las estudiantes embarazadas han tomado su nuevo estado con responsabilidad y asumen el reto de enfrentar los obstáculos se les presente en el camino.

3) **Macías y Murillo** (2011), investigaron sobre la incidencia de embarazo en las adolescentes de 10 a 19 años de edad que acuden a la consulta de Gineco-obstetricia del Centro Materno Infantil de Andrés de Vera, de Enero a Septiembre del 2010. (Ecuador) El universo fue conformado por 180 adolescentes embarazadas que recibieron atención en el servicio de sala de partos de este establecimiento. Se

realizó la recolección de información mediante la revisión de los expedientes clínicos, para lo cual fue diseñada una guía de observación. Como principales resultados se encontró que las adolescentes embarazadas constituyen el 20%, del total de embarazos atendidos en este establecimiento sobre todo a edades entre 17-19 años de edad, la mayor parte provenientes de zonas urbano-marginales de Portoviejo, la mayoría cumple las labores del hogar evidenciando la tendencia de la cultura ecuatoriana a vivir en estado de unión libre y la mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, el analfabetismo represento solo el 1% y la mayor parte cursaban la secundaria, lo que pone manifiesto las deficiencias en la enseñanza sobre educación sexual en los colegios y escuelas de nuestra provincia, el 93% de las adolescentes nunca utilizaron métodos anticonceptivos. Así mismo se observó, baja frecuencia de controles prenatales entre 5-8 consultas, pese al riesgo que el embarazo adolescente conlleva, el 21% de las adolescentes ya tenían gestas anteriores, en cuanto al embarazo actual la mayor parte finalizó en parto eutócico a edad gestacional adecuada que represento el 62%, el 31% por operación cesárea, de las cuales sus principales causas fueron la Desproporción céfalo-pélvica y la cesárea anterior; esto pone de manifiesto el poco desarrollo de los huesos y del canal del parto en las adolescentes, causa por lo cual, se recurre a la operación cesárea para disminuir el riesgo del binomio (madre e hijo).

Existieron pocas complicaciones materno-fetales, entre las principales estaban las infecciones de vías urinarias, la anemia, el porcentaje de abortos fue del 4%, y los trastornos hipertensivos con el 6%, no se registraron

muerres neonatales ni maternas durante el periodo de estudio.

Si no se corrige esta problemática, es posible que en las próximas generaciones, este porcentaje de embarazos aumente hasta cifras incorregibles, haya tasas de deserción estudiantil y de pobreza cada vez más altas, disminuya la tasa de profesionales en el país, se incremente de manera considerable las enfermedades de transmisión sexual; por lo cual, se hace necesario emprender campañas de prevención del embarazo adolescentes con el fin de promover una salud sexual y reproductiva responsable, a base del conocimiento sobre métodos anticonceptivos, de los deberes y derechos de los adolescentes para con su sexualidad, para lo cual es muy importante que la enseñanza provenga desde el propio hogar, continuándose en los establecimientos de educación tanto públicos como privados del país.

- 4) **Merino y Rosales (2010)**. Es un estudio de tipo descriptivo, con enfoque cualitativo en el que no existe relación de causa efecto entre los fenómenos estudiados, y que permitió realizar un análisis de los diferentes factores que influyen en la incidencia de embarazo en adolescentes: sociales, económicos, culturales, conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva, dirigida a la población adolescente embarazadas inscritas en el programa de atención materna en Unidad de Salud Altavista en el periodo de Enero a Junio de 2010 (Argentina) constituido por 72 adolescentes embarazadas inscritas en el programa de atención materna, **CONCLUSIONES:** Un ambiente familiar desintegrado y conflictivo lleva a la adolescente a tomar la decisión de iniciar precozmente la actividad sexual, además

de buscar compañía grata, y ve la posibilidad de un embarazo como alternativa de escape y construcción de una nueva vida. La falta de conocimiento de los temas de salud sexual y reproductiva condiciona a la adolescente a adoptar estilos de vida no saludables y por ende comportamientos sexuales de riesgo, desencadenando embarazos precoces. El embarazo no planeado en las adolescentes, es el producto de la falta de información sobre los anticonceptivos, el sexo sin protección, la falla anticonceptiva o el uso incorrecto de anticonceptivo. La poca educación sexual que se proporciona en las instituciones escolares tanto de nivel primario y secundario no garantizan que los adolescentes asuman un ejercicio de la sexualidad consciente y responsable. Los planes de vida de las adolescentes cambian cuando estas se embarazan, muchas adolescentes embarazadas no pierden el deseo de seguir estudiando y querer superarse, sin embargo predomina el deseo de cuidar y proteger al hijo/a.

- 5) **Rodolfo Alarcón Argota; Jeorgelina Coello Larrea; Julio Cabrera García¹; Guadalupe Monier Despeine** (2007). realizaron un estudio observacional y analítico a partir de todas las adolescentes que se embarazaron y parieron (casos) y otro grupo de féminas adolescentes que no se embarazaron (controles), pertenecientes al área de salud del Policlínico José Martín Pérez del Municipio Santiago. Se estableció el principio de cada un caso y 3 controles. Se buscó la diferencia existente entre los aspectos de la vida familiar y personal de las jóvenes pertenecientes a la población estudiada durante el período del año 2007. Designamos 25 adolescentes (menores de 20 años) como muestra perteneciente al área de salud del Policlínico José Martí Pérez del Municipio Santiago, durante el periodo

estudiado concibieron un embarazo y culminaron su gestación en el parto. Se escogieron como muestra aleatoria simple 75 adolescentes de los mismos consultorios en el mismo periodo de tiempo que no estuviesen embarazadas y por muestreo simple aleatorio se seleccionaron dos controles por cada caso. Se les pidió a los padres su aprobación y disposición para que los adolescentes participaran en la investigación, teniendo en cuenta el nivel autonomía de estos, y quedó en acta de consentimiento informado. Por todo lo antes expuesto, podemos demostrar que existió asociación entre los factores dependientes de la vida familiar y personal de las adolescentes y la incidencia de gestaciones precoces en nuestro medio, el no tener relaciones adecuadas con los padres, no recibir apoyo espiritual y económico de la pareja, no mantener relaciones estables de pareja y no conversar con los padres aspectos de sexualidad y reproducción, fueron factores que actúan sobre ellos.

- 6) **Sánchez A.** (2005). Identifica y describe las características de las adolescentes embarazadas que acuden al hospital obstétrico de Pachuca de Soto (México). Realizó una investigación de tipo descriptivo, trabajo con una muestra de 51 pacientes de 13 a 19 años. El instrumento utilizado fue el cuestionario. Teniendo como conclusión: la adolescencia es un periodo conflictivo debido a que la joven debe adaptarse a todos los cambios tanto a nivel biológico como psicológico. Es en este periodo cuando más se apegan a su grupo de pares y la relación con los padres y familiares se hace más difícil.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Adolescencia

La adolescencia inicia con la culminación de la niñez, siendo una etapa diferente, donde hay cambios físicos, emocionales y fisiológicos, enfocados en el aparato reproductor masculino y femenino. En esta etapa los jóvenes necesitan orientación, comprensión y amor pero sobre todo el apoyo incondicional de los padres.

“Por todos los cambios físicos que comporta y por ser el anuncio de lo que será la edad adulta, esta etapa marca el renacer del ser humano”, donde los jóvenes identifican sus cambios físicos-fisiológicos, sintiendo diferentes sensaciones que los llevan a experimentar cosas en la vida y por no tener la madurez en las diferentes etapas como mental, social, económica, los llevan a cometer errores que interfieren el desarrollo social y profesional de su vida, limitándose a sustituir sin aspiraciones en la vida mucho menos tener algún proyecto de la misma. Dentro de las diferentes etapas de la adolescencia se encuentran:

- Pubescencia
- Pubertad
- Menarquía

La edad que se define como adolescencia está comprendida de los 10 a 19 años, donde se debe brindar orientación en los diferentes aspectos de la vida, como educación sexual, valores y principios, autoestima, amistad, derechos sexuales y reproductivos, todo esto debe de brindarse en coordinación con otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales, debido a que la atención que se le brinde

a la adolescencia debe ser de forma integral, con el fin de mejorar comportamientos fomentando en los jóvenes el tener un proyecto de vida que les ayuda a tener un mejor futuro principalmente a los que viven en el área rural, sin descuidar a los que viven en áreas de mayor desarrollo.

a) **Pubescencia**

En esta etapa se nota un rápido crecimiento en el cual maduran las funciones reproductivas, los órganos sexuales y aparecen los caracteres sexuales secundarios, esto no está directamente relacionado con la reproducción el desarrollo de los senos, del vello corporal y facial, se notan ya cambios en la voz por lo general estos cambios son notorios a los 10 años finalizando a los 12 años. Lamentablemente esta etapa la desconocen los padres de familia, ya que los niños van notando los cambios en su cuerpo, pero no existe una comunicación y sobre todo confianza en los padres de familia, ya que son temas que no se tocan por cultura, menos en las familias del área rural, por lo que el niño solo tiene que ir asimilando dichos cambios hormonales.

Adolescencia temprana (10 a 13 años). Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades con individuos del mismo sexo. Intellectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos. Personalmente se preocupa por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

b) **Pubertad:**

“Esta etapa es cuando el individuo es sexualmente maduro y capaz de reproducirse. Aunque la edad media de la pubertad son los 12 años para la mujer y los 14 años para el varón, existe en un amplio margen de edades que pueden ser consideradas normales”. Esta etapa está muy marcada principalmente en la mujer, donde los padres la miran no como una adolescente, sino como una persona capaz de realizar diferentes actividades con responsabilidades de adulto, pero ellos miran la oportunidad de quien ayude a la mamá, limitándole oportunidades como la educación.

Adolescencia media (14 a 16 años). Es la adolescencia propiamente dicha, cuando ha completado prácticamente su desarrollo y crecimiento somático. Es el periodo de máxima relación con sus amistades, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos es el inicio de experiencias y actividades sexuales, asume conductas omnipotentes casi generadoras de riesgos. Se preocupan por su apariencia física, desean poseer un cuerpo más atractivo y manifiestan fascinación por la moda.

c) **La Menarquía:**

“El primer periodo menstrual, indica la madurez sexual de la mujer, aunque a menudo las chicas no sean fértiles en los primeros ciclos, estudios realizados demuestran que algunas chicas expresan alegría y excitación o aceptan la llegada de los primeros periodos menstruales sin algún tipo de problema, otras reaccionan con temor, turbación o miedo; este tipo de situaciones se da por la no preparación de la niña que entrará en la etapa de la adolescencia, el desconocimiento de lo que pasará con su cuerpo y cómo actuar en determinado momento. En los varones la señal

fisiológica es la presencia de esperma en la orina, que aparece aproximadamente en uno de cada cuatro varones de 15 años, los adolescentes empiezan a cuidar su apariencia física, empieza la atracción hacia el sexo opuesto, y por no tener una buena orientación y educación sexual inician tempranamente una vida sexual activa, sin medir las consecuencias negativas de esta, en su vida y sociedad.

Adolescencia tardía (17 a 19 años). Por lo general casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a los padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta. Adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de amistades va perdiendo jerarquía. Desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo, a sabiendas que una adolescente que se embaraza se comportara como corresponde al momento de la vida que está viviendo, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar esperando un hijo.

2.2.2. Salud Mental

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva, fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Este concepto no es el que la mayoría de la población conoce, ellos creen que salud solo es ausencia de enfermedades y que el entorno no tiene nada que ver en la salud de la persona, menos las condiciones de pobreza y pobreza extrema que predomina en la región que está en el sub-desarrollo.

Según la Organización Mundial de la Salud (2013), se deberá de implementar programas de salud mental a nivel local, donde los jóvenes tengan la oportunidad de acudir a un servicio de salud a obtener la orientación para la aceptación de sus cambios en la etapa de la adolescencia. “El mayor esfuerzo de los servicios de salud de los países en desarrollo se han dirigido hacia el campo de las enfermedades infecciosas y de los problemas materno-infantiles, logrando a través de acciones efectivas reducir las altas tasas de morbilidad y mortalidad en zonas más desarrolladas, aun cuando estos persistan como problemas serios en salud en las poblaciones marginales. Si se enfoca a nivel del área rural del departamento de Alta Verapaz, se puede observar que en el área preventiva no se manejan temas de salud mental en la adolescencia, debiendo el Ministerio de Salud implementar programas educativos diseñados para la adolescencia en sus diferentes etapas, contribuyendo con esto a cambios positivos en el comportamiento de la adolescencia, atrasando el inicio de una vida sexual en los jóvenes, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, etc., es necesario el involucramiento de las autoridades locales y municipales

para establecer alianzas con cooperantes externos que aporten en dicho tema a nivel comunitario como parte del desarrollo social.

La organización comunitaria debe ejercer la auditoría social y dentro de esta auditoría ellos pueden exigir al Gobierno el cumplimiento de programas establecidos dentro del Ministerio de Salud, la ampliación de dichos programas a nivel local, “siendo necesario que los sistemas de salud modernicen sus modalidades administrativas reorganizando sus recursos humanos y físicos dentro de los nuevos modelos de prestación de servicios de salud”, revisando datos estadísticos y epidemiológicos de la región de Alta Verapaz, podemos identificar que los embarazos en adolescentes van en aumento por diversos factores los cuales pueden ser culturales, sociales, educativos, económicos entre otros, un embarazo en la adolescente le causa problemas emocionales, lo que también dificulta que se dé un desarrollo fetal sin riesgo, por la afección afectiva, debiendo dentro del control prenatal darle el apoyo psicológico por parte de los servicios de salud. Es importante la salud mental porque permite llevar un plan de vida saludable, regulado por el sentido común y compuesto de una variedad de intereses sanos, incluyendo trabajo, recreación, descanso, amistad, educación y contacto con la naturaleza.

Autoestima

“La autoestima es un término evaluativo que se puede utilizar para describir cómo se siente una persona con respecto a su auto concepto. El auto concepto representa la información que uno/a posee sobre sí mismo/a.”

“Autoestima, se vive con un juicio positivo sobre uno mismo, al haber conseguido un entramado personal coherente basado en los cuatro elementos básicos del ser humano: Fisiológicos, Psicológicos, Sociales y Culturales. En estas condiciones van creciendo la propia satisfacción, así como la seguridad ante uno mismo y ante los demás. Esta es parte de la identidad personal y está marcada con el género y por las condiciones de vida de la mujer en el área rural, podemos decir que la adolescente carece de la autoestima, debido a que no tiene los cuatro elementos básicos del ser humano, cuenta con lo fisiológico, pero lo psicológico, social y cultural no, debido a que estos elementos no son identificados por los padres, ellos no identifican el entorno, hogar y economía importantes dentro del desarrollo humano, como parte del autoestima de sus hijos que entran en la etapa de la adolescencia.

2.2.3. Sexualidad

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencia o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores fisiológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”.

La sexualidad es un conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectiva del ser humano, en relación a la adolescencia se puede decir que en el área rural los padres de familia no tienen el conocimiento de lo que significa la sexualidad en la vida de sus hijos, la ignorancia de los padres los lleva al desconocimiento de la educación sexual, por lo que ellos no educan a sus hijos para entrar a la etapa de la adolescencia.

Sexo.- Su definición estricta es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre. La diferencia entre ambos es fácilmente reconocible y se encuentra en los genitales, el aparato reproductor y otras diferencias corporales. “Bajo esta perspectiva, sexo es una variable meramente física, producida biológicamente, que tiene un resultado predeterminado en una de dos categorías, el hombre o la mujer. Es una dicotomía con rarísimas excepciones biológicas.” Estas diferencias físicas tienen consecuencias más allá de lo únicamente biológico y se manifiesta en roles sociales, especialización de trabajo, actitudes, ideas y en lo general, un complemento entre los dos sexos que va más allá de lo físico generalmente en un todo que se conoce como familia, donde la reproducción se realiza en el medio ambiente ideal.

Los padres de familia confunden este término con el de género y “la distinción entre sexo y género parte de una serie de estudios por los cuales se distingue el concepto de sexo como una característica natural o biológica, del concepto de género, una significación cultural que hace referencia a un conjunto de roles”.

Género.- “El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. Las diferentes funciones y comportamientos pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre los hombres y las mujeres que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos.” A su vez, esas desigualdades pueden crear inequidades entre los hombres y las mujeres con respecto tanto a su estado de salud como a su acceso a la atención sanitaria. El género es la suma de valores, actitudes, prácticas o características culturales basadas en el sexo. El género, tal como ha existido de manera histórica, transculturalmente y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer. La identidad de género define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un auto concepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género. La identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia.

