



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

**CARACTERISTICAS PERSONALES, OBSTETRICAS Y FAMILIARES DE
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO MATERNO
INFANTIL JUAN PABLO II EN EL AÑO 2015**

TESIS PRESENTADO POR:

Bach .DIANA JUDITH MORE VILCHEZ

PARA OPTAR:

TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

2016

A Dios quién supo guiarme en el camino de la verdad y a mis padres por ayudarme a crecer en cada ámbito de mi vida, cultivando valores y por sus sabios consejos.

Agradezco a Dios, por la vida y fuerza espiritual para realizar este trabajo de investigación con esfuerzo y perseverancia.

Agradezco la confianza y apoyo brindado por mis padres, que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me han demostrado su amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos.

RESUMEN

El presente trabajo tiene como título " Características personales, obstétricas y familiares de gestantes a adolescentes atendidas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II – Los Olivos 2015", tiene como **Objetivo General:** describir las características personales, obstétricas y familiares de gestantes adolescentes del Centro Materno Infantil "Juan Pablo II" Los Olivos 2015 la **Metodología** estudio observacional, descriptivo, prospectivo y de corte transversal. Se estudió a 85 gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Infantil "Juan Pablo II" durante el año 2015. Para el análisis descriptivo se usó medidas de tendencia central, medidas de dispersión, frecuencias absolutas y relativas llegándose a los siguientes **Resultados:** la edad media de las gestantes adolescentes fue 16,5 años, la mayoría tenía escolaridad secundaria (88,1%), estado civil soltera (51,7%) y ocupación estudiante (51,7%). La actitud frente al embarazo fue principalmente de rechazo (44,7%) y angustia (42,4%), asimismo predominó la falta de información sobre métodos anticonceptivos (98,8%). En relación a las características obstétricas, se observó que el inicio de relaciones sexuales (IRS) fue en promedio a los 14,8 años y el 74,1% de las adolescentes habían tenido una sola pareja sexual. Además, hubo 3 (3,5%) adolescentes con antecedente de aborto. Entre las características familiares, se encontró que el ingreso promedio mensual fue 721 soles y el 8,2% de las gestantes presentaron antecedentes de embarazo adolescente en la familia. El grado de instrucción del padre como de la madre fue en su mayoría secundaria (90,6% y 98,8%). Hubo 4 casos de violencia familiar, donde 3 casos fueron de tipo psicológico (3,5%) y un caso de violencia física (1,2%). Además, la mayoría tuvo disfunción familiar (98%), siendo el 55,6% disfunción familiar moderada y el 42,4% disfunción familiar leve.

CONCLUSIONES: las principales características de las gestantes adolescentes del CMI "Juan Pablo II" fueron edad media 16,5 años, donde la mayoría tenían instrucción secundaria, eran solteras y estudiantes. La edad temprana de IRS fue 14,8 años, se encontró 4 casos de antecedente de aborto. Además, un bajo porcentaje presentó antecedente de embarazo adolescente en la familia y violencia familiar; sin embargo, predominó la disfunción familiar.

Palabras Clave: características obstétricas, disfunción familiar, gestantes adolescentes.

ABSTRACT

This work is titled " characteristics of pregnant teenagers from Mother and Child Center "Juan Pablo II" Los Olivos 2015.

OBJECTIVE: To describe the characteristics of pregnant teenagers from Mother and Child Center "Juan Pablo II" Los Olivos 2015.

METHODOLOGY: observational, descriptive, prospective and cross-sectional study. The study included 169 pregnant teenagers from Mother and Child Center "Juan Pablo II" during 2015. For the descriptive analysis measures of central tendency, measures of dispersion, absolute and relative frequencies were used.

RESULTS: The mean age of pregnant adolescents was 16.5 years, most had secondary education (88,1%), marital status single (51.7%) and students occupation (51.7%). The attitude towards pregnancy was mainly rejection (44,7%) and anxiety (42,4%); also it dominates the lack of information about contraception and desire to become pregnant (98,8%). Regarding obstetric characteristics, it was observed that the onset of sexual intercourse was on average at 14.8 years, and 75.3% of adolescents had had one sexual partner. In addition there were 3 (3,5%) adolescents with a history of abortion. Among family characteristics, it was found that the average monthly income was 721 soles and 8.2% of pregnant women had a history of teenage pregnancy in the family. The level of education of the father and the mother was mostly secondary (90.6% and 98,8%). There were 4 cases of domestic violence, where 3 cases were psychological (3,5%) and one case of physical violence (1,2%). Further; most had family dysfunction (98%), with 55,6% moderate family dysfunction and 42,4% mild family dysfunction.

CONCLUSIONS: the main characteristics of pregnant adolescents from Mother and Child Center "Juan Pablo II" were mean age 16.5 years, where most were students, single and had secondary education. The average age of first sexual intercourse was 14.8 years; it was found, 4 cases of history of abortion. In addition a low percentage had a history of teenage pregnancy in the family and domestic violence; however, prevailed family dysfunction.

KEY WORDS: obstetric characteristics, family dysfunction, pregnant teenagers.

ÍNDICE

	Pág.
CARÁTULA	i
PÁGINAS PRELIMINARES	ii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I. PLANEAMIENTO METODOLÓGICO	9
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	11
1.2 Delimitación de la investigación	11
1.3 Formulación del Problema	12
1.3.1 Problema principal	12
1.3.2 Problemas secundarios	12
1.4 Objetivos de la investigación	12
1.4.1 Objetivo general	12
1.4.2 Objetivos específicos	12
1.5 Justificación	13
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	14
2.1 Antecedentes del estudio	14
2.2 Bases teóricas	20
2.3 Definición de términos	30
CAPÍTULO III. HIPÓTESIS Y VARIABLES	32
3.1 Hipótesis	32
3.2 Variables	32
CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA	
4.1 Diseño de la investigación	34
4.2 Población y muestra de la investigación	35

CAPÍTULO V.	RESULTADOS	38
CAPÍTULO VI.	DISCUSIÓN	44
CAPÍTULO VII.	CONCLUSIONES	48
CAPÍTULO VIII.	RECOMENDACIONES	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		50
ANEXOS		55
	Instrumentos de recolección de datos	55
	Cuestionario de Apgar familiar	57
	Matriz de consistencia	58

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el embarazo adolescente constituye un grave problema de salud pública debido a que intervienen diversos factores entre ellos tenemos los biológicos, psicológicos y sociales, además de ser problema de gran interés debido a la disminución de la edad de gestación y el aumento en el número de adolescentes que se embaraza en todo el mundo.⁽¹⁾

El “embarazo adolescente” es aquel que ocurre durante el periodo de la adolescencia, entendiéndose esta como aquel periodo biológico comprendido entre los 10 a 19 años, según la Organización Mundial de la Salud. A nivel mundial, se ha convertido en motivo de diversas investigaciones, debido a que en los últimos años ha aumentado significativamente su incidencia, constituyendo un problema social, económico y de salud pública de enorme magnitud, tanto para las jóvenes como para sus hijos, la pareja, la familia, el ambiente y la comunidad que los rodea.⁽²⁾

Según la OMS indica que 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años se embaraza cada año y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos, además cada año, unos 3 millones de adolescentes de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos, asimismo sostiene que las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo.³

Teniendo esta problemática, surge la motivación por este estudio a partir de la situación antes mencionada, y de la inexistencia de estudios precedentes en dicho centro, por lo que pretendemos investigar las características personales, obstétricas y familiares de gestantes adolescentes, atendidas en el Centro Materno Infantil “Juan Pablo II”, en el periodo del 2015.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública porque es un hecho muy frecuente que produce experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de los padres adolescentes, como la de sus hijos, familiares y la sociedad.

A nivel mundial, unos 16 millones de adolescentes entre 15 a 19 años se convierten en madres cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos.⁽³⁾

La gestación en la adolescencia es un fenómeno que actualmente ocurre con mayor frecuencia en América Latina. La Unicef y el Unifem estimaron que para 2008 el porcentaje de nacimientos de madres adolescentes estaba entre 15 y 26%, y el centro Latinoamericano de Demografía consideró que este porcentaje es cercano al 20%. ⁽⁴⁾ En el Perú la problemática es similar, donde aumentó a 14,6% donde corresponde a 207 800 gestantes adolescentes en el 2014 en comparación al 13% que mantenía en el año 2000. ⁽⁵⁾ La literatura nos informa que 62,8% de los adolescentes norteamericanos son sexualmente activos y cerca de 850 000 adolescentes resultan embarazadas cada año. En países como

Estados Unidos (EEUU) el 41,2% de los embarazos ocurren en adolescentes de 15 a 19 años y 20% de estos, terminan en abortos inducidos; sin embargo, en los últimos años han logrado reducir las tasas de embarazos en un 33%, asociado a la reducción de tasas de actividad sexual y aumento del empleo más regular y prolongado de métodos anticonceptivos. ^(6,7)

En países de América Latina como Colombia 1 de cada 5 adolescentes entre 15 y 19 años ha estado embarazada;^(8,9) en Ecuador, 2 de cada 3 adolescentes de 15 a 19 años sin educación, en Bolivia cerca del 18% de adolescentes de 15 a 19 años ya son madres o están embarazadas; al menos la mitad de estos embarazos no son planificados al momento de la concepción. ⁽⁸⁾ Para Chile en el año 2009, el 16,1% de los nacimientos vivos correspondió a madres adolescentes. ⁽⁸⁾

En el Perú según reportes del INEI para el 2014 refiere que el embarazo adolescente se incrementó a 14,6%, observándose en la última década una tendencia a mantenerse estable e incrementarse, pero en ningún caso a disminuir dichas cifras. ^(10,11)

En las diferentes regiones del país existen brechas económicas, de salud y psicosociales que influyen en el incremento de estas estadísticas pues en zonas rurales como en la selva el embarazo adolescente llega a más del 30%. ⁽¹²⁾

El Centro Materno Infantil Juan Pablo II consta de una población de 37 605 personas, comprendidos por 6 321 adolescentes (10-19 años), donde 3 202 son mujeres y dentro de ello se encontraron 85 gestantes adolescentes que corresponde a un 2,7 % en el año 2015, viendo que en el 2014 se presentó 64 casos de embarazos adolescentes con un porcentaje de 1,9 %.

