



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

**“FACTORES PSICOFÍSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN EL  
EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES DE LAS INSTITUCIONES  
EDUCATIVAS “JUAN UGAZ” E “INDOAMERICANO” DE LA  
PROVINCIA SANTA CRUZ REGIÓN – 2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN  
ENFERMERÍA**

**LICENCIADA : RUT MILIÁN LEÓN**

**CAJAMARCA - PERÚ**

**2016**

**“FACTORES PSICOFÍSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN EL  
EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES DE LAS INSTITUCIONES  
EDUCATIVAS “JUAN UGAZ” E “INDOAMERICANO” DE LA  
PROVINCIA SANTA CRUZ REGIÓN – 2015”**

### **DEDICATORIA**

**A Dios**, Por haberme permitido lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

**A mis familia** por su apoyo a lo largo de este tiempo, por su comprensión, tolerancia y porque creyeron en mis capacidades.

### **AGRADECIMIENTO**

A la universidad Alas Peruanas con su Escuela Profesional de Enfermería, donde encontré muy buenos profesionales para mi formación

Gracias a todas las personas que ayudaron en la realización de esta investigación.

## RESUMEN

El presente trabajo tenía como objetivo determinar los factores psicofísico sociales que influyen en el embarazo en las adolescentes de las instituciones educativas “Juan Ugaz” e “Indoamericano” de la provincia Santa Cruz, es los hábitos y la falta de actitud preventiva. Fue un estudio de tipo no experimental de nivel descriptivo y de corte transversal. La muestra solamente fueron 16 adolescentes que salieron embarazadas. Entre sus conclusiones tenemos

Los factores psicológicos que influyen en el embarazo de las adolescentes de las Instituciones Educativas “Juan Ugaz” e “Indoamericano” de la provincia Santa Cruz, es los hábitos y la falta de actitud preventiva.

Los factores físicos que influyen en el embarazo de las adolescentes de las Instituciones Educativas “Juan Ugaz” e “Indoamericano” de la provincia Santa Cruz, es en el más alto porcentaje la curiosidad sexual y la menarquia precoz con la iniciación sexual.

Los factores sociales que influyen en el embarazo de las adolescentes es en el 44%(7) la inadecuada relación con los padres y el desconocimiento de educación sexual.

Teniendo en cuenta los resultados de la investigación se puede aceptar la hipótesis que planteaba que existen factores que influyen en el embarazo

**Palabras Claves:** Factores Psicofísico-sociales

## **ABSTRAC**

The present study aims to determine the social psychophysical factors influencing teen pregnancy educational institutions "Juan Ugaz" and "American Indian" Santa Cruz province, is the habits and lack of attitude preventiva. Fue study non-experimental descriptive and cross-sectional level. The shows were only 16 became pregnant teenagers. Among its conclusions have

Psychological factors influencing teenage pregnancy of Educational Institutions "Juan Ugaz" and "American Indian" Santa Cruz province, is the habits and lack of preventive attitude.

Physical factors that influence adolescent pregnancy of Educational Institutions "Juan Ugaz" and "American Indian" Santa Cruz province, is in the highest percentage of sexual curiosity and early menarche to sexual initiation.

Social factors influencing teenage pregnancy is at 44% (7) the inappropriate relationship with parents and the lack of sex education.

Considering the results of the research can accept the hypothesis which stated that there are factors that affect pregnancy

**Keywords:** psycho-physical-social factors

## INDICE

	Pág.
<b>DEDICATORIA</b>	
<b>AGRADECIMIENTO</b>	
<b>RESUMEN</b>	i
<b>ABSTRAC</b>	ii
<b>ÍNDICE</b>	iii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	v
<b>CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	
1.2.1. Problema General	13
1.2.2. Problemas Específicos	14
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	14
1.3.2. Objetivos específicos	14
1.4. Justificación del estudio	15
1.5. Limitaciones de la investigación	17
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes del estudio	18
2.2. Base teórica	22
2.3. Definición de términos	56
2.4. Hipótesis	60
2.5. Variables	60
2.5.1. Definición conceptual de la variable	60
2.5.2. Definición operacional de la variable	61
2.5.3. Operacionalización de la variable	63

<b>CAPITULO III: METODOLOGIA</b>	
3.1. Tipo y nivel de investigación	64
3.2. Población y muestra	64
3.3. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	65
3.4. Validez y confiabilidad del Instrumento	66
3.5. Procesamiento para la recolección de datos	67
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	68
<b>CAPÍTULO V: DISCUSION</b>	74
<b>CONCLUSIONES</b>	75
<b>RECOMENDACIONES</b>	76
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	77
<b>ANEXOS</b>	
Matriz	
Instrumento	

## INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente ha sido un fenómeno de enorme interés, hasta ahora la investigación sobre embarazo adolescente se ha concentrado sobre las complicaciones médicas durante el embarazo, las causas psicosociales y las consecuencias de la fertilidad adolescente, los cambios demográficos a través del tiempo y las consecuencias sobre el desarrollo de los hijos. Pero también es necesario llamar la atención sobre las consecuencias a largo plazo del embarazo adolescente sobre los roles alternativos de la mujer y su estatus económico.

A partir de las consecuencias adversas económicas y sociales de la maternidad adolescente, en múltiples trabajos se ha señalado que en la desigualdad socioeconómica se puede encontrar su explicación.

La maternidad temprana marca el inicio de una responsabilidad económica a largo plazo para la cual las madres jóvenes cuentan con pocos recursos y se estresan más ante las limitadas oportunidades laborales. La familia de origen, aun cuando apoya a la nueva familiar no cuenta con recursos y más bien la joven y sus hijos son una carga extra para los familiares.

Existen determinantes sociales, económicas que influyen directa e indirectamente en los habitantes y que interfieren y/o deterioran la salud de los mismos generando condiciones físicas, y mentales desfavorables en los núcleos familiares, estos factores no son tomados en cuenta en el desarrollo de las acciones en salud y/o no son abordados en forma integral en los procesos de educación en salud sexual reproductiva y atención médica preventiva en los grupos de adolescentes y embarazadas, tales como violencia social, agrupaciones ilícitas (maras), bajo nivel educativo y económico, maltrato y abuso sexual en todas sus formas, desintegraron familiar, delincuencia entre otros.

La presente investigación para fines de estudio contiene:

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: En él se hace mención a los resultados obtenidos después de procesar los datos.

Capítulo V: En él se realiza la discusión de los resultados obtenidos terminando con la presentación de las referencias bibliográficas y anexos.

## **CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La adolescencia es una etapa caracterizada por cambios en la esfera psicosocial y en todos los aspectos se produce la estructuración de funciones nuevas, que incluye el nivel de autoconciencia, las relaciones interpersonales y la interacción social, y de ella se derivan trastornos psicosociales asociados como: embarazos indeseados, homosexualidad y trastornos de la personalidad entre otros.<sup>1,2</sup>

El comienzo de dicha etapa viene marcado por la aparición de la pubertad (momento en que se produce la maduración sexual) pero debemos diferenciarla de esta ya que la adolescencia va más allá del mismo desarrollo fisiológico. Todo ello hace que el final de dicha etapa de la vida no sea fácilmente identificado y que ello dependa de múltiples factores.<sup>3</sup>

Estudios realizados por el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX) plantean que en general más muchachos que muchachas

acuden a los contactos sexuales coitales siendo más jóvenes y con mayor frecuencia, que los muchachos valoran la actitud sexual en sí mismos y que en ellos también aparecen frustraciones y desprecios en la experiencia sexual coital más satisfactoria.<sup>4</sup>

Todo lo anterior posibilita que en esta etapa los adolescentes estén en mejores condiciones para que sobre la base de sus propios conocimientos y cualidades morales comiencen a regular su sexualidad, relacionarse correctamente con su pareja, inicien el desarrollo de su vida sexual activa y responsable y que decidan conscientemente el momento más oportuno para formar una familia.<sup>5</sup>

Sin embargo, lamentablemente muchos jóvenes no están preparados adecuadamente para asumir la sexualidad y llegan a ella sin haber adquirido los conocimientos y valores suficientes que le aseguren una vida sexual equilibrada y responsable. Estos jóvenes son portadores de una conducta sexual de riesgo, proclive a un embarazo no deseado, a las infecciones de transmisión sexual entre otras consecuencias, de hecho se convierten en futuras personas inestables tanto emocional como sexualmente.<sup>6</sup>

Las chicas jóvenes experimentan sentimientos de soledad, de poca confianza en sí mismas que intentan suplir con las relaciones íntimas con el otro género. Sumado a esto está una escasa o nula comunicación con sus padres o con las hermanas mayores, sobre todo, en lo que conciernen al sexo. Esto les lleva a buscar y encontrar la opinión y el consejo de otros jóvenes de su edad con su misma inexperiencia y falta de correctos patrones de conducta. Asimismo existe además un desmedido afán por entrar en contacto con "nuevas experiencias".

Además parece ser que las jóvenes incluidas en programas de educación especial tienen también más riesgo de tener un embarazo en su adolescencia.

Todas las estadísticas realizadas demuestran que hay mayor número de embarazos en adolescentes cuyas familias están separadas y también en familias con un solo progenitor.

Estudios demuestran la complejidad que representa el embarazo a temprana edad porque las madres adolescentes no tienen la preparación física, emocional, ni capacidad económica para mantener a sus hijos. Estas adolescentes pasan a depender económicamente de sus padres al ser abandonado por su pareja sentimental que, en la mayoría de los casos son también adolescentes.

Las mujeres jóvenes y las adolescentes son especialmente vulnerables a la violencia de género. El 50% del total de las agresiones sexuales en el mundo entero son contra los jóvenes con 15 años de edad o menos. El gran número de mujeres dice que su primera experiencia sexual ocurrió con la coacción.

Lo señalado por Marín (2008) son indicadores de que existe una notable desorientación en los adolescentes sobre las implicaciones y consecuencias que puede ocasionar el hecho de asumir una relación sexual de manera irresponsable, que podría terminar definiendo su proyecto de vida personal, profesional y social y, en el peor de los casos quedar embarazada.

Los embarazos no deseados son comunes y más del 50% de las mujeres embarazadas en todos los países dicen que su último nacimiento fue indeseado u ocurrió en el momento inadecuado, es decir que muchas mujeres dan a luz antes de que ellas o sus compañeros se sientan listos para tener un hijo, de acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Los nacimientos no deseados pueden además resultar en la necesidad de abortos inseguros. De un estimado de 210 millones de embarazos en el mundo, aproximadamente 4 de cada 10 no son planeados, de acuerdo con datos del Instituto Guttmacher que

incluye investigaciones sobre hallazgos acerca de los abortos inducidos y los embarazos indeseados.

El 22% de las mujeres que descubren que están embarazadas deciden terminar sus embarazos por medio del aborto. Aproximadamente 20 millones de abortos riesgosos se realizan cada año.

Cabe recalcar que las consecuencias de quedar embarazada a temprana edad es el hecho de que sus vidas cambian y con ello su proyecto de vida, todo esto afecta sus planes para el futuro ya que deben asumir su rol de madre, todo esto obstaculizando que logren alcanzar sus metas.

Se considera que la adolescencia es un período de transición entre la niñez y la edad adulta, considerada desde un punto de vista biológico como un fenómeno universal, ya que en cualquier grupo racial y cultural sus etapas y características biológicas son las mismas; pero desde el punto de vista psicosocial las características de los y las adolescentes se expresarán según las demandas y expectativas que la sociedad les fije.

La Organización Mundial para la Salud (OMS 2007), considera que la adolescencia es la etapa de la vida, en la que los seres humanos definen su posición con la familia, sus compañeros y la sociedad donde viven. En esta etapa los jóvenes luchan con la transición de la niñez a la edad adulta, por lo tanto, constituye una etapa difícil de la vida, puesto que se tienen que enfrentar tanto a los cambios físicos, psicológicos y la maduración sexual necesaria para alcanzar el pleno ejercicio de su sexualidad.

Como se puede deducir de las concepciones anteriores los adolescentes se pueden ver seriamente involucrados en problemas por no haber recibido una adecuada orientación sexual a tiempo, por parte de la familia, la escuela, los profesionales de la salud y demás instituciones del Estado, siendo uno de estos

problemas el embarazo no deseado a temprana edad.

En tal sentido, el embarazo en adolescentes en el ámbito mundial, es considerado un problema de salud pública y representa además, un problema social por las graves consecuencias médicas, psicológicas, económicas y demográficas que provoca.

Al respecto, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2007) señala que: El 42% de las adolescentes en edades de 14 a 19 años, en todo el mundo, están embarazadas, el 33,95% ya son madres, dos de cada cinco de ellas, no habían salido de la primaria. Asimismo, las niñas menores de 15 años tienen cinco veces más probabilidad de morir en el embarazo que las mujeres mayores de 20 años, constituyendo esta situación un problema de salud pública. <sup>(5)</sup>.

Los resultados denotan que cada día, aumentan la cantidad de niñas que dejan de vivir su etapa de adolescentes, para convertirse en madres y tener que afrontar todos los problemas de criar bebés, sin la preparación y maduración emocional necesaria; además, del riesgo que representa el proceso del embarazo por las implicaciones en la salud.

El embarazo en la adolescencia, además de constituir un riesgo médico elevado, lleva aparejado dificultades socioeconómicas y emocionales para la madre y su hijo, lo que se conoce como el "Síndrome del fracaso". Es por tanto la etapa que puede determinar el sentido de la vida y el bienestar futuro.<sup>7</sup>

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

El incremento del embarazo y parto en edades tempranas constituye un problema universal pues de acuerdo con el Centro de Información sobre

Fecundidad de Washington, 3 millones de adolescentes paren anualmente en el mundo.<sup>8,9</sup>

Esta situación preocupa a los organismos internacionales, entre ellos a la UNICEF, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación y la Cultura (UNESCO) y a la Organización Mundial de la Salud (OMS) puesto que en los países de Latinoamérica, la problemática cada día se extiende y agudiza, trayendo como consecuencias: deserción, repitencia, analfabetismo, infancia abandonada, prostitución, mortalidad infantil, y miseria, entre otros.

El embarazo y maternidad adolescente se asocia directamente por la ausencia de una verdadera Educación Sexual en los sistemas educativos, falta de política de salud pública, de salud sexual e impacto incierto que ejerce la erotización de los medios de comunicación, incluso en programas dirigidos a niños y adolescentes.

Este panorama revelador, demuestra la problemática que afecta a las adolescentes de los países que abarcan esta región, la cual se agrava cada día, debido a la ausencia de verdaderas políticas en materia de Educación Sexual y unos medios de comunicación que en lugar de formar valores lo que hacen es incentivar la promiscuidad y el erotismo, desde muy temprana edad, con las consecuencias ya expuestas.<sup>10</sup>

Gómez (2010), considera que “En América Latina y El Caribe ha cambiado en su estructura durante las últimas décadas, sin embargo los/as adolescentes constituyen una proporción importante de esa población, que supera el 20%”. Y agrega que “En una sociedad con patrones culturales tradicionales, como la latinoamericana, ni la familia, ni la escuela, ni en general la sociedad acepta fácilmente la idea de la sexualidad en la adolescencia. Por esa razón no se educa a los adolescentes sobre la vida familiar o sexual, solamente se les da una educación insuficiente y sin relación con sus necesidades reales. Asimismo, las adolescentes raramente acceden a los servicios de salud

reproductiva y anticoncepción”. Esto implica que, en los países latinoamericanos se necesita de políticas en educación sexual y salud sexual acentuadas en aclarar patrones culturales que pueden influir en el incremento de la maternidad adolescente.

Además Gómez (2010) advierte que con frecuencia las adolescentes en América Latina no usan métodos anticonceptivos, a pesar que una importante proporción de ellas los conoce. Es preocupante que muchas de las que usan el método del ritmo no conozcan adecuadamente el período fértil.<sup>11</sup>

Anualmente en el mundo, 14 millones de adolescentes de 15 a 19 años y un número no determinado de niñas menores de 15 años son madres. La gran mayoría (95%) de estos nacimientos ocurre en países en desarrollo. En América Latina y el Caribe 18% de todos los nacimientos corresponde a madres adolescentes de 15 a 19 años.