2.2.4. Embarazo en la Adolescencia

Se le define como: El que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica y se entiende por tal, el tiempo transcurrido desde la menarquía o cuando la adolescente depende aún de su núcleo familiar de origen.

Presentan pensamientos y actitudes ante el embarazo que demuestran una baja percepción de la gravedad del evento,

no observan daños potenciales para la salud, pero se muestran preocupados por lo económico y la falta de apoyo familiar. Algunos presentan ganancias afectivas ya que obtienen compañía, mayor libertad, madurez y responsabilidad. Algunas refieren el momento ideal para embarazarse como el momento en que pueden tener estabilidad económica y no parece preocuparles sentirse preparados o desear el embarazo.

Rivera (2003) plantea que dentro de los factores que hacen que una adolescente se convierta en madre, están el visualizar la sexualidad como algo malo, a menudo los adolescentes tienen ideas vagas y distorsionadas, con frecuencia no esperan quedar embarazadas después de una relación sexual, son naturalmente impulsivos y es menos probable que actúen en forma planeada como los adultos y que acudan a los servicios de salud posteriormente.

Factores que contribuyen al inicio de la sexualidad adolescente

- Ignorancia en reproducción y sexualidad humana
- Mala o deficiente comunicación con los padres
- Ignorancia de los padres en embarazo y sexualidad
- Problemas entre los padres
- Padres que viven separados
- Ser hijo o hija de madre adolescente.

Factores que contribuyen a menor probabilidad de inicio de relaciones sexuales en adolescentes

- Padres más instruidos y educados
- Buena o adecuada autoestima del adolescente
- Adolescente estudiando
- Existencia de planes futuros
- Ocupación del tiempo libre con actividades de desarrollo físico, intelectual, artístico o espiritual.

Factores dependientes de la vida familiar

Tipo de educación recibida por los padres

Se clasificó en: rígida, tolerante y adecuada.

Rígida: se consideró como tal aquella en que los adolescentes transcurrieron los primeros años de la vida en un clima familiar donde predominó la tensión, temor, frustración y desconfianza por inadecuada relación emocional entre los integrantes de la familia.

Tolerante: se consideró a aquella que se desarrolló en un clima desfavorable basado en exceso de cariño y preocupación por ambos cónyuges, abuelos u otros familiares que produce desde la temprana infancia actitudes donde el joven espera demasiado, lo que obstaculiza el desarrollo de la capacidad de amar.

Adecuada: se consideró para aquella en que el joven se desarrolla en una atmósfera de confianza, seguridad, amor y protección lo que le transmite una experiencia positiva y un adecuado desarrollo de su personalidad.

Bajo su efecto de trabajo se dividió esta variable en

Convivencia con los padres

Se refiere al hecho de que la joven creció sobre el cuidado y protección de los padres dentro del hogar.

Relaciones con los padres:

Este acápite se dividió en:

Relación adecuada: si existieron relaciones armónicas entre padres e hijos en una atmósfera de solidaridad y respeto en el seno familiar y una buena comunicación entre sus integrantes que garantizaran un desarrollo integral.

Relación inadecuada: cuando la población estudiada no mantiene esta relación con sus padres.

Conversación con los padres sobre los aspectos de la sexualidad y la reproducción

Si unos padres están considerando de repente que deben hablar por primera vez de sexo con sus hijos adolescentes, seguramente estamos ante un mal planteamiento, porque si no han hablado de la sexualidad y sus aspectos desde la infancia con ellos, hacerlo de forma repentina a esta edad puede ser difícil.

No existe una edad mejor que otra para hablar de sexualidad con los hijos. La sexualidad está presente desde el nacimiento, y debe ser un tema que no debe obviarse en las conversaciones.

Sólo es necesario tener presente una idea: en cada etapa hay que hablar de unos aspectos determinados de la sexualidad y con un lenguaje específico

Factores dependientes de la vida personal

Responsabilidad de la pareja

Se hará referencia en este acápite a la responsabilidad individual donde el varón tiene conciencia de su propia actuación reconociendo su error y tomen decisiones independientes en pleno conocimiento de la consecuencia de sus actos y su preocupación por la otra parte de la pareja, además de brindarle apoyo espiritual y económico a la gestante adolescente.

Uso de anticonceptivos

El nivel de educación y alfabetización de la mujer, y su acceso a los medios de comunicación y los servicios de salud también influyen en su uso de métodos anticonceptivos. Las mujeres con menores niveles de educación y alfabetización, y las pobres tienen menores probabilidades de utilizar dichos métodos, si bien la falta de información ya no es la razón principal. En las últimas décadas las mujeres han adquirido conocimiento de los diferentes métodos, por lo que una razón más común en la actualidad es el temor por su salud y los efectos secundarios. En algunas sociedades que continúan valorando tener un gran número de hijos, el uso de anticonceptivos conlleva un estigma social y quizás cree desacuerdos en la relación de pareja. El estigma social puede superarse movilizando el apoyo de líderes políticos y religiosos, y logrando mayor consenso popular a nivel comunitario para promover familias más pequeñas y saludables.

Estabilidad en la relación de pareja

Se consideró estable cuando existía una relación afectiva e íntima de manera mantenida independiente de que estuviera legalizada o no.

Promiscuidad

Dentro de este atributo se tuvieron en cuenta aquellas personas y grupos de personas en estado de salud aparente en que su comportamiento sexual pudiera aumentar la probabilidad de tener una gestación en edades tempranas de la vida, clasificándose dichas variables en:

Promiscuas: todas aquellas adolescentes que independientemente de su estado civil refirieron relaciones sexuales simultáneamente o sucesivamente con más de un compañero sexual.

No promiscuas:

Se procedió a determinar el riesgo atribuible en expuesto porcentual de los aspectos de la vida familiar y personal de las adolescentes que contribuyeron al embarazo precoz, los que al actuar sobre ellos lograríamos un mayor impacto en la población afectada.

La Organización Mundial de la Salud define a la promiscuidad como "el mantenimiento de dos o más parejas sexuales distintas en un período de seis meses".

2.2.5. Actitud frente a la experiencia del embarazo.

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la

emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.

Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exageran los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que "dramaticen" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que le afirme su independencia de los padres.

Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud

del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.

En la adolescencia tardía, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven.

La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes. En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida.

2.2.6. Sexualidad en la Adolescencia

La sexualidad es fuente de comunicación y se expresa principalmente en tres áreas:

- Área genital o biológica, que se expresa en lo fisiológico
- Área erótica relacionada con la búsqueda del placer
- Área moral que se expresa en la estructura social, agrupados en los valores o normas aceptadas.

Rivera (2003) plantea los siguientes tópicos acerca de la sexualidad en la adolescencia:

- Se debe destacar que una gran proporción de adolescentes no se embarazan de otro adolescente sino de un hombre adulto que puede duplicar o triplicarles la edad. Se le permite como derecho casi exclusivo ejercer el hombre su sexualidad mientras que a la mujer se le exige la represión y el control de sus emociones además de la responsabilidad respecto al bebe. Debido a esto usualmente la mujer abandona su educación, lo que le acarrea muchas dificultades en su desarrollo personal.

- El diagnóstico de embarazo se hace tardíamente y por lo tanto las maniobras abortivas que son de mayor riesgo. La provocación del aborto en adolescentes no cuentan con los recursos para pagar un experto y terminan aceptando maniobras y situaciones de gran riesgo de infección y hemorragias. Las complicaciones del aborto en adolescentes son de consulta más tardía de lo observado en adultas, pues no le dan importancia a los primeros síntomas y además esconden complicaciones hasta el momento en que la situación empeora.

- La ocurrencia más frecuente de embarazos adolescentes en hijas de madres que fueron gestantes durante su adolescencia, es un fenómeno también lo es frecuente en familias disfuncionales o monoparentales.

- La mayoría de adolescentes se ven abocadas a dejar sus estudios y a dedicarse a las labores del hogar mientras termina su embarazo y a buscar sub-empleos que de todas formas le representa una muy baja remuneración.

Ortiz (2005) en un estudio en Bucaramanga, teniendo una edad promedio de 17 años, se encontró que la mitad cursaba o había terminado la secundaria.

En su investigación con adolescentes de estratos bajos y medio-altos del Área Metropolitana de Buenos Aires, Pantelides et al (2005) encontraron que, si bien las jóvenes del estrato bajo, se iniciaban algo más temprano que las del estrato medio-alto y no había diferencia entre los varones de los dos estratos, al llegar a los 18 años, la proporción de iniciados era superior en el caso de varones y mujeres de los estratos medio-altos. Esta diferencia en la exposición al riesgo de concebir, sin embargo, era totalmente compensada por el uso de la anticoncepción. Mientras solamente alrededor de un tercio de varones y mujeres de clase baja usaron anticoncepción consistentemente desde la iniciación, dos tercios de los varones y tres cuartas partes de las mujeres de clase media alta tuvieron esa conducta. Además es frecuente el desempleo o subempleo por la baja capacitación laboral, y a la vez impedida para obtener mayor capacitación por la carencia de recursos o la falta de tiempo, lo que conlleva a dependencia económica de los padres, de la familia extensa o en el mejor de los casos del compañero, generando sentimientos de baja autoestima. Así mismo la maternidad temprana es un mecanismo de transmisión de la pobreza.

2.2.7. Actividad sexual.

La maduración sexual de la mujer se inicia en la pubertad con la aparición de cambios corporales, estos cambios anteceden a la primera menstruación que es el signo más claro y que indican de qué están madurando los órganos internos de la reproducción. La secuencia de estos cambios

culminan con la obtención de la capacidad reproductiva, la cual varía de una mujer a otra, las manifestaciones corporales como el crecimiento y desarrollo de las mamas, la aparición del vello púbico y la aceleración del crecimiento corporal anteceden en un lapso muy variable, el comienzo real de la menstruación. De igual forma, dado que algunos jóvenes empiezan a tener relaciones sexuales desde los 12 años de edad, el informe de recomendó UNFPA que los programas estructurados de educación sexual comenzaran mucho antes de esta edad.

2.2.8. Maltrato durante el Embarazo

Velasco, en su estudio manifiesta que las madres solteras, vituperadas en nuestro medio, terminan dedicándose de cuerpo y alma al hijo o hijos que cargan como fruto del pecado, la ignorancia o la necesidad o se convierten en madres abandonantes, mal tratantes, que entregan o son despojadas de sus hijos por abuelas, familiares o instituciones estatales que aunque las culpen, las liberan del peso de la maternidad.

El embarazo precoz no planeado, en muchas ocasiones, termina en aborto inducido mal manejado, constituyéndose en aborto inseguro, razón por la cual, en Colombia éste se ubica entre las tres primeras causas de mortalidad materna.

2.2.9. Salud y Riesgos de la Adolescente Embarazada

Si la embarazada está lo suficientemente desarrollada en su estatura los embarazos evolucionan bien, tienen una duración promedio y el parto puede llegar a ser normal.

Algunas adolescentes embarazadas constituyen uno de los grupos de alto riesgo, que puede ser dada por su madurez

física como por dificultades sociales y económicas y al mismo tiempo aceleran el crecimiento demográfico.

2.2.10. Riesgos biológicos

- Algunas gestaciones presentan pequeñas hemorragias iniciales que pueden ser confundidas como anomalías menstruales sin importancia
- La amenorrea en los primeros meses no atrae la atención, razón por lo que a menudo el embarazo se confirma casi al tercer mes
- Más del 10% de todos los nacimientos anuales se dan en mujeres entre los 15 y 19 años y por falta de maduración del organismo, el riesgo de mortalidad es dos a cuatro veces más alto en adolescentes que en mujeres mayores de 20 años. La mortalidad en neonatos es mayor cuando son de madres adolescentes.

2.2.11. Riesgos obstétricos

- Atención prenatal inadecuada. Que se da más que todo por los esfuerzos de la adolescente por ocultar su embarazo y la dificultad para disponer de servicios adecuados o la inexistencia de un servicio médico prenatal, hacen que no tenga un seguimiento adecuado. La OPS, asevera que los embarazos en adolescente, en los países en desarrollo, especialmente en América Latina, pasan con poco o ningún control. También se ha documentado una asociación positiva entre no tener derecho de acceso a los servicios de salud de las instituciones del sistema de seguridad social y embarazo no deseado.
- Deficiencias Nutricionales: Alrededor del 20% de la población de los países subdesarrollados esta crónicamente

desnutrida. Siendo la adolescencia una etapa de rápido crecimiento físico; hay aumento normal de las necesidades básicas, que se incrementan con la gestación: aumento de peso, menor crecimiento uterino, aumento en la frecuencia de abortos, mayor aumento en la amenaza de parto pretérmino, mayor frecuencia de pre-eclampsia, mayor frecuencia de trabajos de partos prolongados, mayor frecuencia de distocias como desproporción céfalo-pélvica, por las estrechas dimensiones pélvicas de la adolescente, si el feto tiene una talla normal, mayor frecuencia en el número de cesáreas.

2.2.12. Cambios en la Adolescencia

Intelectuales. El pensamiento desarrollado se vuelve más flexible, puede manejar un mayor número de operaciones mentales, comprender y aceptar situaciones sociales y teorizar sobre aquellas que no son comprendidas en forma directa; comienza el empleo de la lógica formal para solucionar problemas, realiza planificación y elabora proyectos a largo plazo.

A nivel mundial, el embarazo en la adolescencia sigue siendo un impedimento para mejorar las condiciones educativas, económicas y sociales de la mujer. Según Vásquez (2001) en el caso de las jóvenes, el matrimonio y la maternidad precoz limitan en alto grado las oportunidades de educación y empleo y perpetúa la dependencia económica de los padres.

Emocionales. Los adolescentes se deben enfrentar a conflictos de la primera infancia, los cuales no han sido resueltos entre ellos, la búsqueda de la propia identidad y lo que piensan de sí mismos, la aparición de la fecundidad

como posibilidad de procreación, la identidad es el tema central de la adolescencia. Hay desubicación temporal, el yo se ha constituido en el eje del conflicto adolescente.

Sociales. Hay crítica de las normas o valores familiares, especialmente lo que proviene de los padres y además se cuestiona la autoridad y disciplina.

Torres (2002) afirma que muchas adolescentes embarazadas tienen una historia de abusos y maltrato desde etapas muy tempranas; las víctimas describen los siguientes sentimientos: temor, culpa, desvalorización, asco, desconfianza, aislamiento, odio, vergüenza, depresión, ansiedad, sentirse distinta a los demás, marginada. Las violaciones y los abusos pueden ser cometidos por extraños o conocidos pero nunca con culpa de la víctima, pues existe la errónea creencia de que es la víctima quien la provoca. El silencio en estos casos se convierte en el peor enemigo y a la vez en el mejor aliado para que se repitan los abusos.

2.2.13. Madurez Psico-Social de la Adolescente

El desarrollo psicológico y social, se presenta que los procesos emocionales y mentales se adaptan uno al otro, sin producir desequilibrio se dice que la maduración precoz de 9 a 10 años, el adolescente tiende a adaptarse rápidamente a este tipo de desarrollo, y en la maduración tardía, al final de la adolescencia; donde son tratados como niños por el grupo que los rodea, trae conductas inadecuadas, al igual que en sus relaciones con las jóvenes, por lo general tienen autoestima baja. De ahí que, el personal de salud incluyendo enfermería deberá conocer las diferentes conductas del adolescente en estos periodos para poder dirigir de manera efectiva los programas de educación psico-sexual.

En concordancia con el desarrollo psicosocial del adolescente, la teoría de Freud y Erikson citada por Toledo, E. (2001) señala que a medida que el individuo madura, el impulso sexual o la búsqueda del placer sexual, que Freud, lo llamó libido, se concentra en diversas partes sensitivas del cuerpo según el desarrollo sexual: en la pubertad se despierta o renacen los impulsos sexuales, esta vez dirigido a personas del sexo opuesto, buscando la satisfacción a través del amor; a medida que transcurren los años, éste se va convirtiendo en un amor maduro, en el cual intervienen la satisfacción pospuesta, la responsabilidad y el amor por los demás, en todas sus expresiones.

2.2.14. Dependencia de la Adolescente Embarazada

La noticia del embarazo al principio es un trago amargo para la futura madre y por supuesto, la familia la cual juega un papel muy importante en este tipo de circunstancia pues las jóvenes embarazadas en la mayoría de los casos, todavía se encuentran estudiando, sin recursos y en plena dependencia económica. Esto significa que dependen de la ayuda familiar, no sólo económica, sino afectiva y psicológica para salir adelante. Sin embargo, este es un periodo realmente tormentoso motivado a los grandes cambios a los que está sujeto el adolescente, los cuales pueden originar o ser el punto de partida de problemas y conflictos entre el joven y las personas de su entorno.