El embarazo en adolescentes es una problemática social, sin embargo, ésta problemática es tripartita e involucra a tres sectores: el educativo, salud y el familiar (los propios adolescentes y los padres).^(13,14)

Respecto a la familia, esta constituye unos microambientes donde permanece el adolescente y que, por lo tanto, es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, dicho estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia. En las adolescentes embarazadas se han encontrado ciertas alteraciones en el entorno familiar donde se desarrollan, pues con mayor frecuencia provienen de familias monoparentales donde falta principalmente la figura paterna, además el antecedente familiar de embarazo adolescente también es común, a ello se agrega otras características como las malas relaciones entre los padres y la relación padre- hijo, por lo que la problemática del embarazo adolescente recae en gran medida en la familia donde crece el/la adolescente por ello se debe de estudiar de manera integral todos aquellos factores familiares que influyen en el desarrollo del embarazo adolescente. Considerando ello, la presente investigación tiene el propósito de dar a conocer las características de gestantes adolescentes teniendo en cuenta la importancia de esta afección y sus implicancias, por tanto, es necesario el abordaje en este tema de manera que los datos que se obtengan sirvan de referencia en la literatura médica.

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Delimitación Social: La población sujeta de estudio son las adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de Obstetricia del Centro Materno Infantil “Juan Pablo II” Los Olivos.

1.2.2 Delimitación Temporal: La investigación se llevó a cabo en el año 2015, donde se realizará la encuesta a las gestantes adolescentes, con la autorización correspondiente de dicha institución.

1.2.3 Delimitación Espacial: El presente estudio se realizó en el Centro Materno Infantil “Juan Pablo II” establecimiento del primer nivel tipo I-4 perteneciente al Ministerio de Salud, ubicado en el distrito de Los Olivos.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 Problema Principal

¿Cuáles son las características personales, obstétricas y familiares de gestantes adolescentes del Centro Materno Infantil “Juan Pablo II” 2015?

1.3.2 Problemas Secundarios

- ¿Cuáles son las características personales de las gestantes adolescentes?
- ¿Cuáles son las características obstétricas de las gestantes adolescentes?
- ¿Cuáles son las características familiares de las gestantes adolescentes?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

Describir las características personales, obstétricas y familiares de gestantes adolescentes del Centro Materno Infantil “Juan Pablo II” 2015.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Describir las características personales de las gestantes adolescentes
- Describir las características obstétricas de las gestantes adolescentes
- Describir las características familiares de las gestantes adolescentes

1.5 Justificación del estudio

En los últimos años se ha incrementado el porcentaje de embarazo adolescente, la cual es un motivo de preocupación a nivel mundial y nacional. En el establecimiento Juan Pablo II del distrito de Los Olivos, no es la excepción ya que se ha observado el incremento de embarazos adolescentes en los últimos años del 2014 y 2015.

Por lo anterior, la finalidad de la investigación es obtener información que permitirá conocer las características personales, obstétricas y relacionadas a la familia de la gestante adolescente, lo cual brindará un mejor panorama y una perspectiva más integral para el planteamiento de estrategias que contribuyan en la disminución del embarazo adolescente. Un aspecto importante del estudio es la evaluación del área familiar, lo que permitirá dar una mejor orientación a los integrantes de la familia con una adolescente gestante, para que conserven la integridad familiar, la salud física, psicológica, la coherencia y el afecto, así como para generar acciones que permitan un cumplimiento eficaz de las funciones de toda familia; esto se refiere a satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y enfrentar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

CAPÍTULO II:

2.1 Antecedentes del estudio

Antecedentes Nacionales

Rubén Osorio-Alania realizó su tesis en Lima en el año 2014, con el **objetivo** de determinar los principales factores del embarazo adolescente en pacientes atendidas en consultorios externos de Gineco-Obstetricia del hospital María Auxiliadora. **Método:** tipo de estudio cuantitativo de diseño observacional, descriptivo. Emplearon en el estudio un cuestionario validado. **Resultados:** de 100 adolescentes encuestadas se encontró que el 90% tenía entre 14 y 19 años de edad, el 80% no planificaron su embarazo, el 64% provenía de familias desintegradas, el 75% tenía grado de instrucción secundaria. El 65% recibía apoyo económico de sus padres, además en sus características sexuales y reproductivas se encontró que el 62% inició sus relaciones sexuales a los 14 a 16 años y el 82% tiene algún conocimiento sobre los métodos anticonceptivos. **Conclusiones:** Las adolescentes embarazadas tienen ciertas características sociodemográficas comunes como la temprana edad de inicio de las relaciones sexuales, bajo nivel educativo, de origen familiar desintegradas y tienen algún conocimiento de métodos anticonceptivos por la alta frecuencia que se encontró en los entrevistados. Considerándose por ende un suceso difícil que afecta la

salud integral de las madres adolescentes, la de sus hijos, familiares y de la comunidad en su conjunto. ⁽¹⁵⁾

Leydi Angoma-Arredondo, Denis Poccorpachi-Navarro realizaron un estudio en Lima en el año 2011, donde el **objetivo** fue determinar el grado de funcionalidad familiar existente en gestantes adolescentes mediante la aplicación del Test Apgar familiar modificado. **Método:** El tipo de estudio fue descriptivo, en el cual participaron 130 gestantes adolescentes entre 12 a 17 años, que fueron atendidas en los servicios de hospitalización, psicoprofilaxis, estimulación prenatal y consultorios externos. **Resultados:** la mayoría de las gestantes adolescentes tenían una familia de tipo disfuncional (90%). Respecto al área de adaptación el 75% presentaban disfuncionalidad familiar; de ellas el 37% era de grado leve, en el área de participación el 81% poseen disfuncionalidad familiar, el 36% fueron de grado leve. Sobre el área de crecimiento el 69% poseía disfuncionalidad familiar, el 43% fue leve. Respecto al área de afecto el 87% presentaban disfuncionalidad familiar; dentro de ellas el 32% fue leve, y otro 32% moderada. Finalmente, en el área de recursos el 85% presentaron disfuncionalidad familiar, el 34% fue de grado moderado. **Conclusiones:** el funcionamiento familiar, según la calificación del test del Apgar familiar modificado, de la mayoría de las adolescentes embarazadas es disfuncional, el cual se encuentra presente en las cinco áreas; el grado de disfuncionalidad que presentaron con mayor frecuencia fue el de disfunción familiar leve. ⁽¹⁶⁾

Patricia Gamarra-Tenorio, José Iannacone, pusieron en marcha una investigación el 2010 con el **objetivo** de determinar los factores de tipo individual, familiar y sociocultural que pudieran asociarse al inicio de actividad sexual en adolescentes escolares de Villa San Francisco-Santa Anita; mediante un **método** cuantitativo, transversal, descriptivo y correlacional en 90 adolescentes escolares de 14 a 19 años. Entre los

resultados se obtuvo que la persona que cumplió la función de madre, adquirió gran importancia en el inicio de actividad sexual de los adolescentes, pues se observa que el 22,8% de los que ya iniciaron su actividad sexual son criados por “otra mujer de la familia” o “nadie”; en comparación con los que aún no iniciaron su actividad, el grado de comunicación existente entre la madre ($\chi^2 = 8,1$; $gl = 3$; $p < 0,05$) y padre ($\chi^2 = 8,99$; $gl = 3$; $p < 0,05$) fue mucho más favorable, además los adolescentes cuyos padres presentaron una actitud represiva, inician más precozmente su actividad sexual. **Concluyendo** que uno de los mejores predictores para el inicio de actividad sexual en el adolescente fue el nivel familiar (estructura y la función familiar).⁽¹⁷⁾

Teresa A. Mengole-Amaya, José Lannacone, desarrollaron un estudio en el 2010 que tuvo por **objetivo** determinar si una serie de factores socioculturales influyen en el conocimiento y actitud frente al embarazo. Se desarrolló como **metodología** un estudio descriptivo prospectivo de corte transversal-comparativo a 13 gestantes primigestas adolescentes. Entre los **resultados** se comprobó que dentro de los factores socioculturales en el grupo de gestantes adolescentes, predominó aquellas que se encontraban entre los 14 y 16 años, se observó que 23,0% vivían con ambos padres, el 7,7% con papá y hermanos, 30,8% con mamá y hermanos, 15,4% sólo con mamá, 15,4% con el conyugue y 7,7% vivían con familiares. Según estos resultados podemos **concluir** que en el estudio la mayoría de las gestantes adolescentes viven con sus padres y/o hermanos, siendo el mayor porcentaje de gestantes las que vivían con mamá y hnos.⁽¹⁸⁾