Gómez (2010), agrega que las repercusiones bio-psico-sociales del embarazo precoz, está asociado con factores sociales más que con la edad materna, mientras que en las de 14 años y menos los resultados obstétricos y perinatales son dependientes de la edad materna. La evidencia muestra que las mayores de 15 años, cuando reciben apoyo y tienen un adecuado control prenatal, tienen resultados obstétricos comparables a los de mujeres de mayor edad; mientras que las de 15 años y menos presentan mayor riesgo de complicaciones en el embarazo y el parto. El aborto inseguro produce serias secuelas, entre ellas la infertilidad futura e incluso la muerte.<sup>11</sup>

En el Perú, en el año 2010 el 20% de la población total son adolescentes 5 821 587; de ellos el 65% vive en la zona urbana y el 35% en la zona rural. ENDES (2009), agrega que de cada 10 mujeres sexualmente activas, 3 son mujeres adolescentes; apreciando estos resultados es menester las políticas en salud reproductiva y en educación sexual. Programas que aún no funcionan adecuadamente en nuestro país, se aprecia esto en el incremento de las madres adolescentes. Aún queda

en agenda de trabajo el Plan Regional Andino para la prevención del Embarazo no Planificado, plan que se concertó en la reunión de la REMSAA 2007 que contó con la participación de las Ministras de Salud de Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela; se priorizó el embarazo en adolescente como un problema de salud pública <sup>12</sup>

El aborto es un problema que no solo afecta al recién nacido, sino también a la madre. La prueba es que se ha convertido en la segunda causa de muerte materna en el Perú y una de las principales en los países de la subregión andina.

Según el estudio “Perfil de género y salud en la subregión andina”, presentado hace unos meses por la ministra de la Mujer y Desarrollo Social, Borra (2014), la contribución del aborto inseguro (o clandestino) a la mortalidad materna es un 9.5% en el Perú.

En nuestro país, según una investigación del Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y Pathfinder International, se producen 352 mil abortos al año e indican que este cálculo da entender que el 5% de todas las peruanas en edad reproductiva tiene probabilidades de realizar un aborto. El porcentaje de nacimientos indeseados o a destiempo, en el Perú este porcentaje es del 57%, según datos del Instituto Guttmacher que incluye investigaciones sobre hallazgos acerca de los abortos inducidos y los embarazos indeseados.

De un estimado de 105 millones de mujeres casadas en el mundo, cerca de 1 entre cada 5 tienen una necesidad insatisfecha de planificación familiar. Aquellas mujeres que desean prevenir el embarazo requieren de una opción anticonceptiva accesible, conveniente y efectiva.

El inicio de la maternidad a edades tempranas está relacionado con diversas situaciones que podrían reducir las ya de por sí pocas oportunidades de desarrollo de las adolescentes en un ambiente de limitaciones como las que observamos en nuestro país, entre otras las de educación y capacitación para la integración a la fuerza productiva; reforzadas por el rechazo social, familiar y en algunos casos del

compañero.

Entre las causas de la violencia están incluidos los estados de embriaguez y los cambios de humor del padre y hasta el mismo embarazo, en el caso de gestantes adolescentes.<sup>13</sup>

El Plan Nacional de Población 2010-2014 contempla promover e impulsar el mejoramiento de la condición de la mujer, ...“ en armonía con las políticas sociales vigentes y diversos compromisos internacionales asumidos por el Perú, trata de promover e impulsar el mejoramiento de la condición de la mujer, no solamente como un acto de elemental justicia social, sino como una condición indispensable para que el país y sus diversas regiones puedan avanzar en la transición demográfica y por tanto, impulsar el cambio social, el desarrollo descentralizado y el incremento en la calidad de vida y el bienestar de las personas....”.

A lo que se debe añadir, este Plan, que no debe ser únicamente por fines demográficos (transición demográfica) sino para que la mujer ejerza su rol como agente de desarrollo social y económico. La fecundidad de las adolescentes conlleva riesgos e implicancias no solo desde el punto de vista de la salud pública, sino también de tipo económico y social, tanto para las madres, para sus recién nacidos, la familia y la sociedad en general.

Anicama (2014), en el Perú existe un alto porcentaje de embarazo de adolescentes: A nivel nacional el 13,5% de mujeres adolescentes ya son madres o están embarazadas por primera vez, así en zonas urbanas se tiene el 11.3% y en zonas rurales 19.3%. Una de cada 6 muertes maternas es de adolescentes y corresponde a este grupo sectorio el 10% de los abortos incompletos que al año han tenido. Algunos estudios han encontrado que el 76% de adolescentes no incluyen entre sus ideales tener un hijo y no están en planes todavía, también tenemos que el 64% de las adolescentes embarazadas no desean su situación actual.

Los medios de comunicación todos los días dan cuenta de estudiantes que aún con uniformes asisten a bares faltando a clases, otros se

drogan, se forman pandillas violentas entre sí y que, además atacan y roban, algunos se prostituyen y otros tienen relaciones sexuales irresponsables. Las causas del desastre moral que vive parte de la juventud son varios y conjugan entre sí.

Anicama (2014), considera que las causas del desastre moral que vive parte de la juventud son varios y conjugan entre sí. La organización económica y social en el mundo que da lugar a la ausencia de muchos padres que tienen que viajar por motivos de trabajo o llegan tarde o cansados al hogar, no pudiendo así tener comunicación con sus hijos. Pero existe también el abandono elegante que es descuidarse de los hijos debido a la excesiva vida social. Los medios de comunicación como la televisión sin censura que bombardean los hogares con las más insanas sugerencias, imágenes pornográficas, violencia, etc. Los puestos de periódicos al paso exhibiendo pornografía. La sociedad de consumo y su mejor arma que es la propaganda comercial. Si los adolescentes comprendieran que son víctimas del comercio, no seguirían al pie de la letra la “seducción de la moda en general”. Modas estimulantes sexualmente, discotecas donde se expende alcohol y droga, videos.

Según la Agenda Social Regional Cajamarca (2011-2015) Cajamarca es el cuarto departamento más poblado, después de Lima (8 445 211 Hab.), Piura (1 676 315 Hab.) y La Libertad (1 617 050 Hab.). Es por lo tanto el departamento andino con mayor población (1 387 809 Hab.). Su población rural comprende el elevado porcentaje de 67% de su población total, y solamente es superada por la también andina Huancavelica con 68%, casi tres veces más que el promedio nacional, que sólo llega al 24%. De acuerdo con la pirámide poblacional departamental, según el INEI (2007), el grupo infantil de 0-14 años es el más numeroso, representando el 34.9% de la población total, es decir 484 904 personas, porcentaje que supera al nacional (30.5%).

Según el censo nacional 2007, el 64.5% de cajamarquinos afrontan pobreza total es decir 915,783 personas, de las cuales 448,717 (31%) se

encuentran en pobreza extrema. Estas cifras ubican a Cajamarca muy por encima de las cifras nacionales: 39.3% y 13.7%, respectivamente. En pobreza total, seis provincias superan el promedio departamental: Celendín (75.1%), San Pablo (71.3%), Cutervo (70.7%), Hualgayoc (70.3%), San Marcos (70.2%), Cajabamba (68.8%) y San Miguel (64.9%). La extrema pobreza refleja similar situación en éstas mismas provincias.

Esta situación precaria de la mayoría de las familias cajamarquinas deja un espacio de la situación de las adolescentes, que según Zabaleta (2013), considera que en promedio, existen un 18 por ciento de adolescentes que terminan con embarazos no deseados. Este porcentaje, según se ha mantenido en los últimos años y se tiene que reducir, con sensibilización y educación. Agrega que se han registrado casos de niñas de 13 y 14 años que han quedado en estado, poniendo en riesgo no solamente la vida del niño, sino también la vida de la propia madre.<sup>14</sup>

La Agenda Social Regional (2011 – 2015), también considera que la violencia familiar es un grave problema de salud pública debido a las consecuencias que produce en la salud física y mental de las víctimas, las que en mayor porcentaje son mujeres, niñas y niños. El impacto de dicha problemática se refleja en los índices de mortalidad y morbilidad infantil y femenina; además, la violencia familiar y/o sexual representa un atentado contra los derechos humanos, sobre todo contra los derechos de las mujeres. El número de mujeres afectadas víctimas de violencia es de 25,000, lo que muestra claramente la gravedad del problema en la región.

La provincia Santa Cruz, se ubica al norte de la región Cajamarca se encuentra a una altitud de 1970 m.s.n.m. y presenta una extensión territorial de 1423.38 Km<sup>2</sup>, que representa el 4.25% del territorio regional.

El relieve de Santa Cruz, por su ubicación geográfica es en su mayoría accidentado, presentando desniveles (elevaciones y profundidades) que varían desde los valles hasta las alturas con pendiente.

Santa Cruz de Succhabamba, proviene de dos palabras: Cruz Pampa, por haberse encontrado una cruz de carrizo en una pampa; y de Succhabamba, que significa pampa de carrizos. Con el transcurrir de los años adopta el nombre de Santa Cruz de Succhabamba.

Existe en la provincia mucho desempleo, subempleo y son bajos los niveles de ingreso de los trabajadores. Según el mapa de pobreza de FONCODES 2009, Santa Cruz está calificada como una provincia “muy pobre”, tal como lo demuestra su índice de pobreza, el cual es de 53%. Además, se estima que existe una tasa de desnutrición infantil del 43.6%. Se suma a ello que un 48.1% de la población no tiene acceso a servicios médicos, 83% de las viviendas no cuentan con servicio de desagüe y energía eléctrica, además, aproximadamente el 90% de las viviendas no cuentan con servicio de abastecimiento de agua.

Los servicios de salud son insuficientes y limitados en la provincia de Santa Cruz. Tan sólo en cinco distritos existen Centros de Salud: Santa Cruz, Pulán, Catache, Chancay Baños y Yauyucán. Existen 20 puestos de salud en el resto de la provincia.

Para atender los problemas de salud de toda la población de la provincia de Santa Cruz, en el año 2013 existían sólo 19 médicos.

De los 41,434 pobladores de 3 años a más, que existían en el año 2013, sólo el 8% estaba afiliado a Essalud, el 26% estaba afiliado al Seguro Integral de Salud (SIS), en tanto que las 2 terceras partes (64%) no tiene “ningún” tipo de seguro, esta cifra es mayor que el total de la Región Cajamarca que fue el 55.7% en ese año.

En lo que concierne a la Institución Educativa “Indoamericano”, se ubica en el caserío La Lamud, zona que está en proceso de urbanización, alberga a 240 alumnos y 14 docentes, presenta las siguientes características: Existe suficiente infraestructura para albergar a todos los estudiantes, la cual está construido de material noble y cercado perimétricamente.

Las aulas de la Institución Educativa “Indoamericano”, reúnen las condiciones técnico pedagógicas; las carpetas son unipersonales y se acondicionan cómodamente para formar los grupos de trabajo; también cuenta con un ambiente para biblioteca, la cual está poco implementada; cuenta con laboratorio para CC NN.

En la Institución Educativa “Indoamericano” se nota que existe un aceptable clima institucional, factor que sin duda, es de utilidad para la investigación que estamos emprendiendo, en esta Institución.

Los padres de familia, de las instituciones educativas “Indoamericano” y “Juan Ugaz”, en su mayoría, proceden de los alrededores de la provincia de Santa Cruz y otro porcentaje de la ciudad; los primeros, se dedican mayormente a actividades agrícolas, quienes debido a la desatención que sufren por parte de los gobiernos de turno, no mejoran su nivel de producción; así como no cuentan con la garantía de un mercado que pague el precio justo de los insumos que genera para su producción; sus hijos son los que sufren estas consecuencias con una atención pobre de sus necesidades básicas; un menor porcentaje de los padres de familia se dedican al comercio y en un porcentaje mucho menor a diversas profesiones.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1.- Problema General**

¿Cuáles son factores psicofísicosociales que influyen en el embarazo de las adolescentes de las Instituciones Educativas “Juan Ugaz” e “Indoamericano” de la provincia Santa Cruz región – 2015”?

### **1.2.2.- Problema Específicos**

- ✓ ¿Cuáles son los factores psicológicos que influyen en el embarazo de las adolescentes de las Instituciones Educativas “Juan Ugaz” e “Indoamericano” de la provincia Santa Cruz región – 2015”?
- ✓ ¿Cuáles son factores físicos que influyen en el embarazo de las adolescentes de las Instituciones Educativas “Juan Ugaz” e “Indoamericano” de la provincia Santa Cruz región – 2015”
- ✓ ¿Cuáles son factores sociales que influyen en el embarazo de las adolescentes de las Instituciones Educativas “Juan Ugaz” e “Indoamericano” de la provincia Santa Cruz región – 2015”

## **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1. Objetivo General**

Determinar los factores psicofísicosociales que influyen en el embarazo de las adolescentes de las Instituciones Educativas “Juan Ugaz” e “Indoamericano” de la provincia Santa Cruz región – 2015

### **1.3.2.- Objetivos específicos**

- ✓ Identificar los factores psicológicos que influyen en el embarazo de las adolescentes de las Instituciones Educativas “Juan Ugaz” e “Indoamericano” de la provincia Santa Cruz región – 2015.
- ✓ Reconocer los factores físicos que influyen en el embarazo de las adolescentes de las Instituciones Educativas “Juan Ugaz” e “Indoamericano” de la provincia Santa Cruz región – 2015.

- ✓ Identificar los factores sociales que influyen en el embarazo de las adolescentes de las Instituciones Educativas “Juan Ugaz” e “Indoamericano” de la provincia Santa Cruz región – 2015.

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

La presente investigación está referida al análisis de las condiciones físico-psicosociales de las adolescentes embarazadas; por lo que metodológicamente se ubica en una investigación descriptiva y aporta datos teóricos que, necesariamente sugieren alternativas para la prevención del embarazo no deseado, que puede influir en el fracaso escolar, en la salud física y psicológica de las adolescentes; por lo que es un tema de salud pública que corresponde a la toma de acciones de enfermería.

Realizar trabajos entorno al adolescente es y será siempre necesario ya que el embarazo en adolescentes es un serio problema psicosocial con frecuentes connotaciones penales ya que el aborto en las adolescentes es frecuente y con alta morbilidad materna por lo avanzado de la edad gestacional, y las deficientes condiciones técnicas, higiénicas y asépticas en que se realiza.

Otra situación es la prosecución del embarazo que conlleva el abandono de los estudios por parte de la adolescente y frecuentemente no los retoma luego del nacimiento, generando desocupación y difícil reinserción laboral por falta de capacitación.

El embarazo y parto en las adolescentes reconoce un alto riesgo de morbilidad materna, fetal y neonatal. El hijo de madre adolescente tiene alto riesgo de maltrato y abandono, con frecuente cesión de adopción. La reinserción y el respeto social de la adolescente luego de su embarazo y parto, son difíciles y hasta irrecuperable.

Para el control y contención de la adolescente embarazada, es necesaria la integración de un equipo interdisciplinario, con amplia participación de psicólogos y trabajadores sociales, además de una especial capacitación del equipo asistencial en lo referente a los riesgos perinatales a los que está expuesta la adolescente gestante.

Se considera pertinente porque el inicio de la actividad sexual coital y el embarazo no deseado en la adolescencia, puede tener consecuencias negativas en el campo de la salud física y mental, tales como el riesgo de contraer enfermedades sexuales transmisibles, el aborto, mortalidad materna e infantil y diversos desajustes psicosociales que incidirían en el desarrollo de sus proyectos de vida de allí la necesidad de que esta problemática pueda ser evitada, mediante una adecuada educación sexual, científica, sistemática y consustanciada con la realidad social de los involucrados.

Juzgando el nivel de viabilidad se tiene acceso a la población de estudio involucrado y potencia; se cuenta con los recursos para la ejecución, sistematización y publicación; además corresponde a las necesidades de formación profesional en salud pública por parte de la interesada de la presente investigación.

Este estudio es de gran relevancia y vigencia temática ya que permitió evidenciar la realidad existente, contada por la misma población afectada, para facilitar posibles soluciones que redunden en beneficio de la población juvenil, al mismo tiempo, brindará información actualizada, veraz y oportuna.

Por todo lo expuesto, surge la necesidad de realizar esta investigación que consiste en analizar las condiciones psicofísico sociales de las adolescentes embarazadas.

Los aportes de la presente investigación se centrarán en:

A nivel social, a través de esta investigación se pretenderá dar información sobre el impacto que ocasiona el embarazo de las

adolescentes en la familia, la sociedad, en el proyecto de vida de las adolescentes.

A nivel institucional, se pretende que los resultados que se obtengan en la investigación puedan, de alguna manera, orientar a las jóvenes sobre la prevención del embarazo y su incidencia en su proyecto de vida personal, profesional y social.

A nivel psicológico, permitirá explicar las características psicológicas de las adolescentes embarazadas y su incidencia en no tener la suficiente madurez para asumir la responsabilidad de iniciarse en las relaciones sociales. Asimismo, le puede proporcionar a los entes rectores de la educación en el Estado, una visión de lo que acontece, por cuanto no se está impartiendo una educación sexual preventiva en los estudiantes, siendo una de las causas de la problemática existencial que padece la mayoría de las y los adolescentes.

A nivel individual, permitirá aplicar los conocimientos teóricos, metodológicos y técnicos adquiridos durante la formación profesional. Asimismo brindará la oportunidad de adquirir un cúmulo de conocimientos que pueden ser útiles en la vida como profesionales de la salud.