Por otro lado los padres no asumen la responsabilidad y según Álvarez, M., señala que la adolescente embarazada tiene que jugar un doble papel, ser madre y padre a la vez por ello el apoyo de la familia y la pareja es fundamental. Cuando se asume esta nueva responsabilidad, la madre deberá prepararse física y psicológicamente para poder salir

airosa de la experiencia que la marcará a ella y a su hijo para toda la vida.

Las madres jóvenes sufren retrasos en sus estudios y luego tienen mayores problemas a la hora de encontrar puestos de trabajo o de integrarse en los que tenían antes del embarazo. Por si fuera poco, se ha señalado en que la adolescente que ya tiene un hijo está en un gran riesgo de volver a quedar embarazada durante el resto de su adolescencia. En el plazo de tres años hasta un 70% tienen un nuevo hijo en algunos de los grupos estudiados en estos trabajos.

Si bien la maternidad adolescente no parece acarrearles un estigma social que afecte las posibilidades de que las mujeres encuentren una pareja y se casen, parece influir sobre el tamaño de la familia, generando familias más numerosas: más madres adolescentes que viven con otras personas, menos padres biológicos como jefe del hogar y con responsabilidad financiera y con el hijo, y más abuelos que asumen la responsabilidad de los hijos.

2.2.15. Repetición Intergeneracional del Embarazo Adolescente

Varios estudios reportan que muchas madres adolescentes, son a su vez hijas de madres adolescentes. En México dos terceras partes de madres adolescentes son a su vez hijas de madres que también habían dado a luz en la adolescencia, y como este fenómeno no es exclusivo de sociedades como la de México, Perú o Chile, se podría llegar a la conclusión de que el embarazo adolescente es algo que se puede “aprender” y transmitir dentro de las familias. Varios estudios también permiten concluir que

varios factores pueden estar influenciando el hecho de que las madres transmitan sus preferencias por la maternidad adolescente a sus hijas, incluido el estado civil, el apoyo a las hijas adolescentes embarazadas, las expectativas con respecto a la escolaridad de la hija y aún de la estabilidad de la pareja, concluyendo en general que “madres adolescentes engendran madres adolescentes”. Estos estudios han mostrado que la probabilidad de que el ciclo de maternidad temprana se repita es el doble que en el caso de las adultas. La repetición de la maternidad entre generaciones se ha documentado en varios países de América Latina (Venezuela, Colombia, México, Argentina Perú) también en Estados Unidos.

2.2.16. Sexualidad Adolescente

Recordemos que la sexualidad se encuentra presente durante toda la existencia humana, pero en la adolescencia se vive y manifiesta de manera un poco diferente a como se expresa en otras etapas de la vida. En este período surgen sensaciones e impulsos de tipo sexual que se encuentran relacionados con los cambios biológicos que enfrentan todas y todos las adolescentes. Los cambios hormonales provocan que se tengan deseos y fantasías eróticas, que se quiera sentir placer físico a través del propio cuerpo y del cuerpo de otros, especialmente de quien te gusta.

Estas sensaciones generalmente te toman por sorpresa, por eso la angustia, el temor, la incertidumbre y la confusión revolotean en tu cabeza, más aún si no se tiene la información necesaria para comprender mejor lo que te está pasando, o si no se cuenta con personas confiables que te puedan escuchar y orientar seriamente.

La forma de vivir estos cambios y procesos tiene que ver con características personales (como el sexo, la edad o la personalidad) y sociales (la cultura, el nivel educativo, la religión, etc.), así como con las reacciones y demandas del mundo que te rodea. Resulta común que, en los primeros años de la adolescencia, las y los jóvenes se aislen un poco del mundo que les rodea, prefiriendo pasar más tiempo a solas consigo mismas/os. Esto se encuentra relacionado con la sensación de incomodidad con el cuerpo por lo rápidos y fuertes que son los cambios. Es aquí cuando vuelve a aparecer la auto estimulación (ya que de niños o niñas también se viven estas experiencias, solo que no tienen por finalidad alcanzar el orgasmo sino explorar el cuerpo) y las fantasías (o "soñar despierto") que permiten liberar los deseos e impulsos sexuales que se están sintiendo.

2.2.17. Proyecto de Vida

Todo ser humano debe de proponerse metas en la vida, diseñar su posible futuro lleno de ambiciones positivas para el desarrollo de la persona, la importancia que tiene para el ser humano la proyección hacia el futuro, para realizarse como tal, esperando alcanzar la felicidad deseada.

En el transcurrir de los años, en los diferentes ciclos de la vida y al llegar al final de la misma, el ser humano debe de estar satisfecho y realizado de haber vivido plenamente y haber cumplido con sus metas propuestas, así mismo todos los tropiezos que se tuvieron pero con lucha constante y perseverancia se superaron.

“En el caso de la adolescencia existe evidencia suficiente que permite afirmar que la sola existencia de un proyecto de vida mejora sus probabilidades de desarrollo de hábitos

saludables y reduce el peligro de efectos adversos de los distintos factores de riesgo sobre la salud integral del adolescente. Es interesante puntualizar que lo que tiene efecto protector es tener un proyecto de vida, no la vida proyectada. Existe una relación entre las aspiraciones y metas que el adolescente tiene para su futuro y su conducta frente a situaciones de riesgo para su vida y su salud. Aquellos con expectativas más altas, desarrollan conductas protectoras que le evitan dichos riesgos planear la vida le permite ubicar en forma más clara sus posibilidades dentro de un contexto real, para que sus conductas se proyecten hacia el futuro. Buena parte de nuestro futuro depende de las decisiones que tomemos ahora. Muchas personas dicen, también, que lo más importante es el presente. Es importante vivir el presente, pero sin perder de vista que el futuro se construye día a día. Un proyecto de vida le da un por qué y un para qué a la existencia humana y con eso, le otorga sentido al presente. Si existe este plan, junto con el mismo nace la oportunidad de introducir en él elementos que redunden a largo y mediano plazo en la adopción de conductas saludables. Ante la falta de una oferta sociocultural para integrarse, de oportunidad laboral, de reconocimiento social que permita proyectarse hacia el futuro y por lo tanto dificultando el percibir como posible el mediano plazo se puede optar por la satisfacción inmediata y entonces la droga puede resultar una opción ventajosa para los sectores marginados o auto marginados del proyecto comunitario.

La pregunta en los adolescentes es como ser responsable, en la construcción de su proyecto de vida, no puede excluir a la comunidad donde vive, sino que debe intentar el mayor bien posible tanto para el como para ésta. Un proyecto de

vida no es independiente de lo que ocurre en el entorno, ni se excluye a las personas con las que interactúa. Un proyecto de vida no se agota en el estudio. Cuando se define un proyecto, se debe tener en cuenta los deseos a nivel afectivo, social, familiar, etc. Por lo tanto, en el proyecto de vida se puede tener diversos objetivos a alcanzar.

2.2.18. Paternidad y Maternidad Responsable

La Celebración de la Maternidad Saludable y Segura surge en el año 1987 cuando las Naciones Unidas convocan a la Primera Conferencia Mundial en Nairobi (Kenia), que formuló un "Llamado a la Acción" para reducir los riesgos del embarazo y disminuir la mortalidad materna. Esta iniciativa fue liderada por un Grupo Interagencial, compuesto por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de actividades de Población (FNUAP), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), El Consejo de Población y el Banco Mundial. En el año 1998 el Ministerio de Salud del Perú asumió este compromiso, declarando la tercera semana de Mayo, de cada año, como la "Semana de la Maternidad Saludable y Segura", con la finalidad de sensibilizar, motivar y comprometer a todas las instituciones públicas y privadas, así como a la población en general, en el tema de la maternidad sin riesgos. Es un desafío que requiere de cambios significativos profundos, no sólo en la provisión de servicios, sino un esfuerzo conjunto de todos que contribuya a evitar la muerte de una mujer y/o su niña/o alrededor del embarazo, parto o puerperio. La Salud Materna y Neonatal, están rodeadas por un contexto cultural y socioeconómico, que influye en el comportamiento reproductivo de la mujer y los que se encuentran en su entorno.

Paternidad y maternidad responsable en el Perú

Septiembre 17, 2012

El concepto de paternidad y maternidad responsable se asocia al sentimiento de padres conscientes, pero este tema abarca mucho más. La paternidad define la cualidad de padre y la maternidad, la cualidad de la madre; sin embargo, este tema aborda mucho más que simple adjetivos, la paternidad y maternidad responsable embarca el tema de la planificación familiar, conciencia de los padres y darle a sus hijos, aparte de sus derechos de vida, amor, cariño y afecto. Pero la interrogante sería, si es que hay en el Perú padres que cumplen con la paternidad y maternidad responsable, por qué no, cuáles son las causas que no la permitan desarrollar y cuales sí.

El concepto de paternidad y maternidad responsable son un derecho y deber que tiene toda pareja para decidir de manera libre y consciente el número de hijos que quiere tener, el momento que los tendrá y la forma como los educara y atenderá sus necesidades.

2.2.19. NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD EN LA ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE

FINALIDAD

Mejorar la atención integral de salud que se brinda a los/las adolescentes en los establecimientos de salud públicos y privados, en un marco de respeto a los derechos, equidad de género, interculturalidad y calidad, para contribuir a su desarrollo y bienestar.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Establecer las normas técnica-administrativas para la atención integral de la salud de los/las adolescentes, en el marco de un modelo de Atención Integral de Salud.

OBJETIVO ESPECIFICO

Proponer las estrategias y acciones relacionadas a la promoción de salud, prevención de riesgos, recuperación y rehabilitación de la salud en la etapa de vida adolescente.

Definir las intervenciones a desarrollar en los componentes de organización, provisión, gestión y financiamiento que comprende la atención integral de salud del adolescente.

Promover la participación y corresponsabilidad del adolescente, la familia y la comunicación en el cuidado de la salud y el cambio de comportamientos necesarios para un desarrollo integral del adolescente.

Priorizar la atención de las necesidades de salud de los/las adolescentes más vulnerables y/o en mayor riesgo de acuerdo al perfil epidemiológico del ámbito.

ÁMBITO DE APLICACIONES

La presente norma es de aplicación en el ámbito nacional, regional y local, para los proveedores públicos y privados que brindan atención de salud a la población adolescente comprendida entre los 10 y 19 años, según corresponda.

DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

La población objetivo está constituida por los/las adolescentes, grupo etáreo comprendido entre los 10 y 19 años.

Estrategias globales para la atención integral de salud del adolescente

La atención integral de salud de los/ las adolescentes implica la identificación y ejecución de un conjunto de estrategias que han sido reconocidas como las más importantes a través del trabajo realizado con este grupo etéreo, tanto en el nivel nacional como internacional. Las estrategias que se corresponden y desarrollan en el marco de los componentes del MAIS, son las siguientes:

- Servicios diferenciados y de calidad para los/las adolescentes
- Integración multisectorial
- Redes de soporte social
- Participación activa de los y las adolescente
- Formación de adolescentes como educación de pares
- Familias fuertes: Amor y Límites

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

Comprende acciones de promociones, prevenciones, recuperación y rehabilitación.

Para su implementación requiere de desarrollo de los componentes de: organización, provisión, gestión y financiación.

PAQUETE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADOLESCENTE DE 10 A 14 AÑOS

1. ATENCIÓN DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Evaluación nutricional con índice de masa corporal (IMC)

Evaluación de desarrollo psicosocial con el test de habilidades

Evaluación de la agudeza visual y auditiva

Evaluación del desarrollo sexual según tanner

Evaluación físico-postural

2. INMUNIZACIONES:

Aplicación de la vacuna DT, TT, SR, fiebre amarilla según norma de vacunación vigente y hepatitis B de acuerdo a disponibilidad.

3. TEMAS EDUCATIVOS PARA PADRES Y ADOLESCENTES

- Estilos de vida saludables: actividades físicas, alimentación e higiene, prevención de tabaco, alcohol y drogas ilícitas.
- Deberes y derechos
- Deberes y derechos en salud
- Equidad de género e interculturalidad.
- Habilidades para la vida: sociales, cognitivas y de control de las emociones. Proyectos de vida.
- Resiliencia
- Viviendo en familia
- Sexualidad humana y afectividad
- Violencia familiar (maltrato, abuso sexual), social, juvenil (pandillaje, bullying)
- Medio ambiente saludable
- Medidas de seguridad y prevención de accidentes. Primeros auxilios. Resucitación cardiopulmonar.
- Salud sexual y reproductiva: prevención del embarazo no deseado, ITS/VIH Sida
- Tuberculosis
- Tras tornos de la alimentación: Obesidad, anorexia, bulimia.
- Salud psicosocial: Autoestima, asertividad, toma de decisiones, comunicación, ludopatía, depresión, y suicidio.

4. VISITAS DOMICILIARIAS, SI NO ACUDE A:

Tratamiento, seguimiento o control de algún daño prioritario.

Tratamiento, seguimiento o control de algún problema o daño relevante. Seguimiento del adolescente en riesgo psicosocial.

Vacunas

5. OTRAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS

Para adolescentes con riesgo de:

- Malnutrición: desnutrición, sobrepeso y anemia.
- Problemas psicosociales: Depresión, ansiedad, intento de suicidio, pandillaje, otros.
- Control de contactos y/o colaterales de los daños priorizados: TBC, malaria, bartonelosis, ITS, salud mental, etc.
- Caries dental, enfermedades periodontales, mala oclusión, alteración de la articulación témpora maxilar
- Enfermedades no transmisibles: hipertensión, diabetes, obesidad, hiperlipidemias, etc.

6. CONSEJERÍA INTEGRAL

Salud sexual y reproductiva: sexualidad y autocuidado

Salud psicosocial: autoestima, asertividad, proyecto de vida, identidad.

Salud física, salud bucal, alimentación y nutricional

7. ATENCIÓN DE PRIORIDADES SANITARIAS Y DAÑOS PREVALENTES EN EL ADOLESCENTE SEGÚN NORMA Y PROTOCOLO Y SEGÚN REGIÓN.

Exámenes de apoyo al diagnóstico:

- Hemoglobina.
- Glucosa.

- Colesterol,
- Triglicéridos.
- Examen de orina.
- Descarte de embarazo (si el caso precisa)

Suplementación de micronutrientes: Hierro y ácido fólico.

Atención de prioridades sanitarias y daños prevalentes en el adolescente según norma y protocolo y según región.

PAQUETE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADOLESCENTE DE 15 A 19 AÑOS

1. ATENCIÓN DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

- Evaluación nutricional con índice de masa corporal (IMC)
- Evaluación de desarrollo psicosocial.
- Evaluación de la agudeza visual y agudeza auditiva
- Evaluación del desarrollo sexual según tanner
- Evaluación físico-postural

2. INMUNIZACIONES:

Aplicación de la vacuna DT, TT, SR, fiebre amarilla según norma de vacunación vigente y hepatitis B de acuerdo a disponibilidad.

3. TEMAS EDUCATIVOS PARA PADRES Y ADOLESCENTES

- Estilos de vida saludables: actividades físicas, alimentación e higiene, prevención de tabaco, alcohol y drogas ilícitas.
- Deberes y derechos en salud
- Equidad de género, interculturalidad.

- Habilidades para la vida: sociales, cognitivas y de control de las emociones. Proyectos de vida, Resiliencia
- Viviendo en familia, roles en el hogar, valores, auto cuidado y manejo de conflictos.
- Viviendo en comunidad. Roles en comunidad. Salud de comunidad
- Sexualidad, paternidad responsable, salud sexual y reproductiva, prevención del embarazo no deseado, control pre-natal, parto y puerperio; ITS, VIH/SIDA
- Violencia familiar, social. MEDIDAS de seguridad y prevención de accidentes.
- Salud psicosocial: autoestima, asertividad. Toma de decisiones y comunicaciones. Control de emociones. Violencia física, psicológica y sexual.

4. VISITAS DOMICILIARIAS, SI NO ACUDE A:

- Tratamiento, seguimiento o control de algún daño prioritario.
- Tratamiento, seguimiento o control de algún problema o daño relevante. Seguimiento del adolescente en riesgo psicosocial.
- Vacunas

5. INTERVENCIONES PREVENTIVAS A ADOLESCENTES CON RIESGO DE:

- Malnutrición: desnutrición y sobrepeso
- Problemas psicosociales: pandillaje, tabaco, alcohol y drogas ilícitas.
- Control de contactos y/o colaterales de los daños priorizados: TBC, malaria o bartonellosis, etc.
- Caries dental y enfermedades periodontales

- Enfermedades no transmisibles: hipertensión, diabetes, obesidad.
- Trastornos mentales: depresión, ansiedad, intento de suicidio, psicosis.