Antecedentes Internacionales

Herminia Castellón-Montenegro realizó en Colombia una investigación en el año 2014, donde el **objetivo** fue describir la funcionalidad familiar en las familias con adolescentes gestantes desde la perspectiva teórica

de la Organización Sistémica de Marie L. Friedemann. **Método:** estudio descriptivo de corte transversal que incluyó a 80 gestantes adolescentes a quienes se les aplicó una ficha Sociodemográfica y una escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (ASF-E). **Resultados:** Los resultados permitieron evidenciar predominio de familias que viven en unión libre (74%), con 4 y 6 integrantes (68%), en ciclo familiar con preescolar (47%), con un ingreso mensual de un salario mínimo (42%), la mayoría de los integrantes de las familias han alcanzado el grado de escolaridad secundaria completa (38%) e incompleta (27%). En cuanto al nivel de efectividad de la funcionalidad familiar, predomina el nivel intermedio con un (63,7%) seguido por el nivel alto (23,7%) y un nivel bajo de (12,5%). **Conclusiones:** en las adolescentes predomina el nivel intermedio en la funcionalidad familiar, con un 63,7% de casos, lo que es indicativo que éstas familias pueden presentar inflexibilidad ante las nuevas experiencias que viven sus adolescentes gestantes, y un (12,5%), con un nivel bajo de funcionalidad familiar posiblemente relacionado con serias dificultades para suplir las necesidades físicas, emocionales y sociales en su núcleo.⁽¹⁹⁾

Iliana Calderón-Morales, Carmen I. del Río-Aguirre, Odalys Rodríguez-Zamora y Ana A. Guisandes-Zayas. Elaboraron una investigación en Cuba en el año 2014 con el **objetivo** de: determinar la relación entre la disfunción familiar y la presentación de embarazo en gestantes adolescentes de un área de salud. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal, de las 58 gestantes menores de 20 años. **Resultados:** Se observó un predominio del grupo etario de 15-18 años, con 36 pacientes (62,0 %). Al analizar el tipo de familia, se evidenció una primacía de las familias extensas (48,3 %), seguido por familias ampliadas (27,6%), incompletas (20,7%) y completa (3,4%). En la evaluación del funcionamiento familiar con el cuestionario Apgar familiar, se puso de manifiesto la presencia de la

disfuncionalidad familiar para el 65,5 %; no obstante, 20 (34,5 %) familias eran funcionales ($p < 0,001$). Se observó también que 95,3 % de las familias disfuncionales anhelaban mejorar la capacidad de adaptabilidad para enfrentar las condiciones de estrés situacional, mientras que 5,6 % de las que presentaban adecuado funcionamiento familiar, también deseaban perfeccionar la capacidad de adaptabilidad con el mismo objetivo ($p < 0,05$). **Conclusión:** las familias extensas y la disfunción familiar resultaron factores predisponentes para el desarrollo de conductas de riesgo en los adolescentes, como lo es el embarazo precoz.⁽²⁰⁾

Carlos M. Arias-Trujillo, Isabel C. Carmona-Serna, José J. Castaño-Castillón, Andrés F. Castro-Torres, Audrey N. Ferreira-González, Amalia I. González-Aristizábal, et al. Llevaron a cabo una investigación en Colombia, año 2013 con el **objetivo** de analizar la funcionalidad familiar y factores relacionados en adolescentes embarazadas colombianas que asisten al control prenatal. **Método:** estudio de corte transversal incluyéndose a 190 adolescentes embarazadas entre 12 a 21 años, el instrumento utilizado fue una encuesta escrita, anónima que interrogaba sobre variables familiares y sociodemográficas. **Resultados:** Los resultados arrojaron un promedio de edad de 18 años, el 72,1% presentaron disfuncionalidad familiar de leve a severa, Entre ninguna y regular relación con el padre 46,9% y 25,3% con la madre, 38,9% presentaban antecedentes de violencia familiar, 25,8% depresión, 23,2% de consumo de alcohol, 36,3% pensaban que no iban a quedar embarazadas al tener relaciones sexuales, el 26,8% deseaban tener hijos. La buena funcionalidad familiar tuvo una relación significativa con la no presencia de violencia intrafamiliar ($p = 0,000$), la no presencia de embarazo en < de 17 años ($p = 0,020$), no empleo de métodos anticonceptivos ($p = 0,000$), alto número de embarazos ($p = 0,025$), no presencia de abortos inducidos ($p = 0,007$), hablar sobre temas de

embarazo y sexualidad con los padres ($p=0,000$). **Conclusiones:** las adolescentes gestantes tienen características similares a las poblaciones de otras ciudades de Colombia, y otros países, demostrándose que la familia es decisiva y determinante en la presencia de embarazo precoz.⁽²¹⁾

Carlos A. Gómez-Mercado, Liliana P. Montoya-Vélez realizaron una investigación en el municipio de Briceño en el año 2012, con el **objetivo** de establecer la relación entre los factores sociales, demográficos, familiares y económicos con el embarazo en adolescentes de 13 a 19 años del área urbana en el municipio de Briceño. **Métodos:** estudio de tipo transversal realizado en el área urbana del municipio de Briceño, Antioquia, entre abril y mayo de 2012. Se aplicó una encuesta dirigida a buscar información sobre factores: sociales, demográficos, familiares y económicos. Se implementó un modelo de regresión logística. Entre los **resultados** presentan que 193 adolescentes respondieron las encuestas, los factores asociados mediante el análisis multivariado con mayor riesgo de embarazo adolescente fueron: la edad (OR: 8,33 IC; 1,82-38,14), el estrato socioeconómico (OR: 12,52 IC; 1,58-98,91), la ocupación (OR: 7,60 IC: 3,0-19,27), la convivencia con la pareja (OR: 17,47 IC; 3,63-83,94), el inicio temprano de las relaciones sexuales (OR: 1,95 IC; 0,69-5,5), el número de compañeros sexuales (OR: 1,70 IC; 0,74-3,86), el nivel de escolaridad del padre (OR: 3,05 IC: 1,01- 9,22), el hecho de haber sido violada (OR: 3,66 IC; 1,12-11,96) y los ingresos económicos familiares (OR: 3,98 IC; 1,45-10,92). **Conclusiones:** El estudio encontró que la edad, el estrato socioeconómico, la ocupación, la convivencia con la pareja, el inicio temprano de las relaciones sexuales, el número de compañeros sexuales, el nivel de escolaridad del padre, haber sido violada y los ingresos económicos familiares estaban asociados con el embarazo en adolescentes en el área urbana del municipio de Briceño.⁽²²⁾

Rodolfo Alarcón-Argota, Jeorgelina Coello-Larrea, Julio Cabrera-García, Guadalupe Monier-Despeine realizaron una investigación en Cuba en el año 2009, cuyo objetivo fue determinar los factores que influyen en el embarazo adolescente. **Método:** Estudio Observacional analítico. Se analizaron 25 adolescentes embarazadas y escogieron una muestra aleatoria de 75 adolescentes sin embarazo. **Resultados:** al comparar los resultados entre las adolescentes gestantes y no gestantes se encontró que la educación de los padres de las gestantes adolescentes fue en el 60% inadecuada por el contrario los padres de las adolescentes sin embarazo tuvieron una educación adecuada en el 62,7%. Así también la relación con los padres fue frecuentemente inadecuada en las adolescentes gestantes (52% vs 16%, respectivamente), las adolescente que no tienen apoyo espiritual y económico de la pareja tienen mayor frecuencia de gestación (88% vs 20%, respectivamente) además el uso de anticonceptivos fue menor en las adolescentes gestantes (32% vs 56%, respectivamente). **Conclusiones:** existe asociación causal entre los factores dependientes de la vida familiar y personal de las adolescentes y la incidencia de gestaciones precoces.⁽¹⁴⁾

2.2 BASES TEÓRICAS

FAMILIA Y EMBARAZO ADOLESCENTE

La salud sexual y reproductiva es un componente central en la vida de los adolescentes; las decisiones y conductas que tomen estos serán diferentes según las oportunidades económicas, laborales, educativas que han tenido, la oferta de anticoncepción, la situación socioeconómica, las características personales y las normas sociales y la influencia del medio o contexto social en que viven y crecen.⁽²³⁾

En las últimas décadas, el embarazo adolescente se ha convertido en un importante problema de salud.⁽²⁴⁾ Así en países en desarrollo la situación de la salud sexual y reproductiva de todas las adolescentes más pobres afecta su desarrollo integral, en sus posibilidades de educación, capacitación, empleo y participación ciudadana. Todo ello trae consigo importantes consecuencias sobre la demografía, economía, salud y desarrollo del país. Por otro lado, la relación entre deserción escolar y embarazo es muy alta, aunque no pueda afirmarse que la causa de tal abandono escolar sea exclusivamente el embarazo; hay una significativa asociación entre el nivel educativo y embarazo temprano, aunque esto, en lo que respecta al abandono escolar, se hace más prevalente en adolescentes de estratos medios, ya que las adolescentes de bajos recursos suelen desertar antes y por otras razones. Las adolescentes de estratos altos tienen menos embarazos o más probabilidades de prevenir el embarazo o de interrumpirlo con prácticas seguras y de continuar su educación. Una vida en pareja precoz asociada a embarazo temprano tiene pocas probabilidades de acabar en unión conyugal definitiva; asimismo las madres adolescentes abandonadas tendrán a futuro menos uniones estables.⁽²⁵⁾

En suma, el embarazo adolescente tiene efectos negativos en todos los estratos de la sociedad, pero sus consecuencias son mucho más devastadoras en un entorno de pobreza y desigualdades de género. Allí donde las relaciones entre el hombre y la mujer están regidas por el poder, donde hay escaso o nulo acceso por parte de las adolescentes a las herramientas necesarias para su desarrollo personal, social, allí donde persisten creencias culturales tradicionales en torno al sexo y la reproducción, entre otros.⁽²⁵⁾

El embarazo en la adolescencia, se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa

adolescente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece a la adolescencia como aquel periodo biológico comprendido entre los 10 a 19 años.⁽²⁶⁾ Dado el abismo de experiencia que separa a los adolescentes más jóvenes de los mayores, resulta útil contemplar esta segunda década de la vida como dos partes: la adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años) y la adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años).⁽²⁷⁾ En consecuencia de las definiciones previas podría decirse que todo embarazo ocurrido entre los 10 a 14 años podría ser considerado como “embarazo adolescente temprano”, mientras que aquel ocurrido entre los 15 a 19 años podría ser considerado como “embarazo adolescente tardío”.