## **1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

La presente investigación se ubica en el nivel descriptivo explicativo y se realizará con adolescentes embarazadas, madres adolescentes embarazadas y población con las que se trabajará las acciones de prevención.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO**

#### **2.1.1.- Antecedentes Internacionales**

**Alarcón Argota Rodolfo;** Jeorgelina Coello Larrea ;Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia Cuba-2011 La adolescencia, etapa que sucede a la niñez y que se extiende hasta la edad adulta, es un período que se caracteriza por profundos cambios físicos, psicológicos y sociales donde es difícil establecer límites cronológicos precisos para este período vital que abarca desde los 10 hasta los 19 años. Se realizó un estudio observacional y analítico de casos y control a partir de todas las adolescentes que se embarazaron y parieron (casos) y otro grupo de féminas adolescentes que no se embarazaron (controles), pertenecientes todas al Policlínico José Martí Pérez durante el periodo 2007. Se demostró que existió asociación causal entre los factores dependientes de la vida familiar y personal de las adolescentes y la incidencia de gestaciones precoces. 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 al actuar sobre ellos lograríamos un mayor impacto sobre la población expuesta.<sup>18</sup>

**Grayen Cervantes Traslaviña.** Factores Psicosociales del embarazo en la adolescencia Instituto Mexicano del Seguro Social Universidad Autónoma de Sinaloa 2009. Los factores psicosociales tienen impacto asociado al embarazo en la adolescencia, los que más destacaron son: No haber usado MAC, aunque tenían información.

Escolaridad baja. Educación familiar rígida o tolerante No hablar de sexualidad con los padres Vivir en zona rural entre las concl

89.5% conocían los métodos anticonceptivos.75.7% no utilizó MAC.

28.7% son solteras.64.8% fue embarazo no deseado. Factores individuales 42.9%.Familiares 18.9%. Sociales 28.5%. Las adolescentes a menor edad, son más susceptibles a embarazarse y que éste sea no deseado.

**Jeanneville, A** en su trabajo de Doctorado titulado “Planificación Familiar y Algunas Perspectivas de Embarazo en Adolescentes de Nicaragua”. En la Universidad Autónoma de Nicaragua-2010. Concluye que “El 88% de las adolescentes desconoce el uso correcto de los anticonceptivos, el 49 % nunca recibió información sobre planificación familiar. El 75% nunca ha usado anticonceptivos. Las muchachas poseen fuentes adecuadas de información (padres, colegios), pero tienen conocimientos incorrectos, incompletos y sin base científica”.

En esta investigación se aprecia que la sociedad e instituciones no están preparadas para atender las necesidades de educación sexual a los adolescentes.

**Soto, (2009)**, en su investigación “Cambios en el Proyecto de Vida de la Adolescente embarazada, en la Escuela Preparatoria N° 7, en la Universidad de Guadalajara-2009. Concluyó que “el embarazo sucedió como algo ineludible”, sin que existiera en esos momentos para ellas, ni conciencia, ni medios reales para poder evitarlo, esto implica la carencia de condiciones concretas de existencia que permitan en ellas optar conscientemente por un embarazo, o por el contrario contar con los medios necesarios para evitarlo”.

Conclusión que explica que un ambiente familiar crítico y conflictivo puede llevar a la adolescente a ver en la iniciación sexual, además de compañía grata, la posibilidad de un embarazo como alternativa de escape y construcción de una nueva vida. Nueva vida que, por lo general, no llega y sí complica el futuro de la adolescente.

Masías en su tesis Relación entre actitudes hacia la sexualidad y nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de discapacidad prenatal en adolescentes del Cono Sur de Lima; concluye que “los resultados generales sobre las actitudes los/las adolescentes hacia la sexualidad, encontrándose que el 57,01% de los adolescentes de la muestra total presentan una actitud indiferente hacia la sexualidad. El 37,85% manifiesta una actitud positiva. Y el 3,74% presenta una actitud negativa. Estos datos serán de utilidad para investigaciones posteriores con mucha más profundidad.

Conclusión que expresa el poco interés que los adolescentes le asignan a la sexualidad y cuando tienen que tomar decisiones no lo hacen de manera adecuada y genera los embarazos no deseados; esta conclusión es básica para emprender la investigación que ocupa este espacio de análisis.

**Mendoza (2010)**, “Programa de Formación Bio-psico- social para

Madres Adolescentes, en la Universidad Experimental Simón Rodríguez de Puerto Cabello” Venezuela; concluyó que “El embarazo en adolescentes está implicado cada día más como causa de consulta de los centros hospitalarios. Además, este número crece hasta el 66% de adolescentes no casadas, que tienen experiencias sexuales antes de los 19 años. Asimismo, se evidenció un alto porcentaje de nacimientos de bebé en adolescentes de bajos recursos, el cual ha aumentado en un 74,4%. Por otro lado, se detectó que existen contactos sexuales tempranos en adolescentes, (la edad de 12 años se asocia con un 91% de oportunidades de estar embarazadas antes de los 19 años y la edad de 13 años se asocia con un 56% de embarazos durante la adolescencia). Por consiguiente, se estima aproximadamente que del 20% al 60% de los embarazos son no deseados y que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad”.

Conclusión que incide en el desconocimiento de los principios básicos de educación sexual en los adolescentes y de la poca eficiencia que los programas de educación sexual y de salud. Apreciación que se considera básica y de primer orden para realizar el análisis de las condiciones psicofísico sociales de los adolescentes de la provincia Santa Cruz, de la región Cajamarca 2015.

### **2.1.2.- Antecedentes Nacionales**

**Osorio (2014)**, investiga “Los factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el hospital de apoyo “María Auxiliadora”; concluye que “el 80% de los embarazos en adolescentes fue no planificado y se da en el grupo etario de 17-19 años en un 50% y las adolescentes iniciaron sus relaciones sexuales entre los 14 y 16 años”.

Conclusión que expresa el alto índice de embarazo como producto

de actitudes y responsabilidades inmaduras; por lo que amerita analizar y explicar las condiciones psicofísico sociales que influyen en los embarazos no deseados. Se evidencia en estos resultados, la falta de conocimientos que poseen las adolescentes en relación a una verdadera educación sexual, que les permita defender y protegerse de los problemas que surgen en las relaciones sexuales antes del tiempo adecuado.

**Portal Minaya** en su tesis para obtener el grado de Doctor “Consecuencias sociales y familiares de la muerte materna en la subregión de salud Cajamarca”, (2009) concluye que Si bien se evidencia en el porcentaje de embarazos precoces es de (13%), no podemos aseverar que estos sean consecuencia directa de la muerte materna y que la característica de la muerte materna en Cajamarca, son mujeres que viven en el área rural, con estudios primarios o analfabetas, en edad de reproducción social, provienen de familias nucleares y mueren en sus domicilios.

Esta conclusión describe que, los embarazos adolescentes y la muerte materna se ligan directamente a las condiciones socioeducativas de la población; por lo que en la investigación se pretende buscar los condicionantes sociales, psicológicos y biológicos que influyen en el embarazo adolescente.

## **2.2. BASE TEORICA**

### **2.2.1. Adolescencia**

La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la adultez. Su definición no es fácil, puesto que "su caracterización depende de una serie de variables: ubicación ecológica (referidos al medio ambiente natural), estrato socioeconómico, origen étnico y período de la adolescencia, entre otros." (Escobar & Muñoz, 1995)<sup>1</sup>.

En el área cognitiva el adolescente debe ser capaz de "examinar los propios pensamientos, formular hipótesis, diferenciar lo posible de lo probable y planificar" (Pérez, 1992)<sup>1</sup>. En el área afectivo-social el adolescente debe lograr un desprendimiento de su núcleo familiar, alcanzar la autonomía y, además, dirigir y controlar su conducta de acuerdo a su propia escala de valores.

El autoestima en esta etapa es central, ya que el adolescente muestra una extraordinaria sensibilidad en relación con el concepto de sí mismo. (Castillo, López, Muñoz & Rivera, 1992). Otra de las tareas en esta área es la de "alcanzar la identidad sexual y búsqueda de pareja, cuya elección le llevará a constituir su núcleo familiar en etapas posteriores"

La adolescencia es un periodo de transición en el desarrollo entre la niñez y la vida adulta, comienza alrededor de 12-13 años con la pubertad, que es un largo y complejo proceso en el que se producen importantes cambios biológicos como el comienzo de la menstruación en las niñas, la presencia de espermatozoides en los varones, la maduración de los órganos reproductivos y el desarrollo de características sexuales secundarias, todo esto produce el alcance de la maduración sexual.

El desarrollo de esta maduración atraviesa posibles etapas de la sexualidad de la adolescencia, que describen características muy generales de este proceso relacionados con aspectos psicológicos y sociales, estas etapas son:

- **Adolescencia Temprana: (10- 13 años)**

Caracterizada por el inicio de la maduración sexual, extrema curiosidad por su cuerpo, muchas fantasías sexuales, exploración acentuada del autoerotismo y se interrelaciona con una sexualidad donde lo físico predomina (coquetería, amor platónico,

etc.).

- **Adolescencia Media: (14-17 años)**

Completa maduración sexual, manifestación de alta energía sexual con énfasis en el contacto físico y conducta sexual exploratoria (puede presentarse experiencias homosexuales, relaciones heterosexuales no planificadas), negación de las consecuencias de la conducta sexual (por sentimientos de invulnerabilidad), falta de información y educación sexual, relaciones intensas y fugaces.

- **Adolescencia Tardía: (De 18 a 20 años)**

Se caracteriza por la completa maduración física, social, legal; logros definidos en la maduración psicológica, conducta sexual expresiva y puede establecer relaciones íntimas y estables con definición de su rol sexual. Los adolescentes son vulnerables, porque tanto las características del ambiente familiar y social en que una persona se desenvuelve con sus propias particularidades, pueden hacerlos muy vulnerables, ya que es quien teme mayor riesgo de recibir determinada lesión o daño.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la adolescencia como la etapa que va desde los 10 años a los 19. No obstante, la auténtica adolescencia es un período que se caracteriza por profundos cambios físicos, psicológicos y sociales donde es difícil establecer límites cronológicos precisos para este período vital. En esta etapa de la vida, el embarazo suele representar un problema desde el punto de vista sanitario y social.

Los jóvenes de la actualidad se enfrentan a un problema: la sociedad y grupos sociales en los que conviven, los cuales los llevan a tomar decisiones que repercuten en su juventud

arrastrándolos al uso de drogas, pandillerismo y embarazos en adolescentes.

La relación entre la conducta sexual del adolescente y otras preocupaciones más amplias son claras. Los estudios demuestran que las conductas de riesgo tienen factores comunes interrelacionados. Por ejemplo, los adolescentes que tienen un embarazo no deseado, practican el sexo sin protección y de riesgo, y tienen relaciones abusivas que suelen ser los mismos que consumen sustancias y tienen bajo rendimiento escolar. Hay estudios que muestran que el consumo de sustancias está relacionado con una conducta sexual de riesgo, lo que a su vez lleva a un aumento en la incidencia de embarazos no deseados e ITS, incluyendo el VIH/SIDA (Jessor, 1998). La alta fertilidad en la adolescencia está ligada a un bajo nivel educacional y a la pobreza y viceversa (Buvinic, 1998,1997); más aún, el comportamiento de riesgo se relaciona con el bajo rendimiento escolar y una menor supervisión y apoyo por parte de la familia. Las causas subyacentes a estos problemas se originan en un pobre desarrollo psicosocial y en factores sociales y medioambientales inadecuados.

El consenso social sobre la maternidad adolescente se ha modificado con el transcurso del tiempo y los cambios sociales que han tenido lugar. De este modo, desde hace ya tres décadas, este fenómeno se ha convertido en una preocupación para varios sectores de la sociedad básicamente urbana: desde el punto de vista de la salud por la mayor incidencia de resultados perinatales desfavorables cuando la joven lleva adelante el embarazo, o por las implicaciones del aborto, si decide interrumpirlo.

El embarazo y maternidad de adolescentes son más frecuentes que lo que la sociedad quisiera aceptar. Es un suceso difícil que afecta la salud integral de los padres adolescentes, la de sus hijos, familiares y de la comunidad en su conjunto.

El embarazo de adolescentes se relaciona con tres factores: las probabilidades de iniciar precozmente las relaciones sexuales y tener un embarazo no deseado. En familias donde la autoridad moral es débil o mal definida, con ausencia de la figura paterna o padres que viven en unión libre, y cuando personas distintas a los padres cuidan o crían a las adolescentes, también se provoca la actividad sexual temprana y el riesgo de una gravidez consecuente.

### **2.2.2. Embarazo Adolescente**

El embarazo en una pareja de jóvenes, en general es un evento inesperado, sorpresivo. La OPS señala que "se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo"<sup>1</sup>

"Muchas mujeres llegan al embarazo como una manera de llenar sus múltiples carencias. La ser requerida sexualmente, las hace sentirse valoradas. Entregan ese cariño no tanto por satisfacción personal, sino por satisfacer a la persona que quieren mantener a su lado.

### **2.2.3. Factores de riesgo del embarazo de la adolescente:**

Es multicausal, a continuación se presentan los factores que favorecen el embarazo precoz o se asocia con él:

#### **• Factores Individuales:**

Dificultad para planear proyectos a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima y poca confianza, sentimientos de desesperanza, falta de actitud preventiva, menarquía precoz, conducta de riesgo, abuso de

alcohol y drogas, abandono escolar, dificultad para mejorar sus condiciones de vida, insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento, antecedentes familiares, familias conflictivas o en crisis, madres que han estado embarazadas en su adolescencia.

### **- Biológicos**

Menarquía: la edad de la pubertad ha declinado desde 17 años en el siglo XIX alrededor de 12 a 13 años, actualmente lo que conduce a que las adolescentes sean fértiles a una edad menor, sumado al resultado de investigaciones que reportan que el uso de los métodos de planificación en los adolescentes de Latinoamérica sigue siendo bajo, exponiéndose al riesgo de embarazarse a edades tempranas. El periodo entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales.

### **- Psicosociales**

El embarazo en la adolescencia muy pocas veces es casual y menos aun conscientemente buscado. Obedece en general a una serie de causas, entre algunas: psicológicas, socioculturales y familiares. Psicológicas: durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia, el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas eso no les va a pasar, pues eso solamente les ocurre a otras. La necesidad de probar su fecundidad, estando influenciadas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia. Dentro de las causas psicológicas se mencionan:

1. Desean tener un hijo para reconstruir la ternura materna o para construir la que no han tenido.
2. Para conseguir un marido que las acompañe y las ayude a sobrevivir económicamente.

3. Para castigar a los padres por su incomprensión.
4. Para irse de un hogar disfuncional, huir de un ambiente difícil.
5. Agradar al novio.

- **Factores Sociales**

Existe abundancia de propaganda que incita las relaciones sexuales, tendencia a la reproducción de la madurez materna (hijos a temprana edad), falta de acceso a los servicios de planificación familiar. Una unidad psicosocial sujeta a la influencia de los factores socioculturales, protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis.

Entre los factores socioculturales: el embarazo de la adolescente está relacionado con la condición de la mujer en las diferentes sociedades. Esta se describe en términos de su ingreso, empleo, educación, salud y fertilidad y también los roles que ella desempeña en la familia y la comunidad. También incluye la percepción de la sociedad sobre estos roles y el valor que esta le otorga. El estereotipo de la mujer de baja condición es la mujer con un niño al pecho, embarazada y varios niños más alrededor de su falda. Es la mujer para quien la maternidad ha sido el único destino desde su nacimiento, ella se ve mayor de la edad que tiene, su salud está revestida por embarazos a repetición, la maternidad y el trabajo doméstico agotador. Es típico su baja escolaridad, falta de ingreso, falta de empleo, salud inadecuada y falta de acceso a la salud.

El machismo y la necesidad del varón de probarse es un factor dinámico en el comportamiento del varón "preñador", en el que también se ha demostrado la exigencia de una gran carencia afectiva y necesidades no satisfechas. El machismo influencia el patrón de conducta sexual y el uso de métodos anticonceptivos (especialmente entre los adolescentes). La imagen de una mujer pasiva, silenciosa, dependiente, es el resultado de una generación de privación y restricciones impuestas para mantener

el dominio masculino en la vida diaria. Freíd Said, dice que esto se expresa en la negación del derecho de la mujer a la realización sexual, independiente de la reproducción. Esto refleja un sistema de valores que iguala maternidad con reproducción.

La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes. La precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, más bien la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones. La educación se ha descrito como el medicamento contra el fatalismo. Las mujeres analfabetas de los sectores rurales no entienden de la fisiología de la reproducción o como controlarla, en consecuencia aceptan el embarazo como una voluntad divina, una mujer sin educación está menos informada e indispuesta a buscar cuidados para su salud y atención médica. Se describe como factor de riesgo la baja escolaridad, las zonas de pobreza con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad familiar disfuncionales, falta de recursos a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo.

La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente.

