



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

**“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO EN LAS
ADOLESCENTES DEL AA. HH. CONTIGO PERU – HUARAL.
2014”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA**

BACHILLER: CALERO RUIZ, CARMEN ROSA

LIMA- PERÚ

2016

**“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO EN LAS
ADOLESCENTES DEL AA. HH. CONTIGO PERU – HUARAL.
2014”**

DEDICATORIA

Dedicado a Jehová Dios, por ser quien guía mis pasos. A mis padres, esposo e hijas, por ser el motor constante en mi desarrollo personal y profesional

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios Todopoderoso, por la vida a mi esposo por el apoyo brindado a lo largo de mis estudios y en mi vida personal, al igual que a mis padres que me impulsaron a alcanzar mis objetivos.

Un sincero agradecimiento a todas las personas que contribuyeron a culminar con éxito la presente investigación, en especial a mis docentes que de una u otra manera no permitieron que flaqueara y me alentaron a continuar.

RESUMEN

La presente investigación “Factores que influyen en el embarazo en las adolescentes del AA. HH. Contigo Perú – Huaral. 2014” fue de tipo cuantitativa descriptivo de diseño no experimental porque la variable no presenta cambios son observados tal como se presenta, de corte transversal de nivel aplicativo. Se contó con una muestra de 66 adolescentes y se llegó a las siguientes conclusiones.

Del total de la población de adolescentes del AA. HH. Contigo Perú la cuarta parte tienen 18 años, la mitad de la población viven y dependen económicamente de su pareja, y son amas de casa, siendo evidente que las adolescentes embarazadas no terminan los estudios, provocando la deserción escolar. El factor con mayor influencia en los embarazos adolescentes fue el factor cultural, seguido por el factor social, factor personal y por último el factor familiar. Dentro de los factores sociales que influyen más en el embarazo adolescente tenemos, la mayoría tuvo su primera regla a los 13 años de edad coincidiendo con su primera relación sexual dando inicio a la actividad sexual, la falta de empleo, y el ingreso económico insuficiente. El factor cultural influye notablemente en el embarazo adolescente, sobre todo la falta de educación sexual, los conocimientos sobre la sexualidad no es la más adecuada ya que no se ha brindado una información correcta por los padres y los medios de comunicación. El factor familiar influye en el embarazo adolescente sobre todo el maltrato familiar, la inestabilidad familiar y la desintegración familiar. El factor personal influye en el embarazo adolescente sobre todo el abuso de alcohol y drogas, la falta de actitud preventiva ya sea con el uso de preservativos, tabletas anticonceptivas, aunado a ello que no saben cómo utilizarlos, la irresponsabilidad y la personalidad inestable de los adolescentes.

Palabras claves: embarazo, adolescente.

ABSTRAC

This research "Factors that influence teen pregnancy AA. H H. Contigo Peru - Huaral. 2014 "was not descriptive quantitative experimental type of design because the variable no changes are observed as presented, crosscut application level. He had a sample of 66 adolescents and came to the following conclusions.

The total population of adolescents AA. H H. Contigo Peru quarter have 18 years, half of the population live and are economically dependent on their partner, and are housewives, it is evident that pregnant teenagers do not finish their studies, causing dropouts. The most influential factor teenage pregnancy was the cultural factor, followed by the social factor, personal factor and finally the family factor. Among the social factors that most influence teen pregnancy have, most had their first period at 13 years old coinciding with their first sexual intercourse starting the sexual activity, lack of employment, and insufficient income. The cultural factor greatly influences adolescent pregnancy, especially the lack of sexual education, knowledge about sexuality is not the most appropriate because it has not been given correct information by parents and the media. The family factor influencing teen pregnancy especially family abuse, family instability and family disintegration. The personal factor influencing teen pregnancy especially the abuse of alcohol and drugs, lack of preventive attitude either using condoms, birth control pills, coupled with this they do not know how to use them, irresponsibility and unstable personality teenagers.

Keywords: pregnancy, adolescent

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	I
ABSTRAC	li
ÍNDICE	lii
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	6
1.4. Justificación del estudio	6
1.5. Limitaciones de la investigación	9
CAPITULOII: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	10
2.2. Base teórica	10
2.3. Definición de términos	44
2.4. Variables	
2.4.1. Definición conceptual de la variable	45
2.4.2. Definición operacional de la variable	45
2.4.3. Operacionalización de la variable	46
CAPITULOIII: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	47
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	47

3.3. Población y muestra	48
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	48
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	49
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	49
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	50
CAPÍTULO V: DISCUSION DE RESULTADOS	57
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	Pág.
Tabla 1	
Perfil de las adolescentes del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014	51
Gráfico 1	
Factores que influyen en el embarazo en las adolescentes del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014	52
Gráfico 2	
Factores sociales que influyen en el embarazo en las adolescentes del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014	53
Gráfico 3	
Factores culturales que influyen en el embarazo en las adolescentes del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014	54
Gráfico 4	
Factores familiares que influyen en el embarazo en las adolescentes del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014	55
Gráfico 5	
Factores personales que influyen en el embarazo en las adolescentes del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014	56

INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente representa un problema en salud pública importante en términos de desarrollo humano, por sus implicaciones educativas, laborales, económicas, familiares y personales, dando lugar a una generación de personas con limitantes para contribuir al crecimiento económico, social y cultural del país.

El embarazo en las adolescentes representa un problema real dentro de la comunidad, con un impacto negativo al adolescente, a su futuro hijo/hija, familia y sociedad en los diferentes ámbitos de vida social, económico, político, educativo y salud.

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.

Es por ello el interés y la importancia de la investigación, pretendiendo identificar y analizar los factores que influyen en los embarazos en las adolescentes con el fin de reorientar las actividades y/o acciones en salud, principalmente educativas en el tema de salud sexual y reproductiva dirigidas a los/las adolescente que permitan crear conciencia sobre todas las implicaciones inmersas dentro de este tema, y de esa forma contribuir a la prevención de los embarazos en las adolescentes.

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.

CAPÍTULO I PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adolescencia, etapa que sucede entra la niñez y la adultez, 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. 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.^{1,2}

El comienzo de la adolescencia 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.³

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.⁴

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.⁵ 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.⁶

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.⁷ 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.^{8,9}

En Canadá, en 1996 se embarazaron alrededor de 40 000 adolescentes.¹⁰ Ni siquiera Europa está exenta de este problema donde las cifras mayores corresponden a Alemania y Gran Bretaña.¹¹ Pero es en los países subdesarrollados donde la magnitud de este problema es alarmante por la alta proporción y el limitado acceso a los servicios de salud.¹²

En nuestro país esta problema lleva un ritmo creciente porque el 23% de nuestra población se haya incluida en esta importante categoría.⁸ En nuestra provincia se reportaron en 2006 cifras de 2,131 adolescentes embarazadas lo cual representa un 14,2% y se mantuvieron las cifras sin muchas variaciones hasta el año 2007 que se reportaron 2,230 para un 14,1%.

Los embarazos no deseados o no planeados continúan siendo un problema de salud pública no resuelto en el mundo entero, sobre todo porque el mayor porcentaje de población a nivel mundial está compuesta por jóvenes, debido a ello la adolescencia es una etapa de crisis para el individuo en la cual la familia juega un papel muy importante, ya que de esta va a depender el éxito o fracaso con que el individuo supere dicha crisis.

América Latina es la única región del mundo donde la tasa de fecundidad entre las adolescentes ha seguido creciendo en los últimos 30 años, según un estudio presentado el jueves en Madrid, que pidió acometer políticas de educación sexual eficaces para revertir esta tendencia. El informe, elaborado por la Organización Iberoamericana de la Juventud (OIJ), señaló que un 7,3% de los embarazos en América Latina se producen en adolescentes de entre 15 y 19 años. La única región del mundo que mantiene una línea ascendente en esta franja en comparación con los datos de 1970, incluso por delante de África, y conserva la tasa

más alta de fecundidad adolescente, un 11,6%, a nivel mundial y de los 17 países consultados en Sudamérica, Centroamérica y el Caribe, son Brasil, Colombia, Perú, Bolivia y Ecuador. Teniendo el compromiso de mejorar la educación sexual en los jóvenes mediante la aplicación de políticas serias y decididas que permitan reducir estas cifras alarmantes.

Hoy en día, también es un problema importante de salud pública en nuestro país, debido a la poca información que las personas tienen frente a este tema. Entre dichas consecuencias se incluyen la mayor probabilidad de que la mujer recurra a un aborto inducido e inseguro, de que inicie la atención prenatal tarde o reciba poco cuidado prenatal o el niño nazca con bajo peso. Por ello es importante identificar los factores relacionados con el embarazo no deseado que permitan a los encargados adoptar decisiones responsables, y al personal de salud diseñar servicios específicamente dirigidos a las mujeres que son las más posibles a experimentar este problema, para que de esta manera se pueda reducir el número de embarazos no deseados, ya que también afecta la salud de sus futuros hijos.

Actualmente estos casos también se presentan en la provincia de Huaral, y en mayor proporción en el Asentamiento Humano Contigo Perú aunque sus cifras no son exactas; podemos notar que una de las causas de embarazos no deseados es no contar con una relación estable en cuanto a pareja, bajo ingreso económico, la falta de una correcta educación sexual, la irresponsabilidad o la falta de acceso a métodos anticonceptivos, son factores que predisponen a los embarazos no deseados, y con estos los abortos indefectiblemente van en aumento.

En este contexto se decide realizar la presente investigación.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Cuáles son los factores que influyen en las adolescentes embarazadas Humano Contigo Perú. Huaral. 2014?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son los factores sociales que influyen en las adolescentes embarazadas del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014?
- ¿Cuáles son los factores culturales que influyen en las adolescentes embarazadas del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014?
- ¿Cuáles son los factores familiares que influyen en las adolescentes embarazadas del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014?
- ¿Cuáles son los factores personales que influyen en las adolescentes embarazadas del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

Determinar los factores que influyen en las adolescentes embarazadas del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores sociales que influyen en las adolescentes embarazadas del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014
- Identificar los factores culturales que influyen en las adolescentes embarazadas del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014
- Identificar los factores familiares que influyen en las adolescentes embarazadas del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014
- Identificar los factores personales que influyen en las adolescentes embarazadas del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El embarazo es uno de los objetivos más añorados para la mayoría de las mujeres, que desean tener el fruto que su cuerpo les brindará por el solo hecho de ser mujer, y sentir la alegría y satisfacción de poder crear y criar a un hijo. Pero en el caso de muchas de las adolescentes el embarazo suele ser no deseado, o más bien no esperado, aquí es cuando cambia todo, de lo bello que pudo ser a lo terrible que puede resultar, ya que adquiere responsabilidades a las cuales no se encuentra preparada.

La Salud Pública juega un papel importante en el desarrollo de los Objetivos del milenio, entre los cuales se refiere a reducir la mortalidad materna, para ello se debe actuar en el nivel primario de atención, observamos que las estadísticas de embarazo a precoz edad es alarmante la cual conlleva a altos índices de muerte materna y neonatal. Es por ello que nos vemos en la necesidad de elaborar este tipo de investigación no para solucionar sino para plantear estrategias y

reducir el riesgo de un embarazo no deseado, muerte materna, muerte fetal y la deserción del adolescente de la escuela.

Las estadísticas dicen que las madres adolescentes pierden el curso escolar que llevan y jamás vuelven a recuperarlo, esto se debe a que no cuentan con una pareja estable que les apoye. En las parejas adolescentes hay un 40% de casos en los que el hombre no se hace cargo de las responsabilidades. Existe una alta incidencia de embarazos no deseados a nivel mundial, lo que incluye embarazo en adolescentes siendo un fenómeno enmarcado dentro de la problemática de más alto impacto en la actualidad, con innumerables consecuencias para la salud sexual, reproductiva, económica y de ambiente familiar tanto para la madre como para el hijo.

La justificación práctica se sustenta porque los resultados del presente trabajo de investigación sobre factores que influyen en los embarazos no deseados en mujeres jóvenes del asentamiento humano contigo Perú – provincia Huaral 2014 permitirá a los gestores en enfermería y a los funcionarios del sector de la salud a nivel local a seguir trabajando en el nivel primario y tomar conciencia cuán importante es su participación en la educación y prevención.

Para la sociedad es importante contar con estudios que identifiquen los factores que condicionan a un embarazo a temprana edad y ellos puedan trabajar sobre estos, porque son las hijas quienes se verán implicadas, pues la mujer está en el siglo del empoderamiento y con ello participa en el desarrollo del país. Contribuyendo así también a la disminución de casos mediante la capacitación y concientización de la población en general. Tomando en cuenta también los posibles males posteriores a nivel mundial, nacional y local, ya que estos embarazos no deseados conducen muchas veces a abortos inducidos, y también a través de la capacitación reduciremos el incremento de este índice que se ha

convertido en una problemática en salud pública, salud social y salud personal a nivel distrital, nacional e internacional. Y por ende disminuir o evitar las posibles complicaciones que se dan por la presencia de estos tipos de embarazos, tanto a nivel físico, psicológico y social, que puede afectar tanto a la madre, hijo y entorno familiar. Con la disminución de embarazos no deseados se aumentaría significativamente la educación, haciendo jóvenes preparados y competitivos ante el mercado laboral, accediendo con ello a una mejor calidad de vida disminuyendo con ello notablemente los índices de pobreza.

Actualmente este problema ha ido mejorando gracias a la introducción de temas de sexualidad en las escuelas, pero no se ha generalizado a todas las instituciones educativas, por tal motivo considero que el número de embarazos no deseados sigue siendo elevado. Un niño no deseado es expuesto en muchos casos a maltrato físico y psicológico, con la disminución de embarazos no deseados se logra a largo plazo una mejor sociedad donde los niños son amados y respetados por sus padres quienes se preocupan por su educación y valores, se disminuye el número de adolescentes y adultos resentidos socialmente inadaptables que por culpa de su nefasta experiencia y carencia de afecto y comodidades para facilitar su desarrollo en la niñez, desean obtenerlo todo por medios fáciles. Así se considera que el embarazo no deseado en mujeres jóvenes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La primera limitación es el personal capacitado: No contar con apoyo profesional, para las distintas actividades en la comunidad. La falta de interés por parte de los habitantes para el acceso a los servicios de salud.