6. CONSEJERÍA INTEGRAL

- Salud sexual y reproductiva: sexo y sexualidad, embarazo, parto y puerperio; ITS, VIH/SIDA.
- Salud psicosocial: Resiliencia, proyecto de vida, asertividad. Toma de decisiones y comunicación.
- Salud física, salud bucal.
- Alimentación y nutricional saludable

7. Atención de prioridades sanitarias y daños prevalentes en el adolescente según norma y protocolo y según región.

2.3. Definición de términos

- Adolescencia.-** Según la OMS es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transitan los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica y fija sus límites entre los 10 y los 19 años de edad.
- Baja autoestima:** Sentimiento de soledad, el deseo de satisfacer necesidad de reconocimiento y adaptación grupal puede llevar a los adolescentes a iniciarse sexualmente, demostrando poco afecto hacia sí mismo (baja Autoestima) y poca capacidad de tomar decisiones.
- Bajo nivel educativo:** Con desinterés general, cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad

adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

- d) **Carencia afectiva:** “La familia poco acogedora, corresponde a la que establece una dinámica disfuncional que no cubre las necesidades afectivas y provoca en las adolescentes un sentimiento de soledad, manifestado como solas en su casa” De igual modo, aquellas familias en que existen conflictos de pareja o entre los padres, se produce situaciones que provoca en las adolescentes sentimientos de incomodidad y culpabilidad, el hecho de discutir frente a los hijos hacen que ellas se sienten mal. Así la adolescente busca evadir esta situación de incomodidad, que la lleva a cubrir estas carencias afectivas fuera de la familia, estableciendo relaciones de pareja con mayor dependencia emocional, lo que hace más probable el contacto sexual sin protección.
- e) **Control Prenatal.-** Actividades, procedimientos e intervenciones, que conforman las normas básicas para la detección temprana de las alteraciones del embarazo.
- f) **Embarazo Adolescente.-**El que ocurre dentro de los dos años de ocurrida la menarquía o cuando la adolescente depende aún de su núcleo familiar de origen.
- g) **Estado Civil.-**Situación jurídica concreta que posee un individuo con respecto a la familia, el Estado o Nación a que pertenece.
- h) **Falta de conocimiento sobre sexualidad:** Se refiere a que existe información sobre salud sexual y reproductiva, pero escasa, frente a sus necesidades de los adolescentes.

- i) **Ignorancia:** Es decir total desinformación.

- j) **Irresponsabilidad masculina:** Aparece en el discurso que se constituye una atribución externa de las adolescentes, señalando que los varones no asumen responsabilidad en sexualidad.

- k) **Maltrato durante el Embarazo.-** Acción u omisión que entorpece el desarrollo integral del adolescente, lesionando sus derechos en donde quiera que ocurra, se está en el círculo privado de la familia hasta los ámbitos de la sociedad.

- l) **Negligencia paterna:** Corresponde a aquella dinámica establecida por los padres en la que existe ausencia de límites hacia los hijos, en este caso las adolescentes lo perciben como desinterés, falta de apoyo y una insatisfacción de la necesidad de orientación en temas relevantes para la joven tales como la sexualidad, el consumo de drogas, entre otros.

Existiría una falta de advertencia por parte de los padres frente a los riesgos a los que se expone, esta ausencia de límites se manifiesta en el discurso de las jóvenes, haz lo que quieras, o llega a la hora que quieras. “Los padres ausentes del hogar constituyen un factor familiar situacional, otorgando a los jóvenes la oportunidad de permanecer solos. Esta situación se produce en aquellas familias en que ambos padres trabajan, también sucede en el período estival, en la playa o el campo, cuando los padres relajan sus límites y permiten que los adolescentes permanezcan sin vigilancia.”

- m) **No uso de anticonceptivos:** Se explica por olvido de los adolescentes, sintiendo vergüenza para solicitarlos.
- n) **Pobreza:** Es problema, dado que a la escasez de recursos de toda índole, las adolescentes que se embarazan disminuyen las expectativas de prolongar su educación y por lo tanto la probabilidad de mejorar las condiciones económicas, de esta manera se contribuye a perpetuar el ciclo de pobreza y la feminización de la miseria.
- o) **Planificación Familiar.-** Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a hombres y mujeres en edad fértil, dentro de los cuales se encuentra la información, educación, consejería y anticoncepción, incluyendo la entrega de suministros, para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como su número y el espaciamiento entre ellos.
- p) **Uso de drogas y alcohol:** El consumo de alcohol y/o otras drogas, como tabaco, propicia salidas con sus parejas (enamoradas) y cuyo resultado: embarazos a muy temprana edad, debido al descontrol de estas sustancias químicas.
- q) **Violencia:** La violencia intrafamiliar se podría convertir en una de las principales causas de embarazo precoz en adolescentes, ya que las jóvenes al ver que en sus hogares hay violencia, tratan de escapar y se topan con varones que las hacen sentirse protegidas y luego se embarazan.

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo de la investigación

Según la intervención de la Investigadora será observacional.

Según la planificación de la toma de datos será prospectivo.

Según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio será transversal.

Según el número de variables de interés será descriptivo.

3.2 Nivel de la investigación

Según el enfoque de Hernández, Fernández y Baptista (2010), la presente investigación es de nivel descriptivo, pues tiene como propósito medir la variable de estudio: Factores del embarazo en adolescentes, por estuvo dirigida a identificar y describir las características de las adolescentes embarazadas, realizándose un enfoque cuantitativo toda vez que se utilizó un diseño para analizar la certeza de la hipótesis con base en la medición numérica.

3.3 Método

El diseño de investigación es no experimental de naturaleza transversal porque refieren que el objetivo de este diseño es describir una población en un momento dado León y Montero (1993); citado por Hernández, y otros (2010).

Gráfico del diseño de investigación

M ————— OX

M = Muestra

OX = Observación de la variable X, en una sola oportunidad.

X = Factores del embarazo en adolescentes.

3.4 Población y muestra de la investigación

3.4.1 Población

Estoy considerando como población a las gestantes adolescentes entre 13 a 17 años atendidas en el Hospital Gustavo Lanatta Luján de Huacho, durante el año 2015, vale decir que la población será de 120 adolescentes gestantes.

3.4.2 Muestra

En esta investigación se trabajó con una muestra igual que la población, por considerar este número de gestantes adolescentes una muestra representativa por ser de vital importancia para los resultados que se obtendrán en esta investigación, es decir 120 participantes.

3.5 Variables, dimensiones e indicadores

Hipótesis

Por ser un estudio descriptivo el presente estudio no presenta hipótesis.

Variables: Variable X = Factores del embarazo en adolescentes.

.VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
Factores del embarazo en adolescentes	<p>Características Sociodemográficos</p>	<p>Edad</p> <p>Escolaridad</p> <p>Estado Civil</p> <p>Procedencia</p>	<p>13 -14 15- 16 17</p> <p>Primaria Secundaria Pre-Universitario</p> <p>Soltera Conviviente Casada</p> <p>Zona Urbana Zona Rural</p>
	<p>Factores dependientes de la vida familiar</p>	<p>Convivencia con los padres</p> <p>Relaciones con los padres</p> <p>Conversación con los padres sobre los aspectos de la sexualidad y la reproducción</p>	<p>1. Quienes conforman su grupo Familiar: a. Papa y mama b. Solo mama c. Solo papa d. Vive con otros familiares</p> <p>2. Trato de su familia antes de su embarazo: a. Buena b. Mala</p> <p>3. Actualmente vive con a. mama b. papa c. mama y papa d. pareja</p> <p>4. Sus padres le hablaron sobre sexualidad y relaciones sexuales antes de iniciar una vida sexual activa. a. Si b. No</p>

	<p>Factores dependientes de la vida personal</p>	<p>Responsabilidad de la pareja</p> <p>Uso anticonceptivos</p> <p>Promiscuidad</p>	<p>5. Porque considera que quedó embarazada a. Deseaba tener un hijo b. Desconocía c. La pareja le tomo a la fuerza d. No sabe</p> <p>6. Tiene el apoyo económico de su pareja a. Si b. No</p> <p>7. Ha recibido información sobre los métodos de planificación familiar. a. Si b. No</p> <p>8. Quien le proporcione la información en el control prenatal: a. personal de salud b. profesor/ a c. internet d. tus amigos</p> <p>9. Ha utilizado algún método de planificación familiar a. Si b. No</p> <p>10. Si la respuesta anterior es Si, cual método que utilizó a. Inyectable b. Pastillas c. Implantes d. Condonos e. Métodos naturales f. Pastilla de día siguiente</p> <p>11. En los últimos seis meses ha tenido de dos a más parejas sexuales a. Si b. No</p>
	<p>características Gineco-obstétricas</p>	<p>Edad de la Menarquia</p> <p>1ra Relación Sexual</p> <p>Número de Gestas</p> <p>Nº de parejas sexuales</p>	<p>12-13-14-15-16-17</p> <p>13. 1ra Relación Sexual</p> <p>14. Número de Gestas</p> <p>15. Nº de parejas sexuales</p>

3.6 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

3.5.1. Técnica

La encuesta

3.5.2. Instrumento

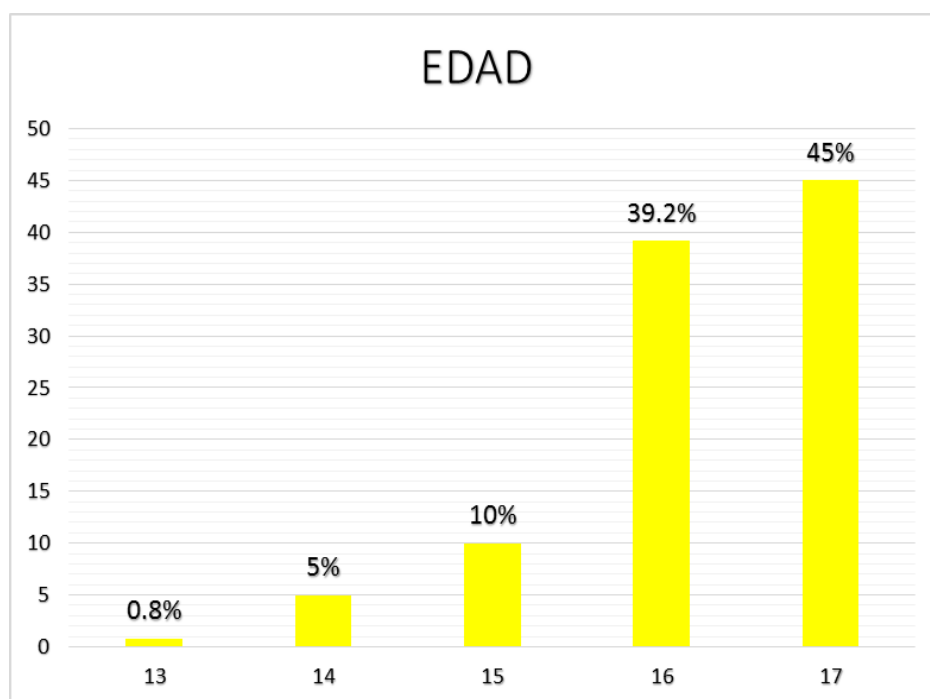
El cuestionario

Para la aplicación de este instrumento a las adolescentes embarazadas, se cubrieron dos turnos en la mañana y en la noche, se entregaron los cuestionarios y se dieron de quince a veinte minutos para que la respondieran, en los servicios de consulta externa y hospitalización del Hospital Gustavo Lanatta Luján de Huacho, durante el año 2015. El cuestionario comprendió de 22 ítems para los factores del embarazo de adolescentes (características sociodemográficas, factores dependientes de la vida familiar, factores dependientes de la vida personal) y 7 ítems para las características obstétricas de las adolescentes. El instrumento antes de utilizarse fue sometido a validez de contenido y constructo mediante el Juicio de Expertos, conformado por profesionales del campo de la salud, con experiencia en investigación y/o campo de salud familiar. Los resultados emitidos por los expertos fueron procesados en una Tabla de Concordancia con fines de determinar la validez, donde si $p < 0.05$ la concordancia es significativa. Luego de realizar las recomendaciones en el instrumento, se realizó la prueba piloto, el cual fue sometido a validez estadística mediante la prueba de ítem-test coeficiente r de Pearson y la confiabilidad a través del alfa de Cronbach.

CAPITULO IV: RESULTADOS

1. EDAD

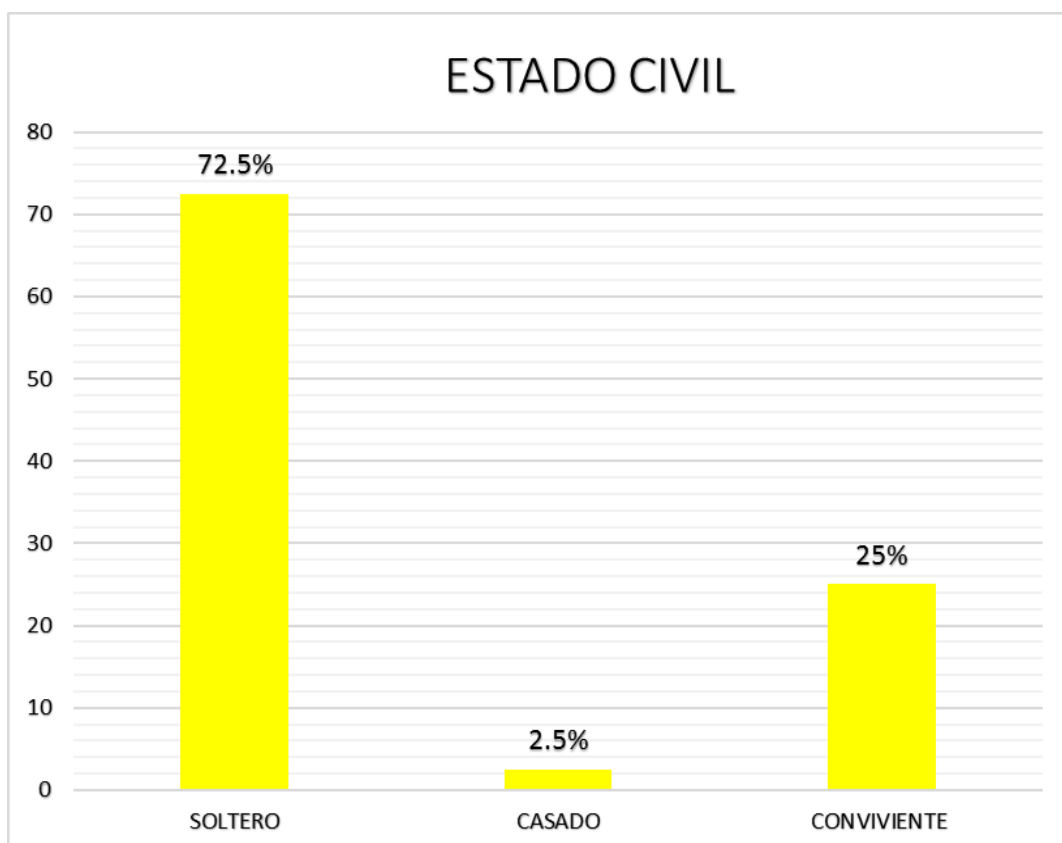
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
13	1	0.8
14	6	5
15	12	10
16	47	39.2
17	54	45
TOTAL	120	100



En la tabla 01: el 45 % de las personas encuestadas oscila entre los 17 años; mientras que el 39.2% está dentro de los 16 años.