La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la OMS el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.⁽²⁸⁾

La Organización Mundial de la Salud hace mención a la familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio".⁽²⁹⁾ La familia es uno de los microambientes donde permanece el adolescente y que, por lo tanto, es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable. Este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia.⁽³⁰⁾

Se ha considerado a la familia como un sistema funcional cuando es capaz de cumplir con sus funciones, enfrentar y superar cada una de las

etapas del ciclo vital individual y familiar y la crisis por la que pueda atravesar. La familia es una unidad psicosocial sujeta a la influencia de factores socioculturales protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis o en patrones disfuncionales. Es uno de los factores protectores cuando funciona en forma adecuada, por lo tanto, es uno de los focos de la prevención primordial.⁽³⁰⁾ El MINSA considera que uno de los lugares donde se debe realizar las acciones de promoción de la salud de los adolescentes es la familia, que es la primera instancia llamada a contener, apoyar y promover la salud de sus miembros y desde la cual se debe fortalecer la construcción de entornos de vida saludables.

Desde tiempos remotos se ha concebido la unidad familiar como factor clave en el crecimiento y normal desarrollo de las personas, es a través de ella que los adolescentes tratan de reconocerse a sí mismos y apropiarse de sus proyectos de vida; de manera tal que cualquier suceso que altere la dinámica familiar puede obstaculizar el sano desarrollo de los adolescentes.⁽¹⁴⁾ En esta lógica un concepto que parece ser clave es la dinámica familiar, con la idea de encontrar allí argumentos que permitan entender mejor el embarazo adolescente, puesto que se trata de una situación de grandes dimensiones que como problema de salud pública afecta no solo a la adolescente, sino también a su familia y a la sociedad en general.⁽¹⁴⁾ Al respecto Alarcón y Coello⁽¹⁴⁾ plantean que 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 representan factores que interactúan con el embarazo adolescente. Por otra parte, Rangel y Valerio⁽³¹⁾ afirman que el 27% de las adolescentes embarazadas presentan una disfuncionalidad familiar moderada y un 6% severa. Leyva *et al*,⁽³²⁾ realizaron un estudio donde a partir de 77 adolescentes embarazadas comparadas con un grupo control

de 231 adolescentes no embarazadas, encontraron que gran parte de las adolescentes embarazadas habían recibido una educación “inadecuada” por parte de los padres no utilizaban métodos anticonceptivos, aunque los conocían, poca comunicación con los progenitores, falta de apoyo de su pareja, etc.

El papel de la familia es considerado fundamental en la forma como es vivido el proceso de embarazo en la adolescencia. Este aspecto cobra especial importancia porque se sabe que muchos de los embarazos en adolescentes ocurren en el propio seno familiar.⁽³³⁾ La noción de apoyo familiar es un constructo considerado de difícil definición, sobre todo por su carácter multidimensional. No obstante, este envolvería la capacidad de adaptación de la familia a nuevos acontecimientos familiares, ofreciendo el apoyo considerado necesario, manteniendo una comunicación empática, intercambiando sentimientos y comentarios de soporte.⁽³⁴⁾ De esta forma, las relaciones familiares adquieren especial importancia en el desarrollo de sentimientos de pertenencia a un determinado ambiente, así como en la movilización de recursos físicos y psicológicos para lidiar con los desafíos que allí se generan.⁽³⁵⁾

El apoyo familiar puede ser definido como algo que ocurre en dos ejes centrales, por un lado, el emocional y por otro el instrumental. El primero se asocia al apoyo recibido, expresado por la disponibilidad afectiva, o el enfrentamiento de los problemas como una oportunidad para conversar y aclarar dudas, mientras que el apoyo instrumental se caracteriza por dar ayuda brindando recursos, como por ejemplo las ayudas financieras o la ayuda en el desempeño de tareas.⁽³⁶⁾ En este sentido se entiende la importancia del apoyo familiar a la adolescente embarazada; en particular, porque en muchos casos, el embarazo de la adolescente es absorbido al interior de la propia familia de la gestante, generando nuevas formas de relación entre los elementos que constituyen este núcleo^(37,38)

Silva y Tonete,⁽³⁹⁾ encuentran que el embarazo de adolescentes, a pesar de ser aceptado por la familia, es evaluado como generador de tensión y conflictos en las relaciones familiares; asimismo, la forma en que las adolescentes viven su maternidad está influenciada significativamente por la calidad de relaciones que experimentan los miembros de su grupo familiar. La familia, desde esta perspectiva, puede ser considerada como un factor de protección para la madre adolescente y su bebé, en la medida en que ofrece apoyo a través de una relación próxima, consistente y continua, así como la capacidad de monitorear las actividades de los adolescentes. De hecho, Benson⁽⁴⁰⁾ describe a la familia como el principal soporte de la adolescente embarazada. Además de ser un factor de protección para el desarrollo de la adolescente y su bebé después del parto, la buena calidad de las relaciones familiares puede ser un predictor de la ausencia de embarazo en la adolescencia.

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

Es sabido que una de las consecuencias que se asocia con el embarazo adolescente es que las hijas de madres adolescentes tienen una alta probabilidad de llegar a ser madres adolescentes también. Esta transmisión intergeneracional de la maternidad adolescente trasciende un ciclo de desventajas. La explicación del fenómeno puede deberse a diversos procesos tales como herencia biológica o genética, actitudes, valores y preferencias, ambiente familiar y características socioeconómicas. Existen algunos mecanismos descritos por González E. y Molina T.⁽⁴¹⁾ que intentan explicar esta transmisión de madres a hijas, el primero es la socialización. Las hijas de madres adolescentes pueden sostener actitudes, valores o preferencias que son favorables a la maternidad temprana y esto, porque reproducen los comportamientos de sus madres. Probablemente las madres que fueron madres adolescentes sean más favorables a mantener actitudes positivas hacia la maternidad adolescente y ellas transmiten estas actitudes a sus hijas a través del

proceso de socialización. Otro mecanismo es el control social; la forma como las madres sean capaces de controlar los comportamientos relacionados con el enamoramiento y la actividad sexual de sus hijas, influye en cuan rápidamente ellas llegan a ser madres. Por último, la inestabilidad familiar es otro importante mecanismo; los conflictos de pareja de los padres y la violencia familiar pueden debilitar la relación de la hija con los padres y animarlas a buscar apoyo emocional e intimidad fuera de la familia de origen.

Asimismo, otros antecedentes que se asocian son la educación y el ingreso familiar; es así que una pobre educación y, más aun, una mala situación económica, conllevan consecuencias, como, por ejemplo, una composición de familia extendida donde conviven también abuelos, tíos, e incluso varias familias viviendo en una misma casa como allegados, con el consiguiente hacinamiento físico y psicológico. Son estos casos en que los padres son menos capaces de controlar los comportamientos de la adolescente por lo tanto las hijas están en un mayor riesgo de comprometerse en comportamientos sexuales de riesgo y experimentar la maternidad adolescente. ^(12,42)

El funcionamiento familiar se refiere al conjunto de relaciones interpersonales que se dan en cada familia, lo que les proporciona identidad propia. Este es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para

encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración. (33, 43)

La disfuncionalidad familiar puede ser clasificada mediante el Apgar familiar que consta de cinco criterios que evalúan de manera cualitativa las características familiares de:

1. Adaptación: capacidad de utilizar los recursos en procura del bien común y la ayuda mutua, y la utilización de los mismos para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazada.

2. Participación: distribución de responsabilidades entre los miembros de la familia, compartiendo solidariamente los problemas y toma de decisiones.

3. Crecimiento: logro de la madurez emocional y física, autorrealización de los miembros de la familia, a través del apoyo mutuo.

4. Afecto: relación de cuidado y amor que existe entre los miembros de la familia.

5. Resolución: capacidad de resolver los problemas del grupo familiar, compartiendo el tiempo, espacio, y dinero entre los integrantes de la familia.⁽³³⁾

CARACTERÍSTICAS PERSONALES

Los estilos de vida abarcan cuestiones referentes a la casa en la que uno vive, los alimentos que se consumen, las actividades recreativas que se realizan, la distribución del tiempo libre, entre otras.