Causas sociales:

1. Inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas.
2. Permanecer más tiempo solas(os).
3. Pocas oportunidades de esparcimiento y educación.
4. Poca información y a veces deformada sobre educación sexual y anticoncepción.
5. Abundancia de programas que incitan a las relaciones sexuales.
6. Tendencia a la reproducción del modelo materno (hijos a temprana edad).

7. Falta de acceso a los servicios de planificación familiar.

- **Factores Familiares**

Familia disfuncional (tensión y conflicto familiar), familia en crisis, pérdida de un familiar, enfermedad crónica de algún familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, vínculo más estrecho con el padre, padre ausente. La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los micros ambientes en 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. Un mal funcionamiento puede predisponer a una relación sexual prematura, un adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de las relaciones sexuales y además puede encontrar alivio a la soledad y abandono a través de un embarazo que le permita huir de un lugar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto.

La homeostasis familiar que se establece entre los miembros facilita una relación emocional y física, promueve el desarrollo individual y familiar para mantener el equilibrio, cada familia utiliza valores, normas y reglas que condicionan y marcan las relaciones tanto en el medio externo como en el interno. Las adolescentes se enfrentan a una diversidad de problemas dentro de los cuales se encuentran: Al estar presente los problemas económicos en el hogar, la adolescente trata de conseguir un marido que la acompañe y la ayude a sobrevivir económicamente; frecuentemente pasan de la dependencia de los padres a la dependencia del marido. Se menciona además los ingresos económicos insuficientes, conduciendo así a un embarazo precoz. Los problemas Psicológicos, como la soledad, conflictos familiares, alcoholismo, inestabilidad emocional y baja autoestima. Los problemas socioculturales: como el antecedente de embarazo de la madre o hermana antes de los 19 años

de edad y el machismo.

Según el Ministerio de Economía a través de la Dirección de Estadística y Censos (DIGESTYC), en su publicación "VI Censo de Población y V de Vivienda 2007", realizado en el año 2007, el informe reporta una extensión territorial de 21,040.79 Km<sup>2</sup>, distribuidos en 14 departamentos y 262 municipios, con una población de 5,744,113 habitantes y una densidad poblacional promedio de 273 habitantes/km<sup>2</sup>.

La población de adolescentes de 10 a 19 años corresponde a 1,306,912 (22.7%) que se distribuye de la siguiente manera: 51.4% del total de adolescentes pertenecen al sexo masculino y el resto al sexo femenino (48.6%), y según el área geográfica más de la mitad de la población de adolescentes reside en la zona urbana (58.2%) y el resto en la zona rural (41.8%).

El informe final de la Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL 2008, evidencia que la edad promedio del inicio de las relaciones sexuales es de 16.3 años para mujeres y 15 años para hombres.

Además se muestra que del total de mujeres de 15 a 24 años de edad, la mitad de ellas ya experimento al menos una relación sexual (51%). (Encuesta nacional de salud familiar FESAL 2008, literal 7.3, página 140).

Los resultados de FESAL-2008 muestran que en el grupo de mujeres de 15 a 19 años, alrededor del 18 por ciento tiene al menos un(a) hijo(a) actualmente vivo(a), cifra que asciende a alrededor del 56 por ciento en el grupo de 20 a 24 años de edad. Los datos indican que en promedio las mujeres adolescentes o jóvenes quedan embarazadas de hombres de mayor edad que ellas, siendo la edad promedio de 17.3 años para ellas y 22.5 años para ellos.

El 37% de mujeres cuya primera relación ocurrió cuando tenían menos de 15 años declaró que la pareja era de 3 a 5 años mayor que ella y para el

45% la pareja era 6 o más años mayor. Esta información confirma que las adolescentes que tienen su primera relación sexual a edad más temprana, están más propensas a tener parejas sexuales mayores que ellas.

Una de cada 2 mujeres de 15 a 24 años tiene experiencia sexual. El promedio de edad para iniciar la vida sexual es de 16.3 años y es más frecuente la primera relación clasificada como pre marital que la marital: 26.4 por ciento en el grupo de 15 a 19 años y 54.5 por ciento en el grupo de 20 a 24 años de edad. La proporción cuya primera relación sexual fue pre marital asciende rápidamente del 11.3 por ciento entre las mujeres de 15 años de edad actual a un 43 por ciento entre las de 19 años y sigue ascendiendo hasta alcanzar un 62 por ciento en el grupo con 24 años de edad.

El sistema de morbilidad en línea del Ministerio de Salud, para el año 2009, existen 155,146 usuarias activas de métodos temporales de P.F. el 22.4% de ellas son adolescentes. Esta proporción se ha mantenido en los últimos 5 años. La tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos en adolescentes (TPA: usuarias de métodos anticonceptivos 10 a 19 años/MEF de 10 a 19 años) asciende del 2% en los departamentos de Sonsonate, San Miguel y la Unión hasta el 22% en el departamento de La Paz.

Según la base de datos del Sistema de información Perinatal SIP, para el año 2009, 2 de 3 mujeres no planificaron su embarazo, con un diferencial de 74.5% de embarazos no planeados entre las mujeres de 10 a 14 años, 64.3% entre mujeres de 15 a 19 años y 58.5% entre mujeres mayores de 20 años.

Según datos de la Unidad de Monitoreo y evaluación del MSPAS en el año 2009, de las 74,777 inscripciones prenatales, el 33.6% se brindaron en mujeres adolescentes.

#### **2.2.4. Condiciones psicofísico sociales en el embarazo adolescente**

Según Lutte (1991); el embarazo adolescente se convierte en una crisis que se sobrepone a la crisis de la adolescencia por los cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Al no ser planificado, en la mayoría de los casos, la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social. Teniendo en cuenta que en general, las parejas no se casan y que deben convivir con su familia de origen, la maternidad puede ser considerada como una crisis de desarrollo que presenta aspectos difíciles, pero también alegrías y ventajas que pueden generar un crecimiento psíquico y social. En la mayoría de los embarazos adolescentes, se ocasiona deserción estudiantil debido a diversas causas, siendo frecuente la dificultad económica, seguida de la pérdida del apoyo familiar y de la pareja, así como la presión social.

La atmósfera emocional que acompaña el primer trimestre es compartida por el compañero, quien de acuerdo con los reportes, abandona posteriormente la relación, las adolescentes atribuyen el abandono, a rupturas que casi siempre obedecen a los cambios en su estado de ánimo.

(Estupiñán y Rodríguez, 2009), Cuando la relación de pareja es adecuada y armónica, el embarazo es afectado positivamente por la vibración emocional de lazos afectivos en el marco de actitudes instintivas y emotivas lo que hace necesaria y gratificante, la presencia del compañero, siendo también una condición necesaria

para el normal desarrollo del bebé, al garantizar una situación placentera en el nacimiento. También Garzón (citado por Estupiñán y Rodríguez, 2009), insiste en la importancia del acompañamiento del padre durante la gestación y nacimiento para el fortalecimiento de los vínculos familiares. Cuando se está sola, la melancolía y la tristeza son emociones presentes que generan mayor susceptibilidad, exacerbando temores y sentimientos de vulnerabilidad, ocasionando el aislamiento.

Por otra parte, según (Estupiñán y Rodríguez, 2009) es característica común a las madres adolescentes, una pobre autoestima y autoimagen negativa, generada en sentimientos de rechazo, abandono y soledad, aun cuando se convive con otros; la búsqueda de atención y ayuda que de alguna forma compensarían esta necesidad, lo cual se manifiesta en incomodidad frecuente, dolores no definidos, incremento del cansancio y del apetito, que a la vez genera inquietud por la apariencia.

Los programas que abordan el embarazo adolescente, deben pasar de una concepción de desarrollo sujeto a la lógica del crecimiento físico, a una enfocada a la relación intrínseca entre las dimensiones que se involucran en la formación integral del nuevo ser y la vivencia gozosa de la paternidad y la maternidad, donde las y los adolescentes se reconozcan a sí mismos como protagonistas y potenciadores del crecimiento integral de su hijo (a).

En términos generales, el embarazo a cualquier edad es un evento psicosocial sumamente importante (Monroy, 1998), citado por Mora (2002), y muchas veces se ve matizado de situaciones adversas que pueden atentar contra las embarazadas y su producto potencial. Entre ellas se han observado condiciones psicosociales de pobreza, poco apoyo social y familiar, así como problemas de salud, pues muchas embarazadas son portadoras de enfermedades sistémicas o crónicas degenerativas que se manifiestan o complican con el

embarazo como son: la hipertensión arterial, la diabetes y otras enfermedades metabólicas.

Considerar las condiciones biológicas conjuntamente con las psicológicas y sociales, es una circunstancia de integración muy importante en el proceso de fomento de una cultura de salud entre los/las jóvenes, ya que algunas veces se les brinda información sobre sexualidad, embarazo, métodos anticonceptivos, etc., sin embargo desconocen a dónde acudir en caso de necesitar metodología anticonceptiva, o en caso de embarazo, a donde acudir oportunamente para solicitar atención prenatal. Algunos estudios demuestran que adolescentes embarazadas que llevaron un buen control prenatal mostraron una adecuada evolución, incluso mejor que la observada en grupos de mujeres de mayor edad.

- **Factor psicoemocional en el embarazo adolescente**

Núñez (citado por (Estupiñán y Rodríguez, 2009), quien afirma que una de las causas del embarazo temprano son los problemas emocionales que sufren las adolescentes, producto principalmente de una relación inadecuada con sus padres, la imagen paterna que predomina en las entrevistadas, es negativa resaltándose la ausencia total o parcial y reacciones de rechazo abierto o de permanente tensión. El embarazo a la vez, se constituye en el motivo de conflicto permanente entre los padres. No obstante, en algunos casos, el recién nacido refuerza la cohesión de la familia, reafirmando lo expuesto por Lutte quien señala que a menudo la relación entre la adolescente y sus padres mejora a costa del proceso de autonomía de la joven madre.

Durante la adolescencia la capacidad física, sexual, imaginativa, intelectual y crítica funcionan con mayor intensidad que en cualquier otro momento de la vida. Es tiempo de cambios

diversos e intensos. Las alteraciones hormonales y emocionales pueden exagerarlo todo. El sentimiento infantil de un nuevo día pleno de diversión y alegría se transforma en emociones y sentimientos nuevos, muchas veces confusos y entremezclados.

Los cambios que genera un embarazo se suman a los cambios psicosociales de la etapa adolescente (rebeldía, ambivalencia, necesidad de independencia, confusión de su imagen corporal, búsqueda de identidad y aislamiento), por lo tanto se producen temores, desequilibrio emocional, depresión, angustia, somatizaciones, intentos de aborto y en ocasiones de suicidio.

Mora (2002) La capacidad de abstracción aunada a los contenidos infantiles, provoca que los adolescentes observen la vida de manera fantasiosa y omnipotente. Se sienten capaces de transformar el mundo, pero aún no tienen la experiencia y conocimientos necesarios para evaluar la consecuencia de sus acciones, además no aceptan consejos porque consideran que son poseedores de la nueva realidad. (P.22)

Con esta omnipotencia analizan lo que a otros les pasa pero los lleva a pensar: “a mí nunca me va a pasar eso”, el resultado es una serie de conductas temerarias que le sirven de autoafirmación, que sin embargo pueden representar importantes riesgos para su integridad personal. Entre ellas tener relaciones sexuales sin protección que ocasionan embarazos no planeados.

Los sueños y las fantasías ocupan un lugar importante en la vida de los/ las adolescentes. Constituyen un elemento de expresión de la sexualidad, son frecuentes, explícitas y habitualmente acompañan la masturbación. Durante la adolescencia y aún después, la masturbación es una conducta normal y sin consecuencias.

Además de los riesgos a la salud que conlleva el embarazo en las etapas tempranas de la vida, debe considerarse la importante

secuela psico-social que un embarazo no planeado imprime en las adolescentes y en las jóvenes, particularmente los cambios sustantivos en sus proyectos de vida y su contribución a la deserción escolar; una deserción escolar muy costosa para las adolescentes y jóvenes por tratarse de niveles de educación secundaria, preparatoria y aun universitaria.

- **Factores sociales del embarazo adolescente**

Origanje (2009), el embarazo y la maternidad en adolescentes se relacionan estrechamente con los contextos de pobreza y exclusión, la falta de condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la ausencia de medidas de protección ante situaciones de riesgo. Una alta proporción de los embarazos adolescentes no son deseados (entre 35% y 52% en América Latina y el Caribe) y seguramente esta proporción es mayor en las menores de 15 años. Agrega que “Los adolescentes, a través de los medios de comunicación y los entornos sociales, la insuficiente educación sexual y la falta de políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a este grupo de edad”.

### **La familia en el embarazo adolescente**

La familia, considerada como el núcleo primario y fundamental para promover la satisfacción de las necesidades humanas básicas, y sobre todo de los hijos quienes por su carácter dependiente ahí encuentran respuesta a sus carencias. En ella reciben la educación necesaria para transformarse en adultos independientes.

En épocas anteriores, los hijos vivían en familia con un rol claramente determinado por su sexo: el varón sería el sustituto del padre y la mujer ayudaría en las tareas domésticas. Cuando dejaban de ser niños, se les consideraba adultos y desempeñaban el papel que tenían asignado.

Con la llegada de la industrialización, la familia sufrió transformaciones al pasar a vivir a los centros urbanos. El padre se integra como trabajador a la fábrica y la madre es la encargada de cuidar el hogar y a los hijos. Por su parte los hijos no tienen una función social definida, sino que, llegado el momento, requieren integrarse a la vida productiva de la sociedad, pero el acceso al papel de adulto(a) no se consigue mediante un rito de iniciación, sino que será un proceso lento y casi siempre difícil.

### **2.2.5. Embarazo no deseado**

El nacimiento de un hijo, cuando es planeado y deseado, es un acontecimiento que llena de orgullo y alegría a los futuros padres. Cumple la función de perpetuar la especie y representa la posibilidad de expresar amor, cuidados y trascender a través de los hijos. Sin embargo, cuando no es planeado genera temores de cómo enfrentarlo, por los cambios que este hecho puede generar sobre el proyecto de vida. En el caso de los/las adolescentes, deben enfrentar las posibles respuestas de la pareja, la familia, los amigos y las instituciones.

Anicama (2014), aprecia que tener un bebé sin haberlo deseado o planificado, es una experiencia muy difícil, lo cual genera confusión y preocupación por la reacción del enamorado, de familiares, de maestros, de amigos y amigas; también produce frustraciones por interrumpir planes o actividades propias de la edad, muchos adolescentes viven la experiencia de convertirse en padres o madres sin contar con la madurez emocional, el apoyo afectivo de la pareja, ni las condiciones económicas necesarias.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia, como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad; y embarazo adolescente, el que ocurre durante la adolescencia, también llamado embarazo precoz, o no deseado en atención a que se presenta antes de que la mujer haya alcanzado

la suficiente madurez emocional para asumir la compleja función de la maternidad. Citado por (Menacho, 2005) La misma organización, considera como embarazo de riesgo el que ocurre en mujeres menores de 20 años ya que es la causa principal de mortalidad en jóvenes de 15 a 19 años de edad debido a complicaciones relacionadas con el parto y los abortos practicados en condiciones de riesgo. En el mundo, cada año, 15 millones de jóvenes se convierten en padres y madres antes de cumplir los 19 años. Citado por Ruiz (2002); lo que genera altos niveles de deserción estudiantil o la minimización de las posibilidades para acceder a estudios universitarios.

#### **2.2.6. Causas del embarazo no deseado**

Las posibles causas que influyen en la aparición de los embarazos no planeados son los factores personales, familiares y sociales. Entre los más sobresalientes están:

- La pobre o nula educación sexual.
- Las cuestiones de género e identidad.
- La doble moral sexual.
- Baja autoestima.
- Acceso limitado a servicios especializados de salud sexual y reproductiva destinados a los/las jóvenes.

La escasa prevención con que los jóvenes llevan a efecto sus prácticas sexuales, el bajo uso de métodos anticonceptivos seguros.

La edad de la primera experiencia sexual.

El nivel socioeconómico.

Aunado a lo anterior, el periodo adolescente en sí mismo

representa un riesgo, por las características propias como son:

- Emergencia del impulso sexual.
- Idealismo.
- Impulsión.
- Sentimiento de invulnerabilidad.
- Necesidad de alcanzar su identidad y autonomía.

### **Los anticonceptivos en el embarazo no deseado**

La edad de inicio de relaciones sexuales es cada vez más temprana, pero la capacidad de prevenir el embarazo no acompaña este comportamiento. Entre los 10 y los 14 años no existe la madurez emocional e intelectual necesaria para aplicar medidas adecuadas de prevención. Esto dificulta la posibilidad de las adolescentes de ejercer un control reflexivo sobre el ejercicio de la sexualidad y sus consecuencias; así como la capacidad para negociar con sus parejas las decisiones sobre la actividad sexual y la prevención de embarazos, máxime si éstas las superan ampliamente en edad.