2. ESTADO CIVIL

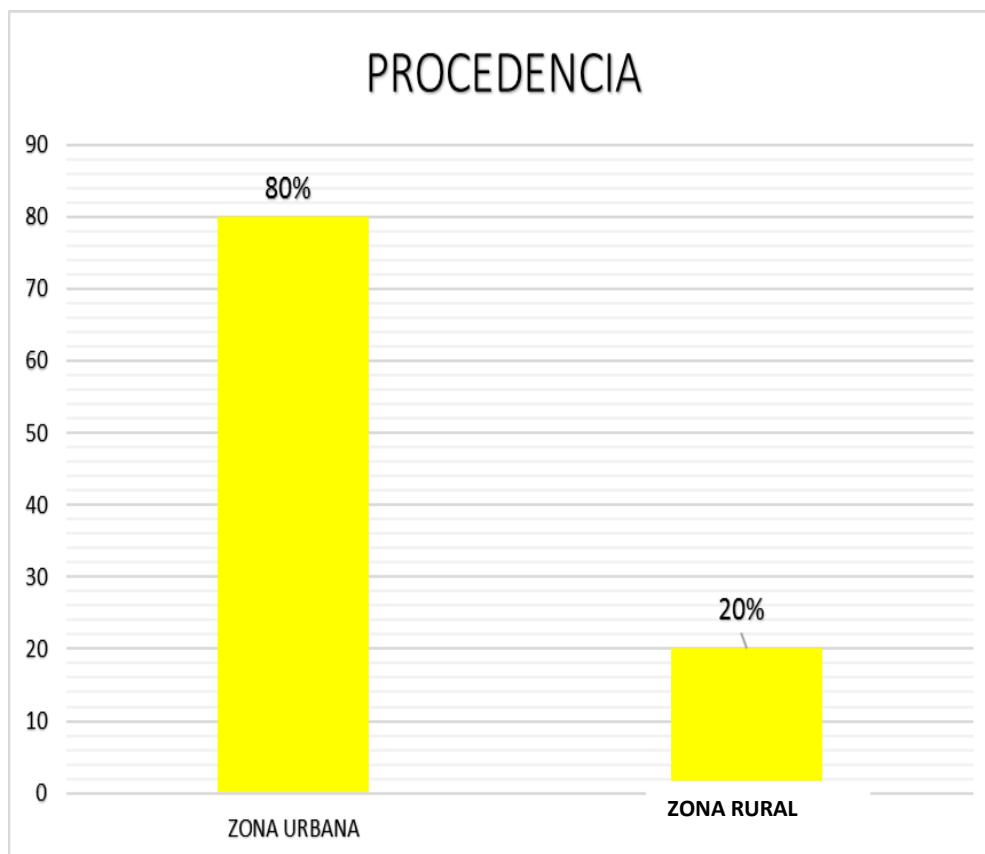
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO	87	72.5
CASADO	3	2.5
CONVIVIENTE	30	25
TOTAL	120	100



En la tabla 2: De las 120 adolescentes encuestadas el 72.5% son solteras, el 25 % son convivientes y un 2.5% son casada.

3. PROCEDENCIA

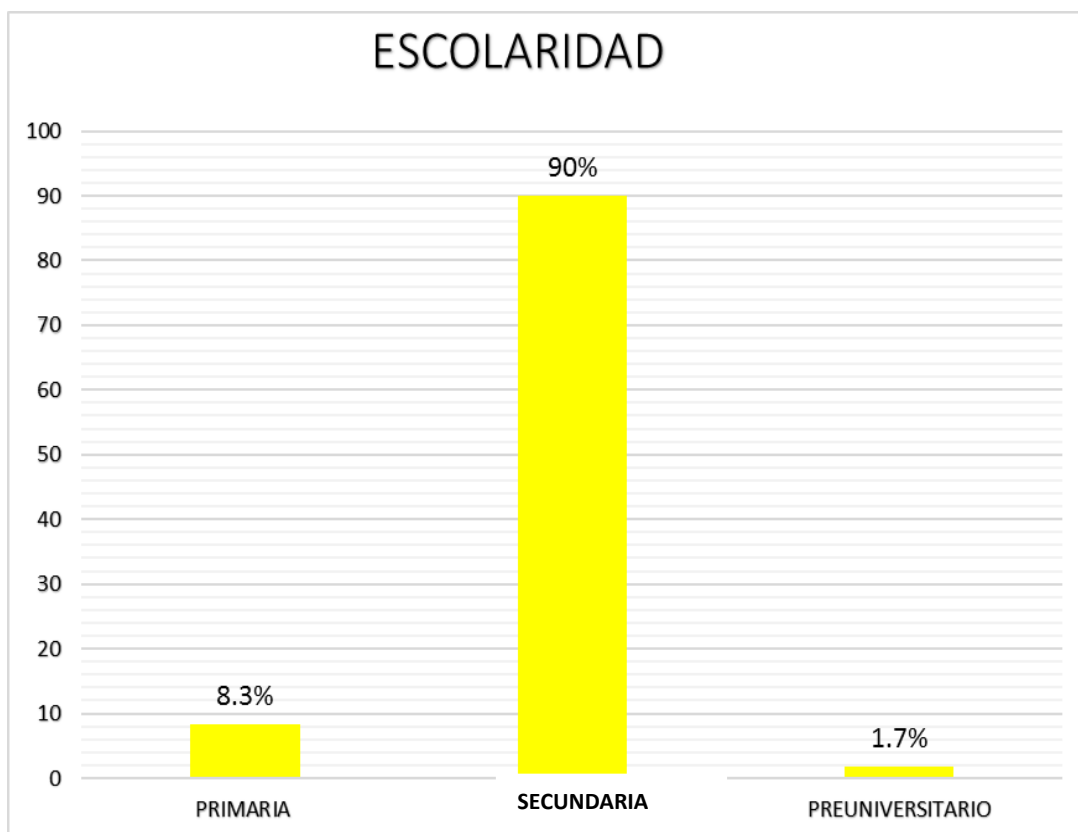
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ZONA URBANA	96	80
ZONA RURAL	24	20
TOTAL	120	100



En la tabla 3: el 80% de las adolescentes encuestada viven en zona urbana, mientras el 20% vive en zona rural.

4. ESCOLARIDAD

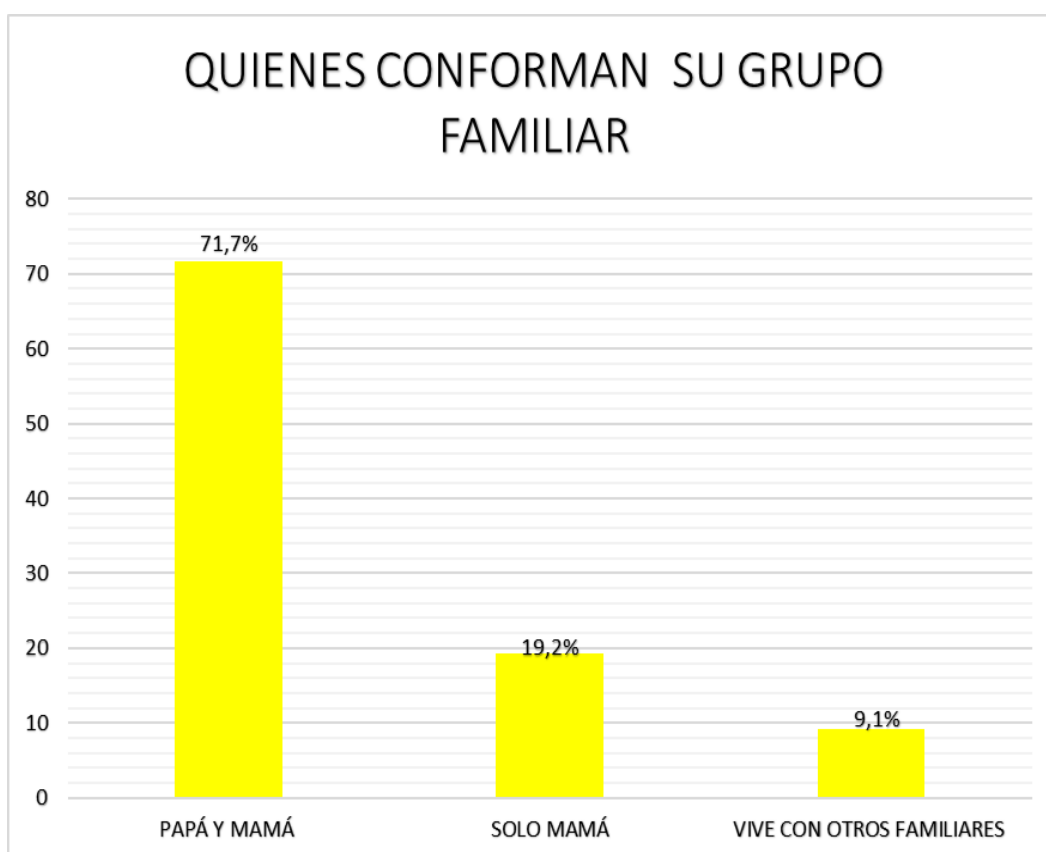
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	10	8.3
SECUNDARIA	108	90
PREUNIVERSITARIO	2	1.7
TOTAL	120	100



En la tabla 4: el 8.3% estudiaron primaria, el 90% estudiaron secundaria, el 1.7% preuniversitario.

5. QUIENES CONFORMAN SU GRUPO FAMILIAR

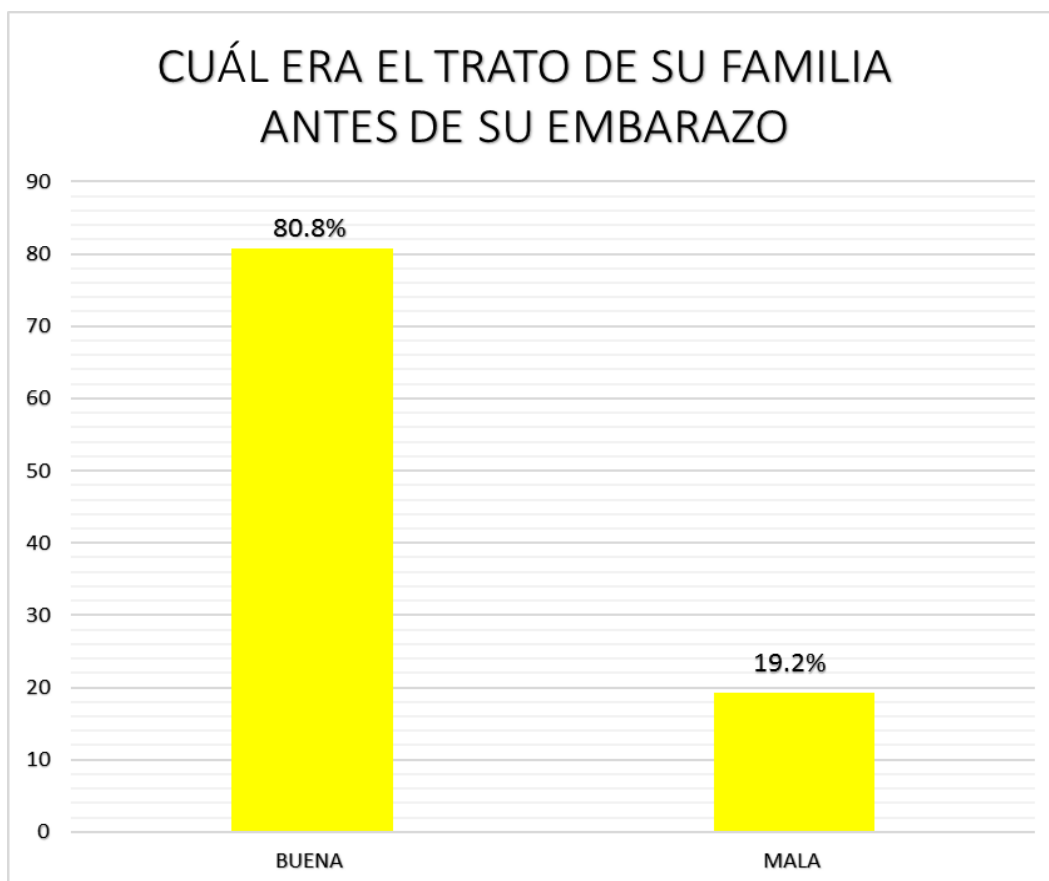
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PADRES	86	71.7
SOLO MAMÁ	23	19.2
VIVE CON OTROS FAMILIARES	11	9.1
TOTAL	120	100



En la tabla 5: el 71.7% está conformado su grupa familiar por mamá y papá, 19.2% solo mamá, el 9.1% otros familiares.

6. CUÁL ERA EL TRATO DE SU FAMILIA ANTES DE SU EMBARAZO

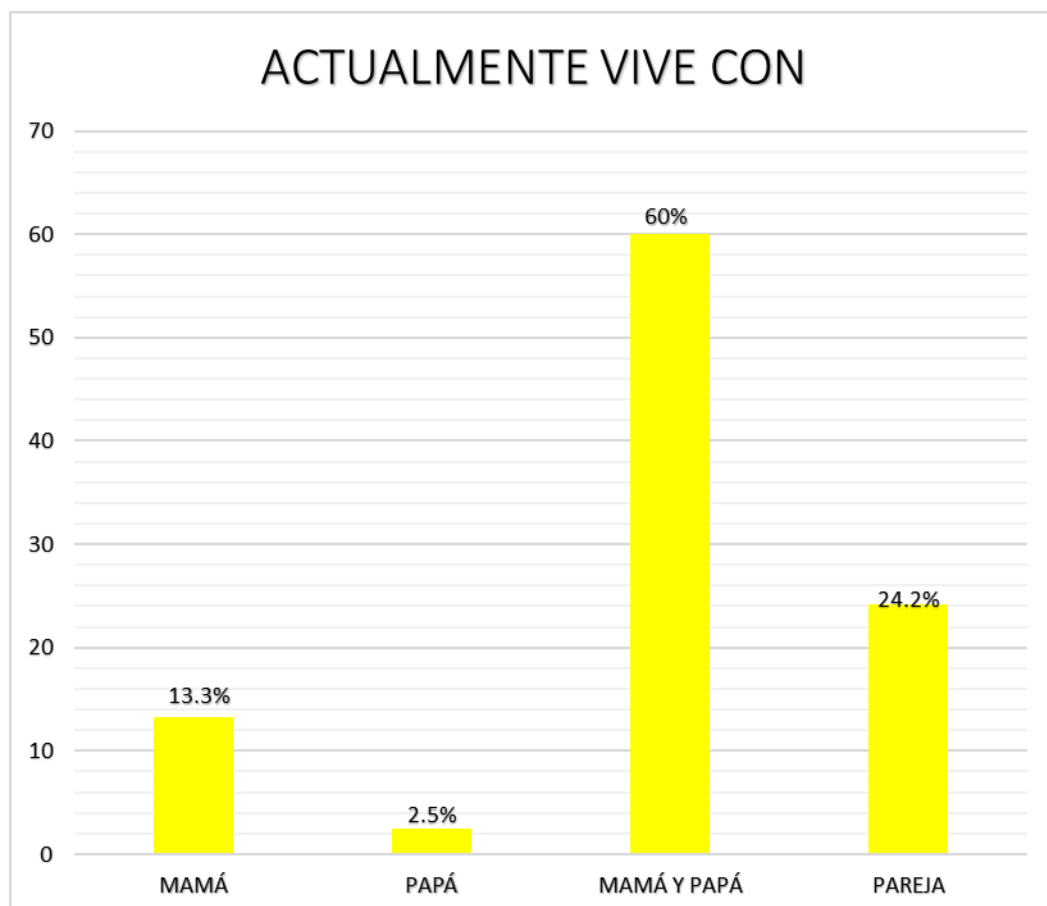
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENA	97	80.8
MALA	23	19.2
TOTAL	120	100



En la tabla 6: el 80.8% de las adolescentes encuestada dicen que el trato era bueno, el 19.2 % es mala.

7. ACTUALMENTE VIVE CON:

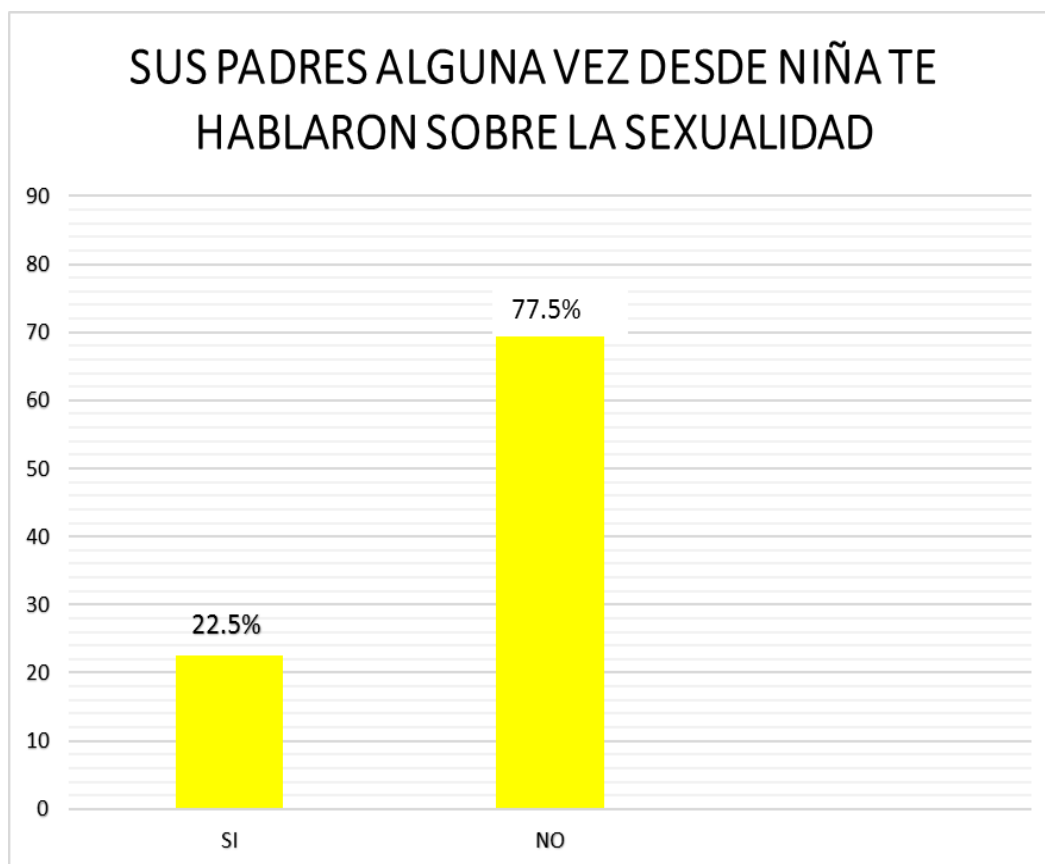
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MAMÁ	16	13.3
PAPÁ	3	2.5
MAMÁ Y PAPÁ	72	60
PAREJA	29	24.2
TOTAL	120	100



En la tabla 7: el 13.3% de las adolescentes encuestadas vive con mama, el 2.5% con papa, el 60% vive con mama y papa, el 24.2% vive con pareja.