Cuando se es niño, los padres ejercen gran influencia en la socialización de los estilos de vida, guiando la alimentación, la distribución del tiempo libre, la forma de vestir, etc., sin embargo, cuando se llega a la adolescencia, los jóvenes toman varias decisiones por sí mismos. Para fines del estudio se analizará aquellas características personales ligadas al embarazo.

Blázquez-Morales, M. en su estudio sobre estilos de vida en adolescentes en México encuentra que el 56,6% de las gestantes adolescentes tenían entre 15-17 años, la escolaridad en el 66,6% fue de nivel básico. Se evidencia que la escolaridad de los adolescentes se ve afectada por su edad y por el abandono escolar dicha situación es muy frecuente en este grupo poblacional.⁽⁴⁴⁾

Respecto a la escolaridad se ha encontrado que la mitad de jóvenes entre 14 y 19 años sin ninguna escolaridad ya ha sido madre mientras que entre las adolescentes que tienen entre 9 a 11 años de escolaridad, el 4% ha estado embarazada alguna vez.⁽⁷⁾

El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en la deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación con la pareja entre otros.⁽¹⁴⁾

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

Las adolescentes cada vez están teniendo relaciones sexuales a más temprana edad entre los 12 y 13 años, esta realidad es parte de la sexualidad del ser humano como explorar su cuerpo, enamorarse, tener la primera ilusión, el primer enamorado o la primera enamorada, tener dudas sobre la primera menstruación (menarquia), entre otras; son tantas las interrogantes que el/la adolescente tiene y que quiere experimentar y no debe existir impedimentos ya que son sujetos y sujetas de derechos, todo lo contrario deberían contar con un contexto de información y prevención de acuerdo a su demanda, tal es el caso de servicios diferenciados con personal preparado y sensibilizado para atender todas las dudas de las jóvenes sin sancionar y juzgar las acciones que decidan tomar.⁽¹⁵⁾

En las adolescentes se ha observado que el riesgo de padecer alguna complicación obstétrica no parece estar ligado a su fisiología sino a

variables socioculturales y a las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione. Es frecuente que estos embarazos ocurra un evento no deseado o no planificado con una relación débil de pareja, lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, lo que provoca un control prenatal tardío o insuficiente.⁽⁴⁵⁾

El embarazo en una mujer adolescente puede llegar a término, produciéndose el nacimiento, o interrumpirse por aborto espontáneo o inducido, en este último. Algunas de las causas en el embarazo en adolescentes son el mismo comportamiento de experimentación en la sexualidad, la carencia de información y conocimientos insuficientes sobre los métodos anticonceptivos, la dificultad de acceso para su adquisición, la vergüenza tanto para preguntar, como para comprar anticonceptivos.⁽¹⁵⁾

2.3 Definiciones de términos

Actitud del adolescente: predisposición a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones, creencias, sentimientos, intenciones o tendencias hacia un objeto, factores que no son innatos, sino que se forman a lo largo de la vida. Es decir que, las actitudes dirigen nuestra atención a aspectos particulares de un objeto e influyen en nuestras interpretaciones del mismo. Como resultado, es más probable desarrollar una conducta acorde con la actitud, y las personas pueden actuar basándose en sus actitudes de una manera relativamente directa. ⁽⁴⁶⁾

Adolescente: la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece a la adolescencia como aquel periodo biológico comprendido entre los 10 a 19 años. ⁽²⁶⁾ Donde también se hace mención que el ministerio de salud modifico los rangos de edad de 12-17 años de edad. ⁽⁴⁶⁾

Atención prenatal: es el conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la etapa de gestación. La atención para la mujer embarazada es importante para asegurar un embarazo saludable e incluye controles regulares y análisis prenatales. Se suele iniciar este tipo de atención cuando la mujer descubre que está embarazada. Su propósito es lograr una óptima atención en salud para todas las gestantes, y que permita obtener un recién nacido vivo, sano, de buen peso y sin complicaciones maternas. ⁽⁴⁷⁾

Apgar familiar: es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global. ⁽⁴⁸⁾

Embarazo adolescente: ocurre cuando la madre se encuentra en la adolescencia, definida esta por la Organización Mundial de la Salud OMS, como el lapso de vida transcurrido entre 10 y 19 años de edad. También se suele designar como embarazo temprano o tardío, en atención a que se presenta antes de que la madre. ⁽¹⁵⁾

Familia: grupo de personas relacionadas por lazos consanguíneos, como padres, hijos, hermanos, todas aquellas personas que descienden de un antepasado común, el sistema de parentesco también se forma por el matrimonio. ⁽¹⁵⁾

Funcionalidad familiar: es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante. ⁽¹⁶⁾

Sexualidad: Conjunto de características físicas y psicológicas propias de cada sexo y comprende también un conjunto de actividades y comportamientos relacionados con el placer sexual. ⁽⁴⁶⁾

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

No aplicó la formulación de hipótesis debido a la naturaleza descriptiva del estudio.

3.2 Variables

V 1: Características Personales

V 2: Características Obstétricas

V 3: Características Familiares

Variable

V 1: Características personales

- Edad
- Escolaridad
- Estado civil
- Ocupación
- Actitud frente el embarazo
- Motivo de embarazo

V 2: Características obstétricas

- Inicio de relaciones sexuales
- Número de parejas sexuales
- Edad gestacional
-
- Antecedente de aborto
- Atención prenatal

V3: Características familiares

- Antecedente de embarazo adolescente en la familia
- Grado de instrucción del jefe de familia (papa y mama)
- Violencia familiar
- Ingreso mensual de la familia
- Funcionalidad familiar

3.2.1 Operacionalización de la variable

VARIABLES	INDICADORES	VALORACION
Características personales	Edad	Años
	Escolaridad	Sin estudios / Primaria / Secundaria / Superior técnico / Superior universitario
	Estado civil	Soltera / Conviviente / Casada
	Ocupación	Estudiante / Ama de casa / Empleada / Independiente
Características obstétricas	Inicio de relaciones sexuales	años
	Número de parejas sexuales	número
	Antecedente de aborto	Sí / No
	Atención prenatal	Sí / No
	Actitud frente el embarazo	Aceptación / Rechazo / Depresión /Angustia
	Motivo de embarazo	Falta de información de métodos anticonceptivos / otros motivos
Características familiares	Antecedente de embarazo adolescente en la familia	Sí / No
	Grado de instrucción de los padres	Sin estudios / Primaria / Secundaria / Superior técnico / Superior universitario
	Violencia familiar	Sí / No
	Ingreso familiar mensual	En texto
	Funcionalidad familiar	Buena función familiar / Disfunción leve Disfunción moderada / Disfunción severa

CAPÍTULO IV: METODOLOGIA

4.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

4.1.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio fue observacional de tipo descriptivo, prospectivo de corte transversal. De acuerdo a la planificación de la recopilación de los datos fue prospectivo, al número de variables de estudio fue descriptivo, y según las veces en que se mide la variable de estudio fue transversal y de acuerdo a la intervención del investigador fue observacional.

4.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La investigación fue de nivel aplicativo.

4.1.3 MÉTODO

El método del estudio es cuantitativo donde se muestran de forma numérica, estadísticas, porcentajes. Esto implica que la investigación cuantitativa se realizó con preguntas específicas y de las respuestas de los participantes (encuestas), obtiene muestras numéricas.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

4.2.1 POBLACIÓN

Consta de 3202 mujeres adolescentes y dentro de ellas 85 son gestantes adolescentes (10 a 19 años) atendidas en el Centro Materno Infantil “Juan Pablo II” en el 2015.

4.2.2 MUESTRA

Está conformada por 85 gestantes adolescentes (10 a 19 años) atendidas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II en el año 2015.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnicas

La técnica fue la encuesta. Una vez recolectados, revisados y codificados los datos, se procedió a almacenarlos en una base de datos para su presentación en tablas y gráficos de acuerdo al nivel de medición para su posterior análisis

INSTRUMENTO

Fue un cuestionario elaborado por la autora para fines del presente estudio, se encuentra distribuida en tres rubros:

Las características personales, con los siguientes ítems la edad, escolaridad, estado civil, ocupación, adicciones, actitud frente al embarazo y motivo de embarazo.

Las características obstétricas, con los siguientes ítems inicio de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales, antecedente de aborto, aborto y número de controles prenatales.

Las características familiares, con los siguientes ítems antecedentes de embarazo adolescente en la familia, grado de instrucción del jefe de familia, violencia familiar. Ingreso mensual de la familia y la dinámica familiar (relación familiar y funcionalidad familiar).

Para evaluar la funcionalidad de la familia se utilizó el Apgar familiar, el cual es un instrumento de tipo Likert que incluye 5 preguntas, elaborada a partir de la revisión de los instrumentos de atención integral a la familia, las preguntas estarán basadas en la adaptación, participación, ganancia, afecto y recursos las cuales serán evaluadas por el investigador.

Para la medición de cada pregunta del cuestionario se asignó un puntaje a las respuestas utilizando una escala numérica del 0 a 4. Donde 0 será la menor calificación y 4 será la mayor calificación. El rango de puntaje obtenido de acuerdo a la sumatoria mínima y máxima de los ítems del cuestionario se categorizará en 4 intervalos obteniendo de esta forma las valoraciones de disfunción familiar severa, disfunción familiar moderada, disfunción familiar leve y Buena función familiar, es decir:

Disfunción familiar severa: 9 o menos

Disfunción familiar moderada: 10-13

Disfunción familiar leve: 14-17

Buena función familiar: 18-20

PLAN DE ANÁLISIS

Procesamiento de Datos: Los datos recopilados, fueron codificados y tabulados en una base de datos diseñado de acuerdo al cuadro de variables, posteriormente serán depurados y re categorizados para su análisis.