En muchos países de la región las mujeres en edad reproductiva tienen poco conocimiento sobre el cuerpo y procesos fisiológicos como el ciclo menstrual y el período fértil. Este desconocimiento es mayor en las adolescentes más jóvenes. En casos extremos, el embarazo no es reconocido hasta el momento del parto. De igual forma, a edades tempranas el conocimiento sobre las formas de evitar el embarazo es escaso, o circula información errónea o distorsionada acerca de la fecundación y los métodos anticonceptivos.

Frederic (1976), citado por (Gómez , 2002) Por falta de conocimiento y experiencia, las adolescentes tienen más embarazos imprevistos que las adultas durante el primer año de uso de métodos anticonceptivos. Si bien la expansión del acceso a los métodos anticonceptivos alcanza a la población adolescente, en especial a las de mayor edad, no ha impactado lo suficiente en la fecundidad adolescente ya que su uso no siempre es adecuado u oportuno.

### **Embarazo no deseado y deserción escolar**

Estupiñán y Rodríguez (2009), consideran que el embarazo y maternidad generan cambios que afectan el proyecto de vida de la adolescente ya que el papel de madre y estudiante se deben compatibilizar; por un lado, se encuentra el deseo personal de estudiar una carrera, que al igual que al hombre, le permita insertarse en el mundo laboral y responder a sus exigencias; por otro, el rol de madre que debe cumplir de acuerdo al estereotipo cultural y las expectativas sociales que en muchos de los casos llega a sobrepasar la salud física y psicológica tanto de las madres como de sus hijos, deteriorando su calidad de vida. En ocasiones esta condición, crea importantes rupturas con el grupo de iguales y con la trayectoria de vida propia, afectando su desarrollo y el de su bebé, que incluso puede generar el abandono de su formación profesional.

Las madres adolescentes refieren presiones en el contexto académico que creen solucionar mediante el abandono de sus estudios. Así las cosas, es inevitable el que la comunidad académica tenga injerencia en su estado psicológico, en ocasiones de forma negativa, lo que incide en que el bebé sea percibido como algo extraño e inoportuno en la vida del padre y la madre adolescente. Las actitudes de indiferencia e

incomodidad, además de la emisión de críticas fundamentadas en prejuicios dada su condición de adolescente, son aspectos que las entrevistadas señalan como negativos por parte de sus compañeros y docentes, aunque hay quienes reconocen que esta reacción la experimentaron ellas mismas frente a sus compañeras. Por el contrario, cuando la comunidad académica asume una actitud positiva, fundamentada en acciones de apoyo dirigidos a la joven madre, como: acompañamiento al estudio, cuidados físicos, alimentarios e incluso en recomendaciones frente al embarazo y al bebé, la preocupación por su bienestar y las expresiones afectivas, hacen mucho más llevadero el embarazo e incluso hacen que sea asumido como una motivación para la culminación del estudio.

#### **2.2.7. El aborto en el embarazo no deseado**

Las adolescentes embarazadas ven como alternativa el aborto. De decidirlo, enfrentarán problemas económicos (hay que pagarlo), morales (sentimientos de culpa), biológicos (generalmente se hacen en condiciones insalubres) y legales (está penado por la ley). A lo largo de su vida será una situación que desearán ocultar.

A la poca experiencia para reconocer los síntomas del embarazo se suma una dificultad de aceptar su ocurrencia así como sentimientos ambivalentes, ignorancia respecto a dónde acudir para obtener orientación y ayuda, y vacilación en confiar en los adultos. En una edad marcada por dificultades de comunicación con los padres y adultos, las adolescentes recurren principalmente al grupo de pares, menos preparado para brindar alternativas seguras cuando se decide interrumpir el embarazo.

Romero (2009), el aborto está legalmente restringido en la mayoría de países de América Latina. Sólo Cuba, Guyana, Puerto Rico y la Ciudad de México tienen legislaciones que permiten el aborto voluntario; esto implica que los demás países admiten por lo general el aborto sólo en algunas circunstancias como por ejemplo cuando el embarazo representa un peligro para la salud o para la vida de la madre, y cuando es producto de una violación. Sin embargo, el acceso al aborto legal en estas situaciones no es fácil, ya que existen innumerables obstáculos políticos, institucionales y personales que hacen que los abortos no punibles no se lleven a cabo en tiempo y forma.

### **Consecuencias psicológicas**

Los cambios que genera un embarazo se suman a los cambios psicosociales de la etapa adolescente (rebeldía, ambivalencia, necesidad de independencia, confusión de su imagen corporal, búsqueda de identidad y aislamiento), por lo tanto se producen temores, desequilibrio emocional, depresión, angustia, somatizaciones, intentos de aborto y en ocasiones de suicidio.

Considerando la inequidad que existe entre hombres y mujeres, la adolescente soltera que se embaraza está expuesta a recibir rechazo y crítica por parte de la familia y la sociedad. Su autoestima se ve deteriorada, surgen sentimientos de culpa y minusvalía. Además, se enfrenta a serios problemas económicos, abandono de sus estudios y pasa a formar parte de las desempleadas o subempleadas.

Si la joven continúa con el embarazo ocultando su situación, vivirá momentos de gran soledad, tensión, ansiedad e incertidumbre. En el momento en que se haga evidente requerirá tomar decisiones, enfrentar a la familia y a la

sociedad. Algunas veces la tensión se ve incrementada por exigencias del compañero para realizar actos contrarios a sus deseos, como casarse o abortar.

### **Consecuencias familiares**

La carencia de recursos económicos lleva a la pareja a habitar en casa de los padres o los suegros, generando mayor dependencia familiar debido a que requieren someterse a las reglas familiares. Levine citado por (Mora 2002) considera que 20 años después de haber sido madres adolescentes, las mujeres continuaban recibiendo apoyo de su familia de origen en mayor medida que las mujeres que se embarazaron a mayor edad. Así mismo, las madres adolescentes mencionaron planes a futuro más limitados, menos claros y percibían la maternidad como una situación más difícil.

En casos extremos las madres son rechazadas por sus familiares, y se ven orilladas a vivir en condiciones adversas, con pocas posibilidades de bienestar y superación.

Mendoza (2013), en el Perú, el porcentaje de mujeres adolescentes (15 a 19 años) que están o han estado alguna vez embarazadas se mantiene a niveles estables (alrededor del 13%) en las últimas dos décadas. Los porcentajes varían notablemente según se trate de adolescentes pobres o no pobres, urbanas o rurales, y según región natural (en la selva supera el doble del promedio nacional), lo que las limita para aprovechar sus escasas oportunidades educativas, laborales y de desarrollo personal y familiar en sus transiciones hacia la vida adulta. Aunque a nivel rural se registra un leve descenso, a nivel nacional el valor se mantiene estable, a causa de un leve aumento en las áreas urbanas, incluyendo Lima Metropolitana, cuyas poblaciones crecen, a diferencia de las poblaciones

rurales.

### **Consecuencias sociales**

Por tales motivos, al embarazo entre adolescentes lo consideran “la puerta de entrada al ciclo de la pobreza”. Estas jóvenes tienen más probabilidades de ser pobres, abandonar los estudios, percibir bajos salarios y divorciarse. Las madres solteras también verán limitados sus derechos legales, el acceso a los servicios de salud y fácilmente pueden caer en la prostitución. Comúnmente enfrentan solas las obligaciones debido a que no cuentan con el apoyo económico ni afectivo del padre de su hijo.

La maternidad precoz a menudo está asociada con el aumento de la fecundidad durante la vida reproductiva de las mujeres. Esto conduce a un crecimiento de la población más rápido que obstaculiza el desarrollo socioeconómico. Por otro lado, la familia y la sociedad requieren encontrar formas para ayudar a las jóvenes a sostener a sus hijos, convirtiéndose en una carga social adicional.

Los hijos no planeados ni deseados de las adolescentes, frecuentemente son niños rechazados (consciente o inconscientemente) por la madre y la sociedad. Están más propensos a sufrir trastornos emocionales, golpes, abandono, carencias económicas, afectivas y educativas; o aun de carecer de un hogar por haber sido abandonados.

Las jóvenes que deciden tener a sus bebés en principio buscan darles cuidados y protección. Ante la dificultad económica y las limitaciones que el hijo representa para su vida personal y social, tienden a desatenderlos por periodos prolongados, generando abandono y maltrato infantil. Con el transcurso del tiempo, puede suceder que el/la hijo(a) se convierta en un

obstáculo ante una eventual relación de pareja.

INEI (2013), aprecia que además de las dificultades que las madres adolescentes deben afrontar en el tema educativo, también se les presenta obstáculos para insertarse en el mercado laboral. Al respecto, los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2012 muestran que más de la mitad de las adolescentes (56,9%) que tienen al menos 1 hijo/hija o están embarazadas por primera vez, se encuentran en la categoría de “no estudian ni trabajan”, solo un poco más de un tercio (35,7%) realizan alguna actividad económica y un 7,4% se encontraban estudiando.

Es frecuente que los hijos de adolescentes presenten dificultades de adaptación social y escolar. Algunos problemas comunes son: agresividad, desobediencia, falta de concentración, dificultad para el control de impulso y mayor propensión a cometer actos delictivos.

### **Acciones de enfermería en el embarazo adolescente**

La iniciación sexual muy temprana puede representar un riesgo para la salud y el bienestar de las adolescentes, particularmente en términos de embarazo imprevisto e infecciones de transmisión sexual, especialmente si las jóvenes no tienen la madurez o la asertividad para utilizar medidas preventivas.

La habilitación de espacios de escucha y apoyo para que las madres adolescentes puedan compartir sus experiencias, necesidades, deseos, miedos y angustias constituye un mecanismo para romper el círculo de incomunicación o desamor y para evitar que sus hijos e hijas reproduzcan el esquema de embarazo precoz. Estas acciones, dirigidas a promover la salud mental de las adolescentes embarazadas,

son claves para sentar las bases de su crecimiento y fortalecimiento como seres humanos, lo cual les permitirá afrontar de mejor manera los diversos problemas que se presentan en la vida.

La historia personal de las madres adolescentes es afectada fuertemente por la gestación; las decisiones que toman al respecto parecen reproducir las características que presenta el problema social del madresolterismo. La relación de pareja estable no es una opción en su proyecto de vida, ya que la gran mayoría de madres señalaron como propósito culminar sus estudios y conseguir trabajo para lograr el sostenimiento del bebé, sin que hubiese participación del padre. El diseño de programas para el acompañamiento a la gestación debe ser dirigido a ambos padres, abordando las necesidades del bebé en formación y las implicaciones que tiene en él, la participación activa de ambos miembros de la pareja.

El embarazo durante la adolescencia es considerado por la OMS como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de los/ las jóvenes.

Según (Mora, 2002) Dar respuesta a la pregunta ¿cómo satisfacer las diversas necesidades de las adolescentes?, es un problema que enfrentan padres, prestadores de servicios, educadores y sociedad en general. Pese a la urgente necesidad de satisfacer las demandas de los/las jóvenes, los programas se enfrentan con controversias y barreras sociales que limitan la efectividad de los resultados. Y agrega que dentro de los múltiples propósitos de los

programas de este tipo están el hacer accesibles los servicios, ayudar a incrementar conocimientos, generar actitudes para una sexualidad sana, postergar el inicio de la actividad sexual, promover prácticas sexuales protegidas, contribuir a una cultura que favorezca la sexualidad libre y sin riesgos, entre otros. Procurando que los programas aboguen por nuevas normas sociales que promuevan la equidad y protejan la salud de los/las jóvenes.

Las adolescentes necesitan programas que den cuenta de la necesidad que tienen de ser escuchados, de contar con servicios de salud que protejan su intimidad e identidad, que estén dispuestos a abordar cualquier tema, que ganen su confianza, vayan a donde ellos van y hablen su mismo lenguaje. Programas en los cuales se eliminen los obstáculos burocráticos, la ineficiencia y la falta de atención empática y anónima. Si bien la experiencia es hasta ahora limitada, los programas han dado mejor resultado cuando se trabaja con los adultos responsables de su formación, cuando se involucra a los jóvenes en el diseño de los modelos fomentando la comunicación interpersonal, cuando se articula la educación a la prestación de servicios, cuando se presentan modelos de conducta que hacen más atractivo el comportamiento sin riesgos y sobre todo cuando se invierte el tiempo suficiente y se cuenta con la actitud y la disposición para atenderlos.

#### **a. Prevención del embarazo adolescente**

Algunos objetivos para brindar atención en salud sexual y reproductiva para la población adolescente:

- Reducir la incidencia de embarazos no planeados ni deseados.

- Identificar, tratar y prevenir las enfermedades de transmisión sexual.
- Identificar y prevenir la incidencia de drogadicción.
- Incrementar el empleo de métodos anticonceptivos.
- Promover conductas de autocuidado.
- Mejorar los procesos de comunicación entre las parejas adolescentes.
- Mejorar la comunicación entre los/las adolescentes y la familia.
- Promover el empleo de recursos anticonceptivos postparto.
- Permitir a las adolescentes ser partícipes de la elaboración de las políticas de salud sexual y reproductiva, con la finalidad de lograr articular la política y la realidad sentida por la adolescente, lo cual permite empoderamiento alrededor de su sexualidad para la toma de decisiones responsables, autónomas y saludables.
- Adelantar acciones para que las mujeres adolescentes conozcan y se apropien de sus deberes y derechos en salud sexual y reproductiva.
- Brindar educación sexual y reproductiva a las adolescentes, enmarcada dentro de una formación que tenga bases en los aspectos afectivos y morales, lo cual permite dar sentido y responsabilidad en el ejercicio de la sexualidad.

- Brindar educación oportuna, veraz y clara a la adolescente, a fin de ayudar a incrementar los conocimientos en salud sexual y reproductiva, generar actitudes para una sexualidad sana, postergar el inicio de la actividad sexual, promover prácticas sexuales protegidas y contribuir a una cultura que favorezca la sexualidad libre y sin riesgos.

**b. Programas de salud reproductiva**

A pesar de ello, en muchas partes del mundo las necesidades de salud sexual y reproductiva de la población adolescente son poco comprendidas o directamente ignoradas. Esta desatención amenaza la salud y el bienestar de los y las adolescentes.

Los acuerdos internacionales de derechos humanos aprobados en los últimos quince años defienden la salud reproductiva y los derechos reproductivos de los/as adolescentes. La Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, el instrumento de derechos humanos más universalmente aceptado, garantiza los derechos de los niños, niñas y adolescentes, inclusive la protección contra la discriminación, los malos tratos y la explotación; la participación en decisiones que afectan sus vidas; el disfrute de privacidad y el acceso a la educación y a los servicios de salud e información al respecto. Todos esos derechos tienen repercusiones directas sobre la salud reproductiva de los/as adolescentes.

Según UNFPA (2005); en 1994, durante la Conferencia Mundial sobre la Población y el Desarrollo, los gobiernos se comprometieron a abordar las necesidades de salud

reproductiva y los derechos reproductivos de los y las adolescentes. En 1995, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing, los gobiernos reafirmaron ese compromiso y destacaron especialmente a la importancia de focalizar en la situación de niñas y adolescentes.

Históricamente en la mayoría de los países de la región, las políticas destinadas a poner a disposición de los adultos los conocimientos y los medios para controlar su fecundidad han encontrado resistencia en las capas más conservadoras de la sociedad, y las orientadas a la población adolescente son mucho más resistidas. Se rechazan especialmente los intentos de asegurar el derecho de los y las adolescentes a tomar decisiones autónomas sin el permiso de sus padres. A pesar de ello, algunos países han adoptado gradualmente planes de salud reproductiva dirigidos a adolescentes aunque los avances han sido lentos y dificultosos.

Aun donde no existen restricciones legales, el acceso de los/as adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva puede ser dificultoso por barreras geográficas, horarias, económicas y culturales. Además, muchos servicios no están preparados para atender las necesidades particulares de los y las adolescentes y no se constituyen como espacios amigables al no resguardar la privacidad y confidencialidad, o al sancionar la actividad sexual de los(as) adolescentes.

**c. Plan Nacional de prevención del embarazo adolescente**

Su horizonte temporal alcanza el año 2021 (bicentenario),

siendo su objetivo general reducir en 20% la prevalencia del embarazo en las adolescentes. Sus objetivos específicos son:

- Postergar el inicio de la actividad sexual en la adolescencia.
- Incrementar el porcentaje de adolescentes que concluyen la educación secundaria.
- Asegurar la inclusión de la educación sexual integral (ESI) en el marco curricular nacional y en los programas de capacitación del Ministerio de Educación para que las regiones cuenten con condiciones institucionales para implementar la ESI.
- Incrementar la prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos modernos en los adolescentes sexualmente activos mayores de 18 años y en adolescentes que ya son madres.
- Disminuir los diferentes tipos de violencia en los adolescentes poniéndose énfasis en la violencia sexual.