Como segunda limitación no se cuenta con registros de casos antiguos, y tienen dificultad para el acceso de registros actuales y el bajo nivel cultural y educativo de la población a estudiar.

Como última limitación tenemos que los resultados que se obtengan sólo serán válidos para la comunidad de investigación y no podrán ser generalizados a otras poblaciones, pues solo serán válidas para la población en estudio.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes Internacionales

BAEZA B;POO A;realizaron un estudio titulado “Comprendiendo los factores asociados al embarazo precoz, desde la perspectiva de adolescentes nuligestas”. Chile. 2008. Estudio cualitativo, en mujeres entre 15 y 19 años, pertenecientes a dos establecimientos educacionales, con altos índices de embarazo, en la ciudad de Temuco. Para su análisis se utilizó el programa ATLAS-ti 4,1 para Windows. Concluyendo:

“La visión de la adolescente nuligesta y el foco en el modelo multinivel usado en los grupos focales, aporta al problema del embarazo en adolescente la posibilidad de establecer intervenciones a nivel del adolescente, de la familia y del ámbito social, destacando como factores relevantes; el amor romántico y los límites polares.” (13)

SILVAMaría; realizó un estudio titulado “El abordaje sanitario del embarazo precoz y la maternidad temprana. Perspectiva de los operadores de salud del centro de salud De jardines del

hipódromo de la ciudad de Montevideo”. Con enfoque cualitativo y fue de corte transversal. Se utilizó la entrevista semi-estructurada como técnica cualitativa de recolección de datos, concluyendo:

“El embarazo en esa etapa de la vida como una situación de riesgo e inconveniente. Se reconoció las limitaciones encontradas en un ser en desarrollo, como es el adolescente, para hacerse cargo de manera óptima de la crianza de un niño, así como también, se señaló la desventaja adicional que agrega un embarazo a una situación social que, previamente, era difícil y reducida en oportunidades. Esta mirada sobre el fenómeno refleja mayor afinidad con aquellas posturas teóricas focalizadas en los aspectos patógenos que este evento traslada a la vida de una adolescente. Desde este enfoque, la maternidad es valorada como una experiencia de gran impacto psicológico, biológico, social y cultural a cualquier edad, y adquiere expresiones particularmente más complejas cuando este proceso se da en paralelo a las crisis propias de la adolescencia. Por ello, se entiende que la conjugación de ambos procesos, trae consigo la pérdida o la demora en alcanzar ciertos logros característicos de esta etapa evolutiva. (14)

MERINO Elena; en su estudio: “Factores que Influyen en el Embarazo de las Adolescentes Inscritas en el Programa de Atención Materna de Unidad de salud AltaVista, Enero a Junio de 2010”. Concluyeron:

“Más de la mitad de los adolescentes embarazadas entrevistadas respondieron que su grupo familiar no está conformado por los padres (ambos: Padre y Madre), la mayoría refirió no estar dentro de familias integradas (Madre, Padre, incluye hermanos dentro del grupo familiar), predominando que su grupo familiar está constituido por la madre y hermano/a; otro grupo de adolescentes, casi una cuarta parte, su grupo familiar lo conforman sus padres (Madre y Padre) y hermanos; adolescentes respondieron que están actualmente con su pareja, en su vivienda propia y que ese es su grupo familiar. (15)

SOTO Mariana; realizó un estudio titulado: “Cambios en el Proyecto de Vida de la Adolescente embarazada”, en la Escuela Preparatoria N°7. Guadalajara, México. 2009. Tuvo como objetivo general, determinar los cambios en el proyecto de vida de la adolescente embarazada. Se llegó a concluir:

“Que para la mayoría de las adolescentes, 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. 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”.(16)

2.1.2. Antecedentes Nacionales

MENDOZA W. SUBIRÍA G, realizaron el estudio titulado “El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las Políticas públicas”. Concluyeron:

“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”(17)

POMA M; en su estudio titulado “Factores de riesgos maternos perinatales Asociados a la gestión en adolescentes y las de edad Avanzada en el hospital Daniel A. Carrión - Huancayo”. 2006. Es de tipo Descriptivo, Retrospectivo y Transversal. Técnica utilizada de Análisis Documental y el instrumento de Guía de Recolección de Datos de Análisis Documental, concluyo:

“Los factores de riesgos maternos perinatales asociados a la gestación en adolescentes son mayores en las adolescentes siendo la anemia altamente significativa ($p < 0,01$), seguida de seguida de la infección del tracto urinario y rotura prematura de membranas donde se observa una diferencia significativa ($P < 0,05$), existen patologías maternas que se encuentran en ambas edades, así como la hipertensión inducida por el embarazo, siendo en las gestantes de edad avanzada en un 5.8% y las adolescentes un 4.8%, la hemorragias se presentó en las de edad avanzada en 5,0% y las adolescentes 1.2%. En cuanto a los riesgos perinatales en el pos parto inmediato al evaluar el APGAR de los recién nacidos fue de 7-10 en ambos grupos, el peso también fue el adecuado presentándose en ambos grupos de estudio, y los traumas se observó solo en las adolescentes céfalo-hematoma y fractura de clavícula en un porcentaje mínimo pero no hay diferencia estadística significativa ($P > 0,5$)”.(18)

BÁRCENA O; LANCHIPA J. Realizaron el estudio “Factores de riesgo para parto pre término en gestantes Adolescentes del hospital Hipólito Unánue de Tacna 2006-2010”. Estudio retrospectivo, analítico, de casos y controles. Se comparó 101 adolescentes con parto pre término atendidas en el hospital Hipólito Unánue de Tacna durante los años 2006 a 2010, con 303 adolescentes de parto a término, seleccionadas al azar 3 controles por caso. Concluyeron:

“Los factores de riesgo de parto pre término en adolescentes fueron deficiente control prenatal y patologías maternas”. (19)

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. Salud sexual

OMS (2009) La salud sexual y la salud reproductiva son imprescindibles para los jóvenes, quienes deben obtener una educación sexual adecuada y tener acceso a la planificación familiar y a los métodos anticonceptivos tanto para evitar embarazos no deseados como infecciones de transmisión sexual no practican sexo seguro.

Las relaciones sexuales se inician, mayoritariamente, entre los 13 y 19 años, con una escasa utilización de los métodos anticonceptivos que provoca embarazos no deseados. Las mujeres que sufren un embarazo adolescente recurren con mayor frecuencia a los anticonceptivos de emergencia y al aborto inducido (legal o ilegal), son víctimas con mayor frecuencia de la violencia sexual y socialmente se encuentran más indefensas por su falta de autonomía social y económica.

Las complicaciones del embarazo y el parto, son la tercera causa de mortalidad en jóvenes después de los accidentes de tráfico y el suicidio. La mayoría de estas muertes son prevenibles con una información adecuada, acceso a métodos anticonceptivos y la planificación familiar y eliminación de prácticas abortivas sin condiciones sanitarias. La mayoría de esas defunciones se registran en los países de ingresos bajos y medianos.

Según la Organización de las Naciones Unidas, la juventud comprende el rango de edad entre los 10 y los 24 años; abarca la pubertad o adolescencia inicial de 10 a 14 años, la adolescencia media o tardía de 15 a 19 años y la juventud plena de 20 a 24 años.

Florenzano(1997), manifiesta que los conflictos aludidos van a depender del tipo de actividad sexual y la madurez de los individuos involucrados. Idealmente, las relaciones sexuales deben ocurrir en el contexto de una relación de pareja estable, emocionalmente madura y con capacidad de intimar. Esta situación no se adquiere antes del final de la adolescencia. La percepción de los adolescentes respecto a este tema se manifiesta, por lo general, a partir de la presión de los pares, la curiosidad, el sentimiento de bienestar, atractivo propio y de aceptación y reconocimiento del entorno, las relaciones cercanas, el enamoramiento de la pareja, el deseo de querer tener un hijo, la falta de control de la situaciones, el sentirse mayor, y el nivel de independencia y autonomía, según manifiesta el autor. (20)

Revista iberoamericana de reproducción humana (2012) La salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud".

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido la salud sexual como "la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad." (21)

Ambos organismos consideran que, para que pueda lograrse y mantenerse la salud sexual, deben respetarse los derechos sexuales de todas las personas. En efecto, para lograrla, la OMS asegura que se requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de

tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia.

Cerruti (1997), la noción de derechos sexuales invoca la libertad sexual como la capacidad de expresar el deseo de disfrutar de una vida sexual placentera sin riesgos ni coacciones, con posibilidad de tomar decisiones y de ejercer opciones. En este sentido, se requiere de la planificación familiar, el control voluntario de la procreación, la maternidad sin riesgos, la prevención de embarazos no deseados y la presencia de servicios de salud pública para abortos seguros. Así mismo, la aplicación de los derechos sexuales compromete a los servicios educativos e informativos, los cuales tienen por misión formar, informar y asesorar sobre la problemática señalada. Prosigue el autor diciendo, que el comportamiento sexual responsable se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. (22)

2.2.2. Salud reproductiva

La Organización mundial de la Salud (OMS) define Salud Reproductiva como una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo.

La atención en salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud reproductiva y al bienestar previniendo y solucionando problemas de salud reproductiva. También incluye la atención en salud sexual, cuyo propósito es mejorar la calidad de vida y las relaciones personales, y no sólo ofrecer consejería y cuidados relativos a la reproducción y a las enfermedades de transmisión sexual. (23)

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como la capacidad de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y tener acceso a métodos de su elección seguros, eficaces, aceptables y económicamente asequibles en materia de planificación familiar, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos y el derecho de la mujer a recibir servicios adecuados de atención de la salud que propicien embarazos y partos sin riesgos y que le brinden a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

La conferencia internacional sobre población y desarrollo (CIPD)(1994), La Salud Reproductiva incluye la capacidad de las personas para tener una vida sexual segura y satisfactoria y para reproducirse, y la libertad para decidir cuándo, cómo y con qué frecuencia hacerlo. Este concepto implica el ejercicio de una sexualidad responsable, basada en relaciones de igualdad y equidad entre los sexos, el pleno respeto de la integridad física

del cuerpo humano y la voluntad de asumir la responsabilidad por las consecuencias de la conducta sexual. (24)

Salud sexual y salud reproductiva

Es conveniente diferenciar la salud sexual, enfocada a la salud en las relaciones sexuales y la salud reproductiva enfocada a la reproducción sexual y a la procreación.

A pesar de las grandes diferencias existentes en la región en cuanto a la conceptualización y acciones referentes a esta temática, deben resaltarse las iniciativas realizadas hasta la fecha. En algunos países se han llegado a implementar servicios y programas a nivel gubernamental. No obstante, este tema aún genera conflictos por los tabúes y mitos existentes, tales como que brindar educación y atención en esta área generará libertinaje y no libertad; que aumentarán las relaciones coitales no protegidas y la precocidad sexual. Este fenómeno puede ocasionar que este tipo de programas pierdan continuidad y respaldo político.

Asimismo, existe consenso en resaltar el deber de respetar la sexualidad del ser humano y la libertad en sus opciones y decisiones. La salud sexual y la salud reproductiva (que involucra aspectos de carácter biológico, psicológico, sociológico y cultural), por tanto, debe basarse en tres principios: individualización (tomar en consideración las diferencias individuales); respeto a la dignidad humana (valores personales y de grupo); libre determinación (frente a las alternativas existentes es la persona quien decide en última instancia).

Organización mundial de la salud (1994), Los términos Salud Sexual y Salud Reproductiva se utilizan frecuentemente como sinónimos, aunque en realidad apuntan a diferentes conceptos. El

concepto de Salud Sexual enfatiza en la significación de los aspectos cualitativos para el ser humano, como son el desarrollo pleno en lo personal y en el vínculo con los otros, el valor de la afectividad, la comunicación y el placer. En cambio, el concepto de Salud Reproductiva hace referencia más específica a aspectos procreativos, enfatizando en los derechos de mujeres y varones en este aspecto y en la provisión y calidad de los servicios de concepción y anticoncepción. Tradicionalmente el tema de la sexualidad se ha analizado desde la perspectiva de la Salud Reproductiva y se ha limitado a una visión biológica y de organización de servicios. Sin embargo, en este momento es necesario la incorporación del concepto de Salud Sexual en el contexto de la promoción y prevención continua de salud, en el marco de la salud integral.(25)

2.2.3. La adolescencia

El término psicológico que designa el período evolutivo comprendido entre los 10 y los 20 años, es decir entre la niñez y la edad adulta. La adolescencia implica cambios físicos y emocionales para los propios adolescentes y también cambios en la organización y relaciones familiares. Hay distintas etapas en la adolescencia y cada una trae consigo sus peculiaridades particulares

Según la OMS la adolescencia es la etapa que ocurre entre los diez y los veinte años de edad, coincidiendo su inicio con los cambios puberales y finalizando al cumplirse gran parte del crecimiento y desarrollo morfológico

La adolescencia ha sido también definida como el período del ciclo vital de la persona en el cual muchas de sus características cambian.

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por cambios pubertades y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

Es vista como uno de los periodos más saludables de la vida, pero también uno de los más problemáticos apareciendo fracaso escolar, delincuencia enfermedades de transmisión sexual, embarazo en adolescentes y otras complicaciones ginecológicas derivadas de la maduración del sistema reproductivo. El objetivo del desarrollo en la adolescencia es la búsqueda de la identidad como persona, como miembro de una comunidad más amplia, esto se produce cuando los adolescentes desarrollan su propio sistema de creencias y objetivos profesionales, aunque luchan por mantener la individualidad, tiene dudas de si mismo y buscan la aceptación de sus pares. Además de esta búsqueda de independencia los jóvenes, también dependen de sus padres para el apoyo financiero y emocional.

Ahora que han crecido físicamente también tienen nuevas habilidades intelectuales que les permiten entender cosas más complejas y abstractas, comienza el interés por personas del sexo opuesto y el tipo de relaciones que llevan con ellos , los padres también sufren un cambio, sus nuevas capacidades les hacen ver y vivir su vida familiar de manera diferente, antes veían a sus padres como súper héroes, gustaban de imitarlos y ser como ellos cuando estos crecieran, y ahora esa concepción a cambiado a algo diferente.