8. SUS PADRES ALGUNA VEZ DESDE NIÑA TE HABLARON SOBRE LA SEXUALIDAD

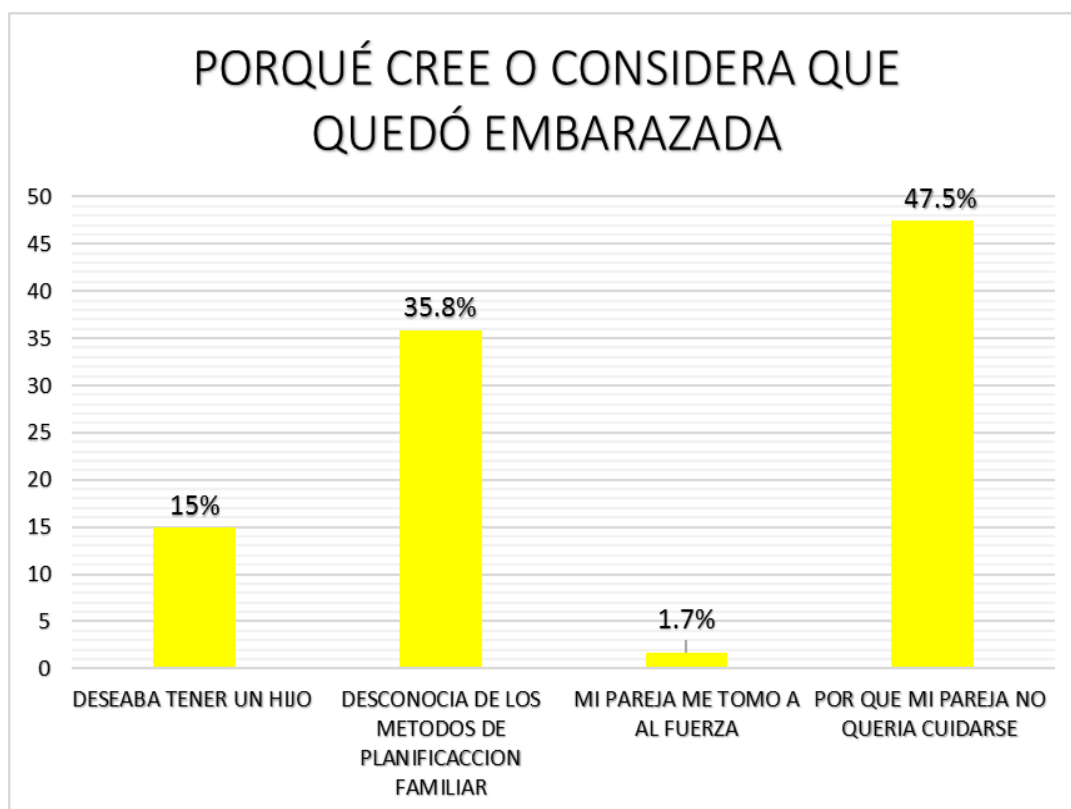
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	27	22.5
NO	93	77.5
TOTAL	120	100



En la tabla 8: El 77.5% sus padres nunca le hablaron de sexualidad y actividad sexual; el 22.5% de las adolescentes en cuentas sus padres si le hablaron sobre sexualidad.

9. PORQUÉ CREE O CONSIDERA QUE QUEDÓ EMBARAZADA

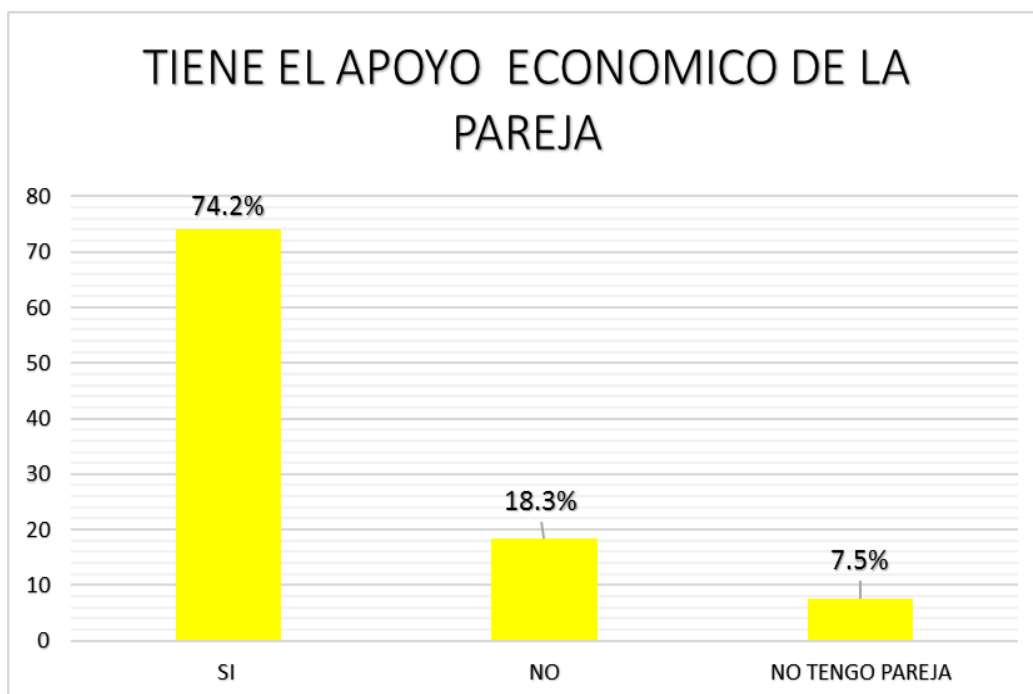
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DESEABA TENER UN HIJO	18	15
DESCONOCIA DE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	43	35.8
MI PAREJA ME TOMO A AL FUERZA	2	1.7
POR QUE MI PAREJA NO QUERIA CUIDARSE	57	47.5
TOTAL	120	100



En la tabla 9: El 47.5% de las adolescentes encuestadas considera que quedo embarazado porque su pareja no quería cuidarse, ni que ella se cuidara; el 15% deseaba tener un hijo; 35.8% desconocía de los métodos de planificación familiar.

10. TIENE EL APOYO ECONOMICO DE LA PAREJA

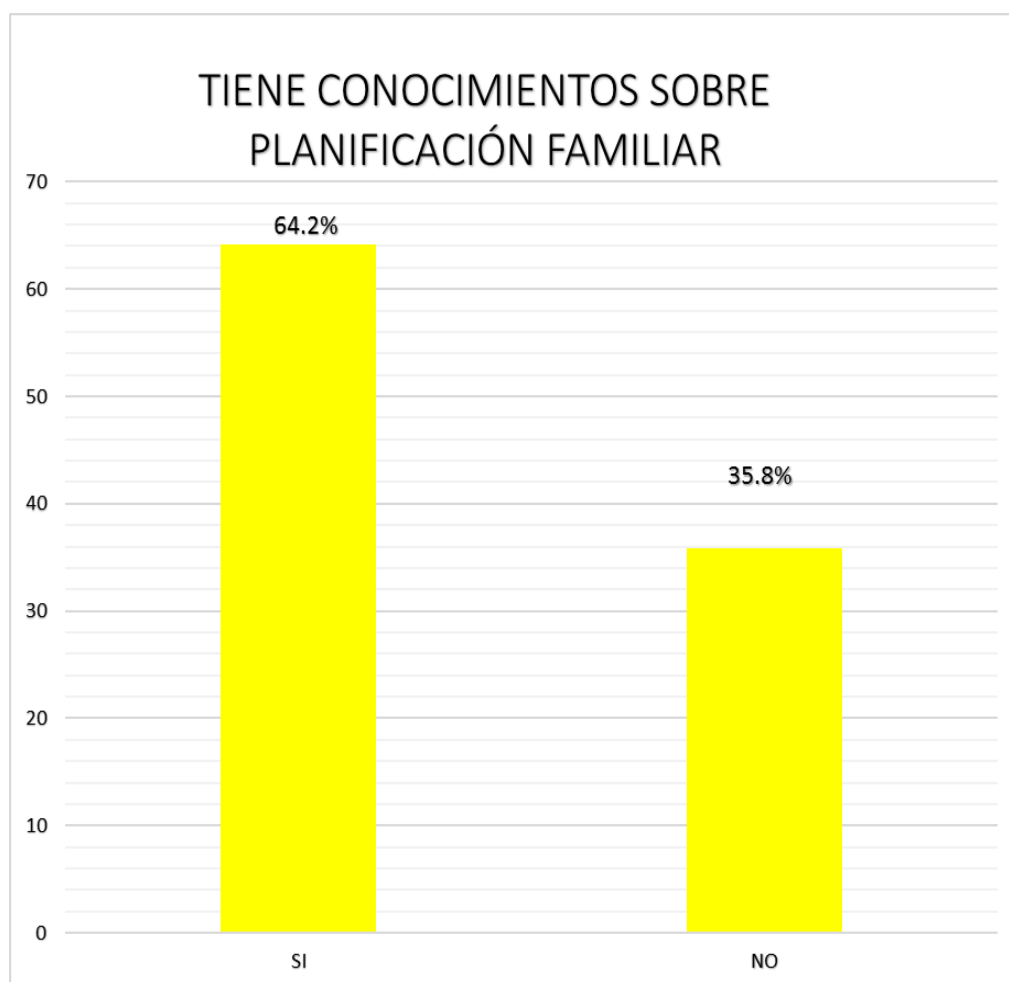
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	89	74.2
NO	22	18.3
NO TENGO PAREJA	9	7.5
TOTAL	120	100



En la Tabla 10: El 74.2% de las adolescentes encuestadas si tiene el apoyo económico de su pareja, el 18.3% no tiene apoyo de su pareja.

11. TIENE CONOCIMIENTOS SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

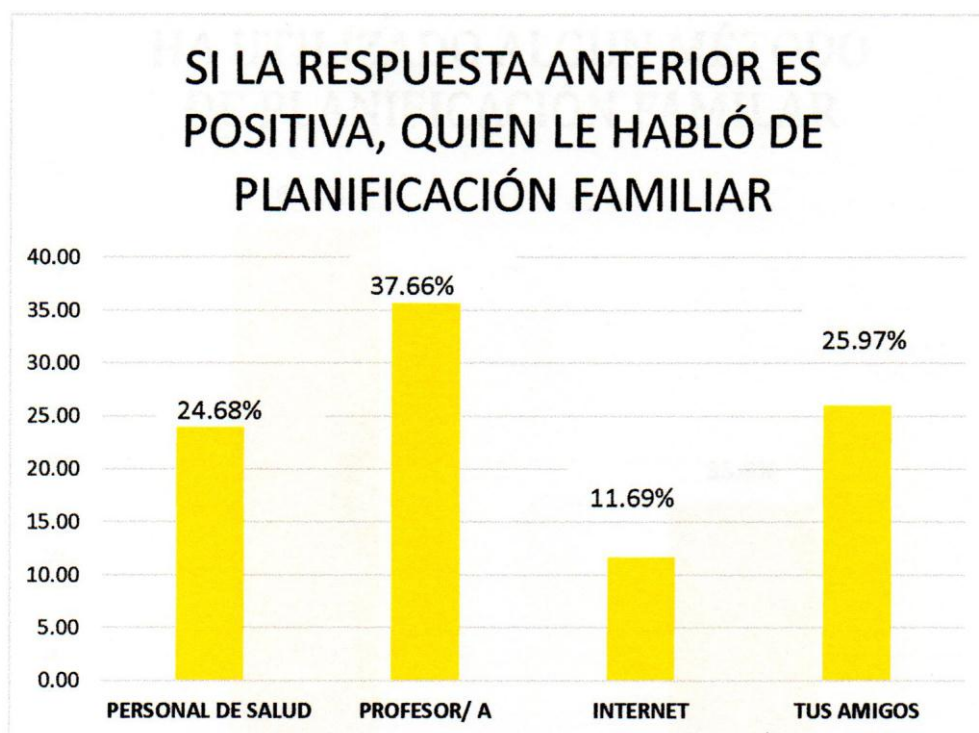
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	77	64.2
NO	43	35.8
TOTAL	120	100



En la Tabla 11: El 64.2% de las adolescentes encuestadas si conoce sobre los métodos de planificación familiar; el 35.8% de las personas encuestadas no conoce sobre los métodos de planificación familiar.

12. SI LA RESPUESTA ANTERIOR ES POSITIVA, QUIEN LE HABLÓ DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

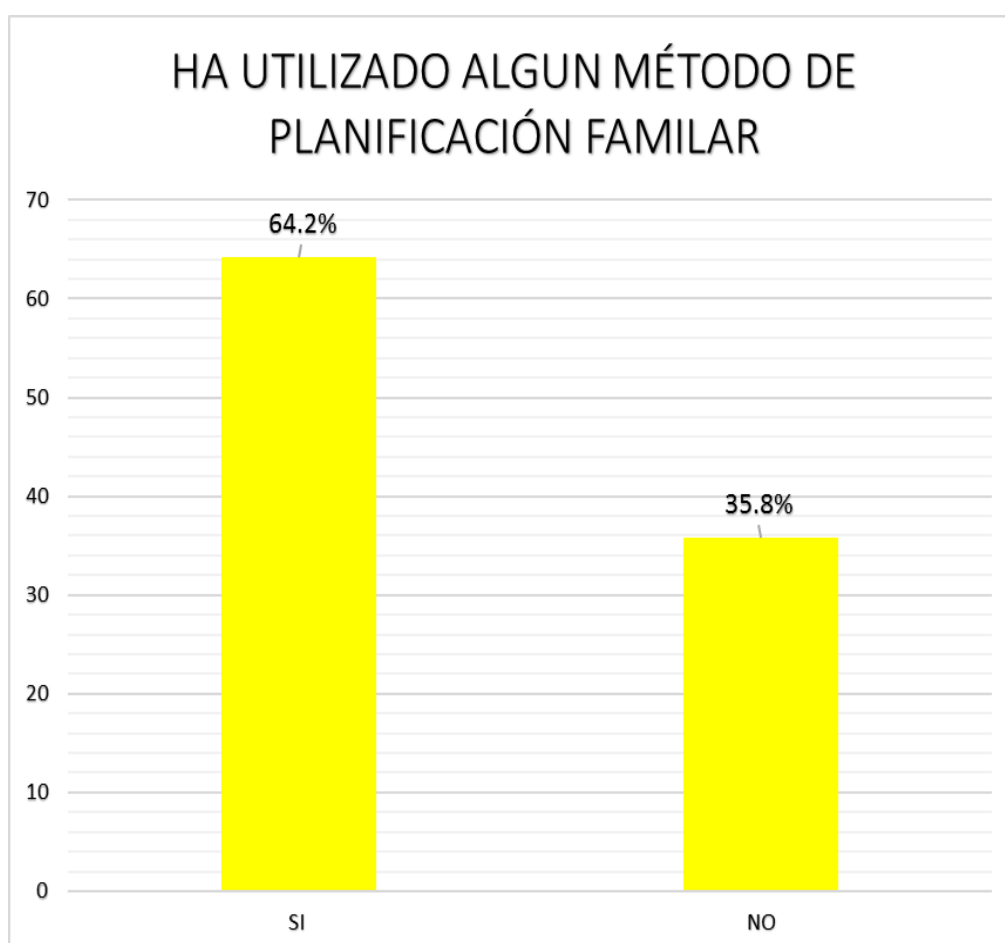
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PERSONAL DE SALUD	19	24.68
PROFESOR/ A	29	37.66
INTERNET	9	11.69
TUS AMIGOS	20	25.97
TOTAL	77	100.00



En la Tabla 12: El 37,66% obtuvo la información de el/la profesor (as), el 24,68% de las personas encuestadas obtuvieron la información del personal de salud; el 11,69% obtuvo la información de internet; el 25,97% de los amigos obtuvo la información.