Tratándose de un plan multisectorial requerirá de un sostenido liderazgo del Ministerio de Educación y del Ministerio de Salud, y en menor medida (por el volumen de las acciones) del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, y de los gobiernos regionales y locales. Aún no se formaba el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social cuando este plan fue formulado. Sus principales líneas de acción comprenden:

- Acceso a la educación básica.
- Educación sexual integral desde la infancia
- Entorno familiar y comunitario favorable para el desarrollo integral del adolescente.
- Espacios de recreación y buen uso del tiempo libre para el desarrollo integral de los adolescentes.
- Acceso a servicios de atención integral en salud sexual y reproductiva.
- Orientación y consejería en salud sexual y reproductiva y anticoncepción para los adolescentes sexualmente activos mayores de 18 años y en adolescentes que ya son madres.
- Redes de protección y apoyo social con participación comunitaria.
- Empoderamiento y participación adolescente y joven.
- Comunicación social en la prevención del embarazo adolescente.
- Orientación vocacional y empleabilidad juvenil.
- Alianzas estratégicas multisectoriales; Monitoreo, supervisión, evaluación e investigación operativa.

### **2.2.8. Teóricas que dan sustento a la investigación**

#### **MODELO DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES**

Peplau en su teoría se centró en la biología y en las ciencias conductuales, y evolucionó en la teoría de las relaciones interpersonales. En su obra, “relaciones interpersonales en enfermería”, ofrece una definición de enfermería en la que destaca la importancia del enfermo durante el proceso interpersonal, al que define como terapéutico, y en la que resalta la influencia de su personalidad en el aprendizaje mientras

éste recibe cuidados.

Para Peplau “la enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que apunta a promover en la personalidad el movimiento de avance hacia una vida creativa, constructiva, productiva personal y comunitaria”.

Definió que la enfermería psicodinamica exige ser capaz de comprender nuestra conducta para poder ayudar a otros a identificar las dificultades que percibe y aplicar los principios de las relaciones humanas. La enfermería es un importante proceso interpersonal y terapéutico.

La esencia del modelo de Peplau, organizado en forma de proceso, es la relación humana entre un individuo enfermo, o que requiere un servicio de salud, y una enfermera educada especialmente para reconocer y responder a la necesidad de ayuda. Este modelo, publicado por primera vez en 1952, describe cuatro fases en la relación entre enfermera y paciente: Orientación, identificación, explotación, y resolución. En la fase de orientación, el individuo tiene una necesidad y busca ayuda profesional. La enfermera, en colaboración con el paciente y con todos los miembros del equipo profesional, se ocupa de recoger información, de reforzar y esclarecer lo que otras personas han comunicado al paciente y de identificarlos problemas.

En la fase de identificación el paciente comienza a responder en forma selectiva a las personas que parecen ofrecerle la ayuda necesaria. En este momento, el enfermo puede explorar y expresar los sentimientos relacionados con su percepción del problema, y las observaciones de la enfermera pueden servir para aclarar las expectativas del paciente respecto a la enfermera, y las expectativas de la enfermera sobre la capacidad de un paciente determinado para manejar su problema.

La explotación” de la relación se refiere a tratar de aprovechar esta el máximo para obtener del cambio los mayores beneficios posibles.

## **MODELO DE SISTEMAS CONDUCTUALES**

Doroty Johnson, se graduó en arte en 1938. La mayor parte experiencia profesional es como docente en la universidad de California, aunque también incluye puestos como enfermera y asesora en escuelas de enfermería.

Publico su modelo de sistemas conductuales en 1980. Baso su modelo en la idea de Flórense Nightingale acerca de que la enfermería esta designada a ayudar a las personas a prevenir o recuperarse de una enfermedad o lesión.

Los conceptos que maneja este modelo son el estrés y tensión, con el objetivo de reducirlos.

El modelo de Johnson considera a la persona como un sistema conductual compuesto de una serie de subsistemas interdependientes e integrados, modelo basado en la psicología, sociología y etnología. Según su modelo la enfermería considera al individuo como una serie de partes interdependientes, que funcionan como un todo integrado; estas ideas fueron adaptadas de la Teoría de Sistemas.

Cada subsistema conductual tiene requisitos estructurales (meta, predisposición a actuar, centro de la acción y conducta) y funcionales (protección de las influencias dañinas, nutrición y estimulación) para aumentar el desarrollo y prevenir el estancamiento. Son siete: dependencia, alimentación, eliminación, sexual, agresividad, realización y afiliación.

El individuo trata de mantener un sistema balanceado, pero la interacción ambiental puede ocasionar inestabilidad y problemas de salud. La intervención de enfermería sólo se ve implicada cuando se produce una ruptura en el equilibrio del sistema. Un estado de desequilibrio o inestabilidad da por resultado la necesidad de acciones de enfermería, y las acciones de enfermería apropiadas son

responsables del mantenimiento o restablecimiento del equilibrio y la estabilidad del sistema de comportamiento. Enfermería no tiene una función definida en cuanto al mantenimiento o promoción de la salud. Enfermería es una fuerza reguladora externa que actúa para preservar la organización e integración del comportamiento del paciente en un nivel óptimo bajo condiciones en las cuales el comportamiento constituye una amenaza para la salud física o social, o en las que se encuentra una enfermedad.

El Proceso de Enfermería, propuesto excluye el Diagnóstico de Enfermería y la valoración incluye sólo los datos sobre los subsistemas de ingestión, eliminación y sexual ésta limitada valoración deja lagunas en información necesaria para hacer un registro completo de Enfermería.

### **2.3. DEFINICIÓN DE TERMINOS**

- **La adolescencia**

La adolescencia es una etapa fundamental de la vida en la cual se enfrenta cambios físicos, biológicos, sociales, así como de personalidad. Es un período de transición de la niñez a la etapa adulta en la que el adolescente adquiere valores, aptitudes, actitudes en su forma de pensar, características e identidad propia que le ayudarán a enfrentarse a la vida.

La adolescencia como período de transición, significa desafíos que afrontan él y la adolescente comunes, las que incluyen: la adaptación a los cambios fisiológicos y anatómicos, relacionados a la pubertad y la integración de una madurez sexual en un modelo personal del comportamiento, el alejamiento progresivo de los padres y el establecimiento de una identidad individual, sexual y social por medio de la relación con sus compañeros, la utilización

de una habilidad individual y el desarrollo de potencialidades para actividades ocupacionales y de esparcimiento.

Todo lo anterior lleva a inferir que la adolescencia es un período de crecimiento rápido y de desarrollo personal, sin el cual las personas no pueden adquirir las competencias necesarias para adaptarse al mundo. Éste se ve influenciado por el contexto social y económico en que se desarrollan los y las adolescentes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS 2007), la adolescencia es “el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica; fija sus límites entre los 10 y 20 años” (p.3).

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el periodo de vida que se da entre los 10 y 19 años de edad, se caracteriza por una serie de cambios orgánicos (pubertad) así como por la integración de funciones de carácter reproductivo (ciclo menstrual en las mujeres y ciclo espermático en los hombres), acompañados de profundos cambios psicosociales de ajuste a un ambiente sociocultural cambiante y en ocasiones hostil. Muchos adolescentes, sobre todo en países en vías de desarrollo como el nuestro, encuentran múltiples dificultades para ajustarse a esta etapa de su vida, en particular en lo relativo a su sexualidad.

- **Autoestima**

Es la capacidad de tener confianza y respeto por sí mismo. Esta es propiciada desde el nacimiento o tal vez

antes del nacimiento, ya que el hecho de que el niño se sienta deseado por sus padres le va a dar la posibilidad de sentirse esperado y querido. (Diccionario de la Ciencia de la Educación, 2006. p. 16).

- **Desarrollo Afectivo**

Es el área del desarrollo que configura las competencias socioemocionales, que permiten la manera como se relaciona el individuo afectivamente con los demás. Se construye en la interrelación del desarrollo cognitivo más la experiencia. (Haeusseles, 2006. p. 55).

- **Evaluación Antropométrica**

Es el conjunto de mediciones corporales con las que se determinan los diferentes niveles y grados de nutrición de un individuo mediante parámetros antropométricos e índices derivados de la relación entre los mismos. (Álvarez, 2007. p.41).

- **Evolución Biopsicosocial**

Es el proceso de desarrollo del ser humano en el aspecto biológico, psicológico y social, que conforma y modela la conducta racional acorde con las normas de la sociedad. (Álvarez, 2007. p.45).

- **Sexualidad Madura**

La sexualidad madura cumple cuatro funciones: la procreación, el intercambio afectivo, la expresión social y la obtención de placer. si solamente se busca placer, es necesario considerar que al realizar un coito sin protección se corre el riesgo de un embarazo inesperado. (Mora, 2002 p. 28)

- **Identidad Sexual**

Es la conciencia que cada persona tiene de sí misma, que se ha ido estructurando desde muy temprana edad en su proceso de socialización y que le permite en cualquier momento de su vida definirse como hombre o mujer. (Bonilla, 2006. p.45).

- **Información Sexual**

Aspecto de la Educación Sexual que consiste en contestar con verdad, sencillez, y precisión a las preguntas que realizan los niños y proporcionarles los conocimientos adecuados a su edad. (Bianco, 2004. p. 67).

- **Salud Sexual**

Estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad. Para que se logre y se mantenga, los derechos sexuales de toda persona, deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud. (OMS, 2007. p.3).

- **Salud Sexual y Reproductiva**

Es el bienestar integral en relación a las dimensiones biológicas y fisiológicas de la sexualidad humana, es decir, el buen estado del funcionamiento del aparato sexual reproductor, la prevención de infecciones y enfermedades sexuales, incluyendo el SIDA y de las complicaciones o muerte por razones de embarazo, parto o post- parto (Andrade, 2005. p.301).

- **Ser Sexual**

Es la totalidad compuesta en el ser humano por varias dimensiones: las físicas, las psicológicas y las de carácter

ético. (Andrade, 2005. p321)

- **Sexualidad**

Comportamiento general de un ser humano en relación con otro, como complemento de intercambio sexual para el disfrute del erotismo. Se haya vinculado con las normas de conducta y valores. (Bianco, 2004. p 56).

## **2.4. HIPÓTESIS**

H<sup>a</sup>.-Los factores psicofísico sociales influyen en el embarazo de las adolescentes de las Instituciones Educativas “Juan Ugaz” e “Indoamericano” de la provincia Santa Cruz región – 2015

H<sup>o</sup>.-Los factores psicofísico sociales no influyen en el embarazo de las adolescentes de las Instituciones Educativas “Juan Ugaz” e “Indoamericano” de la provincia Santa Cruz región – 2015

## **2.5. VARIABLES**

### **2.5.1. Definición conceptual de la variable**

#### **Factores psicofísicosociales**

El aspecto biológico, psicológico, social y económico en la familia y entorno son determinantes para ofrecer a los adolescentes espacios adecuados para entender su condición de adolescente y enfrentar sus propios retos y desafíos, sin ser alterado por un embarazo para el cual no está preparada; por lo que estos factores son determinantes e influyentes en el inicio de las relaciones sexuales.

Los conocimientos, saberes y prácticas con relación al proceso de gestación que tienen las madres adolescentes, están permeados por la cultura y son transmitidos a través de los actores que constituyen su contexto social.

La condición de la adolescente no parece afectar esta percepción, ya que solo en muy pocos casos se presenta una auténtica preocupación profundizar en los aspectos que afectan el desarrollo físico, cognitivo y afectivo del bebé. Muchas de las fuentes “especializadas” que se consultan centran su atención en el control médico, dejando de lado aspectos, relacionados con papel del padre durante el embarazo.

### **Embarazo no deseado**

El embarazo no deseado, se presenta cuando una adolescente va a tener un hijo que no lo esperaba; es sorpresivo y pone en crisis su frágil desarrollo psicológico, emocional, biológico y social; por lo que el embarazo a esta edad es un problema de salud pública a nivel mundial ya que en la mayoría de los casos este afecta negativamente la salud de la madre, del hijo por nacer y del niño, y adicionalmente puede ocasionar alteraciones en la calidad de vida no solo de ellos, sino de la familia y la sociedad.

## **2.5.2. Definición operacional de la variable**

### **Condiciones psicofísicosociales**

El embarazo adolescente se convierte en una crisis que se sobreimpone a la crisis de la adolescencia por los cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Al no ser planificado el traer un niño al mundo, en la mayoría de los casos, la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social. Teniendo en cuenta que en general, las parejas no se casan y que deben convivir con su familia de origen, la maternidad puede ser considerada como una crisis de desarrollo que presenta aspectos difíciles, pero también alegrías y ventajas que pueden

generar un crecimiento psíquico y social. En la mayoría de los embarazos adolescentes, se ocasiona deserción estudiantil debido a diversas causas, siendo frecuente la dificultad económica, seguida de la pérdida del apoyo familiar y de la pareja, así como la presión social.

### **Embarazo no deseado**

Aunque el embarazo en la adolescencia no es esperado, planeado o constituido con la conciencia de las implicaciones que conlleva, poco a poco, y pasado el impacto inicial, es acogido en la vida de la mayoría de las madres adolescentes, generando las transformaciones necesarias en su contexto vital para alcanzar su pleno desarrollo.

La nueva madre ya nunca será la misma; no solo experimenta transformaciones del orden físico y psicológico, sino también, en la forma de asumir el mundo, la vivencia de las emociones y su autoimagen, sino también, en el reconocimiento de las implicaciones de un hijo(a) en su vida.

Los roles que emergen ante esta situación y la necesidad de asumir compromisos y responsabilidades, generan cambios en sus hábitos, asumiendo nuevas funciones y reestructurando su proyecto de vida, lo que obliga el salto a la madurez. La humanización del feto se inicia en el embarazo cuando “comienza a ser deseado por su madre a partir de sus sentimientos y reflexiones”.

## 2.5.2. Operacionalización de la variable

Variable	Dimensión	Indicador
<b>Condiciones psicofísicas</b>	<b>Características psicológicas</b>	Sentimientos de culpa
		Nivel de autoestima
		Hábitos y actitudes para la prevención de embarazos
		Actitudes ante los métodos anticonceptivos
	<b>Características sociales</b>	Manejo del estrés
		Aspectos personales
		Nivel educativo
		Entorno familiar
		Contexto social local
		Nivel económico
<b>Embarazos no deseados</b>	<b>Causas</b>	Riesgos en la salud de la adolescentes
		Cambios físicos en la adolescente
		El afecto en la familia
		Grado de relación con los padres
		Fracaso académico
		Curiosidad sexual
		Desconocimiento de educación sexual
	<b>Expectativas</b>	Planes para el futuro
		Fortalezas
		Decisiones

## CAPÍTULO III METODOLOGÍA

### 3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

**Es un estudio de tipo 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 el embarazo de las adolescentes.

**De nivel descriptivo:** Porque va describir una situación y/o un hecho en este caso los factores

**De Corte transversal:** Porque se realizará en un determinado tiempo y espacio.

### 3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

#### **Población**

Estuvo conformada por 16 adolescentes embarazadas 06 están cursando el 3er y 5to año de secundaria de la I.E. “Juan Ugaz” y 04 adolescente embarazadas en la I. E. “Indoamericano”; además de 06 madres adolescentes que se retiraron desde el año 2014 de ambas

instituciones educativas.

### **Muestra**

Fue de manera no probabilística por conveniencia ya que se trabajará con las 16 adolescentes que se encuentran embarazadas

## **3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **La encuesta**

La encuesta es un estudio en el cual el investigador obtiene los datos a partir de realizar un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa.

Es una herramienta que utiliza el investigador de un modo preferente, en el desarrollo de la investigación. Al respecto, Hernández y Fernández (2006) señalan: “Consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir” (p. 276).

Se considera a la encuesta como una técnica que, previo formulario de preguntas, permite obtener información de una muestra de individuos.

Se consideró la guía de encuesta en base a preguntas cerradas, preguntas de estimación y preguntas abiertas.

### **La Observación**

Según Abril, Proporciona la información empírica necesaria para plantear nuevos problemas, formular hipótesis y su posterior comprobación.

Se elaboró como instrumento la guía de observación.

## **Fichaje**

Es una técnica que facilita la sistematización bibliográfica, la ordenación lógica de las ideas y el acopio de información en síntesis, constituye la memoria escrita del investigador. Representan el procedimiento más especializado de tomar notas.

Son tarjetas de cartulina o papel de diferentes tamaños y colores. Sus dimensiones varían: Pequeño: 12,5x 7,5 cm Mediano: 15x10 o 9,5x 15 cm Grande: 20x12, 5 o 15x23 cm. Las tarjetas más comunes y comerciales son de cartulina blanca o rayados, en algunos casos pueden ser de papel bond.