Todos estos cambios propios de la adolescencia hacen que los jóvenes sean más silenciosos y pocos dispuestos a cooperar con las tareas del hogar sus padres comienzan a criticar y a castigar esa conducta y es cuando piensan que nadie los quiere y nadie los comprende. Ahora sienten la necesidad de separarse cada vez más del núcleo familiar, y quieren sentirse ellos mismos, probar y experimentar de lo que son capaces, pasar más tiempo con los amigos e iniciar noviazgos. Todo esto que les pasa es parte del desarrollo normal del adolescente y de alguna manera lo viven todos.

Fases de la adolescencia

La adolescencia tiene fases y características, si bien, la frontera entre cada una es muy difusa y varía según el autor.

Se habla de pre adolescencia entre los 10 y los 11 años: Es la etapa final de la niñez, donde los conflictos internos adolescentes empiezan a manifestarse. Comienza la preocupación por el físico, por vincularse a un rol sexual, por tener un círculo íntimo de amistades.

Adolescencia temprana 11- 13 años: Coincide con la pubertad, que el cambio físico del cuerpo del niño al de adolescente. Las niñas tienen su primera menstruación y los niños comienzan a experimentar el cambio de voz y otros signos de la edad adulta. En esta etapa, la preocupación por los cambios experimentados en el propio cuerpo, las dudas sobre sexo y el contacto con grupos de amigos del mismo sexo para forjar la identidad, son primordiales. Comienzan las dudas sobre su papel en la sociedad. No sé ve encajado en el grupo de los adultos ni mucho menos en el de los niños, por lo que unas veces se adscribe a un papel y otras a otro.

Adolescencia media. 14 - 16 años: El adolescente empieza a asumir su nuevo cuerpo, y su nueva identidad. Ya no se ve a sí mismo como un niño. Paralelamente, comienzan los contactos con el sexo opuesto y las pandillas mixtas. La principal preocupación es el sexo y conseguir gustar y seducir a los miembros del sexo contrario. Son frecuentes las dudas sobre orientación sexual y la experimentación con estímulos fuertes como el alcohol, las drogas y el tabaco.

Adolescencia tardía 17: Los conflictos internos de identidad se van resolviendo, el grupo de amigos pierde importancia frente a la búsqueda de pareja. Teniendo en cuenta, que para algunos autores, la adolescencia termina cuando un joven es totalmente independiente emocionalmente y económicamente de sus padres, esta etapa puede alargarse muchísimo. Si lo vemos con un poco de humor negro, diríamos que uno no es adulto hasta que no tiene una hipoteca.

La sexualidad es parte integral del ser humano desde que nace hasta lo largo de toda la vida, en la adolescencia se manifiesta en gran medida a través de los cambios físicos del cuerpo, en los cambios de la manera de pensar y relacionarse con los demás. En esta etapa entran a escena muchas sensaciones que su cuerpo experimenta cuando es explorado ante la imagen, el olor, cercanía y contacto de una persona que manifiesta atracción. Estas sensaciones son potencialmente enriquecedoras, pero en la adolescencia son una fuente significativa de dudas y angustias por lo tanto desconocimientos y prejuicios que la sociedad tiene a cerca de la sexualidad de las y los jóvenes. 26

Teorías sobre la adolescencia

- **Teoría de la recapitulación de Hall:** Según Hall la adolescencia es un periodo conflictivo y transaccional de la

evolución cultural humana. Stanley Hall primer expositor que muestra la adolescencia como una etapa de “sturmunddrang”, tormentosa y conflictiva.

- **El proceso madurativo según Gessel:** Se centró en el concepto de procesos innatos y universales de maduración, en los cuales el desarrollo físico y conductual. Sus estudios acerca del crecimiento y desarrollo psicomotrices tiene vigencia hasta la actualidad.

- **El desarrollo psicosexual según Sigmund Freud:** Según Freud la adolescencia es la etapa final del desarrollo psicosexual que comienza con el nacimiento. Para Freud, la pubertad reactiva los conflictos genitales y pre genitales propios de la niñez, debiendo el individuo para alcanzar la plena madurez se capaz de superar las fijaciones y regresiones de etapas previas del desarrollo, los conceptos que aún se mantienen en la actualidad de este dicho autores la adaptación psicológica a los cambios corporales y el de tareas del desarrollo que implica desafíos instintivos y desarrollo del equilibrio.

- **Los aportes de Ana Freud:** Ella mostró cuidadosamente la psicología evolutiva de la pre adolescencia que debe ser manejado con diversos mecanismos de defensa así mismo detallo algunos como:
 - **La intelectualización modo** de huir de los impulsos que surge desde un cuerpo extraño.

 - **El ascetismo** mantener los impulsos bajo control a través de normas y prohibiciones.

 - **La formación reactiva** capacidad de transformar los impulsos agresivos o sexuales en su opuesto.

- **La sublimación** es la transformación de un impulso instintivo en una acción socialmente útil y aceptada.
- **Erik Erickson y el concepto de identidad:** la adolescencia se caracteriza por una necesidad de mantenerla continuidad del sí mismo a pesar de los marcados cambios corporales centrándose por lo tanto, en la búsqueda y mantención de la identidad propias de la adolescencia.
- **La perspectiva psicoanalítica** revisada de Peter Blos define el pre adolescencia como una etapa en el cual hay un aumento cuantitativo de fuerzas instintivas y una reaparición de conductas compensatorias que a veces difíciles de comprender para la familia o los profesores.

Características de la adolescencia

La adolescencia es una época de grandes y rápidos cambios, y se producen en el aspecto morfológico, fisiológico y psicológico.

- **Morfológico:** Representa biológicamente una fase intermedia que completa la de crecimiento, precediendo a la de pleno desarrollo. Los fenómenos más acusados son la evolución ósea y la evolución muscular. Se suelda las epífisis a las diáfisis y adquiere mayor volumen el aparato locomotor en sus partes blandas
- **Fisiológico:** La adolescencia es la diferenciación sexual completa de diferentes sexos, en el cambio total del organismo del ser humano.
- **Psicológicos:** La adolescencia, desde el punto de vista psicológico, es un período de experimentación, de tanteos y errores. El comportamiento está caracterizado por la inestabilidad en los objetivos, conceptos e ideales derivados de

la búsqueda de una entidad propia. Es una época en la que los estados afectivos se suceden con rapidez y pueden encontrarse disociados de cualquier causa aparente, aspecto que desorienta enormemente a los adultos.

- **Social:** Es la etapa en la que se produce el proceso de identificación, es decir, la persona toma conciencia de su individualidad y de su diferencia respecto a los demás. Tras la atribución de conflictividad se esconde la incapacidad para entender, desde la óptica adulta, lo que sucede en la mente del adolescente. Los padres dejan de ser unos personajes ideales y el adolescente comienza a encontrarles cada vez más defectos, hecho que muchos padres confunden con un rechazo del hijo hacia ellos, e incluso verbalizan que su hijo ya no les quiere, cuando en realidad no es más que la consecuencia de la superación de la infancia (dependencia); simplemente ahora los necesita menos. El mayor peligro del conflicto generacional no es que padres e hijos no se entiendan, sino que no se relacionen.

Problemas más frecuentes en las adolescentes

- **Problemas emocionales:** En el transcurso de su adolescencia uno de cada cinco adolescentes piensa que la vida no merece la pena vivirla. Estos frecuentes sentimientos pueden dar lugar a un estado depresivo que puede no ser evidente para los demás. Las ingestas alimenticias excesivas, la somnolencia y las preocupaciones excesivas sobre su apariencia física pueden ser también signos de malestar emocional. Las emociones del adolescente no suelen ser reconocidas ni siquiera por sus familiares o amigos.
- **Problemas sexuales:** Los dramáticos cambios físicos de la adolescencia pueden llegar a ser muy preocupantes para

algunos adolescentes, especialmente para aquellos que son tímidos y que no desean hacer preguntas al respecto.. Más de la mitad de los adolescentes tendrán su primera experiencia sexual completa antes de los 16 años. Aquellos que comienzan tempranamente con relaciones sexuales tienen un mayor riesgo de embarazos no deseados y de problemas de salud. Los nuevos riesgos para la salud que suponen la infección por HIV y el SIDA constituyen una preocupación.

- **Embarazo en las adolescentes:** Los embarazos no deseados son uno de los principales riesgos asociados a la práctica de la sexualidad en la adolescencia. Los factores que aumentan este riesgo son:La ausencia de información veraz. Más del 70% de los/as jóvenes consideran que están bien informados en materia de sexualidad, sin embargo observamos como determinados mitos están hoy en día aún muy extendidos entre la gente joven, No es de extrañar si tenemos en cuenta que prácticamente la mitad de los/as jóvenes obtienen la información o de sus amigos, o de revistas y películas.
- **Problemas conductuales:** Los adolescentes y sus padres suelen quejarse cada uno de la conducta del otro. Los padres con frecuencia sienten que han perdido cualquier tipo de control o influencia sobre sus hijos. Por su parte, los adolescentes, al mismo tiempo que desean que sus padres sean claros y les suministren una estructura y unos límites, sin embargo, se toman a mal cualquier restricción en sus libertades crecientes y en la capacidad para decidir sobre sí mismos sus padres no saben dónde están. Por tanto, es importante que ellos permitan a sus padres conocer dónde van, aunque también es recomendable que sus padres se tomen la molestia de preguntar.

- **Problemas escolares:** Los adolescentes que rechazan ir al colegio con frecuencia tienen dificultades en separarse de sus padres, y este problema puede haber tenido su origen ya en la escuela primaria. Este problema puede también manifestarse en forma de molestias del tipo de dolores de cabeza o estómago. Ante un adolescente que no desea ir al colegio es necesario comprobar la posibilidad de que esté siendo acosado por alguno de sus compañeros. La forma que tienen los padres para poder ayudarles es asegurándose que el colegio tiene una política antia coso efectiva, e informando a los profesores de su hijo cuando precise de su ayuda.
- **Problemas con la ley:** La mayoría de la gente joven no viola la ley y aquellos que lo hacen son generalmente varones. Cuando lo hacen, generalmente lo hacen una sola vez. Las ofensas repetidas pueden reflejar una cultura familiar, aunque también pueden ser resultados de la infelicidad o del malestar emocional. Es necesario descartar la presencia de estos trastornos ante un adolescente que se mete de forma repetida en problemas.
- **Problemas de alimentación:** El sobrepeso es una causa frecuente de infelicidad en los adolescentes. Si son criticados o se ríen de su aspecto físico pueden disgustarse consigo mismos y llegar a deprimirse de forma significativa, estableciéndose un círculo vicioso, ellos hacen poco y comen para sentirse mejor, pero esto sólo hace que el problema del peso empeore. El hacer dieta puede realmente agravar la situación.
- **Las drogas y el alcohol:** La mayoría de los adolescentes no usan drogas, ni inhala pegamento, y la mayoría de los que lo hace no irá más allá de experimentar ocasionalmente con ellos. A pesar de la publicidad sobre otras drogas, el alcohol es la

droga que con mayor frecuencia causa problemas a los adolescentes. La posibilidad del uso de cualquier tipo de droga debería ser considerada cuando los padres observen cambios repentinos y graves en la conducta de sus hijos.

- **Abuso:** Los abusos sexuales, físicos y emocionales pueden tener lugar en la adolescencia y pueden dar lugar a muchos de los problemas mencionados con anterioridad. Las familias con estos problemas precisan de ayuda especializada además de consejo legal ya que muchas de estas conductas constituyen un delito que debe ser denunciado. No es infrecuente que el desconocimiento sea cómplice de la permisividad y que la ayuda en este orden de cosas resulte tardía.

2.2.4. Embarazo adolescente

Según la definición médica el embarazo, comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero, entonces éste atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando así el embarazo. (27)

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. (28)

Maine, explica que las mujeres adultas o adolescentes pueden sentir una profunda angustia ante la posibilidad de una concepción no deseada. Si no hubo una consulta preconcepcional y preparación para el embarazo, probablemente, la aceptación del

mismo sea el primer paso para iniciar un proceso de prevención de discapacidades. Si el embarazo se esconde, se niega o se oculta, a veces hasta pasadas las primeras 20 semanas, la atención prenatal habrá llegado muy tarde y podrá traer serias consecuencias para el bebé, tanto como para la madre.(29)

Históricamente el embarazo adolescente y la maternidad temprana han sido parte de la realidad social de nuestro país, pero en la actualidad se observa un incremento en la proporción de adolescentes embarazadas y a edades cada vez más tempranas. La maternidad en la adolescencia es mucho más frecuente en jóvenes con menor nivel de instrucción. También observamos que según el lugar de residencia.

En la actualidad el embarazo y maternidad de adolescentes son más frecuentes de 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. Sabemos que se caracteriza en esta sociedad a la mujer con condiciones inferiores en educación y habilidades para competir dentro de ésta. Así es como la maternidad se transforma como único modo de alcanzar su propio espacio e individualidad.

El embarazo de adolescentes se relaciona con la probabilidad de iniciar precozmente las relaciones sexuales y tener un embarazo no deseado. Se habla de maternidad adolescente, cuando la maternidad se presenta en dicha etapa de la vida, también es considerado como maternidad precoz, ya que sucede antes de que la mujer alcance la madurez biológica, psicológica y social. La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el período en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado.

Es habitual que las adolescentes asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como hija-madre, cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron. Muchas mujeres llegan al embarazo como una manera de llenar sus múltiples carencias. El ser requeridas sexualmente, las hace sentir valoradas. Entregan ese cariño no tanto por satisfacción personal, sino por satisfacer a la persona que quieren mantener a su lado. (30)

También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico, de quien en muchas ocasiones se sabe, ejercen la fuerza de poder a través de violación y/o abuso sexual de sus propias hijas, quedando embarazadas y desprotegidas del entorno familiar. Así, por temor a perder lo que cree tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas violentas. Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares.

El despertar sexual es precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses, con escolaridad pobre, sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz, por estimulación de los medios, inician a muy corta edad las relaciones sexuales con varones muy jóvenes, con escasa comunicación verbal, predominando el lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual

buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.