13. HA UTILIZADO ALGUN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

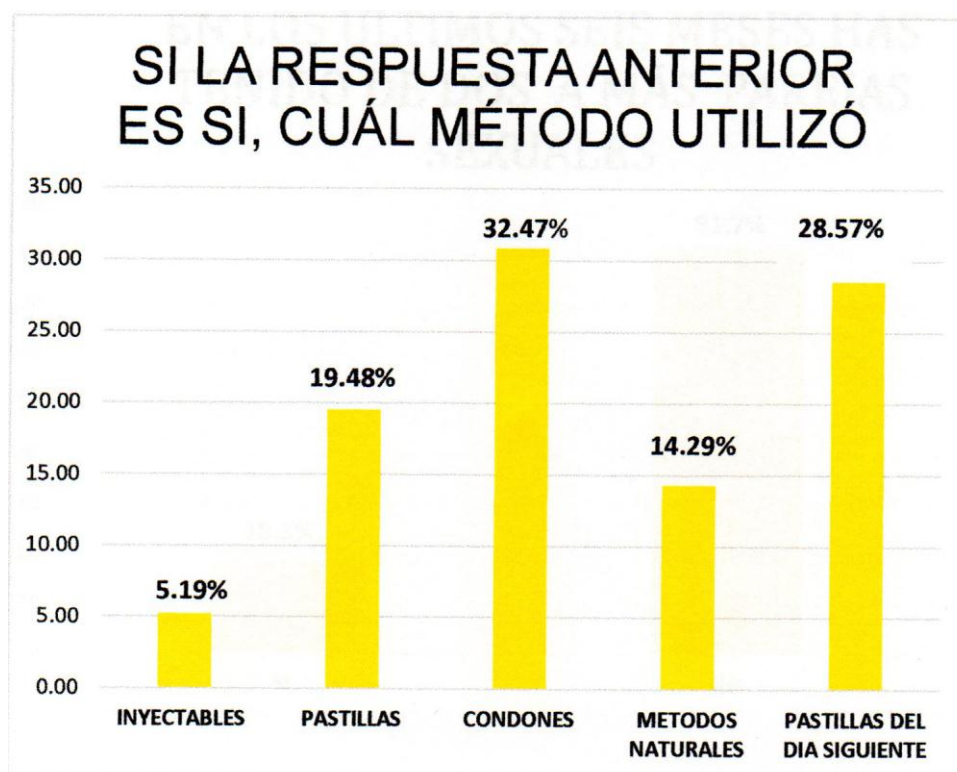
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	77	64.2
NO	43	35.8
TOTAL	120	100



En la Tabla 13: El 64.2% de las adolescentes encuestadas si ha utilizado métodos de planificación familiar; el 35.8% no utilizan ningún método de planificación familiar.

14. SI LA RESPUESTA ANTERIOR ES SÍ, CUÁL MÉTODO UTILIZÓ

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INYECTABLES	4	5.19
PASTILLAS	15	19.48
CONDONES	25	32.47
METODOS NATURALES	11	14.29
PASTILLAS DEL DIA SIGUIENTE	22	28.57
TOTAL	77	100.00



En la tabla 14: El 32.47% utiliza el método del preservativo, el 28.57% utilizó las píldoras de día siguiente; el 19.48% utiliza pastillas; el 14,29% de las adolescentes encuestadas utilizaron métodos naturales; el 5.19% utilizó métodos de inyectables.

15. EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES HAS TENIDO DE DOS A MÁS PAREJAS SEXUALES

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	22	18.3
NO	98	81.7
TOTAL	120	100

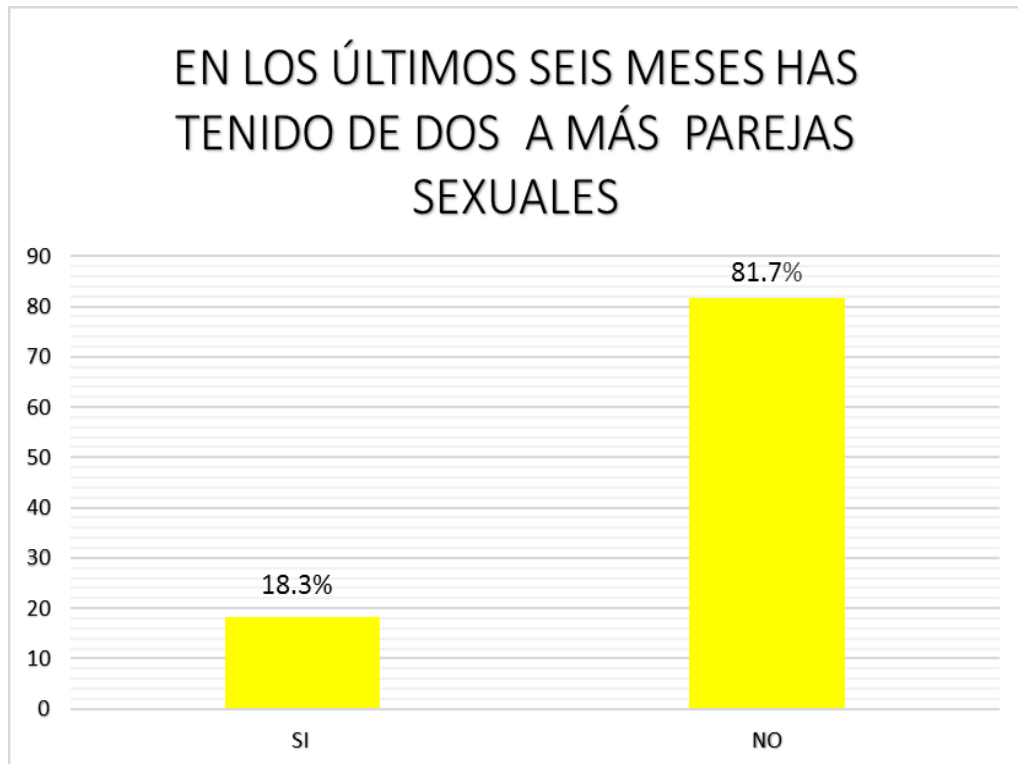
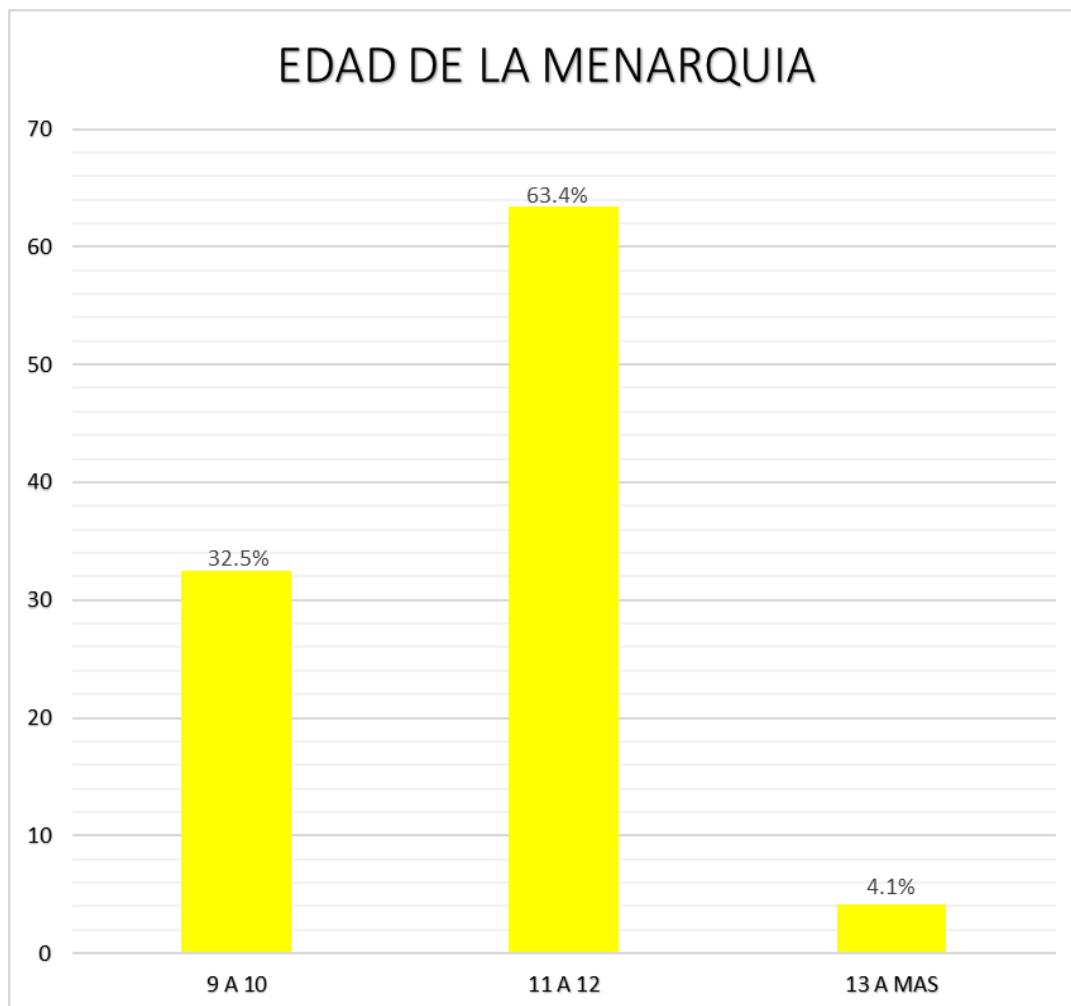


Tabla 15: El 81.7% solo tuvo una pareja actual con la que tenía sus relaciones sexuales; el 18.3% tenía una pareja actual pero también con otras personas

16. EDAD DE LA MENARQUIA

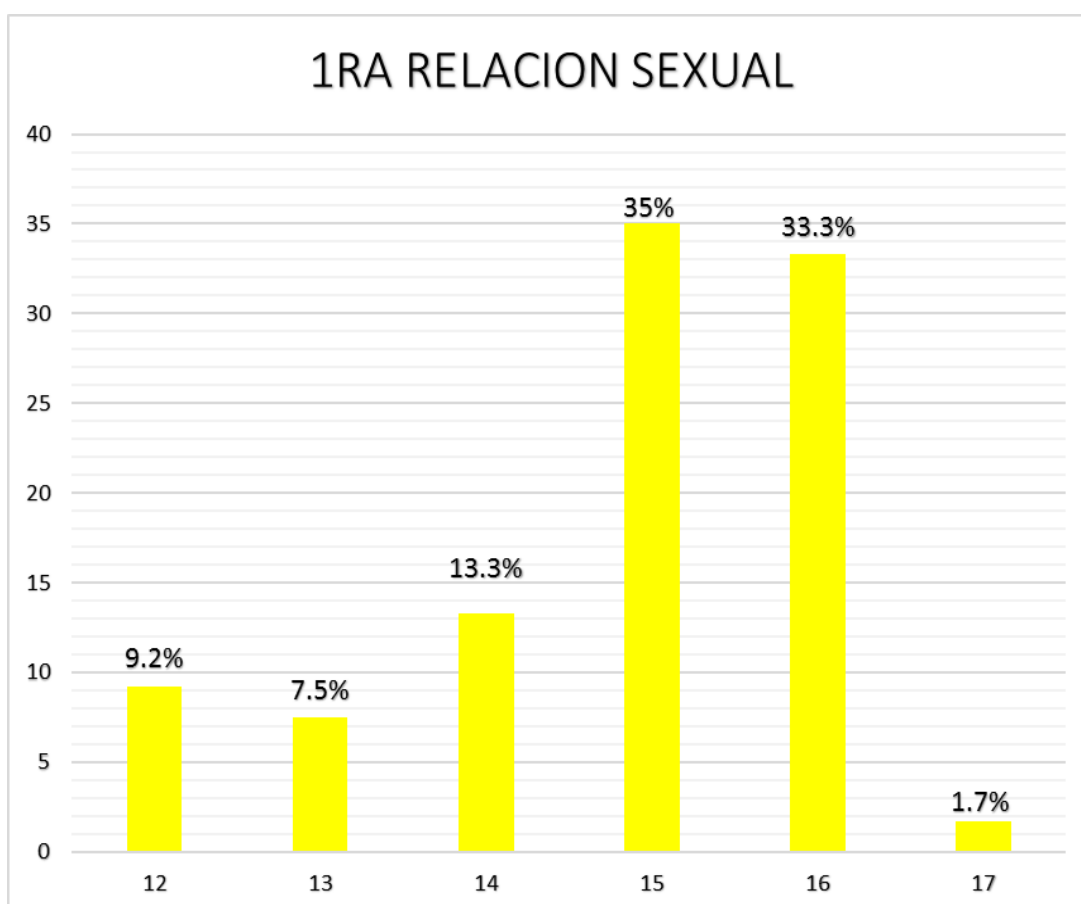
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
9 A 10	39	32.5
11 A 12	76	63.4
13 A MÁS	5	4.1
TOTAL	120	100



En la tabla 16: El 32,5% de las adolescentes encuestadas tuvo su primera menstruación 9 a 10 años de edad, el 63,3% de 11 a 12 años y el 4,1% de 13 a más años de edad

17. 1RA RELACION SEXUAL

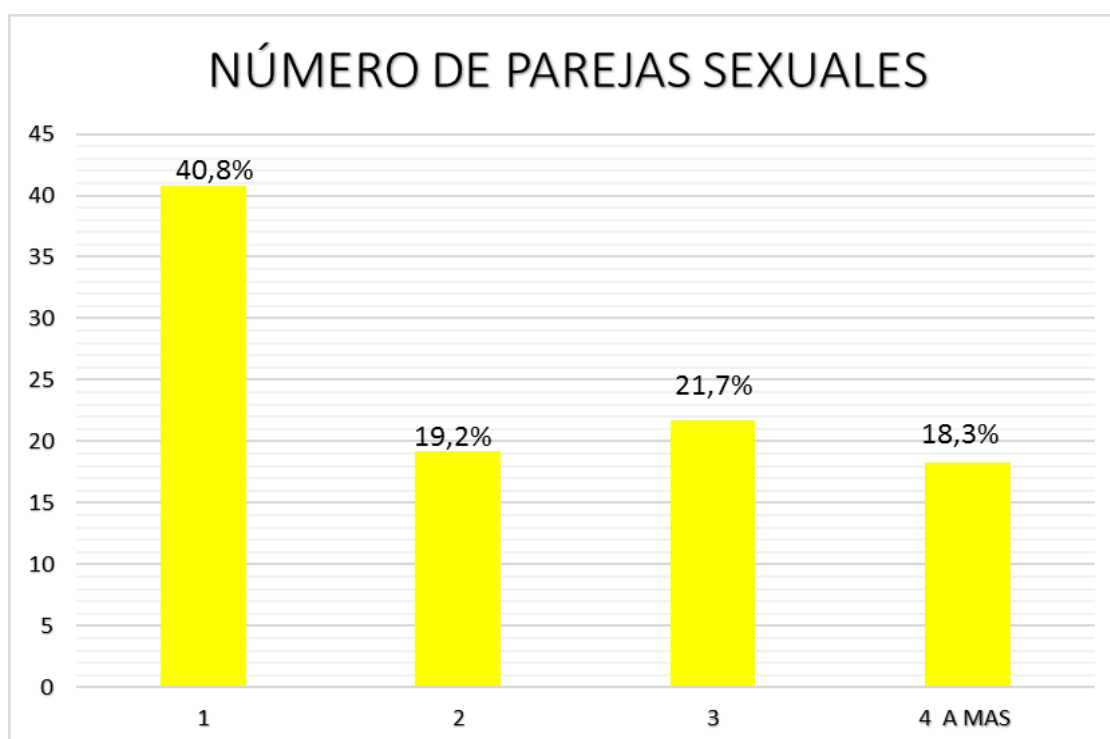
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
12	11	9.2
13	9	7.5
14	16	13.3
15	42	35
16	40	33.3
17	2	1.7
TOTAL	120	100



En la tabla 17: El 35% de las adolescentes encuestadas tuvo su primera relación a los 15 años; el 33.3% tuvo relaciones a los 16 años; el 13.3% tuvo relaciones a los 14 años; el 9.2% tuvo relaciones a los 12 años; el 7.5% tuvo relaciones a los 13 años; el 1.7% tuvo relaciones a los 17 años.

18. NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES

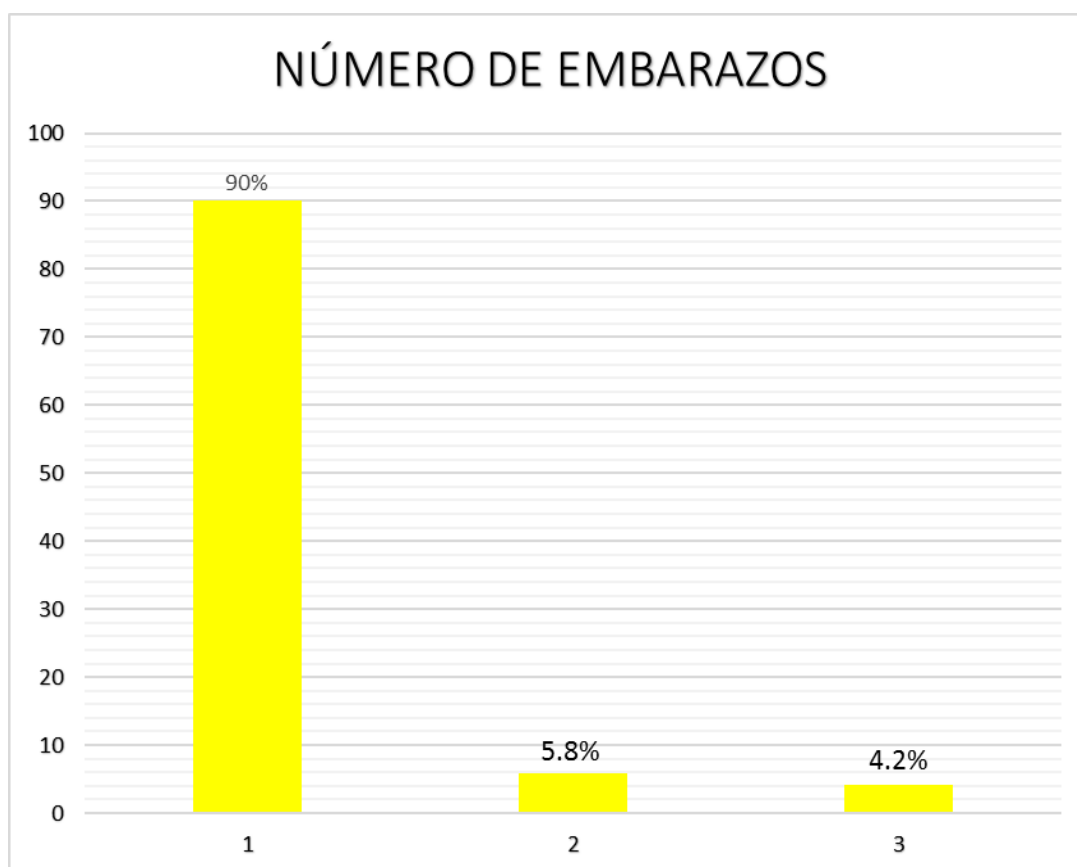
N° parejas sexuales	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	49	40.8
2	23	19.2
3	26	21.7
4 A MÁS	22	18.3
TOTAL	120	100



En la Tabla 18: El 40.8% de las adolescentes encuestadas solo tuvo 1 pareja sexual; el 19.2% tuvo 2 parejas, el 21.7% tuvo 3 parejas; el 18,3% tuvo 4 a más parejas sexuales.

19. NÚMERO DE EMBARAZOS

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	108	90
2	7	5.8
3	5	4.2
TOTAL	120	100



En la Tabla 19: El 90% de las adolescentes encuestadas tiene una sola gestación; el 5.8 % de adolescentes encuestadas tienen 2 gestaciones; el 4.2% de las adolescentes tiene 3 gestaciones.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el estudio se obtuvo que la mayoría de las adolescentes entrevistadas tiene 17 años con el 45%; otra investigación, realizada por Navarro y López, obtuvieron el 50,6% oscilan entre los 14 y 16 años; y en otro estudio realizado por Serrano y Rodríguez, la edad promedio de las encuestadas fue de 15 a 16 años.

En relación al grado de instrucción encontramos que el 90% se encuentra en el nivel Secundaria, otra investigación realizada por Serrano y Rodríguez, obtuvo que el 99,6% son de nivel primaria y secundaria. Macías y Murillo concluyo que la mayoría de las adolescentes entrevistadas presentaron cursa el nivel secundario.

El 72.5 % de nuestra población de estudio es soltera y el 25% son convivientes. Otras investigaciones realizadas por: Navarro y López obtuvieron que el 60,8% son convivientes; Serrano y Rodríguez obtuvo que la mayoría de los adolescentes eran solteros (90,1%).

Respecto a los aspectos de la vida familiar, el 71.7 % de las adolescentes entrevistadas Vivian con mamá y papá, el 80.8% de las adolescentes entrevistadas tenían un buen trato con sus familias, Según Merino y Rosales más de la mitad de las jóvenes entrevistadas respondieron que siempre recibieron un buen trato de parte de los integrantes de su grupo familiar, cuatro de ellas respondieron que eran maltratadas por su familia.

Respecto a la orientación de los padres hacia sus hijos sobre sexualidad el 77.5% nunca hablaron con sus hijos de sexualidad. Según Alarcón, Coello y otros obtuvo que el, 68% de las adolescentes que se embarazaron no conversan aspectos de la sexualidad con sus padres.

En los factores dependientes de la vida personal el 64.2%; de adolescentes en cuentas si tiene conocimiento sobre planificación familiar, el 18.3% utilizo un

método de anticonceptivo como la píldora del día siguiente. Según Alarcón, Coello y otros obtuvieron como resultado el 32% utilizan un método anticonceptivo.

En cuanto a las características Gineco-obstétricas el 34.2% tuvo su primera menstruación a los 11 años, el 35% tuvo su primera relación a los 15 años de edad; el 40.8% tuvo relaciones con una sola pareja, el 59.2% de las adolescentes encuestadas tuvo más de 1 pareja sexual, el 90% de ella tiene su primera gestación. En otras investigaciones realizados por: Serrano y Rodríguez obtuvo como resultado que el 73% de las mujeres inicio sus relaciones sexuales entre los 14-16 años. El 73,6% habían tenido relaciones sexuales con una sola pareja, el 99,1 % de las personas encuestadas tienen una gestación, el 0,9 de las adolescentes tiene otras gestaciones.

CONCLUSIONES

1. En cuanto a los factores sociodemográficos el 45% de las adolescentes encuestadas tienen 17 años de edad; el 72.5% de ellas son solteras y el 80%, vive en zonas urbanas.
2. En cuanto a su escolaridad, el 90% de las adolescentes se encuentra en el nivel secundario, mientras que el 8,3% está en el nivel primario.
3. En cuanto a los factores dependientes de la vida familiar, el 71.7% de las adolescentes encuestadas vivía con mamá y papá, el 80.8% manifiesta que tuvo un buen trato con sus familiares antes de quedar embarazada y el 77.5% de ellas nunca habló con sus padres sobre sexualidad.
4. El 35.8% de los adolescentes considera que quedó embarazada por desconocimiento de los métodos de planificación familiar, el 64.2% sí tiene conocimientos de planificación familiar, el 16.7% tuvo información de métodos anticonceptivos de sus amigos, el 18.3% de las adolescentes utilizó las pastillas de día siguiente y el 20.8% utilizó el preservativo.
5. De las características Gineco-obstétricas, el 63.4% tuvo su primera menstruación entre los 11-12 años de edad, el 35% tuvo su primera relación a los 15 años, el 9.2% tuvo su primera relación sexual 12 años de edad, el 40,8% de las adolescentes tuvo solo una pareja sexual, el 18,3% tuvo más de 4 parejas sexuales, 90% de las adolescentes tiene su primera gestación y 10% se encuentra entre su segunda y tercera gestación.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda fortalecer el trabajo en el hospital EsSalud “Gustavo Lanatta Luján” — Huacho, con los adolescentes que se encuentra entre los 13-17 años de edad, sobre la prevención del embarazo en adolescentes, orientándolos sobre la importancia de estos temas.
2. Apertura consultorios en el hospital EsSalud “Gustavo Lanatta Luján” — Huacho, donde se le brinde orientación y consejería a los adolescentes asegurados, en todo lo relacionado a salud sexual y reproductiva, realizando talleres enfocados a tratar de disminuir el embarazo en adolescentes en el hospital.
3. Realizar un diagnóstico participativo con adolescentes y padres, sobre los temas de salud sexual y reproductiva, tratando de disminuir el embarazo en adolescentes en el hospital EsSalud “Gustavo Lanatta Luján” — Huacho.
4. Realizar talleres en el hospital EsSalud “Gustavo Lanatta Luján” - Huacho, sobre los métodos de planificación familiar con la participación de los adolescentes, dándoles a conocer la importancia de los métodos anticonceptivos.
5. Realizar charlas educativas en el hospital EsSalud “Gustavo Lanatta Luján” - Huacho, sobre información de las infecciones de transmisión sexual e enfermedades de transmisión sexual, con la finalidad que los adolescentes tomen conciencia sobre estos temas. Realizar controles estrictos en el área de Gineco-obstetricia, con las adolescentes que tiene su primera gestación para evitar que tengas más gestaciones a su corta edad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Asspe, V. Embarazo precoz. Colecciones temas sociales. Paulinas Editorial. Caracas – Venezuela. 2007.
- 2) García, C. Fundamentos de la medicina preventiva. Edición primera. Barcelona
- 3) Gerendas, M.; Sileo, E. Embarazo en la adolescencia. Factores de riesgo y cadena de prevención. Venezuela. 2007.
- 4) GOÑI, Julio. Enciclopedia temática multimedia. Edit F& G Editores. Tomo III: Guía médica Familiar. España. 2006.
- 5) Guía OMS. Embarazo precoz. Organización Mundial de la Salud. 2007.
- 6) Aramburú P, Arellano R, Jáuregui S, Pari L, Salazar P, Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004. Rev Peru Epidemiol 2008;12 (3):1-5.
- 7) Prensa Libre. *Analfabetismo en Guatemala*, 25/02/13 - 12:45 COMUNITARIO
- 8) Branden, N. Los seis pilares de la autoestima, Barcelona: Paidós, 1995.
- 9) Reeder, M. y Koniak. Enfermería Materno-Infantil, , McGraw-Hill Interamericana, 17 ediciones página 293
- 10) Embarazo precoz daña a niñas y adolescentes, PRENSA LIBRE, Publicación del 01-08-2013.
- 11) Reeder, M. y Koniak. Enfermería Materno-Infantil. McGraw-Hill Interamericana, 17 ediciones página 293
- 12) Prensa Libre. Embarazo precoz daña a niñas y adolescentes, Publicación del 01-08-2013.
- 13) Organización Mundial de la Salud, 2013
- 14) Muni Salud, Paternidad Responsable, edición Junio 2010
- 15) ASSPE, Virginia. Embarazo precoz. Colecciones temas sociales.

Paulinas Editorial. Caracas – Venezuela. 2007.

- 16) García, Caballero C. Fundamentos de la medicina preventiva. Edición primera. Barcelona
- 17) Gerendas, M.; Sileo, E. Embarazo en la adolescencia. Factores de riesgo y cadena de prevención. Venezuela. 2007.
- 18) Goñi, J. Enciclopedia temática multimedia. Edit F& G Editores. Tomo III: Guía médica Familiar. España. 2006.
- 19) Guía OMS. Embarazo precoz. Organización Mundial de la Salud. 2007
- 20) Redondo, Figuero C. Atención al Adolescente. Universidad de Cantabria. Consejo Editorial. Amazón. Barcelona. 2008.

INTERNET

www.embarazoprecoz.blogia.com/.../023007-medidaspreventivasdel-embarazo-precoz

www.mailxmail.com/...embarazo.../embarazo-precoz-principal-causamuerte

ANEXOS

ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

FACTORES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJAN – HUACHO 2015

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS y VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA PRINCIPAL</p> <p>¿Cuáles son los factores de influyen en el embarazo de adolescente atendidas en el Hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho 2015?</p> <p>PROBLEMAS SECUNDARIOS</p> <p>¿Cuáles las características sociodemográfico que influyen en el embarazo de adolescente atendidas en el Hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho 2015?</p> <p>¿Cuáles son los factores dependientes de la vida familiar que influyen en el embarazo de adolescente atendidas en el Hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho 2015?</p> <p>¿Cuáles son los factores dependientes de la vida personal que influyen en el embarazo de adolescente atendidas en el Hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho 2015?</p> <p>¿Cuáles las características Gineco-obstétricas influyen en el embarazo de adolescente atendidas en el Hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho 2015.</p>	<p>OBJETIVO PRINCIPAL</p> <p>Determinar los factores de influyen en el embarazo de adolescente atendidas en el Hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho 2015.</p> <p>OBJETIVOS SECUNDARIOS</p> <p>Identificar las características sociodemográficos que influyen en el embarazo de adolescente atendidas en el Hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho 2015.</p> <p>Analizar los factores dependientes de la vida familiar que influyen en el embarazo de adolescente atendidas en el Hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho 2015</p> <p>Analizar los factores dependientes de la vida personal que influyen en el embarazo de adolescente atendidas en el Hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho 2015.</p> <p>Identificar las características Gineco-obstétricas influye en el embarazo de adolescente atendidas en el Hospital Gustavo Lanatta Luján, Huacho 2015.</p>	<p>HIPÓTESIS</p> <p>Por ser un estudio descriptivo el presente estudio no presenta hipótesis.</p> <p>VARIABLE</p> <p>Variable X = Factores del embarazo en adolescentes.</p> <p>DIMENSIONES:</p> <p>características sociodemográficos</p> <p>Factores dependientes de la vida familiar</p> <p>Factores dependientes de la vida personal</p> <p>características Gineco- obstétricas</p>	<p>TIPO Y NIVEL DE ESTUDIO</p> <p>Se realizará un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. Nivel tipo descriptivo</p> <p>POBLACIÓN Y MUESTRA</p> <p>Estoy considerando como población al promedio de gestantes adolescentes entre 13 a 17 años atendidas en el Hospital Gustavo Lanatta Luján de Huacho, durante el año 2013 (se registró 102 partos), en el año 2014(se registró 116 partos), y 2015 (se registró 120 partos), vale decir que la población será de 120 adolescentes gestantes.</p> <p>Se trabajó con todo la población adolescente.</p> <p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</p> <p>Técnica: La encuesta. Instrumento: El cuestionario.</p>

ANEXO 02



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA

“PREVALENCIA DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJAN
– HUACHO 2015”

FORMATO DE REGISTRO

DATOS PERSONALES:

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad _____

Estado Civil _____

Procedencia:

- a. Urbana ____
- b. Rural ____

Escolaridad

- a. Primaria ____
- b. Secundaria ____
- c. Preuniversitario ____
- d. Analfabeta ____

FACTORES DEPENDIENTES DE LA VIDA FAMILIAR

1. Quienes conforman su grupo Familiar

- a. Papá y mamá
- b. Solo mamá
- c. Solo papá
- d. Vive con otros familiares

2. Cuál era el trato de su familia hacia usted antes de su embarazo:

- a. Buena
- b. Mala

3. Actualmente vive con:

- a. Mamá
- b. Papá
- c. mamá y papá
- d. pareja

4. Sus padres alguna vez desde niña te hablaron sobre la sexualidad.

- a. Si
- b. No

FACTORES DEPENDIENTES DE LA VIDA PERSONAL

5. Porque cree o considera que quedó embarazada:
 - a. Deseaba tener un hijo
 - b. Desconocimiento de los métodos de planificación familiar.
 - c. Mi pareja me tomo a la fuerza.
 - d. Mi pareja no deseaba cuidarse

6. Tiene el apoyo económico de su pareja
 - a. Si
 - b. No

7. tiene conocimiento sobre planificación familiar.
 - a. Si
 - b. No

8. Si la respuesta anterior es positiva, quien le proporcione la información:
 - a. personal de salud
 - b. profesor/ a
 - c. internet
 - d. tus amigos

9. Ha utilizado algún método de planificación familiar
 - a. Si
 - b. No

10. Si la respuesta anterior es Si, cual método utiliza
 - a. Inyectable
 - b. Pastillas
 - c. Implantes
 - d. Condones
 - e. Métodos naturales
 - f. Pastilla del día siguiente

11. En los últimos seis meses has tenido de dos a más parejas sexuales
 - a. Si
 - b. No

FACTORES DE LAS CARACTERÍSTICAS GINECO- OBSTÉTRICAS

12. Edad de la Menarquia ____
13. 1ra Relación Sexual ____
14. N° de parejas sexuales ____
15. Número de Gestas ____