Como instrumentos utilizaré, las fichas de resumen, fichas de referencia textual, las fichas comentario y fichas bibliográficas.

### **3.4. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

Teniendo en cuenta lo que plantean Hernández y Fernández (2006), “la validez es el grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir” (p. 236)

Por lo que se utilizó el juicio de experto y así determinar en forma individual la validez de los ítems del instrumento tomando en cuenta su relevancia y congruencia en la operacionalización de las variables a través de los criterios: presentación, redacción, ortografía, y correspondencia objetivo - ítem, ambigüedad, lenguaje apropiado y estructura de la base del ítem.

La confiabilidad, según Hernández y Fernández (2006) se refiere “Al grado en que la aplicación repetida de un instrumento de medición al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados”. (p.235).

Para calcular la confiabilidad se realizaron los siguientes pasos: primero se seleccionó en forma aleatoria a 3 personas con las características similares a la población objeto de estudio, a quienes se les aplicó el instrumento para corregir o modificar detalles que ocasionaron

confusión en algunos ítems.

### **3.5. PROCESAMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para procesar los resultados obtenidos en esta investigación, se codificó y tabuló la información, organizándose en cuadros de frecuencia absoluta y porcentual, de acuerdo a las variables de estudio para su posterior análisis.

El análisis e interpretación de los resultados obtenidos, se realizó después de la tabulación de los datos, aplicándose la descripción, la comparación e inferencia de la información, para después elaborar las conclusiones.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

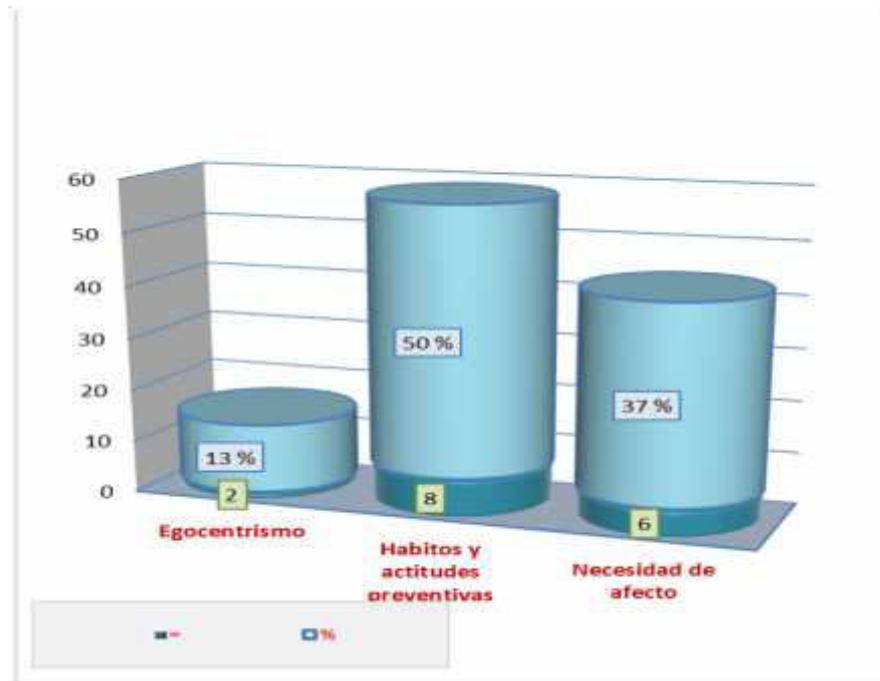
**TABLA: 1**  
**FACTORES PSICOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS “JUAN JUAN UGAZ” E “INDOAMERICANO” DE LA PROVINCIA SANTA CRUZ REGIÓN – 2015**

<b>Factores Psicológicos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
➤ Egocentrismo	2	13
➤ Hábitos y actitudes preventivas	8	50
➤ Necesidad de afecto	6	37
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

**Elaboración propia**

**Interpretación:** Se observa que entre los factores psicológicos que influyen en el embarazo de las adolescentes está en el 50%(8) hábitos y actitudes de prevención en el 37%(6) lo es la necesidad de afecto y el 13%(2) refieren que nunca imaginaron que eso les pasaría a ellas (egocentristas)

**GRAFICO: 1**  
**FACTORES PSICOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO**  
**DE LAS ADOLESCENTES DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS**  
**“JUAN JUAN UGAZ” E “INDOAMERICANO” DE LA PROVINCIA**  
**SANTA CRUZ REGIÓN – 2015**



**TABLA: 2**

**FACTORES FISICOS QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS “JUAN UGAZ” E “INDOAMERICANO” DE LA PROVINCIA SANTA CRUZ REGIÓN – 2015**

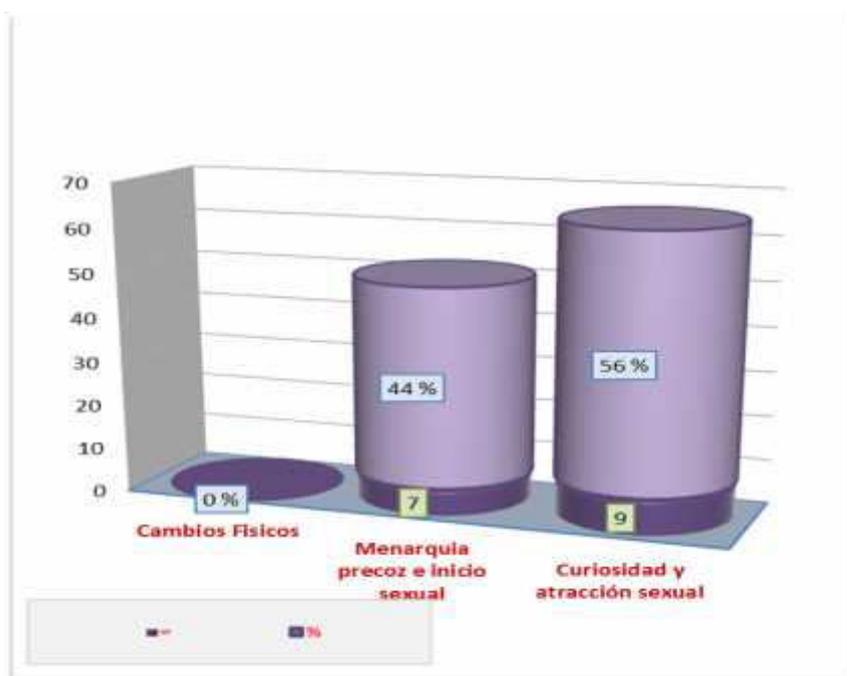
<b>Factores Fisicos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
➤ Cambios físicos	--	--
➤ Menarquia Precoz e inicio sexual	7	44
➤ Curiosidad y atracción sexual	9	56
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

**Elaboración propia**

**Interpretación:** Se observa que entre los factores físicos que influyen en el embarazo de las adolescentes es en el 56%(9) la curiosidad y atracción sexual en el 44%(7) lo es la menarquia precoz e inicio sexual.

**GRAFICO: 2**

**FACTORES FISICOS QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS “JUAN UGAZ” E “INDOAMERICANO” DE LA PROVINCIA SANTA CRUZ REGIÓN – 2015**



**TABLA: 3**

**FACTORES SOCIALES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS “JUAN UGAZ” E “INDOAMERICANO” DE LA PROVINCIA SANTA CRUZ REGIÓN – 2015**

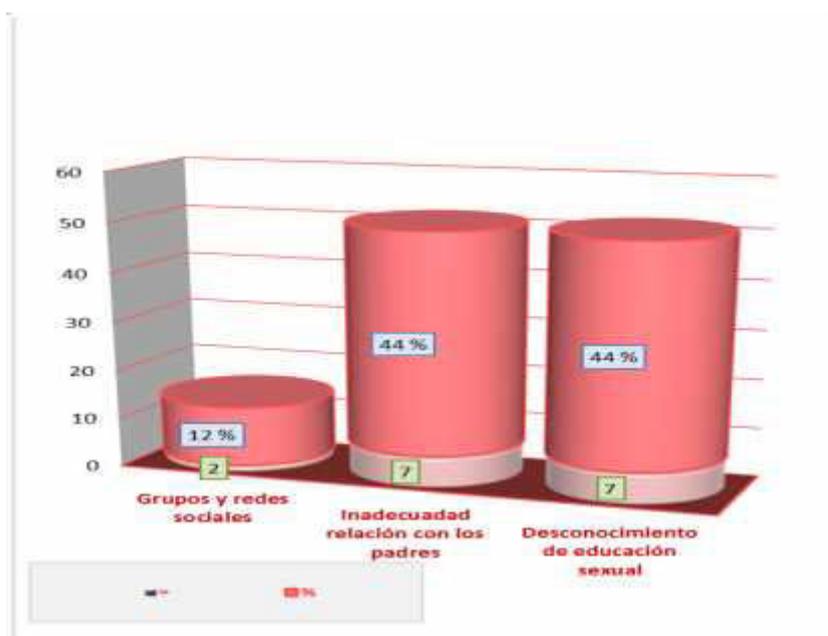
<b>Factores Sociales</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
➤ Grupo y Redes Sociales	2	12
➤ Inadecuada relación con los padres	7	44
➤ Desconocimiento de educación sexual	7	44
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

**Elaboración propia**

**Interpretación:** Se observa que entre los factores sociales que influyen en el embarazo de las adolescentes es en el 44%(7) la inadecuada relación con los padres y el desconocimiento de educación sexual, solamente un 12%(2) refieren que influenciaba entre ellas fueron los amigos y las redes sociales.

**GRAFICO: 3**

**FACTORES SOCIALES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS “JUAN UGAZ” E “INDOAMERICANO” DE LA PROVINCIA SANTA CRUZ REGIÓN – 2015**



## CAPITULO V: DISCUSIÓN

Muchos factores existen y promueven embarazos adolescentes en la región de santa Cruz. Los factores son diversos siendo de origen predominantemente físicos, psicológicos y sociales. Las razones por las que las mujeres tienen hijos son la frecuencia, en gran parte, los factores físicos y entre los factores físicos que influyen en el embarazo de las adolescentes es en el 56%(9) la curiosidad y atracción sexual en el 44%(7) lo es la menarquia precoz e inicio sexual. Asimismo los factores psicológicos que influyen en el embarazo de las adolescentes está en el 50%(8) hábitos y actitudes de prevención en el 37%(6) lo es la necesidad de afecto y el 13%(2) refieren que nunca imaginaron que eso les pasaría a ellas (egocentristas) Estos resultados nos hace ver que no tenían una actitud preventiva y que no pudieron evitarlo y otras asumen a esto también la necesidad de afecto de parte de sus padres encontrando en sus pareja el afecto y asumen una responsabilidad como lo es ser padres con el deseo de formar sus propias familias muchas mujeres no continúan con su educación, porque es muy común y por eso no hay mucho apoyo para que permanezcan en la escuela. Sin embargo es algo relacionado también, porque muchos estudiantes refieren que no cuentan con el afecto y/o apoyo de la familia y no han recibido la educación sexual más apropiada. Esto está vinculado con las estas dinámicas están directamente vinculadas con el uso de anticonceptivos. Adolescentes escogen no usarlos mostrando falta de actitud preventiva exponiéndose como fue el quedar embarazadas. También, hay una falta de educación sexual importante, entonces a muchas adolescentes les falta información básica y correcta.

## CONCLUSIONES

- ☑ Los factores psicológicos que influyen en el embarazo de las adolescentes de las Instituciones Educativas “Juan Ugaz” e “Indoamericano” de la provincia Santa Cruz, es los hábitos y la falta de actitud preventiva.
- ☑ Los factores físicos que influyen en el embarazo de las adolescentes de las Instituciones Educativas “Juan Ugaz” e “Indoamericano” de la provincia Santa Cruz, es en el más alto porcentaje la curiosidad sexual y la menarquia precoz con la iniciación sexual.
- ☑ Los factores sociales que influyen en el embarazo de las adolescentes es en el 44%(7) la inadecuada relación con los padres y el desconocimiento de educación sexual.
- ☑ Teniendo en cuenta los resultados de la investigación se puede aceptar la hipótesis que planteaba que existen factores que influyen en el embarazo

## RECOMENDACIONES

- ☑ Conectar a su comunidad educativa de las instituciones educativas con las orientaciones de la salud por medio de conferencias guiadas por enfermeras expertas en el tema sexual y reproductivo poniendo énfasis, en promover el uso de anticonceptivos y la tasa de embarazos no planificados para que los adolescentes tomen una actitud preventiva con mayor responsabilidad.
- ☑ Los problemas Psicofísicos y sociales son muy fuertes y arraigados como lo es la falta de comunicación y/o adecuada relación de los padres con sus hijos, sumados a esto la falta de conocimientos adecuados. Puede ser difícil pero se recomienda seguir trabajando en lograr los cambios en la mentalidad de la población sobre embarazos adolescentes y el uso de anticonceptivos entre las jóvenes.
- ☑ Se recomienda trabajar en las instituciones educativas con los adolescentes y sus padres a través de la escuelas de padres para tratar de disminuir la problemática que se encuentra en esta investigación ya que también está la inadecuada relación de los padres con sus hijos

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

4. ANICAMA BRAVO Victoria Pilar. **Embarazo adolescente: causas, consecuencias y prevención.**  
<http://www.perueduca.pe/documents/15155175/0/SEPARATA%20EMBARAZO%20PRECOZ.pdf>.
5. BIANCO, F. (2004): **Orientación Sexual Centro de Investigación Psiquiátricas, Psicológicas y Sexuales de Venezuela.** Programa de Post grado a nivel de Maestría Sexología Médica y Orientación Sexológico.
6. BONILLA, N (2006): **El Reconocimiento.** Ministerio de Educación Colombia. Cali.
7. DICCIONARIO DE LA CIENCIA DE LA EDUCACIÓN (2006). Editorial Santillana Editores, México.
8. ESTUPIÑÁN APONTE<sup>1</sup> María R. y RODRÍGUEZ BARRETO Lucía (2009). **Aspectos psicosociales en universitarias embarazadas.**  
<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n6/v11n6a15.pdf>.
9. FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA (FLASOG) (2011). **Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe.** <http://www.flasog.org/wp-content/uploads/2014/01/Factores-Relacionados-Maternidad-Menores-15-anos-LAC-FLASOG-2011.pdf>
10. FLORES Sullca y SCHIRME Tita Janine. **Violencia intrafamiliar en la adolescencia en la ciudad de Puno**  
[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/es\\_v14n4a16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/es_v14n4a16.pdf)
11. FREDERIC B. (1976). **De la represión a la psicopedagogía sexual.** Barcelona: Ed. Nova Terra. Colección Noves Actituds.
12. FRENK MORA Julio (2010). Prevención del embarazo no planeado en los

adolescentes.

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7201.pdf>.

Consultado en julio de 2015.

13. Gobierno Regional Cajamarca Gerencia Regional de Desarrollo Social (2011). **Agenda Social Regional de Cajamarca 2011-2015**
14. GÓMEZ P.I., GAITAN H. (2005). **DIU como “Anticonceptivo de Emergencia: Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Proveedores de Salud Latinoamericanos. Encuesta”**. En: Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.
15. HAEUSSELES, I (2006). **Desarrollo Emocional del Niño. Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia**. Editorial Médica Panamericana.
16. HERNÁNDEZ, S. Y FERNÁNDEZ, C. (2006): **Metodología de la Investigación**. México. Editorial Mc Graw Hill.
17. INEI (2015). **Las adolescentes y su comportamiento reproductivo**. [http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1199/libro.pdf](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1199/libro.pdf).
18. LUTTE G. (1991). **Liberar la adolescencia**. Editorial Herder. Barcelona.
19. MASÍAS YNOCENCIO Ysabel (2006). **Relación entre actitudes hacia la sexualidad y nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de discapacidad prenatal en adolescentes del Cono Sur de Lima**. Universidad Cayetano Heredia.
20. MCALISTER A. **La violència juvenil em la Américas: Estúdios Innovadores de investigación, diagnóstico y prevención**. Washington: OPS; 1998
21. MENACHO L. (2005). **Embarazo Adolescente**. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

22. MENDOZA Walter y GRACIA Subiría (2013). **El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas** <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n3/a17v30n3.pdf>. Consultado en junio de 2015.
23. **Ministerio de salud** (2010). EMBARAZO EN ADOLESCENTES. <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/embarazoadolescente/archivos/estadisticas.pdf>.
24. NOGUERA O Norma. Alvarado Herly R. (2012). **Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería.** [http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista\\_colombiana\\_enfermeria/volumen7/embarazo.pdf](http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen7/embarazo.pdf). Consultado en julio de 2015.
25. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2007): **Promoción de la Salud sexual. Recomendaciones para la acción.** En línea <http://www.Oms.org>. consultado en junio 2014.
26. Portal Vásquez Rocío Elizabeth (2009). **Consecuencias sociales y familiares de la muerte materna en la sub Region de Salud Cajamarca.** Universidad San Pedro.
27. Radio la Pieta (2015). <http://www.radiolabeta.com/noticias/locales/18-por-ciento-de-las-adolescentes-terminan-con-embarazos-no-deseados-en-cajamarca>. 21 Septiembre 2015
28. Romero M, Ramos S. (2009). **mEl aborto seguro en América Latina: Un derecho relegado.** Nueva York: Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Disponible en: [http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/LAC%20Lancet%20articulos%20adicionales\\_web.pdf](http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/LAC%20Lancet%20articulos%20adicionales_web.pdf)
29. Ruiz M. (2002). **Desafíos y oportunidades para la equidad de género en América Latina y el Caribe;** 2002. ÁLVAREZ, M (2007): **Desarrollo Biosicosocial del Adolescente.** Programa Virtual Latinoamericano. Gobierno de Chile. Revista Científica.