Se diseñó una base de datos en el programa estadístico SPSS v.23 en español; previo control de calidad del registro en la base de datos, considerando la operacionalización de las variables y objetivos.

Análisis estadístico: Para describir las características en gestantes adolescentes se utilizaron frecuencias absolutas y relativas para las

variables cuantitativas se recurrirá a las medidas de tendencia central y de dispersión.

Presentación de resultados: Los resultados serán presentados mediante tablas de frecuencias y gráficos estadísticos como el diagrama de barras y el diagrama circular para su posterior análisis.

CAPÍTULO V: RESULTADOS

En esta sección se muestran los resultados obtenidos del análisis de la base de datos elaborada para esta investigación previo control de calidad de los datos. La muestra estuvo conformada por 85 gestantes adolescentes (10-19 años) atendidas en el Centro Materno Infantil “Juan Pablo II” durante el año 2015, asimismo se presenta los resultados en tablas o cuadros estadísticos con su respectivo gráfico de manera concreta y ordenada de acuerdo a los objetivos planteado en la presente investigación.

Tabla 1. Características personales de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Infantil “Juan Pablo II” 2015

Características personales	$\bar{x} \pm DS$ (Min. - Máx.)	
Edad	16,5\pm 1,5(15-19)	
	N	%
15-16 años	50	58,8
17-19 años	35	41,2
Escolaridad		
Primaria	2	2,4
Secundaria	75	88,1
Superior técnico	4	4,7
Superior Universitario	4	4,7
Estado civil		
Soltera	44	51,7
Conviviente	40	47,1
Casada	1	1,2
Ocupación		
Estudiante	44	51,7
Ama de Casa	22	25,9
Empleada	19	22,4
Total	85	100,0

Fuente: Base de datos aplicadas en CMI Juan PABLO II.

Entre las características personales se encontró que la edad media de las gestantes adolescentes fue 16,5 años, perteneciendo todas a la adolescencia tardía (15 y 19 años). La mayoría de gestantes adolescentes se caracterizaron por tener un nivel de escolaridad secundaria (88,1%), estado civil soltera (51,7%) o conviviente (47,1%) y ocupación estudiante (51,7%) Se encontraron dos casos donde las gestantes adolescentes solo habían realizado la primaria a pesar de tener más de 15 años (Ver tabla 1).

Tabla 2. Características personales relacionadas al embarazo de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Infantil “Juan Pablo II” 2015

Características personales relacionadas al embarazo	N	%
Actitud frente el embarazo		
Rechazo	38	44,7
Angustia	36	42,4
Aceptación	5	5,8
Depresión	6	7.1
Motivo de embarazo		
Falta de información sobre métodos anticonceptivos	84	98,8
Otros	1	1,2
Total	85	100,0

Fuente: Base de datos aplicadas en CMI Juan PABLO II.

En relación a las características personales relacionadas al embarazo, el 44,7% de gestantes tiene una actitud de rechazo frente al embarazo y un 42,4% manifiesta una actitud de angustia. En el estudio solo 10 adolescentes (5,8%) aceptaron su embarazo. También se observó que la mayoría de las gestantes adolescentes indicó la falta de información sobre métodos anticonceptivos. (98,8%) (Ver tabla 2).

Tabla 3. Características obstétricas de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Infantil “Juan Pablo II” 2015

Características Obstétricas	$\bar{x} \pm DS$ (Min. - Máx.)	
Edad de Inicio de relaciones sexuales	14,8\pm 1,4(12-18)	
	N	%
12-15 años	63	74,1
16-18 años	22	25,9
Nº de parejas sexuales		
1	64	75,3
2	17	20
3 a más	4	4,7
Antecedente de aborto		
Si	3	3,5
No	82	96,5
Atención prenatal		
Si	85	100
No	0	0
Total	85	100,0

Fuente: Base de datos aplicadas en CMI Juan PABLO II.

Respecto a las características obstétricas, se observó que la edad media de inicio de relaciones sexuales fue $14,8 \pm 1,4$ años, donde la mayoría tenía entre 12 y 15 años (74,1%). La mayoría de gestantes adolescentes solo tuvo una pareja sexual (75,3%) y no presentó antecedente de aborto (96,5%) y recibieron atención prenatal (100%). Además se encontró tres casos de adolescentes con antecedente de aborto (3,5%) (Ver tabla 3).

Tabla 4. Características familiares de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Infantil “Juan Pablo II” 2015

Características Familiares	$\bar{X} \pm DS$ (Min. - Máx.)	
Ingreso mensual (S/.)	721± 153,7(400-1500)	
Antecedente de embarazo adolescente en la familia	N	%
Si	7	8,2
No	78	91,8
Grado de Inst del Padre		
Primaria	6	7,1
Secundaria	77	90,6
Superior Técnico	2	2,3
Grado de Inst de la Madre		
Secundaria	84	98,8
Superior Técnico	1	1,2
Violencia Familiar		
Si	4	4,7
No	81	95,3
Tipo de violencia familiar		
Física	1	1,2
Psicológica	3	3,5
No presente	81	95,3
Total	85	100,0

Fuente: Base de datos aplicadas en CMI Juan PABLO II.

Entre las características familiares se encontró que el ingreso medio al mes fue 721 ±153,7 soles oscilando entre 400 y 1500 soles. Además el 8,2% de las gestantes presentaron antecedentes de embarazo adolescente, donde se consideró a la madre, hermana y abuela. En cuanto al grado de instrucción tanto al padre como de la madre la mayoría tenía un nivel secundario (90,6% y 98,8%), respectivamente. Además se observó cuatro casos de violencia familiar, donde el agresor fue el padre o la madre. Un 4,7% de las adolescentes presentó violencia, registrándose tres casos de violencia psicológica (3,5%) y un caso de violencia física (1,2%) (Ver tabla 4).

Tabla 5. Grado de funcionalidad familiar en las gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Infantil “Juan Pablo II” 2015

Grado de funcionalidad familiar	N	%
Buena función familiar	2	2,4
Disfunción Leve	36	42,4
Disfunción Moderada	47	55,6
Disfunción Severa	0	0,0
Total	85	100,0%

Fuente: Base de datos aplicadas en CMI Juan PABLO II.

En la tabla 5 se observa que la mayoría de gestantes adolescentes presentó disfunción familiar (98%), el grado de disfunción más frecuente fue disfunción moderada (55,6%). No se encontró ningún caso de disfunción severa. Solo cuatro adolescentes presentaron una buena funcionalidad familiar (2,4%) (Ver tabla 5).

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN

En la actualidad el embarazo en adolescentes ha sido calificado como un problema de salud y social. Ahora bien, para poder entender el embarazo adolescente hace falta considerar el efecto de algunos determinantes contextuales, vinculados también al hogar, a la dinámica y funcionalidad familiar. Por tal motivo el presente estudio tuvo como objetivo describir el perfil de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Infantil “Juan Pablo”, tanto a nivel de sus características personales y obstétricas, como a nivel familiar; estos resultados nos permitirán brindar una orientación integral que incluya a la familia en su conjunto como fuente principal de apoyo y estabilidad en las adolescentes gestantes.

En lo que respecta a las características personales se encontró que la edad promedio de las gestantes adolescentes fue 16,5 años, además el 58,8% de ellas se encontraban en un rango de edad entre 15 y 16 años; resultados que son congruentes con los hallazgos de Mengole, T., Lannacone, J.⁽¹⁸⁾ quienes encontraron un predominio de gestantes adolescente entre los 14 y 16 años, asimismo fue para Blazquez, S., *et al*⁽⁴⁴⁾, en cuyo estudio el 56,6% de adolescentes tenía entre 15 a 17 años, de la misma manera el estudio de Arias,

C., *et al* ⁽²¹⁾ arrojó un promedio de edad de 18 años. Según los promedios de edad mencionados, la mayor parte de las gestantes se encontraban apenas de terminar la pubertad y apenas iniciada la adolescencia, etapa en la que se acumulan una serie de factores estresores propios de la edad, lo cual aunado a la falta de educación sexual y de servicios de orientación y consejería desencadenan en un embarazo no planificado puede bloquear las posibilidades de continuar una transición adecuada hacia la vida adulta.⁽¹¹⁾ En relación a las siguientes características personales evaluadas se encontró que el 88,1% de las gestantes adolescentes había alcanzado un nivel secundario de educación, la mayoría con estado civil soltera o conviviente (51,7% y 47,1% respectivamente); resultados que son similares a los presentados por Osorio, R.⁽¹⁵⁾ donde el 75% tenía grado de instrucción secundaria, de igual forma para Sánchez, L.²⁵ donde el 60% de adolescentes se encontraban solteras. Sin embargo, en el estudio de Blazquez, S., *et al* ⁽⁴⁴⁾ el estado civil fue mayormente casada (80%) y la escolaridad de nivel básico (66,6%). La característica de un grado de instrucción a nivel básico, se explica en el hecho de que el embarazo adolescente lleva a la deserción escolar y la falta de continuidad de estudios superiores, ello merma de forma consistente las expectativas que tienen las adolescentes para sus propias vidas.