2.2.5. Factores que influyen en el embarazo adolescente

- **Madures reproductiva:** la menarquía temprana, que otorga madurez reproductiva, en la cual las situaciones de riesgo son difíciles de enfrentar y a la vez llevan a las adolescentes a un embarazo; dando inicio precoz de las relaciones sexuales, donde entran en juego los pensamientos mágicos, creyendo ellas que no se embarazaran porque no lo desean, como así también fantasías de esterilidad, ya que por casualidad no se embarazaron en su primer relación sexual, ellos lo creen así.
- **La familia:** Es un factor muy importante en la educación y el apoyo, ya que una familia disfuncional es otro factor que pone en riesgo a la adolescente durante su desarrollo, estas familias carecen de valores afectivos y pueden impulsar a las jóvenes a tener relaciones sexuales solo para recibir afecto y crear un vínculo de amor, también la falta o distorsión de la información que creen tener sobre medidas preventivas para no embarazarse.

Integrada: Familia en la cual ambos padres viven y cumplen sus funciones.

Semi-integrada: Familia en la cual los padres viven y cumplen más o menos sus funciones.

Desintegración familiar: Es uno de los problemas más graves que enfrentan las familias La desintegración familiar se da por desacuerdo del padre y la madre que generalmente optan por el divorcio y sin tomar en cuenta el daño que les produce a los hijos. Unos de los casos más relevantes en donde se puede dar fácilmente la desintegración familiar es cuando una joven

de 17 a 20 años sale embarazada por descuido de ella o de la pareja y enfrentan muchos problemas ante la sociedad con los padres, y lamentablemente ni uno de los dos se quiere hacer cargo o el padre se quiere liberar de toda responsabilidad y al final del día la madre opta por tener al hijo y a ella sola le toca criarlo es uno de los casos más relevantes que se dan hoy en día. Hay otros casos en donde la madre opta por abortar al niño por problemas que se dan en la familia escuela o sociedad o porque ella misma no se quiere hacer responsable del ser que lleva en el vientre y hay otros casos que la madre opta por tener al niño pero ella esta consiente que a ella sola le tocara salir adelante porque el padre del niño no estará a su lado. Los jóvenes deben tomar conciencia al momento de tener relaciones sexuales, deben protegerse, tener abstinencia o ser fieles con su pareja y entender que traer un hijo al mundo no es así de fácil primero se tienen que preparar en todos ámbitos. Los embarazos a temprana edad es otro de los casos donde se puede dar la desintegración familiar fácilmente.

- **Comunicación:** La falta o distorsión de la información es común que crean en mitos como solo se embarazan si tienen un orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa. Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres, esto ocurre cuando en una familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, en la mayoría de los casos los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tienen relaciones no implementan medidas anticonceptivas.
- **Factor sociocultural:** es importante señalar la influencia que tienen los medios de comunicación de las masas sobre la población adolescente. Estos ejercen una gran presión debido

a la inmensa cantidad de estímulos sexuales, así como una pseudo valoración de este como placer, es decir, sin compromiso afectivo. El embarazo adolescente no solamente presenta un riesgo para la salud de la madre, sino también para la salud de su hijo. El hecho de que las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquia y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables. (31) Si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el varón para ser padre especialmente porque, en la cultura en que se da la maternidad adolescente, es muy común que el varón se despliegue de su papel y las descendencias pasan a ser criadas y orientadas por mujeres. Esta exclusión del varón provoca en él sentimiento de aislamiento, agravados por juicios desvalorizadores por parte de su familia o amistades por ejemplo, (con que lo vas a mantener, seguro no es tuyo, etc.) que precipitarán su aislamiento si es que habían dudas. Al recibir noticias de su paternidad, el varón se enfrenta a todos sus mandatos personales, sociales y a sus carencias, exacerbándose todo ello por altruismo, lealtad, etc. como también por su independencia económica y afectiva, por ese motivo busca trabajo para mantener a su familia, y abandona sus estudios, postergando sus proyectos a largo plazo, comienza a vivir las urgencias. A todo esto se agrega el hecho de que la adolescente embarazada le requiere y demanda su atención, cuando él tiene la necesidad de plantearse una independencia frente a su pareja. (32)

La incidencia de embarazos es mayor en adolescentes de escasos recursos económicos, residentes en las regiones más pobres, emigrantes de zonas rurales y en poblaciones menos educadas. Las adolescentes embarazadas son privadas del desarrollo por disminuir sus capacidades para la educación.

Los sistemas educacionales de buena parte de los países de Latinoamérica comparten en mayor o menor medida los siguientes rasgos: insuficiente cobertura de la educación preescolar, elevado acceso al ciclo básico, y escasa capacidad de retención tanto en el nivel primario como en el secundario.

Así, la repetición y el retraso escolar, fenómenos que con alta frecuencia anteceden a la deserción escolar unidos a un bajo nivel de aprendizaje de los contenidos básicos de la enseñanza, conspiran contra el aprovechamiento del potencial de los niños y niñas desde temprana edad. Sus efectos negativos se acumulan a lo largo del ciclo escolar, incidiendo de manera muy desigual en las oportunidades de bienestar, sobre todo entre los sectores más pobres.

Un alto porcentaje de los adolescentes desertan antes de completar sus estudios, sin haber alcanzado el capital educacional mínimo y las destrezas requeridos para mantenerse fuera de la pobreza durante la vida activa, incumplándose así los derechos a la educación consagrados en las declaraciones internacionales pertinentes. Cerca del 37% de los adolescentes latinoamericanos entre 15 y 19 años de edad abandonan la escuela a lo largo del ciclo escolar, y casi la mitad de ellos lo hacen tempranamente, antes de completar la educación primaria.

- **Planificación familiar (P.F)** La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad (en esta nota se aborda solo la anticoncepción).

Métodos anticonceptivos: Existe un interés creciente por conocer las conductas sexuales y anticonceptivas juveniles

como vía para llevar a cabo estrategias educativas, de promoción de salud y preventivas capaces de reducir las importantes tasas de embarazo no deseado y de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), especialmente durante la adolescencia y la juventud. Según la asamblea general de naciones unidas (1994), las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo. Se debe asignar siempre máxima prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y habrá que hacer todo lo posible para eliminar la necesidad del aborto. En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deben tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas del aborto. Se deben ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento post aborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos. (33)

Para Barnett B, Katz K, la mayoría de jóvenes latinoamericanos enfrenta importantes barreras para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva. Estas barreras interfieren con la obtención y uso eficaz de métodos anticonceptivos y protección contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluyendo el VIH/SIDA. Existen varias características no recomendables en el diseño de servicios para jóvenes. Estas son: altos costos, salas de espera abarrotadas de gente, no atender a quienes acuden al servicio sin previa cita y desabastecimiento de anticonceptivos. Estos obstáculos disuaden a los jóvenes de realizar una primera visita y/o de regresar a futuras consultas. En segundo lugar, es difícil que los jóvenes acudan a los servicios si no son conscientes de la importancia del cuidado de su salud sexual y reproductiva y/o no saben dónde obtener atención. Del mismo modo, si deben

visitar un establecimiento diferente para cada tipo de atención o si sus necesidades y expectativas son ignoradas, dejarán de acudir. De acuerdo a los jóvenes, la barrera más importante es la actitud de muchos proveedores, según la cual los métodos anticonceptivos no son apropiados para ellos. Con frecuencia estos proveedores no consideran con seriedad la necesidad que los jóvenes tienen del servicio e incluso intentan disuadirlos de tener relaciones sexuales. Esta actitud refleja la dificultad de la sociedad para aceptar la sexualidad de los jóvenes y para considerarla como una parte natural y positiva del desarrollo pleno de todo ser humano. Tal hostilidad puede resultar en que los jóvenes dejen de lado no las relaciones sexuales sino el uso de protección. (34)

A pesar de que en la actualidad existe una gran variedad de métodos para el control de la fertilidad, el embarazo no deseado y el aborto son problemas a los que cotidianamente se enfrenta una gran cantidad de mujeres de todas las edades y de todos los sectores sociales. (35)

Muchas mujeres no usan anticonceptivos por oposición de sus parejas. La desigualdad de las relaciones de poder entre los sexos que prevalece en nuestra cultura propicia que en muchos casos los hombres controle la sexualidad de las mujeres a través de los embarazos y la crianza de los hijos. No es raro que las mujeres que no desean tener más hijos oculten el uso de la anticoncepción por el temor a ser agredidas verbal o físicamente por parte de sus parejas. (36)

- **Autoestima:** La adolescencia es uno de los periodos más críticos para el desarrollo de la autoestima; es la etapa en la que la persona necesita hacerse con una firme IDENTIDAD, es decir, saberse individuo distinto a los demás, conocer sus posibilidades, su talento y sentirse valioso como persona que

avanza hacia un futuro. Son los años en que el niño pasa de la dependencia a la independencia y a la confianza en sus propias fuerzas. Es una época en la que se ponen sobre el tapete no pocas cuestiones básicas; piénsese en la vocación, en los planes para ganarse la vida, en el matrimonio, en los principios básicos de la existencia, en la independencia de la familia y en la capacidad para relacionarse con el sexo opuesto. Y a estos aspectos hay que sumar todos aquellos conflictos de la niñez que no se hayan resuelto y que surjan de nuevo, conflictos que habrá que afrontar también. En la "crisis de identidad" de la adolescencia, el joven se cuestiona automáticamente, incluyendo la opinión que de sí mismo ha adquirido en el pasado. Puede rebelarse y rechazar cualquier valoración que le ofrezca otra persona, o puede encontrarse tan confuso e inseguro de sí mismo que no haga más que pedir a los demás aprobación y consejos de todo tipo. Sea cual fuere su aproximación a su nueva identidad, el adolescente pasará inevitablemente por una reorganización crítica de su manera de apreciarse con el consiguiente cambio en su autoestima.(37) Para DavidyCols, un embarazo no deseado, que se define como un rechazo activo y razonado de la concepción durante las primeras semanas de gestación, tiene como consecuencia un mal desarrollo en la niñez y una gran cantidad de dificultades y problemas que empeoran en la adolescencia y en la primera edad adulta, en comparación con el desarrollo social de los hijos deseados". (38) Según Lamas, las reacciones emocionales negativas posteriores a la interrupción de un embarazo no deseado tienen una relación muy directa con la calidad de la atención que ofrecen los hospitales públicos a las mujeres que buscan atención de urgencia por las complicaciones de una intervención realizada en condiciones inseguras. La calidad técnica de la atención varía de acuerdo

con los recursos de los hospitales, pero la mayoría carece de personal capacitado para proporcionar servicios integrales de atención post-aborto, que aseguren el seguimiento de las mujeres, les brinden apoyo emocional, o les ofrezcan información amplia y accesible para evitar un nuevo embarazo no deseado. Por otro lado, es frecuente que las mujeres de quienes se sospecha que se indujeron un aborto sean objeto de la indiferencia o el maltrato por parte del personal de los servicios.(39) Según Rivas & Amuchástegui, muchas mujeres viven situaciones de gran conflicto emocional cuando se enfrentan a un embarazo no deseado, propiciadas por los patrones culturales que limitan sus posibilidades para tomar decisiones autónomas en torno a la sexualidad y la reproducción. Una buena parte de las mujeres que deciden abortar lo hacen en condiciones sumamente difíciles, en tanto son objeto de la estigmatización social y se perciben a sí mismas como transgresoras de valores morales y religiosos fuertemente arraigados en la sociedad mexicana. (40) Para Cook, estas importantes diferencias entre regiones y países obedecen a la situación jurídica del aborto y a la disponibilidad de servicios de salud. En los países desarrollados las leyes permiten el aborto por razones amplias, y las mujeres tienen acceso a servicios de salud donde la interrupción del embarazo se realiza en forma segura por personal capacitado. En contraste, la mayoría de los países en desarrollo tienen legislaciones restrictivas que permiten el aborto sólo en algunas circunstancias, o lo prohíben totalmente; los servicios con calidad son inaccesibles para la mayor parte de las mujeres, por lo que las complicaciones del aborto inseguro son frecuentes y la mortalidad que ocasionan suele ser elevada (41) Las restricciones legales no impiden que un elevado de mujeres de los sectores sociales pobres utilice procedimientos

peligrosos para auto inducir la interrupción del embarazo, o que recurran, muchas veces en forma tardía, a practicantes no calificados que realizan abortos con instrumentos contaminados. La amenaza de la sanción penal tampoco evita que el aborto se practique en numerosos consultorios y clínicas privadas, ni que para muchos profesionales de la medicina represente un negocio que genera importantes ganancias. La situación del aborto refleja con gran claridad las condiciones de desigualdad social y de injusticia que prevalecen en el país. Son relativamente pocas las mujeres que tienen acceso a servicios médicamente seguros para interrumpir un embarazo no deseado, ya que sus costos son en general elevados y están fuera del alcance de la mayoría. (42) Para Estrada Ana Patricia, Madrigal López Leticia, una mujer con carencia afectiva y sin una adecuada educación podrá conducir a la joven a una relación sexual inmadura con el riesgo de un embarazo inesperado. Muchas mujeres llegan al embarazo como una manera de llenar sus múltiples carencias. Al ser requeridas 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. (43)

- **Factor económico:** Entre tanto, las razones que explican la consideración del embarazo adolescente como un problema social serían la persistencia de las condiciones de pobreza de la población y la falta de oportunidades para las mujeres, los cambios sociales y culturales que han llevado a modificar el contexto normativo bajo el cual se sancionan los embarazos tempranos y, por último, las condiciones adversas a las que se enfrenta un número creciente de jóvenes que difícilmente pueden hacerse cargo de una familia, a pesar de que en muchas ocasiones estarían dispuestos y aún deseosos de hacerlo. El impacto del embarazo en la adolescencia es

psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación de pareja e ingresos inferiores de por vida. Constituye a perpetuar el ciclo de la pobreza y la feminización de la miseria. En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa o nula, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo. A la pobreza o poca capacidad económica de las adolescentes, a la desnutrición y la mala salud de la madre, a la escasa supervisión médica o al rechazo de familiares, amigos o vecinos que reprueben su conducta.