30. **UNCEF** (2012). . **Situación del embarazo adolescente en Argentina, en el día mundial de la población.** En [http://www.unicef.org/argentina/spanish/Embarazo\\_adolescente\\_Argentina-VB.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/Embarazo_adolescente_Argentina-VB.pdf). Consultado en julio de 2015.
31. **UNCEF** (2015). **Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes.** [http://www.unicef.org/lac/UNICEF\\_PLAN\\_embarazo\\_adolescente\\_2015.pdf](http://www.unicef.org/lac/UNICEF_PLAN_embarazo_adolescente_2015.pdf)
32. UNFPA (2005). Estado de la Población Mundial. Nueva York: UNFPA.
33. UNFPA (2013). Maternidad en la niñez. **Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes.** En línea <http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/SP-SWOP2013.pdf>. Consultado en julio de 2015.



## ENCUESTA

Estimada madre como es de su conocimiento estoy realizando una investigación sobre los factores psicofísico sociales que influyen en el embarazo y por medio de ello se quiere poder ayudar a los otras jóvenes que pueden necesitar de una intervención oportuna. No te preocupes que es anónima y nadie tendrá acceso a tus respuestas.

### 1. **A qué edad tuviste relaciones sexuales**

- a) 11 a 13 años
- b) 14 a 16 años
- c) 17 a 19 años
- d) 20 años en adelante

### 2. **Cuál es tu situación conyugal**

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Separada
- d) conviviente
- e) Divorciada

### 3. **Con quién vives**

- a) Con padre y madre
- b) Solo con un de ellos
- c) Con tu pareja
- d) Vives sola
- e) Con la familia de la pareja

### 4. **Qué tipo de familia posees**

Nuclear

Extensa

5. **Consideras que entre los factores que pudieron influir en que salgas embarazada es?**

- a) .- Porque no es lo mismo usar condón y mi pareja no está enferma
- b) .- Pensé que nunca me pasaría
- c) .- Yo sentí que mi pareja me ama, es el único que me escucha entiende.
- d) .- Solo a y c

6. **¿Cuál de las siguientes factores de índole físico pudo haberte influenciado en salir embarazada?**

- a).- Por los cambios físicos que se dan en mi cuerpo
- b).- Por la culpa de mi menstruación
- c).- Por la curiosidad y el deseo de estar con mi pareja
- d).- Solo b y c

7. **¿Cuál de las siguientes factores de índole social pudo haberte influenciado en salir embarazada?**

- a).- Por los amigos y las redes sociales
- b).- Porque mis padres nunca me dieron tiempo y estucharon
- c).- Porque nadie me hablo abiertamente sobre como cuidarme
- d).- Solo b y c

### **Distribución Absoluta y Porcentual Según Hábitos y Actitudes para la Prevención**

**¿Conoces los métodos anticonceptivos existentes?**

- a) Sí
- b) No
- c) Cuáles

**9.-¿Cuándo tuviste tu primera relación sexual utilizaste anticonceptivo?**

- a) Sí
- b) No
- c) No me acuerdo

**10.-¿Cuándo tuviste tu primera relación sexual no utilizaste anticonceptivos porque sabías que en la primera relación nadie queda embarazada?**

- a) De acuerdo
- b) Medianamente de acuerdo
- c) Medianamente en desacuerdo
- d) En desacuerdo

**11).- No he utilizado anticonceptivos por:**

- a) Vergüenza
- b) Desconocimiento
- c) Temor a ser descubierta
- d) No sabía dónde adquirirlo
- e) Mi pareja no quería

**12) Qué te motivó tener relaciones a temprana edad**

- a) Curiosidad
- b) Presión de las amigas
- c) Influencia de los MASS
- d) Abandono de la familia
- e) Decisión propia
- f) Presión de la pareja

**13.- Cómo es tu relación afectiva con tus familiares**

- a) Favorable
- b) Desfavorable

- c) Indiferencia
- d) No existe

**14.- Cuál fue la reacción de los miembros de familia cuando quedaste embarazada**

- a) Apoyo
- b) Indiferencia
- c) Abandono
- d) Agresión

**15.- ¿Te consideras maltratada por tus padres?**

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) A veces
- d) Nunca

**16.- ¿Tus padres te permiten salir con tus amigas a divertirte?**

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) A veces
- d) Nunca

**17.-¿Mantienes una buena relación con tus padres?**

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) A veces
- d) Nunca

**18.-¿Tu familia te apoya con todo lo relacionado con el bebé o embarazo?**

- a) Siempre
- b) Casi siempre

- c) A veces
- d) Nunca

**19.- Para satisfacer tu curiosidad por la sexualidad dónde buscaste información**

- a) Tu familia
- b) Tu docente
- c) Un amigo (a)
- d) Medios informáticos

**20.-¿Crees que con tu experiencia sexual has ampliado tus conocimientos sobre la sexualidad?**

- a) De acuerdo
- b) Medianamente de acuerdo
- c) Medianamente en desacuerdo
- d) En desacuerdo

**21.-¿Cuándo comenzaste a tener relaciones sexuales te considerabas libre ya que tus padres no se metían en tu vida?**

- a) De acuerdo
- b) Medianamente de acuerdo
- c) Medianamente en desacuerdo
- d) En desacuerdo

**22- Qué hacías cuándo querías salir con tu pareja y tus padres no te daban permiso**

- a) Mentías
- b) Te escapaba
- c) Te molestabas
- d) No salías

**23.-¿Conoces las infecciones de transmisión sexual?**

- a) Sí
- b) No
- c) Cuáles

24.-Según tu apreciación, tus conocimientos de Educación Sexual, son:

- a) Excelentes
- b) Buenos
- c) Regulares
- d) Deficientes

25.-¿Cuándo te enteraste de que estabas embarazada, te retiraste de tus estudios?

Sí

No

26.-¿El embarazo, o el bebé contribuyó a que reprobaras el año escolar?

Sí

No

27.-¿Tus calificaciones han bajado desde que estás embarazada o nació el bebé?

Sí

No

28.-¿Cuándo quedaste embarazada, tus padres te obligaron a contraer matrimonio?

Sí

No

29.-¿Consideras que matrimonio es el estado perfecto de la adolescente para mejorar sus condiciones de vida y las del bebé?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre

- c) A veces
- d) Casi Nunca

Nunca

30.- ¿El tener o traer un bebé al mundo, te produce angustia al pensar si podrás cumplir con la responsabilidad de criar a tu bebé y el cumplir con tu rol de madre?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) A veces
- d) Casi Nunca

Nunca

- a) 31.-¿Sientes angustia y temor por no saber que va pasar con tu vida con la llegada del bebé?
- b) Siempre
- c) Casi Siempre
- d) A veces
- e) Nunca

32.-¿Tu pareja te ayuda con las responsabilidades de crianza y cuidados del bebé mientras estudias?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) A veces
- d) Nunca

33.-¿Con qué frecuencia visitas al médico por problemas de salud, después que saliste embarazada o tuviste a tu bebé?

- a) Siempre
- b) Casi Siempre
- c) A veces

d) Casi Nunca

34.-¿Qué consecuencia te trajo el embarazo en tu vida social?

- a) No puedes salir con tus amigos
- b) No puedes salir a fiestas
- c) Tus amigos te rechazan por el hecho de estar embarazada
- d) Los padres de tus amigos te rechazan por salir embarazada

35.-¿Consideras que traer un bebé al mundo trunca tu proyecto de vida?

- a) De acuerdo
- b) Medianamente de acuerdo
- c) Medianamente en desacuerdo
- d) En desacuerdo

36.-Cuáles son tus miedos

- a) Que tu pareja te deje por otra
- b) Que tus padres te rechacen por el hecho de estar embarazada
- c) No poder estudiar una carrera universitaria
- d) No tener dinero para satisfacer las necesidades de tu hijo
- e) Ninguna

37.-Cuáles son tus fortalezas

- a) Emprendedora
- b) Disciplinada
- c) Creativa
- d) Estudiosa

38.-Cuál es la persona que más te ha influenciado en la vida

- a) Tu madre
- b) Tu padre

c) Tus amigos

d) Tu pareja

39.-Cuál ha sido tu decisión más significativa

a) Traer a tu bebé al mundo

b) Casarte

c) Seguir estudiando

d) Vivir con tu pareja

40.-Cómo superarías los obstáculos que te impiden alcanzar tus sueños

a) Estudiando

b) Trabajando

c) Casándote

d) No sabe







**ANEXOS**



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

**ENCUESTA**

Estimada madre como es de su conocimiento estoy realizando una investigación sobre los factores psicofísico sociales que influyen en el embarazo y por medio de ello se quiere poder ayudar a los otras jóvenes que pueden necesitar de una intervención oportuna. No te preocupes que es anónima y nadie tendrá acceso a tus respuestas.

**1. A qué edad tuviste relaciones sexuales**

- a) 11 a 13 años
- b) 14 a 16 años
- c) 17 a 19 años
- d) 20 años en adelante

**2.Cuál es tu situación conyugal**

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Separada
- d) conviviente
- e) Divorciada

**3. Con quién vives**

- a) Con padre y madre
- b) Solo con un de ellos
- c) Con tu pareja
- d) Vives sola
- e) Con la familia de la pareja

**4. Qué tipo de familia posees:**

Nuclear

Extensa

**5. Consideras que entre los factores que pudieron influir en que salgas embarazada es?**

a) .- Porque no es lo mismo usar condón y mi pareja no está enferma

b) .- Pensé que nunca me pasaría

c) .- Yo sentí que mi pareja me ama, es el único que me escucha entiende.

d) .- Solo a y c

**6. ¿Cuál de los siguientes factores de índole físico pudo haberte influenciado en salir embarazada?**

a).- Por los cambios físicos que se dan en mi cuerpo

b).- Por la culpa de mi menstruación

c).- Por la curiosidad y el deseo de estar con mi pareja

d).- Solo b y c

**7. ¿Cuál de los siguientes factores de índole social pudo haberte influenciado en salir embarazada?**

a).- Por los amigos y las redes sociales

b).- Porque mis padres nunca me dieron tiempo y estucharon

c).- Porque nadie me hablo abiertamente sobre como cuidarme

d).- Solo b y c

## **Distribución Absoluta y Porcentual Según Hábitos y Actitudes para la Prevención**

**¿Conoces los métodos anticonceptivos existentes?**

- a) Sí
- b) No
- c) Cuáles

**8. ¿Cuándo tuviste tu primera relación sexual utilizaste anticonceptivo?**

- a) Sí
- b) No
- c) No me acuerdo

**9. ¿Cuándo tuviste tu primera relación sexual no utilizaste anticonceptivos porque sabías que en la primera relación nadie queda embarazada?**

- a) De acuerdo
- b) Medianamente de acuerdo
- c) Medianamente en desacuerdo
- d) En desacuerdo

**10. No he utilizado anticonceptivos por:**

- a) Vergüenza
- b) Desconocimiento
- c) Temor a ser descubierta
- d) No sabía dónde adquirirlo

e) Mi pareja no quería

**11. Qué te motivó tener relaciones a temprana edad**

- a) Curiosidad
- b) Presión de las amigas
- c) Influencia de los MASS
- d) Abandono de la familia
- e) Decisión propia
- f) Presión de la pareja

**12. Cómo es tu relación afectiva con tus familiares**

- a) Favorable
- b) Desfavorable
- c) Indiferencia
- d) No existe

**13.Cuál fue la reacción de los miembros de familia cuando quedaste embarazada**

- a) Apoyo
- b) Indiferencia
- c) Abandono
- d) Agresión

**14. ¿Te consideras maltratada por tus padres?**

- a) Siempre
- b) Casi siempre

c) A veces

d) Nunca

**15. ¿Tus padres te permiten salir con tus amigas a divertirte?**

a) Siempre

b) Casi siempre

c) A veces

d) Nunca

**16. ¿Mantienes una buena relación con tus padres?**

a) Siempre

b) Casi siempre

c) A veces

d) Nunca

**17. ¿Tu familia te apoya con todo lo relacionado con el bebé o embarazo?**

a) Siempre

b) Casi siempre

c) A veces

d) Nunca

**18. Para satisfacer tu curiosidad por la sexualidad dónde buscaste información**

a) Tu familia

b) Tu docente

c) Un amigo (a)

d) Medios informáticos

**19. ¿Crees que con tu experiencia sexual has ampliado tus conocimientos sobre la sexualidad?**

- a) De acuerdo
- b) Medianamente de acuerdo
- c) Medianamente en desacuerdo
- d) En desacuerdo

**20. ¿Cuándo comenzaste a tener relaciones sexuales te considerabas libre ya que tus padres no se metían en tu vida?**

- a) De acuerdo
- b) Medianamente de acuerdo
- c) Medianamente en desacuerdo
- d) En desacuerdo

**21. Qué hacías cuándo querías salir con tu pareja y tus padres no te daban permiso**

- a) Mentías
- b) Te escapaba
- c) Te molestabas
- d) No salías

**22. ¿Conoces las infecciones de transmisión sexual?**

- a) Sí
- b) No
- c) Cuáles

**23. Según tu apreciación, tus conocimientos de Educación Sexual, son:**

- a) Excelentes
- b) Buenos
- c) Regulares
- d) Deficientes

**24. ¿Cuándo te enteraste de que estabas embarazada, te retiraste de tus estudios?**

Sí

No

**25. ¿El embarazo, o el bebé contribuyó a que reprobaras el año escolar?**

Sí

No

**26. ¿Tus calificaciones han bajado desde que estás embarazada o nació el bebé?**

Sí

No

**27. ¿Cuándo quedaste embarazada, tus padres te obligaron a contraer matrimonio?**

Sí

No

**28. ¿Consideras que matrimonio es el estado perfecto de la adolescente para mejorar sus condiciones de vida y las del bebé?**

- a) Siempre

b) Casi Siempre

c) A veces

d) Casi Nunca

e) Nunca

**29. ¿El tener o traer un bebé al mundo, te produce angustia al pensar si podrás cumplir con la responsabilidad de criar a tu bebé y el cumplir con tu rol de madre?**

a) Siempre

b) Casi Siempre

c) A veces

d) Casi Nunca

e) Nunca

**30. ¿Sientes angustia y temor por no saber que va pasar con tu vida con la llegada del bebé?**

a) Siempre

b) Casi Siempre

c) A veces

d) Nunca

**31. ¿Tu pareja te ayuda con las responsabilidades de crianza y cuidados del bebé mientras estudias?**

a) Siempre

b) Casi Siempre

c) A veces

d) Nunca

**32. ¿Con qué frecuencia visitas al médico por problemas de salud, después que saliste embarazada o tuviste a tu bebé?**

a) Siempre

b) Casi Siempre

c) A veces

d) Casi Nunca

**33. ¿Qué consecuencia te trajo el embarazo en tu vida social?**

a) No puedes salir con tus amigos

b) No puedes salir a fiestas

c) Tus amigos te rechazan por el hecho de estar embarazada

d) Los padres de tus amigos te rechazan por salir embarazada

**34. ¿Consideras que traer un bebé al mundo trunca tu proyecto de vida?**

a) De acuerdo

b) Medianamente de acuerdo

c) Medianamente en desacuerdo

d) En desacuerdo

**35. Cuáles son tus miedos**

a) Que tu pareja te deje por otra

b) Que tus padres te rechacen por el hecho de estar embarazada

c) No poder estudiar una carrera universitaria

d) No tener dinero para satisfacer las necesidades de tu hijo

e) Ninguna

**36. Cuáles son tus fortalezas**

a) Emprendedora

b) Disciplinada

c) Creativa

d) Estudiosa

**37. Cuál es la persona que más te ha influenciado en la vida**

a) Tu madre

b) Tu padre

c) Tus amigos

d) Tu pareja

**38. Cuál ha sido tu decisión más significativa**

a) Traer a tu bebé al mundo

b) Casarte

c) Seguir estudiando

d) Vivir con tu pareja

**39. Cómo superarías los obstáculos que te impiden alcanzar tus sueños**

a) Estudiando

b) Trabajando

c) Casándote

d) No sabe