La sexualidad y sus diferentes fundamentos es uno de los temas más delicados y menos tratados en la adolescencia; ello hace que se obtenga información por la vía menos idónea, esto en un contexto de precaria calidad educativa, presión de grupo y deseos de independencia conducen al adolescente a iniciar su vida sexual sin tener en cuenta todo lo que conlleva tal decisión y los riesgos a los que podría estar expuesto. En cuanto esta característica obstétrica en las adolescentes estudiadas, se encontró que el 74,1% inicio su vida sexual entre los 12 y 15 años, con una edad promedio de 14,8 años; resultado que es similar a lo encontrado por Osorio, R.⁽¹⁵⁾ en cuyo estudio sobre los principales factores del embarazo adolescente, se reportó que el 62% inició sus relaciones sexuales entre los 14 a 16 años, asimismo fue para Mengole, T., Lannacone,

J.⁽¹⁸⁾ donde las gestantes iniciaron su actividad sexual antes de los 20 años de edad, y de estas el mayor porcentaje informó que su primera experiencia sexual fue entre los 17 y 19 años, de la misma manera para Arias, C., *et al* ⁽²¹⁾ quien encontró que la edad promedio en que los adolescentes iniciaron relaciones sexuales fue 15,1 años. Respecto a otras características obstétricas, es importante mencionar que las gestantes adolescentes recibieron atención prenatal (100%); pues esta población es vulnerable y presenta un número elevado de complicaciones para la salud de la madre y de su hijo. La gestante adolescente puede presentar con mayor frecuencia trastornos hipertensivos de la gestación, poca ganancia de peso, anemia, parto pretérmino, alteraciones en los procesos familiares, alteraciones en el desempeño del rol materno, entre otras. Es objetivo de los profesionales de la salud materna identificar estos riesgos durante la atención prenatal con el propósito de prevenir el aumento de morbilidad y mortalidad en este grupo etario.

Respecto a las características familiares de las gestantes, se evidencio que el 8,2% presentó antecedentes de embarazo adolescente en la familia, asimismo el grado de instrucción de nivel secundario se observó en 90,6% de los padre y 98,8% las madres. Por otro lado, se encontraron 4 casos de violencia familiar, 3 de ellos fueron de tipo psicológico y hubo un solo caso de maltrato físico; datos que difieren con lo reportado por Arias, C., *et al* ⁽²¹⁾ cuyo objetivo fue analizar la funcionalidad familiar y factores relacionados en un grupo de adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal en los centros de atención de ASSBASALUD ESE; encontrando que un 54,7% no vivían con los progenitores, en un 38,9% las jóvenes sufrían de violencia en el hogar, en el 29% de los casos por parte del padre, consumo de sustancias psicoactivas en un 20%, 46,5% presentaban una relación regular con el padre, y el tipo de educación recibida por el padre era adecuada en solo 29,6% de los casos. En síntesis, las diferentes características familiares y especialmente la inestabilidad familiar que crea conflictos y violencia familiar debilitan la relación de la adolescente

con los padres o tutores; ello puede motivarlas a encontrar el apoyo emocional e intimidad en personas externas al núcleo familiar.

Las adolescentes, se encuentran en un periodo de cambio y aprendizaje que abren paso al inicio de la vida sexual de forma precoz; ello incrementa un conjunto de riesgos de tipo biológico, sociales y psicológicos que alteran la dinámica y funcionalidad en el interior de las familias.⁽¹⁹⁾ Respecto a este punto, se encontró que el 98% de las adolescentes embarazadas presentaban disfunción familiar, de las cuales la mayor parte tenía un grado de disfunción familiar de moderado a leve (55,6% y 42,4%, respectivamente), mientras que un menor porcentaje presentó una buena funcionalidad familiar (2,4%); resultados que son similares a lo mostrado por Angoma, L., Poccorpachi, D.⁽¹⁶⁾ cuyo objetivo fue determinar el grado de funcionalidad familiar existente en gestantes adolescentes mediante la aplicación del Test Apgar familiar modificado. Encontrando que el 90% de las gestantes adolescentes tuvieron una disfunción familiar, donde el 45 % tuvieron una disfunción familiar leve, el 34% presentó disfunción familiar moderada y el 11% presentaron disfunción familiar severa. Por otro lado, solo el 10% de las adolescentes refieren haber tenido una buena funcionalidad familiar en el estudio de Arias, C., *et al* ⁽²¹⁾ realizado en Colombia; además, el 72,1% presentaron disfuncionalidad familiar de leve a severa, de la misma manera para Calderón, I., *et al* ⁽²⁰⁾ quienes pusieron de manifiesto la presencia de la disfuncionalidad familiar para el 65,5%; no obstante, 20 (34,5 %) familias eran funcionales. Esto puede explicarse en la estabilidad psicológica y económica que representa el apoyo de la pareja, lo cual promueve una funcionalidad familiar más eficaz.

CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES

Después de terminar el estudio en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II se ha abordado a las siguientes conclusiones:

- La edad media de las gestantes adolescentes fue 16,5 años, asimismo la mayoría de gestantes adolescentes eran estudiantes (51,7%), escolaridad secundaria (88,1%) y estado civil soltera (51,7%); además de la falta de información sobre métodos anticonceptivos fue el motivo principal de embarazo (98,8%) y donde casi la mitad de las gestantes adolescentes mostraron una actitud de rechazo frente al embarazo (44,7%).
- Entre las características obstétricas, se encontró que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue 14,8 años y la mayoría de gestantes adolescentes habían tenido solo una pareja sexual (75,3%). Un mínimo porcentaje presentó antecedente de aborto (3 casos)
- Respecto a las características familiares, el ingreso promedio mensual fue 721 soles, oscilando entre 400 y 1500 soles, además se encontró 7 casos de gestantes que presentaron antecedente de embarazo adolescente en la familia (8,2%). En relación al grado de instrucción del padre y de la madre fue con mayor frecuencia fue nivel secundario (90,6 y 98,8%, respectivamente). Por otro lado, se encontró 4 casos de violencia familiar, donde un caso fue de tipo física (1,2%) y tres casos de tipo psicológico (3,5%). Además, la mayoría presenta disfunción familiar moderada (55,6%).

CAPÍTULO VIII: RECOMENDACIONES

En el proceso de investigación sobre embarazo adolescente en el Centro Materno Infantil “Juan Pablo II”, se da a conocer las Características personales, obstétricas y familiares de las gestantes adolescentes por ello se recomienda fortalecer y/o implementar programas educativos que aborden la sexualidad como parte de la educación y formación general de los adolescentes; ello podría llevarse a cabo incluyendo en la curricula escolar una sección exclusiva para la educación sexual y reproductiva, donde el profesional brinde la consejería y orientación.

En el establecimiento de salud se debe seguir promoviendo la atención prenatal reenfocada como estrategia preventiva de complicaciones en el embarazo adolescente, esto quiere decir, que además de hacer efectiva la asistencia obstétrica, se debe involucrar a la pareja y/o familia de la adolescente, con el fin de evaluar y mejorar la funcionalidad del hogar al que pertenecen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ceballos, G., Suárez, Y., Arenas, K., Salcedo, N. Adolescentes gestantes: Características sociodemográficas, depresión e ideación suicida. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 5 (2), 31-44.
2. Guridi, M., Pedraza, V., Márquez, I., Domínguez, V., Ferrás, D. Caracterización psicosocial de adolescentes embarazadas atendidas en el área de salud de Calabazar. *Revista PsicologíaCientífica.com*, 16(3).
3. Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia; 2014. [acceso 15 de octubre del 2015] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
4. Veloza, M. Salud familiar en familias con adolescente gestante. *Av.Enferm.2012; XXX (1): 75-81.*
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. 11 de julio. Día mundial de la población, Lima, 2014.
6. Committee on Adolescence. Contraception and Adolescents. *Pediatrics* 2007; 120: 1135-48.
7. Magalhães, M., Mattar, R., Furtado, F., Francisco, H., Nogueira, M. Características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia. Estudio en la Maternidad Escuela de Fortaleza/Brasil. *Rev SOGIA* 2005; 12 (2): 49-70.
8. Ministerio de Salud. Plan Andino para la prevención del embarazo en adolescentes. Organismo Regional Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue. 2008.
9. United States Agency for International Development, Profamilia. Salud sexual y reproductiva en zonas marginadas: situación de las mujeres desplazadas 2005. Bogotá: United States Agency International Development, Profamilia; 2005.
10. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El bono demográfico en las regiones del Perú. Lima: UNFPA; 2012.