2.2.6. Intervención de enfermería

En la actualidad el embarazo en adolescentes se ha convertido en una problemática de salud pública; a nivel mundial, nacional y distrital se han diseñado y ejecutado numerosas estrategias de prevención del embarazo en este grupo poblacional, y sin embargo no se han logrado los resultados esperados.

Al respecto, en el artículo Programa de atención integral a la población adolescente 2008, se evidencia que pese a las intervenciones realizadas sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, dirigidas a promover el uso de métodos de anticoncepción, a mejorar el acceso a dichos métodos, a aumentar los conocimientos sobre las conductas protectoras y de riesgo y a mejorar el uso de los servicios de salud reproductiva, no se ha generado el impacto esperado sobre la maternidad temprana, por lo que sugiere que dichas intervenciones se basen en información sobre las demandas y necesidades de los y las jóvenes en contextos específicos, que permitan diseños más adecuados de los procesos a implementar, según las características propias de cada población.

Para lograr tener un impacto positivo, el embarazo en adolescentes se debe abordar de forma global, con el objetivo de brindar soluciones integrales; dichas soluciones deben provenir desde los distintos ámbitos que conforman la sociedad, buscando prioritariamente la participación activa de la población adolescente y sus familias.

A partir de lo expuesto anteriormente, se plantearán algunas intervenciones dirigidas al fenómeno de estudio, las cuales permitirán direccionar el cuidado de enfermería.(44)

Tomando el modelo de **Nola Pender** la intervención de enfermería debe estar enfocada a la promoción de la salud, identificando las necesidades de información de los adolescentes sobre la sexualidad, sexo, anticonceptivos, embarazo, ETS, y si ya están gestando brindar información sobre los beneficios del control prenatal, ejercicio, dieta balanceada, no solo en ella sino también en la criatura que lleva en su vientre. Buscando obtener la modificación de su estilo de vida.

El modelo transcultural de **Madeleine Leninger**, es importante para los cuidados de la enfermera. El profesional de enfermería debe comprender las creencias, prácticas y problemas de salud propios de las personas procedentes de otras culturas. Nuestro país tiene una sociedad cada vez más pluricultural por ende debemos de ser capaces de ocuparnos de las necesidades de asistencia sanitaria en la población cambiante. El profesional de enfermería debe poseer un conocimiento básico de las diferentes creencias y prácticas que se dan entre los muy diversos grupos existentes, se establece una relación que facilita la asistencia sanitaria multicultural segura y eficaz.

Los cuidados son universales pero las formas de llevarlos a cabo son de manera diferente según cada cultura. En este contexto

multicultural en el que vivimos se ha de valorar las creencias, costumbres, mitos y valores del poblador proporcionandolos cuidados coherentes con su cultura.

Prevención del embarazo en adolescentes

Para prevenir el embarazo en adolescentes, las intervenciones por parte del profesional de enfermería deben estar orientadas a:

- 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.
- 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.
- Identificar redes de apoyo para estas madres con el fin de contribuir en el desempeño del nuevo rol al que se van a enfrentar
- Brindar asesoría en salud sexual y reproductiva, tanto en las instituciones de salud como de educación; dicha educación debe estar soportada y reforzada por la familia, los medios de comunicación, el personal de salud, grupos culturales, religiosos y centros de atención integral a adolescentes; debe estar dirigida a contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los adolescentes, a promover su salud integral, buscando desarrollar un pensamiento crítico que permita adquirir actitudes positivas frente a la sexualidad y a la toma de decisiones sobre el cuidado de su cuerpo.

- Mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, de tal forma que estos no se conviertan en una limitante al momento de ejercer los derechos en salud sexual y reproductiva.
- A través de la consejería en anticoncepción, sensibilizar, informar y motivar a las adolescentes sobre la importancia de los métodos de anticoncepción y el ejercicio de la sexualidad de manera libre, segura y responsable, con el fin de evitar embarazos no deseados y un segundo embarazo en las adolescentes que ya son madres.
- Contar con profesionales especializados en el tema, lo cual permite cualificar el cuidado que se brinda a la población adolescente y por ende impactar positivamente en la prevención del embarazo en este grupo poblacional.
- Capacitar permanentemente a todo el personal de salud que brinda orientación a la población adolescente, buscando lograr personal altamente calificado y capacitado para brindar atención integral a este grupo poblacional.
- Divulgar información confiable sobre las características, ventajas y efectos secundarios de los distintos métodos de anticoncepción, así como verificar el entendimiento de la misma, partiendo de lo establecido en los derechos sexuales y reproductivos.
- A través de la Norma Técnica para la atención Integral de Salud en la etapa de vida adolescente, la enfermera y el equipo multidisciplinario brindan atención Integral al adolescente, el cual involucra en sus funciones: crecimiento y desarrollo, inmunizaciones y consejería integral relacionada a salud sexual y reproductivas, salud física ,visual y bucal. (45)

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Embarazo no deseado:** El embarazo no deseado es aquel que se produce sin el deseo y/o planificación previa y ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos.
- **Anticonceptivo:** Químico o mecanismo diseñado para prevenir embarazos no deseados.
- **Educación Sexual:** De forma amplia, toda instrucción sobre el proceso y las consecuencias de la actividad sexual, generalmente dada a niños y adolescentes.
- **Embarazo:** Es el periodo del tiempo durante el cual un bebé se desarrolla en el útero de la madre.
- **Sexualidad:** es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas, y psicológicoafectivas del mundo animal que caracterizan cada sexo.
- **Planificación familiar:** es el conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos
- **Adolescencia:** es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Su rango de duración inicio a los 10 y finaliza a los 19 años.
- **Autonomía:** capacidad de tomar decisiones sin intervención ajena
- **Responsabilidad:** es un valor que está en la conciencia de la persona, que le permite reflexionar, administrar, orientar y valorar las consecuencias de sus actos, siempre en el plano de lo moral.

2.4. VARIABLE

Univariable = factores que influyen en el embarazo de adolescentes

2.4.1. Definición conceptual de la variable

Son factores que predisponen o no de embarazarse cuando la mujer o la pareja no lo están buscando

2.4.2. Definición Operacional de la variable

Los factores están presentes en el ambiente en el cual se desarrollan los adolescentes, contribuyendo a propiciar una actividad sexual temprana y embarazos no deseados.

2.4.3. Operacionalización de la variable

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES
Factores que influyen en el embarazo de adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="470 533 646 566">▪ Factor social <li data-bbox="470 719 667 752">▪ Factor cultural <li data-bbox="470 869 667 902">▪ Factor familiar <li data-bbox="470 1055 683 1088">▪ Factor Personal 	<p data-bbox="756 443 1059 622">Falta de información Inicio de actividad sexual falta de ingreso, falta de empleo, salud inadecuada falta de acceso a la salud</p> <p data-bbox="756 656 1203 835">El machismo Falta de educación sexual Desconocimiento sobre la sexualidad Violencia Medios de comunicación Falta de planificación familiar</p> <p data-bbox="756 869 1027 992">Maltrato familiar Desintegración familiar Ausencia paternal Inestabilidad familiar</p> <p data-bbox="756 1025 1123 1238">Irresponsabilidad personalidad inestable baja autoestima sentimientos de desesperanza falta de actitud preventiva conducta de riesgo abuso de alcohol y drogas</p>

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue de tipo cuantitativa descriptivo de diseño experimental porque la variable no presenta cambios son observados tal como se presenta, de corte transversal de nivel aplicativo.

Hernández, Fernández y Baptista (2003) establecen este tipo de investigación, basándose en la estrategia de investigación que se emplea, ya que el diseño, los datos que se recolectan, la manera de obtenerlos, el muestreo y otros componentes del proceso de investigación son distintos.

Para la investigación en concordancia con Hernández, Fernández y Baptista (2006) el método asumido es el científico dentro de sus características teóricas y empíricas.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio se realizó en el AA.HH Contigo Perú, cuenta con 593 familias, registrados en la Municipalidad. Lo que empezó como polvorientos terrenos con casuchas de esteras, ahora son pujantes barrios con pista asfaltada y servicios básicos.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población de estudio estuvo conformada por los 322 adolescentes del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014

Tamayo refiere que es la totalidad del fenómeno a estudiar, en donde las unidades de población poseen una característica común, la cual se estudia y da origen a los datos de investigación

3.3.2. Muestra

La muestra objeto de estudio estuvo conformada por los 66 adolescentes del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014. Se tomara el diseño muestralno probabilístico por conveniencia.

Criterios de Inclusión

- Adolescentes entre las edades de 15 a 19 años embarazadas residentes en el AA.HH. Contigo Perú
- Adolescentes embarazadas que deseen participar en el estudio

Criterios de exclusión

- Adolescentes entre las menor de 15 y mayor de 19 años embarazadas residentes en el AA.HH. Contigo Perú
- Adolescentes embarazadas que no deseen participar en el estudio

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizofue la encuesta y como instrumento un cuestionario. El cual contocon preguntas que se aplicaron a las adolescentes del AA. HH Contigo Perú.

Según Cook (2004), es una técnica destinada a obtener datos de varias personas cuyas opiniones impersonales interesan al investigador, donde se utiliza un listado de preguntas escritas que se entregan a los sujetos, a fin de que las contesten igualmente por escrito

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validez de instrumento fue dada a través de los Jueces expertos, donde participaron 8 enfermeras, esto permitió hacer los reajustes necesarios al instrumento; para luego realizar una prueba piloto para la validez del instrumento el mismo que fue de carácter anónimo cuidando así la individualidad y privacidad de las adolescentes

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Para la recolección de los datos se contó la autorización del Presidente comunal del AA. HH. Contigo Perú. Luego se realizaron a cabo las coordinaciones para establecer el cronograma de recolección de datos.

Una vez recolectado los datos se elaborara el cuadro de códigos y puntajes con el programa Excel de tal forma, que se presentaron en tablas y gráficos estadísticos para facilitar su análisis e interpretación.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

Después de recolectados los datos, fueron procesados en forma manual y con el programa Excel agrupados de tal forma, que se presenta en la tabla y gráficos estadísticos para facilitar su análisis e interpretación.

Se presenta una tabla de perfil de las adolescentes embarazadas y luego los gráficos, ambos relacionados con los objetivos de la investigación. En el análisis de los resultados solo se realiza en base a las 66 adolescentes.

Tabla 1

Perfil de las adolescentes del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral.

2014

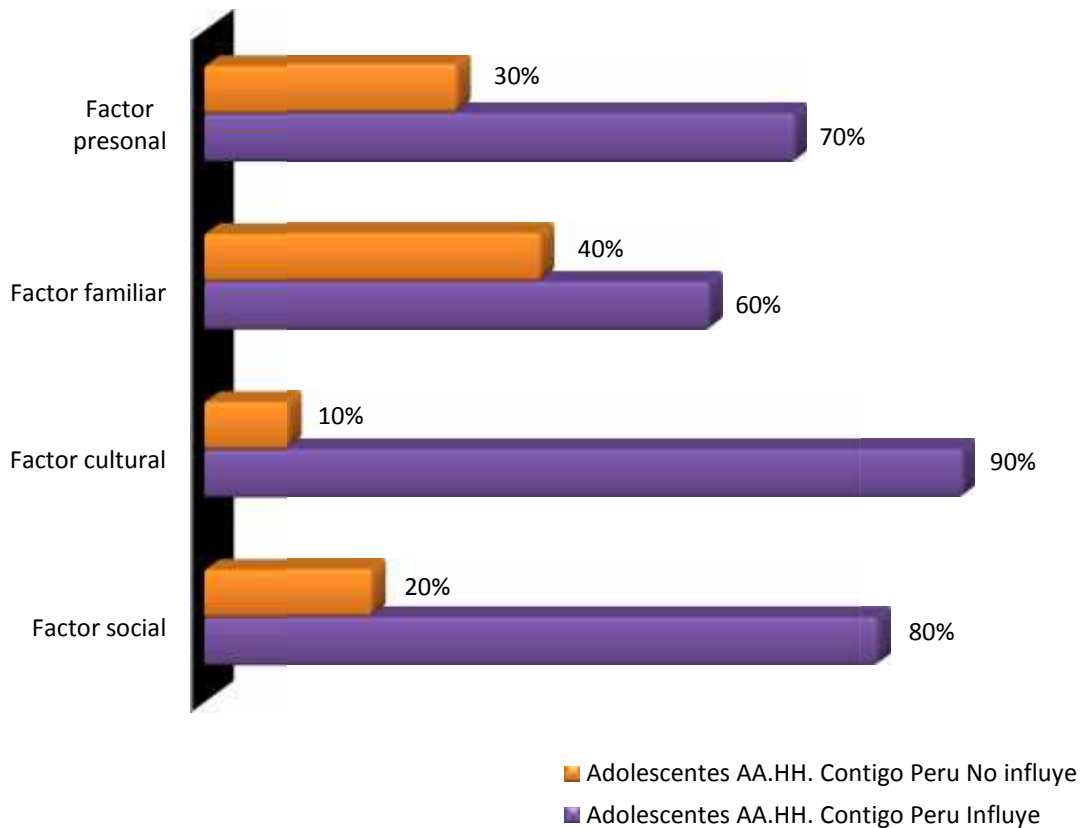
Perfil	Adolescentes AA.HH Contigo Perú	
	f	%
Edad		
15	7	11%
16	11	17%
17	17	25%
18	19	29%
19	12	18%
Total	66	100%
Con quien vive		
Padres	19	29%
Pareja	31	46%
Hermanos	9	14%
Sola	7	11%
Total	66	100%
De quien dependes económicamente		
Padres	11	17%
Pareja	30	46%
Nadie	25	37%
Total	66	100%
Ocupación		
Ama de casa	25	37%
Empleada del hogar	19	29%
Estudiante	22	34%
Total	66	100%

Fuente: Encuesta a las adolescentes del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014

Del 100% de la población el 29% tienen 18 años, el 46% viven con su pareja, el 46% dependen económicamente de sus parejas, el 37% son amas de casa.

Gráfico 1

Factores que influyen en el embarazo en las adolescentes del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014

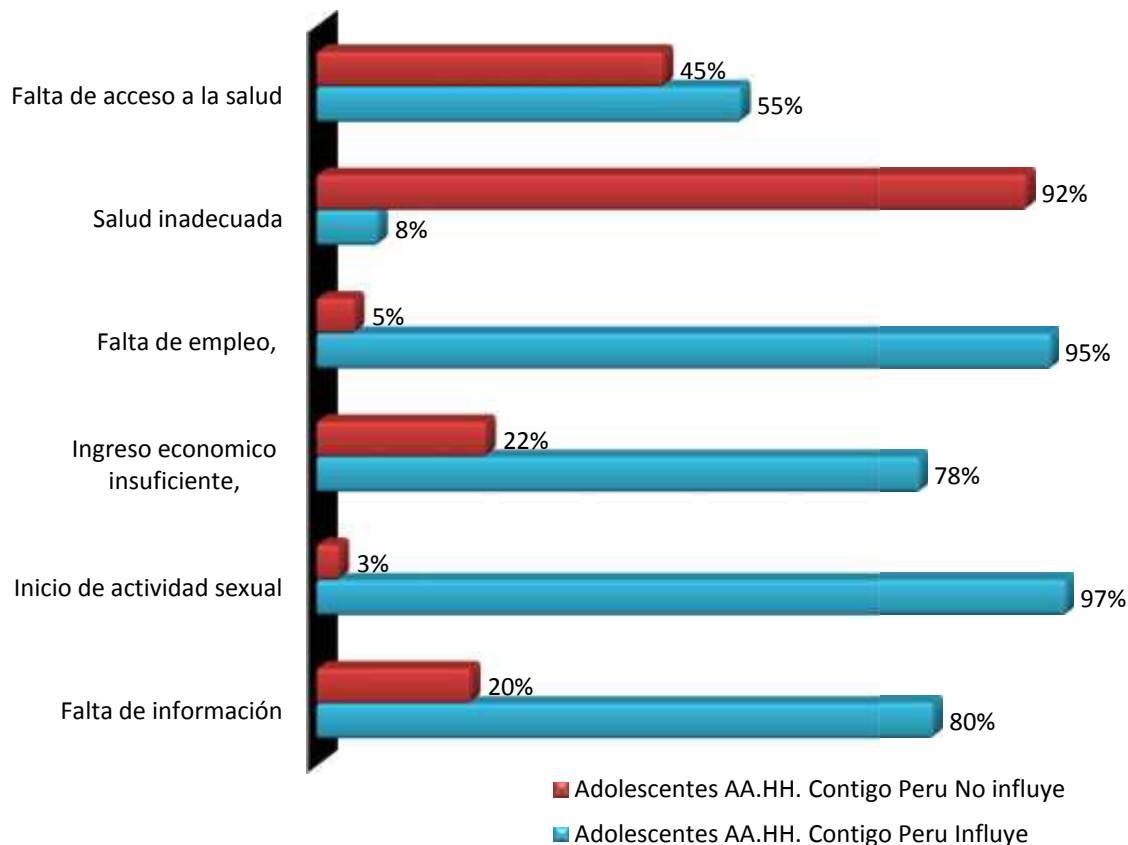


Fuente: Encuesta a las adolescentes del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014

El Factor con mayor influencia en los embarazos adolescentes fue el factor cultural con el 90%, seguido por el factor social con el 80%, el factor personal con el 70% y por último el factor familiar con el 60%.

Gráfico 2

Factores sociales que influyen en el embarazo en las adolescentes del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014

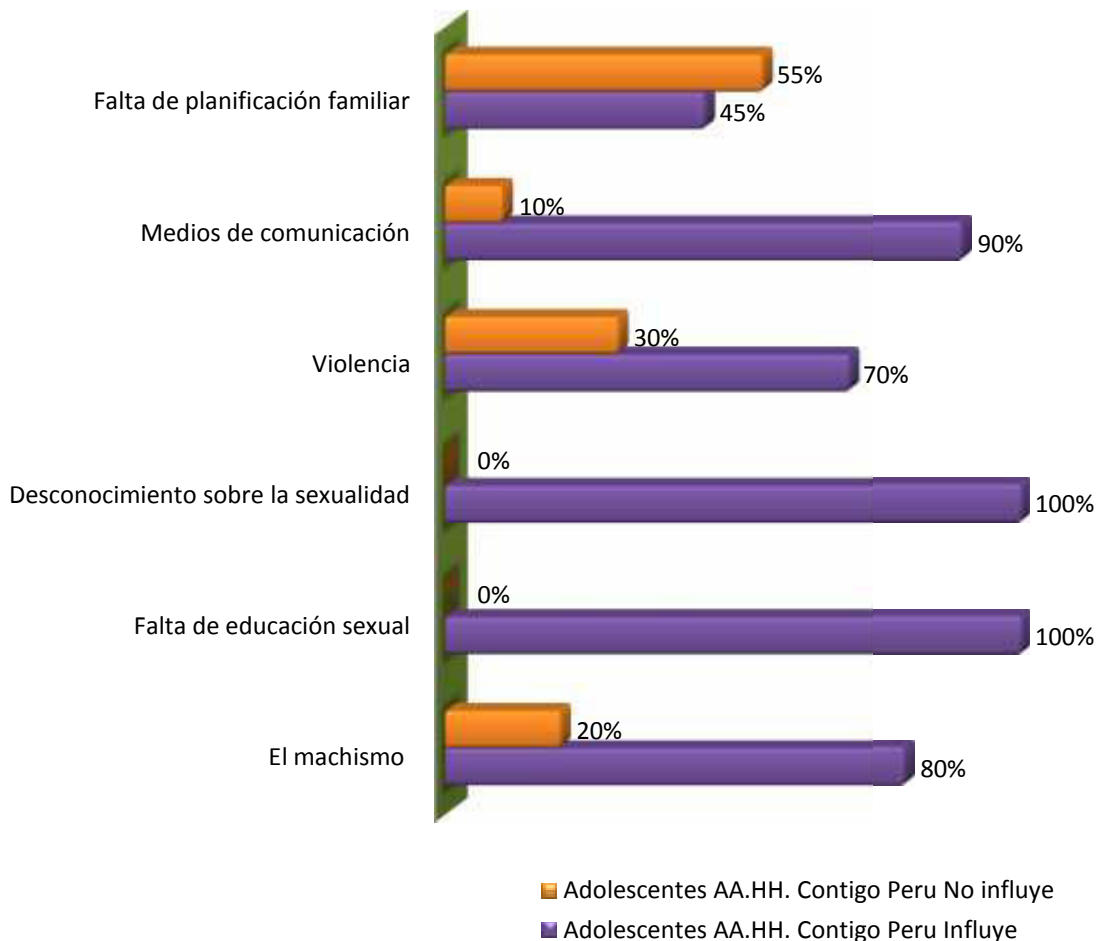


Fuente: Encuesta a las adolescentes del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014

Dentro de los factores sociales que influyen más en el embarazo adolescente tenemos, el Inicio de actividad sexual con el 97%, seguido por la falta de empleo con el 95%, la Falta de información con el 80%, y el ingreso económico insuficiente con el 78%.

Gráfico 3

Factores culturales que influyen en el embarazo en las adolescentes del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014

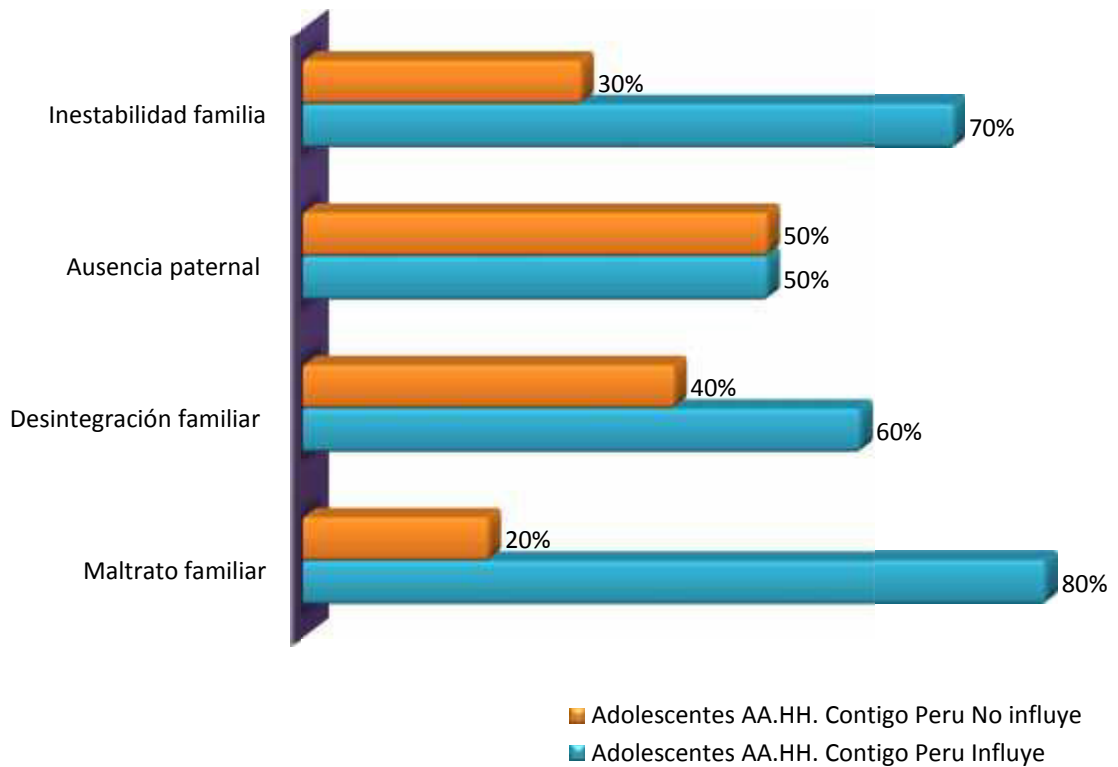


Fuente: Encuesta a las adolescentes del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014

Dentro de los factores culturales influyen mas en el embarazo adolescente, la falta de educación sexual y el desconocimiento sobre la sexualidad ambos con el 100%, seguido por los medios de comunicación con el 90%, el machismo con el 80%.

Gráfico 4

Factores familiares que influyen en el embarazo en las adolescentes del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014

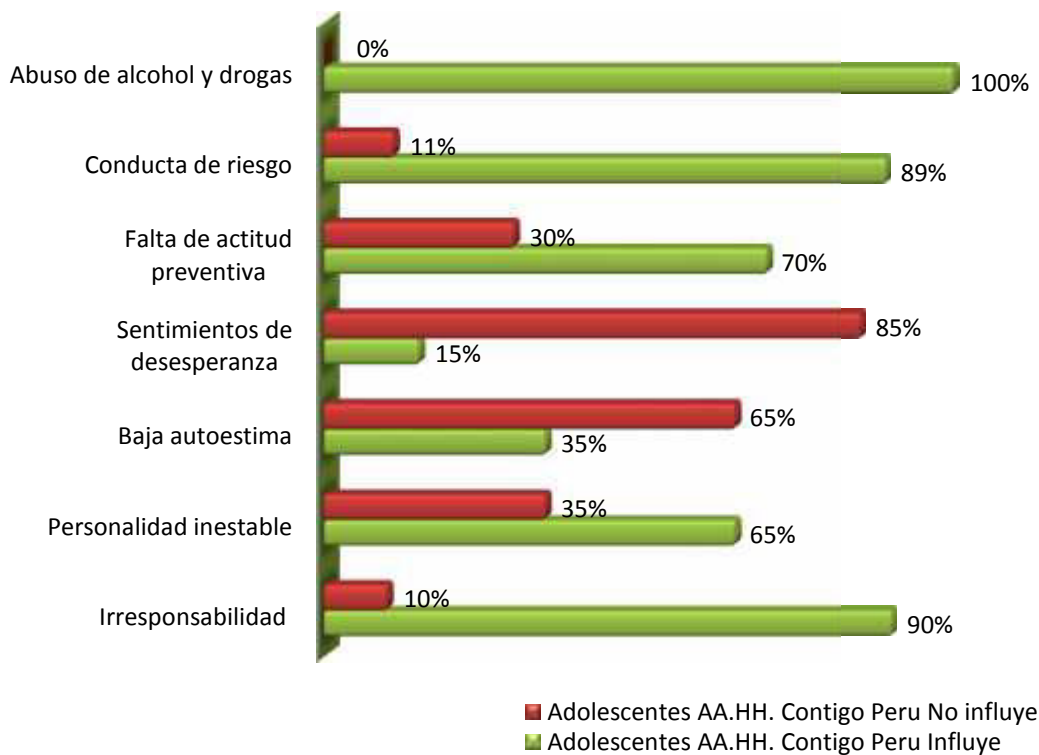


Fuente: Encuesta a las adolescentes del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014

En el Factor familiar influye más en el embarazo adolescente el maltrato familiar con el 80% seguido por la inestabilidad familiar con el 70% y por ultimo la desintegración familiar con el 60%.

Gráfico 5

Factores personales que influyen en el embarazo en las adolescentes del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014



Fuente: Encuesta a las adolescentes del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014

Los Factores personales influyen en el embarazo adolescente sobre todo el abuso de alcohol y drogas con el 100%, seguida por la irresponsabilidad con el 90%, la conducta de riesgo con el 89%, la falta de actitud preventiva con el 70% y la personalidad inestable de los adolescentes con el 65%.

CAPÍTULO V DISCUSION

Uno de los aspectos menos atendidos en las políticas públicas de salud corresponde a las necesidades y demandas de las poblaciones de adolescentes y jóvenes. A esto se puede agregar el desconocimiento de sus derechos a un ejercicio libre, informado y responsable de su sexualidad, situación solo recientemente revertida mediante el fallo del Tribunal Constitucional que despenaliza las relaciones sexuales consentidas entre y con adolescentes, pero cuya implementación práctica mediante servicios y orientación pertinentes no se avizora próxima.