11. Mendoza W, Subiria G. El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2013; 30 (3):471-179.
12. Baeza, W., Bernardita, B. Identificación de Factores de Riesgo y Factores Protectores del Embarazo en Adolescentes de la novena región. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2007; 72: 76–81.
13. Gamboa, C. El embarazo en adolescentes. Marco teórico conceptual, políticas públicas, derecho comparado, directrices de la OMS, iniciativas presentadas y opiniones especializadas. México D.F. 2013.
14. Alarcón I, Coello J, Cabrera J, Monier G. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. *Rev Cubana Enfermer*. 2009; 25:1-14.
15. Osorio, R. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano], Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima 2014.
16. Angoma L, Poccorpachi D. Funcionalidad familiar en gestantes adolescentes: Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2011.
17. Gamarra, P., Lannacone, J. Factores asociados que influyen en el inicio de actividad sexual en adolescentes escolares de Villa San Francisco-Santa Anita, Lima-Perú, 2009. *The Biologist (Lima)*. 2010; 8(1):54-72.
18. Mengole, T., Lannacone, J. Factores socioculturales, conocimiento y actitudes de las primigestas adolescentes y no adolescentes frente al embarazo en el Hospital José Agurto Tello Chosica, Lima, Perú, 2009. *The Biologist (Lima)*. 2010; 8(2): 164-178.
19. Castellón H. Caracterización de la funcionalidad familiar en adolescentes gestantes en una comunidad urbana del Municipio de Malambo (Atlántico). Bogotá-Colombia: Universidad Nacional de Colombia. 2014.
20. Calderón I, del Río C, Rodríguez O y Guisandes A. Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud. *Medisan*. 2014; 18 (11).

21. Arias C, Carmona I, Castaño J, Castro A, Ferreira A, Gonzales A, *et al.* Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de ASSBASALUD ESE, Manizales (Colombia), 2012. Archivos de Medicina. 2013; 13 (2): 142-159.
22. Gómez, C., Montoya, L. Factores sociales, demográfico, familiares y económicos relacionados con el embarazo adolescente, área urbana, Briceño, 2012. Rev Salud Pública 2014; 16(3): 394-406.
23. Bearinger L, Sieving R, Ferguson J, Sharma V. Global perspective on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. Lancet. 2007; 369: 1220-1231.
24. Klima C. Centering pregnancy: a model for pregnant adolescents. J Midwifery Womens Health. 2003; 48: 220-225.
25. Perinat A, Corral A, Crespo I, Domenech E, Font S, Lalueza J, *et al.* Los adolescentes en el siglo XXI. 1ra ed. Barcelona-España: Editorial UOC. 2003. pp. 185-197.
26. Rodríguez M. Mesa redonda: Adolescencia. Necesidad de creación de unidades de adolescencia. An Pediatr. 2003; 58: 104-6.
27. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la Infancia: La adolescencia, una época de oportunidades. UNICEF. 2011.
28. OMS. La familia definición por la OMS. [acceso 10 de noviembre del 2015] Disponible en: <http://alejandrocobtis149ctsv.blogspot.com/2009/10/la-oms-define-familia-como-losmiembros.html>.
29. León D, Camacho R, del Refugio M, Rodríguez A. Percepción de la función familiar por adolescentes de la enseñanza media superior. Rev Cubana Pediatr. 2008; 80(3):58-64.
30. Goicolea I, Wulff M, Öhman A, San Sebastian M. Risk factors for pregnancy among adolescent girls in Ecuador's Amazon basin: a case-control study. Rev Panam Salud Pública. 2009; 26:221-8.
31. Rangel J, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar. Rev Fac Med UNAM. 2004; 47 (1):24-47.

32. Leyva V, Berroa A, Negret D, García J. Algunos aspectos relacionados con el embarazo a destiempo en adolescentes. *Rev Cubana Enfermer.* 2002; 18 (2):107-111.
33. Silva L, Tonete L. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e de cuidados. *Revista Latinoamericana de Enfermagem.* 2006; 14 (2):199-206.
34. Batista M. Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. *Psico-USF.* 2005; 10(1):11-19.
35. Fuhrer R, Stansfeld S. How gender affects patterns of social relations and their impact on health: A comparison of one or multiple sources of support from “close persons”. *Social Science y Medicine.* 2002; 54: 811-825.
36. Dallas C. Family matters: How mothers of adolescent parents experience adolescent pregnancy and parenting. *Public Health Nursing.* 2004; 21: 347-353.
37. Bigras M, Paquette D. Estudo pessoa-processo- contexto da qualidade das interações entre mãe-adolescente e seu bebê. *Ciência y Saúde Coletiva.* 2007; 12 (5):1167-1174.
38. Falcão D, Salomão N. Mães adolescentes de baixa renda: um estudo sobre as relações familiares. *Arquivos Brasileiros de Psicologia.* 2006; 58 (2): 11-23.
39. Silva L, Tonete V. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e de cuidados. *Revista Latinoamericana de Enfermagem.* 2006; 14 (2): 199-206.
40. Benson J. After the adolescent pregnancy: Parents, teens, and families. *Child and Adolescent Social Work Journal.* 2004; 21 (5): 435-455.
41. González E, Molina T. Características de la maternidad adolescente de madres a hijas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2007; 72 (6).
42. Canales H, de Alvarado E, Pineda E. Metodología de la investigación. 2da edición. Washington D.C: Organización Panamericana. 1994.

43. Louro I. Modelo de salud del grupo familiar. Rev. Cuba. Salud Pública. 2005; 31(4): 3.
44. Blásquez S, Torres I, Pavón P, Gogeochea M, Blásquez C. Estilos de vida en embarazadas adolescentes. Salud en Tabasco 2010; 16(1): 883-890.
45. Peláez J. Adolescente embarazada: características y riesgos. Comentarios al trabajo de Ángel Maida y cols. [acceso 20 de diciembre del 2015] Disponible en: <http://www.cemera.cl/sogia/pdf/1996/III1adolescente.pdf>
46. Libreros, L., Fuentes, L., Pérez, A. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes en una unidad educativa. Respyn. 2008; 9(4):1-8.
47. Nuño, B., Alvarez, J., González, C., Madrigal, E. La adicción ¿vicio o enfermedad? Imágenes y uso de servicios de salud en adolescentes usuarios y sus padres. Salud Mental. 2006; 29 (4): 47-54.
48. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. 2013 [acceso 10 de noviembre del 2015] Disponible en: <http://igss.gob.pe/portal/files/redes-integradas/0002/esssr/nts-n-105-minsa-dgsp-v-01-norma-tecnica-de-salud-para-la-atencion-integral-de-salud-materna.pdf>.



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

“CARACTERÍSTICAS PERSONALES, OBSTETRICAS Y FAMILIARES DE GESTANTES
ADOLESCENTES DEL CENTRO MATERNO INFANTIL “JUAN PABLO II” 2015”

I. Características personales:

Edad: años

Escolaridad:

Sin estudios Primaria Secundaria

Superior técnico Superior universitario

Estado civil:

Soltera Conviviente Casada

Ocupación:

Estudiante Ama de casa Empleada

Independiente

Actitud frente el embarazo:

Aceptación Rechazo Depresión

Angustia

Motivo de embarazo:

Falta de información sobre métodos anticonceptivos

Otros Especificar: _____

II. Características obstétricas:

Edad de Inicio de relaciones sexuales:

Número de parejas sexuales: 1 () 2 () 3 a más ()

Antecedente de aborto: Sí No

Recibe atención prenatal

III. Características familiares:

Antecedente de embarazo adolescente en la familia: Sí No

¿Quién?

Madre Hermana Tía
Otros Especificar: _____

Grado de instrucción de los padres:

-Madre

Sin estudios Primaria Secundaria
Sup. Técnico Sup. Universitario

-Padre

Sin estudios Primaria Secundaria
Sup. Técnico Sup. Universitario

Violencia familiar: Sí No

-¿Quién?

Padre Madre Hermanos
Otros parientes Especificar: _____

-Tipo de violencia familiar

Física Psicológica Sexual

Ingreso familiar mensual:

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

FUNCIÓN	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite.					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en familia: a) El tiempo para estar juntos, b) Los espacios en casa, c) El dinero.					

FUNCIÓN	PUNTAJE
Buena función familiar	18 -20
Disfunción familiar leve	14 – 17
Disfunción familiar moderada	10 – 13
Disfunción familiar severa	9 o menos

PUNTAJE:

RESULTADO:

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Metodología
<p>Problema Principal ¿Cuáles son las características personales, obstétricas y familiares de gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Infantil “Juan Pablo II” 2015?</p> <p>Problemas Secundarios</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cuáles son las características personales de las gestantes adolescentes? ▪ ¿Cuáles son las características obstétricas de las gestantes adolescentes? ▪ ¿Cuáles son las características familiares de las gestantes adolescentes? 	<p>Objetivo General Describir las características personales, obstétricas y familiares de gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Infantil “Juan Pablo II” 2015.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Describir las características personales de las gestantes adolescentes ▪ Describir las características obstétricas de las gestantes adolescentes ▪ Describir las características familiares de las gestantes adolescentes 	<p>Hipótesis general No aplica la formulación de hipótesis debido a la naturaleza descriptiva del estudio.</p>	<p>Características personales</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad ▪ Escolaridad ▪ Estado civil ▪ Ocupación ▪ Actitud frente el embarazo ▪ Motivo de embarazo <p>Características obstétricas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inicio de relaciones sexuales ▪ Número de parejas sexuales ▪ Antecedente de aborto ▪ Atención Prenatal <p>Características familiares</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedente de embarazo adolescente en la familia ▪ Grado de instrucción del jefe de familia (papa y mama) ▪ Violencia familiar ▪ Ingreso mensual de la familia ▪ Funcionalidad familiar 	<p>Tipo y diseño de investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipo: observacional. ▪ Diseño: descriptivo, prospectivo de corte transversal. <p><i>Población: 85 Gestantes adolescentes que son atendidas en el Centro Materno Infantil “Juan Pablo II” 2015</i></p> <p>Técnica e instrumento: Técnica de recolección de datos: encuesta y observación. Instrumento: Cuestionario</p>