Algunas iniciativas ya empezaron a enfrentar esta situación, aunque se trata de intervenciones sectoriales aisladas bajo el esquema del presupuesto por resultados a cargo del Ministerio de Salud, como es el caso del Programa Estratégico de Salud Materna Neonatal, o de los servicios de salud diferenciados para adolescentes, cuyos efectos a escala poblacional aún no son demostrables. A esto se agregan las actuales condiciones educativas y de salud de la población adolescente, que siendo mejores que la de generaciones anteriores, los mantiene lejos de poder competir en una economía globalizada. Esto resulta más preocupante si consideramos que la oportunidad derivada del cambiopoblacional en el país, podemos lograr un cambio solo si se invierte más y mejor en la adolescencia y juventud.

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

Ahora bien, el embarazo adolescente, no es planificado, estas relaciones entre adolescentes dan cuenta de una compleja trama de variables e intereses sociales que incrementan el riesgo de que una adolescente quede embarazada, en la mayoría de casos sin proponérselo. En acuerdo con estas relaciones dinámicas, los marcos teóricos propuestos señalan que no se debe dejar de considerar el efecto de algunos factores contextuales, más vinculados al hogar y a las dinámicas familiares, de género y comunitarias, incluyendo la cultura local. Entre el 12 y 13%, de los embarazos en adolescentes de 15 a 19 años oculta una persistente heterogeneidad, sobre todo si no es planificado. Al compararlas con los hombres, menos de 1% de ellos son padres a la misma edad.

En los estratos de mayor riqueza el embarazo en adolescentes representa la décima parte de la observada en las zonas más pobres. Aunque las prevalencias son menores en áreas urbanas, es aquí donde se registra una leve tendencia al aumento, a diferencia de la tendencia al descenso registrada en las áreas rurales, pero persistentemente sobre el 25% en áreas de la selva (superior al 30% en el 2012 en Loreto).

A nivel nacional ha venido creciendo el número total de gestantes adolescentes, pues, en tanto las prevalencias se mantenían relativamente estables, venía aumentando la población de este grupo de edad, que alcanzó su pico histórico en el año 2011. Según estas tendencias el área urbana, sobre todo la de menores ingresos, seguirá concentrando el mayor número de gestaciones en este grupo de edad, en un contexto en el que desde hace más de veinte años disminuye anualmente la cantidad total de nacimientos, también por primera vez en la historia del Perú.

Otro aspecto por considerar es el leve aumento del embarazo en adolescentes con mayor educación, que, aunque de niveles menores al valor nacional, se registra incluso en Lima Metropolitana. Evidenciando el aumento de la actividad sexual reciente, en aquellas adolescentes de 15 a 19 que ya se iniciaron sexualmente, proporción que ha aumentado sostenidamente en los últimos 20 años. Lo mismo sucede en quienes registraron actividad sexual antes de los 15 años. A esta información habría que agregar, como probable explicación, los cambios registrados a nivel mundial en el descenso en la edad de la menarquia, aunque cabe considerar las mejores condiciones nutricionales asociadas a cambios hormonales, así como los cambios psicológicos vinculados con la educación y el creciente acceso a medios.

Según el órgano oficial, en los últimos 14 años, la maternidad temprana creció en un 1% el porcentaje de adolescentes que ya son madres y 0,6 % en las que quedan embarazadas por primera vez. El embarazo adolescente en Perú subió al 14,6 % en 2014, lo que representó un incremento del 1,6 % desde el 2000, mientras que la población total de Perú asciende a 31,151,643 habitantes, según datos del INEI. El embarazo en adolescentes de 15 años subió de 1,0% a 1,9%, entre 2000 y 2014, en las de 16 años aumentó de 4,7% a 5,4%, y en las de mayor edad pasó de 22,3% a 26,7%. Del total de mujeres de 15 a 19 años de edad con educación primaria, el 29,3% ya eran madres; porcentaje que baja a 11,2% entre las adolescentes con educación secundaria y a 4,9% entre las jóvenes con educación superior. De otro lado, el INEI proyectó que la

población asciende a 31.151.643 habitantes, al 30 de junio de 2015. El 50,1% son hombres y el 49,9% mujeres, mientras que la población urbana alcanza el 76,7% y la rural el 23,3%. El órgano oficial estimó que en el 2021, año del Bicentenario de la Independencia de Perú, la población superará los 33 millones de habitantes y en 2050 será de más de 40 millones.

Tanto a nivel individual como colectivo, son múltiples los impactos del embarazo adolescente, sobre todo si no fue resultado de una decisión libre e informada que, como vimos, son la mayoría. Algunos de los impactos más estudiados en nuestro país, someramente esbozados en secciones anteriores, tienen que ver con la limitación al ejercicio de derechos y oportunidades, que afectan los planes de vida y la transición a la vida adulta, perpetuando la transmisión intergeneracional de la pobreza. Menos reconocidos, pero no por falta de evidencias, son sus asociaciones de riesgo con la desnutrición infantil y la muerte temprana (de la adolescente y de sus hijos). En conjunto o por sí solos, configuran un potencial efecto negativo para los intentos de capitalizar la oportunidad derivada del cambio poblacional y hacer realidad el bono demográfico.

La evidencia educativa va por doble vía. De un lado, el embarazo lleva a la deserción escolar, mientras que una educación de mala calidad desalienta la continuidad en la escuela. En nuestro país, la deserción escolar por causa del embarazo, matrimonio o para cuidar niños varía, pues según los departamentos del 10 al 20% de mujeres de 15 a 24 años dejaron la escuela por alguno de esos motivos. Nueve de cada diez madres adolescentes no asisten a algún centro educativo, en el área urbana el efecto de haber tenido algún parto en los últimos tres años reduce en 33% las posibilidades de progresar en los estudios. En el área rural esa probabilidad alcanza el 39%. Nuevamente, la pobre calidad educativa no hace sino reforzar este circuito de exclusiones; además del embarazo, la deserción escolar también puede resultar de uniones formales tempranas, de la baja calidad de la educación que se ofrece y de expectativas igualmente bajas que tienen las adolescentes para

sus propias vidas. Por lo tanto, las políticas que buscan reducir el embarazo adolescente tendrían que considerar mucho más que solo brindar información sobre los anticonceptivos y facilitar su acceso. Es decir que, sin educación sexual de calidad o el fortalecimiento de las capacidades de asertividad adolescente, es realmente poco lo que se pueda lograr.

En las adolescentes más pobres el embarazo llevará a conseguir un empleo a edades más tempranas, y bajo malas condiciones laborales. Justo en los años en que inician la transición a la vida adulta, apresurada a causa del embarazo, en los que se van asumiendo nuevos roles, dependiente de la situación familiar, etnicidad, pobreza, y acceso a redes de apoyo social. Se trata de transiciones que, según la distribución de oportunidades, hacen o no posible la inclusión social. En tal sentido, se perpetúan las inequidades en las transiciones a la vida adulta, limitando el ejercicio de sus derechos, con altos costos sociales y económicos derivados de estos rezagos.

El impacto sanitario tampoco será menor, sobre todo si consideramos que casi el 60% de los embarazos en adolescentes no fueron planificados. Entonces, cerca del 30% de adolescentes declaraba que se ha realizado un aborto. Estrechamente vinculado con las muertes maternas evitables, de no haberse producido estos embarazos o de no haberse producido el aborto. En las adolescentes de nuestro país las razones de mortalidad maternas (RMM) son desproporcionadamente más altas que las registradas para las mujeres en edad reproductiva, sobre todo en la sierra y selva, llegando en esta última a valores de 453 muertes maternas por cien mil nacidos vivos en el periodo 2007-2011, según la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud del Perú y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Luego del embarazo se pueden considerar los efectos vinculados con la nutrición y desarrollo, no solo de la propia madre sino también la del recién nacido.

CONCLUSIONES

1. Del total de la población de adolescentes del AA. HH. Contigo Perú la cuarta parte tienen 18 años, la mitad de la población viven y dependen económicamente de su pareja, y son amas de casa, siendo evidente que las adolescentes embarazadas no terminan los estudios, provocando la deserción escolar.
2. El Factor con mayor influencia en los embarazos adolescentes fue el factor cultural, seguido por el factor social, factor personal y por último el factor familiar.
3. Dentro de los factores sociales que influyen más en el embarazo adolescente tenemos, la mayoría tuvo su primera regla a los 13 años de edad coincidiendo con su primera relación sexual dando inicio a la actividad sexual, la falta de empleo, y el ingreso económico insuficiente.
4. El factor cultural influyenotablemente en el embarazo adolescente, sobre todo la falta de educación sexual, los conocimientos sobre la sexualidad no es la más adecuada ya que no se ha brindado una información correcta por los padres y los medios de comunicación.
5. El Factor familiar influye en el embarazo adolescente sobre todo el maltrato familiar, la inestabilidad familiar y la desintegración familiar
6. El factor personal influye en el embarazo adolescente sobre todo el abuso de alcohol y drogas, la falta de actitud preventiva ya sea con el uso de preservativos, tabletas anticonceptivas, aunado a ello que no saben cómo utilizarlos, la irresponsabilidad y la personalidad inestable de los adolescentes.

RECOMENDACIONES

1. Abordar de forma global, para lograr un impacto positivo, en el embarazo adolescente se debe brindar soluciones integrales desde los distintos ámbitos que conforman la sociedad, buscando prioritariamente la participación activa de la población adolescente y sus familias.
2. Brindar charlas de prevención y educación sexual y reproductiva a las adolescentes, enmarcada dentro de la formación que tenga bases en los aspectos afectivos y morales, lo cual permita tener una sexualidad responsable, tanto en las instituciones de salud como de educación, dicha educación debe estar autorizada y reforzada por la familia
3. Mejorar el acceso a los servicios de salud y mejorar los conocimientos sobre la salud sexual reproductiva a través de la consejería en anticoncepción, sensibilizar, informar y motivar a las adolescentes sobre la importancia de los métodos de anticoncepción, con el fin de evitar embarazos no deseados
4. Unificar criterios con distintos profesionales especializados en el tema, para impactar positivamente en la prevención del embarazo en este grupo poblacional.
5. Diseñar y elaborar mensajes educativos para prevenir el embarazo en la adolescencia divulgar información confiable sobre las características, ventajas y efectos secundarios de los métodos de anticoncepción
6. Desarrollar Estrategia de Información, Educación y Comunicación para contribuir a incrementar los conocimientos, actitudes y prácticas de los/as adolescentes, sobre embarazo en la adolescencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cortés Alfaro A, Del Pino A, Sánchez M, Alfonso A, Fuente J. Comportamiento sexual, embarazo, aborto y regulación menstrual en adolescentes de tecnológicos de Ciudad Habana. RevCubObstGinecol 1999;25(1):35.
2. Hung Bridó Y. Algunos factores epidemiológicos asociados a la ocurrencia del embarazo en la adolescencia (Tesis). Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en MGI. Santiago de Cuba, 1999
3. Castro Espín M. Programa crecer en la adolescencia. Ciudad de la Habana, 1998.
4. Ministerio de Salud Pública. Manual de prácticas clínicas en la salud del adolescente. La Habana: MINSAP;1999.
5. Taureaux Ravelo I. Algunos factores biosicosociales en adolescentes post parto (Tesis). Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en MGI. Santiago de Cuba, 1999.
6. Colectivo de Autores. Y ya son adolescentes. Ed. Pueblo y Educación. Ciudad Habana, 1999.
7. Davis Ivey Ch. El embarazo en los adolescentes de América Latina y el Caribe. Enfoque desde el punto de vista de sus derechos. UNICEF, 1998: 17
8. Jhones Cabrales HA. Embarazo en la adolescencia: modificación de conocimientos en un grupo de adolescentes (Tesis). Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en MGI. Santiago de Cuba, 2001.
9. Jaurequi ML. Maternidad temprana, pobreza y educación. Taller sobre embarazo en adolescentes. Kingston, Jamaica, 3-7.Nov, 2000; 1:16.
10. Arditi G. Orientaciones para asumir un embarazo adolescente. Sociedad Argentina de protección Familiar; maga@ cinet.com, Abril, 2000.
11. Ortiz Lee C, Rodríguez A. Aborto en la adolescencia. Sexología y sociedad. 1998;11:29.

12. UNICEF. Por un cambio en la salud de la población juvenil. Cuaderno de UNICEF sobre programación para el desarrollo y la salud de la población juvenil. 1999.
13. BAEZA B; POO A; realizaron un estudio titulado “Comprendiendo los factores asociados al embarazo precoz, desde la perspectiva de adolescentes nuligestas”. Chile. 2008
14. SILVA María; realizó un estudio titulado “El abordaje sanitario del embarazo precoz y la maternidad temprana. Perspectiva de los operadores de salud del centro de salud De jardines del hipódromo de la ciudad de Montevideo”.
15. MERINO Elena; en su estudio: “Factores que Influyen en el Embarazo de las Adolescentes Inscritas en el Programa de Atención Materna de Unidad de salud AltaVista, Enero a Junio de 2010”.
16. SOTO Mariana; realizó un estudio titulado: “Cambios en el Proyecto de Vida de la Adolescente embarazada”, en la Escuela Preparatoria N°7. Guadalajara, México. 2009.
17. MENDOZA W. SUBIRÍA G, realizaron el estudio titulado “El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las Políticas públicas
18. POMA M; en su estudio titulado “Factores de riesgos maternos perinatales Asociados a la gestión en adolescentes y las de edad Avanzada en el hospital Daniel A. Carrión - Huancayo”. 2006
19. BÁRCENA O; LANCHIPA J. Realizaron el estudio “Factores de riesgo para parto pre término en gestantes Adolescentes del hospital Hipólito Unánue de Tacna 2006-2010”.
20. FLORENZANO, R. (1997). El Adolescente y sus Conductas de Riesgo. Santiago de Chile, Ediciones Universidad Católica de Chile, pp.139-152.
21. REVISTA IBEROAMERICANA DE REPRODUCCION HUMANA Edición actual: Marzo 2012 - Volumen 29 - N° 1

22. CERRUTI, S. (1997). Educación de la sexualidad en el contexto de la salud integral en la adolescencia. Organización Panamericana de la Salud. Fundación W. K. Kellogg. Montevideo: OPS-OMS.
23. SILVA M. "El abordaje sanitario del embarazo precoz y la maternidad temprana. Perspectiva de los operadores de salud del centro de salud De jardines del hipódromo de la ciudad de Montevideo. Disponible en: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2012/cs-silva2_m/pdfAmont/cs_silva2_m.pdf
24. CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO (CIPD), (1994). El Cairo.
25. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1994)
26. Sexualidad, Sáez, 61, 1992 Sexualidad en la adolescencia. 2da edición. Caracas
27. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Publicado en junio 2009. www.who.int/bulletin/volumenes/87/6/09-020609/index.html.
28. ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud; Perfil de Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes y jóvenes de América Latina y El Caribe. Serie OPS/FNUAP No. 1. Noviembre 2002.
29. MAINE, D. P. (1997). Programas de reducción de la mortalidad materna. Opciones y planteamientos. NewYork: Columbia University.
30. Molina R. Luengo. 1.991 pág. 92. Adolescencia, sexualidad y embarazo. Serie científicamente de Molina.
31. Dominguez A, Erazo Y. Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia, 2009; 6(2) 141-147, disponible en: [www.fecolsog.org/userfiles/file/revista vol. 62 Nro. 2](http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista%20vol.%2062%20Nro.%202)
32. 32-Herodes A. J. 2003 Comprendo a los adolescentes. México: Edición Michoacán pág. 17-80.
33. ASAMBLEA GENERAL DE NACIONES UNIDAS, 1994; párrafo 8.25.

34. Barnett B, Katz K. Adolescent Reproductive Health: Navigating between Needs and Services. Research Triangle Park, NC: Family Health International, 2000.
35. THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1994. Aborto clandestino: una realidad latinoamericana.
36. FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, 2000. Estado de la población mundial 2000. Vivir juntos en mundos separados. Hombres y mujeres en tiempos de cambio.
37. SÁEZ, G. I. (1992. Sexualidad en la Adolescencia, 2a. Edi. Caracas de la OPS
38. DAVID Y COLS., (1991), Journal of the American Medical Women's Association, v. 55(3), Hijos no deseados, Mexico, p. 127-132.
39. LAMAS, M., 1997. Deconstrucción simbólica y laicismo: dos requisitos imprescindibles para la defensa de los derechos reproductivos.
40. RIVAS, M., AMUCHASTEGUI, A, 1998. Voces e historias sobre el aborto. México: The Población Council / Edamex.
41. COOK, R.J., 1991. Leyes y políticas sobre el aborto: retos y oportunidades. Debate Feminista, no. 1, p.89-141.
42. GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA, 2000. Miradas sobre el aborto. México: GIRE.
43. ESTRADA ANA PATRICIA, MADRIGAL LOPEZ LETICIA (2001) Adolescentes indígenas embarazadas asociado a la falta de información y recursos económicos Chiapas, México p.97
44. REEDER Stephen .Enfermería Materno-Infantil. Décimo quinta Edición. México. Editorial Mexicana. Disponible en:
<http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
45. MINISTERIO de Salud Pública y Asistencia Social; Guías de atención de los principales problemas de salud de adolescentes. Disponible en:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/131_NTAISADOL.pdf

ANEXOS

MATRIZ DE CONSTISTENCIA

Título: Factores que influyen en el embarazo en las adolescentes del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014

PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLES
<p>Problema General ¿Cuáles son los factores que influyen en las adolescentes embarazadas del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuáles son los factores sociales que influyen en las adolescentes embarazadas del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014?</p> <p>¿Cuáles son los factores culturales que influyen en el embarazo en las adolescentes del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014?</p> <p>¿Cuáles son los factores familiares que influyen en el embarazo en las adolescentes del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014?</p> <p>¿Cuáles son los factores del entorno que influyen en las adolescentes embarazadas del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014?</p>	<p>Objetivo general Determinar los factores que influyen en las adolescentes embarazadas del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014</p> <p>Objetivos específicos Identificar los factores sociales que influyen en las adolescentes embarazadas del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014?</p> <p>Identificar los factores culturales que influyen en las adolescentes embarazadas del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014?</p> <p>Identificar los factores familiares que influyen en las adolescentes embarazadas del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014</p> <p>Identificar los factores del entorno que influyen en las adolescentes embarazadas del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014</p>	<p>Univariable = factores que influyen en el embarazo de adolescentes</p>

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES
Factores que influyen en el embarazo de adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="645 475 891 507">▪ Factores sociales <li data-bbox="645 662 907 694">▪ Factores culturales <li data-bbox="645 849 907 880">▪ Factores familiares <li data-bbox="645 1035 869 1067">▪ Factor Personal 	<p data-bbox="1016 384 1317 568">Falta de información Inicio de actividad sexual falta de ingreso, falta de empleo, salud inadecuada falta de acceso a la salud</p> <p data-bbox="1016 600 1458 783">El machismo Falta de educación sexual Desconocimiento sobre la sexualidad Violencia Medios de comunicación Falta de planificación familiar</p> <p data-bbox="1016 815 1290 935">Maltrato familiar Desintegración familiar Ausencia paternal Inestabilidad familiar</p> <p data-bbox="1016 967 1384 1182">Irresponsabilidad Personalidad inestable Baja autoestima Sentimientos de desesperanza Falta de actitud preventiva Conductade riesgo Abuso de alcohol y drogas</p>

TIPO DE INVESTIGACION	POBLACION Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD
<p>La presente investigación es de tipo cuantitativa descriptivo de diseño experimental porque la variable no presenta cambios son observados tal como se presenta, de corte transversal de nivel aplicativo.</p> <p>Hernández, Fernández y Baptista (2003) establecen este tipo de investigación, basándose en la estrategia de investigación que se emplea, ya que el diseño, los datos que se recolectan, la manera de obtenerlos, el muestreo y otros componentes del proceso de investigación son distintos.</p> <p>Para la investigación en concordancia con Hernández, Fernández y Baptista (2006) el método asumido es el científico dentro de sus características teóricas y empíricas.</p>	<p>Población La población de estudio estará conformada por los 322 adolescentes del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014</p> <p>Tamayo refiere que es la totalidad del fenómeno a estudiar, en donde las unidades de población poseen una característica común, la cual se estudia y da origen a los datos de investigación</p> <p>Muestra La muestra objeto de estudio estará conformada por los 66 adolescentes del Asentamiento Humano Contigo Perú. Huaral. 2014. Se tomara el diseño muestral probabilístico aleatorio simple</p> <p>Criterios de Inclusión Adolescentes entre las edades de 10 a 19 años embarazadas residentes en el AA.HH. Contigo Perú Adolescentes embarazadas que deseen participar en el estudio Adolescentes que se embarazaron en el periodo de estudio</p> <p>Criterios de exclusión Adolescentes entre las menor de 10 y mayor de 19 años embarazadas residentes en el AA.HH. Contigo Perú Adolescentes embarazadas que no deseen participar en el estudio Adolescentes que no se embarazaron en el periodo de estudio</p>	<p>La técnica que se utilizara será la encuesta cuyo instrumento será un cuestionario. El cual consta de preguntas que se aplicaran a los adolescentes del AA. HH Contigo Perú.</p> <p>Según Cook (2004), es una técnica destinada a obtener datos de varias personas cuyas opiniones impersonales interesan al investigador, donde se utiliza un listado de preguntas escritas que se entregan a los sujetos, a fin de que las contesten igualmente por escrito</p>	<p>La validez de los instrumentos estará dará a través de los Jueces expertos, en donde participaran 8 enfermeras, esto permitirá hacer los reajustes necesarios al instrumento; para luego realizar una prueba piloto para la validez del instrumento el mismo que será de carácter anónimo cuidando así la individualidad y privacidad de los adolescentes</p> <p>Para la recolección de los datos se pedio la autorización del Presidente comunal del AA. HH. Contigo Perú. Luego se realizaron a cabo las coordinaciones para establecer el cronograma de recolección de datos.</p> <p>Una vez recolectado los datos se elaborara el cuadro de códigos y puntajes con el programa Excel de tal forma, que se presentaron en tablas y gráficos estadísticos para facilitar su análisis e interpretación.</p>

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

INSTRUMENTO

Lea cuidadosamente las preguntas y solicítele al entrevistado(a) que sus respuestas sean objetivas y veraces; explíquelo al entrevistado(a) el objetivo de la presente investigación, así como el tiempo necesario para el desarrollo de la entrevista.

1. Edad: _____
2. Escolaridad: _____
3. Estado Civil: _____
4. Lugar de residencia: Urbano () peri Urbana () Rural ()
5. ¿Trabajas actualmente?
No () Si ()
6. Con quien vives
Padre () tía () hermanos () pareja () sola ()
7. ¿De quién dependes económicamente?
8. Papas () hermanos () tíos () Abuelos () nadie ()
9. En que Institución recibes atención medica
Centro de salud () Hospital ()
10. ¿A qué edad tuviste tu primera regla?
De 8 a 10años
De 11 a 12años
De 13 y / o mas
11. ¿A través de quien recibes información sexual?
Radio () Televisión () Familiares () Amigos () Escuela ()
12. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?
10 a 13años
14 a 16 años
17 a 19 años
13. Número de embarazos
Primero () segundo () tercero ()
14. ¿Conoces las complicaciones del embarazo adolescente?
No () Si ()
15. ¿Has recibido información de cómo prevenir un embarazo?
No () Si ()
16. ¿De quién has recibido información de cómo prevenir un embarazo?
Amigos () Padres () Personal de salud ()

Institución educativa () Ninguna ()

17. ¿Qué métodos anticonceptivos conoces?
Pastillas () Preservativo () Dispositivo Intrauterino ()
Inyectables () Natural () otros ()
18. Si utilizas algún método anticonceptivo para prevenir un embarazo ¿cual utilizarías?
Pastillas () Preservativo () Dispositivo Intrauterino ()
Inyectables () Natural () otros ()
19. ¿Cómo evalúas la información recibida acerca de los métodos anticonceptivos?
Excelente () Buena () Regular () Mala () Nula ()
20. ¿Quiénes conforman su grupo familiar? _____

21. ¿Cuál era el trato de su familia hacia usted antes de su embarazo?
Excelente () Buena () Regular () Mala ()
22. ¿Cuál era el trato de su familia hacia usted al conocer sobre su embarazo?
Excelente () Buena () Regular () Mala () Indiferente ()
23. ¿Por qué considera que quedo embarazada?

24. ¿Qué tipo de ocupación tienen los miembros de su grupo familiar? _____

25. ¿Cuántas parejas has tenido antes de tu embarazo? _____
26. ¿Por qué motivo no uso condón para evitar el embarazo?

27. ¿Cuántas relaciones sexuales cree usted que debe tener una mujer para poder quedar embarazada? _____
28. ¿Cuál es la forma en la que su pareja le demuestra amor? _____

29. ¿Qué edad considera usted que es mejor para tener hijos? Y porque? _____

30. ¿Qué conocimientos tiene sobre salud sexual? _____

31. ¿Qué conocimientos tiene sobre salud reproductiva? _____

32. ¿Qué importancia pueden tener los temas de sexualidad y protección? _____

33. ¿Cuáles eran sus planes para su vida, antes de estar embarazada? _____

34. ¿Cuáles son los planes para su vida, ahora que está embarazada? _____

35. ¿Cuáles son los planes para su vida, después del embarazo? _____

36. ¿Qué sentimientos experimenta hacia su hijo, ahora que está embarazada? _____

37. ¿Cómo se siente ahora que está embarazada? _____

38. ¿Qué causas considera usted que influyeron más para que usted haya quedado embarazada? _____

ANEXO 3

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Nº	PREGUNTA	SI	NO
1	La formulación del problema es adecuado.		
2	El instrumento facilitará el logro de los objetivos de investigación.		
3	El instrumento está relacionado con las variables de estudio.		
4	El número de ítems del instrumento es adecuado.		
5	La redacción de los ítems del instrumento es correcta.		
6	El diseño del instrumento facilitará el análisis y procesamiento de datos.		
7	Eliminaría algún ítem en el instrumento.		
8	Agregaría algún ítem en el instrumento.		
9	El diseño del instrumento será accesible a la población.		
10	La redacción es clara, sencilla y precisa		

ITEMS	JUECES EXPERTOS									PUNTAJE
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Pro. de Concord.	
1.	0	0	0	0	0	0	0	0	0/10	0
2.	0	0	0	0	0	0	0	0	0/10	0
3.	0	0	0	0	0	0	0	0	0/10	0
4.	0	0	0	0	0	0	0	0	0/10	0
5.	0	0	0	1	0	0	0	0	1/10	0.125
6.	0	0	0	0	0	0	0	0	0/10	0
7.	1	1	1	1	1	1	1	0	7/10	0.875
8.	1	0	0	0	1	0	0	0	2/10	0.25
9.	0	0	1	0	0	0	0	0	1/10	0.125
10.	0	0	0	0	0	0	0	0	0/10	0
Total										1.375

$$p = \frac{1.375}{10} = 0.1375$$

$$p = \frac{\sum \text{puntaje de } N^{\circ} \text{ de ítems}}{10}$$

Como $p \leq 0.05$ el ítem es aceptable.

El grado de concordancia es significativo en lo concerniente a los ítem 1, 2, 3, 4, 6, y 10; con una ligera modificación en los ítems 5, 7, 8 y 9, sin embargo el instrumento es válido para los jueces de expertos

ANEXO 4

DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento para el estrés, se procedió aplicar la prueba piloto a 15 adolescentes embarazadas, mediante la fórmula de ALFA DE CRONBACH, se determinó:

$$\alpha = \left[\frac{K}{K-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right] \text{ Siendo:}$$

S_i^2 : La suma de varianzas de cada ítem.
 S_t^2 : La varianza del total de filas (puntaje total de los jueces).
 K : El número de preguntas o ítems.

Entonces:

$$= \left[\frac{38-1}{38-1} \right] \left[1 - \frac{9.7897}{5.352} \right]$$

$$= \left[\frac{381}{37} \right] \left[1 - 1.8291 \right]$$

$$= \left[1.0181 \right] \left[0.8291 \right]$$

$$= 0.8441$$

$$= 0.84$$

Para que exista confiabilidad del instrumento se requiere $\alpha > 0.5$, por lo tanto este **instrumento es confiable**.