



---

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE  
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**FACTORES DEL EMBARAZO PRECOZ Y  
PERCEPCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES  
SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA POR EL  
PROFESIONAL DE OBSTETRICIA EN EL CONTROL  
PRENATAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-3  
NUEVE DE OCTUBRE-PIURA, MAYO 2018.**

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

**AUTORA:**

**ANAHY KARINA CURAY GIRON.**

**ASESORA:**

**OBSTA. FLOR DE MARÍA VÁSQUEZ SALDARRIAGA.**

**PIURA - PERÚ**

**2018**

**Hoja de firma de jurado y asesora**

Dra. Obsta. Susana Edita Paredes Díaz

**Presidenta**

Mgtr. Obsta. Aurea Lucia Panta Boggio

**Miembro**

Mgtr. Obsta Silvia Teresa Coronado Morales

**Miembro**

Lic. Obsta Flor de María Vásquez Saldarriaga

**Asesora**

## **Agradecimientos**

### **A Dios:**

Por haberme dado sabiduría  
para poder enfrentar todos los  
Obstáculos que se me Presentaron.

### **A mis Padres:**

Víctor y Elva por haber confiado en mí, por sus  
consejos, apoyo que con su amor y sacrificio  
me impulsaban a salir adelante y terminar mi  
carrera.

### **A mi esposo:**

Por su esfuerzo y dedicación, por  
estar conmigo en las buenas y en  
las malas brindándome su amor y  
confianza .

### **A mi hijo:**

Por formar parte de mi vida y  
darme todo el amor de hijo y  
darme las fuerzas necesarias  
para salir adelante.

### **A mi asesora:**

Lic. flor de María Vásquez Saldarriaga  
Por brindarme su apoyo y su perseverancia,  
por su apoyo infinito.

**Anahy Karina**

## Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar los factores del embarazo precoz y la percepción de las gestantes adolescentes sobre la atención prenatal brindada por el profesional de obstetricia en el Establecimiento de Salud I-Nueve de octubre-Piura, Mayo 2018, fue de tipo cuantitativo y descriptivo. Con una población muestral de 14 gestantes adolescentes de 14 a 19 años; a quienes se les aplico un cuestionario de Factores del embarazo precoz y percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional de obstetricia en el control prenatal.

Los resultados con respecto a factores demostraron que las edades de las gestantes adolescentes en un 92,86% son entre los 15-19 años; el 42,86% su grupo familiar está conformado por los abuelos y hermanos ; el 42,86 manifestó que recibieron maltrato físico y verbal al conocer de su embarazos, el 57,14% de los ingresos fueron de la madre, el 50 % considera que para quedar embarazada basta tener dos relaciones coitales .Con respectos a las percepciones sobre la atención prenatal el 92,68% manifestaron que la comunicación entre el profesional y la gestante es buena; el 7,14% fue regular.

**Palabras Clave:** Adolescentes, Atención, Control prenatal, Embarazo Precoz, Factores,Percepción.

## **Abstract**

The objective of this research was to determine the factors of early pregnancy and the perception of adolescent pregnant women about prenatal care provided by the obstetrics professional at the Health Establishment I-Nuevo de October-Piura, May 2018, was of a quantitative nature and descriptive. With a sample population of 14 adolescent pregnant women from 14 to 19 years old; to whom was applied a questionnaire of early pregnancy factors and perception of pregnant adolescents about the care provided by the obstetrics professional in prenatal care.

The results with respect to factors showed that the ages of pregnant women in 92.86% are between 15-19 years; 42.86% his family group is grandparents and brother; the 42.86 % said that they received physical and verbal abuse when they knew about their pregnancies, 57.14% of the income was from the mother, 50% considered that to get pregnant it is enough to have two coital relationships. With respect to the perceptions about prenatal care 92.68% said that the communication between the professional and the pregnant woman is good; 7.14% was regular.

**Key Words:** Adolescents, Attention, Prenatal Control, Precocious Pregnancy, Factors, Perception

## Contenido

1.-Título de la tesis (caratula).....	i
2.-Hoja de firma de jurado y asesora.....	ii
3.-Hoja de agradecimiento.....	iii
4.-Resumen.....	iv
5.-Abstract.....	v
6.-Contenido (índice).....	vi
7.-Índice de tablas.....	vii
8.-Índice de figuras .....	viii
9.-Índice de cuadros.....	x
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....</b>	<b>7</b>
2.1 Antecedentes.....	7
2.2 Bases Teóricas.....	11
2.3 Marco conceptual.....	31
<b>III- METODOLOGÍA.....</b>	<b>43</b>
3.1 Tipo y nivel de la investigación.....	43
3.2 Nivel de la investigación.....	43
3.3 Diseño de la investigación.....	43
3.4 Población y muestra.....	44
3.5 Definición y descripción de las variables.....	45
3.6 Técnica e Instrumentos de recolección de datos.....	52
3.7 Plan de análisis.....	53
3.8 Matriz de consistencia.....	54
3.9 Principios Éticos.....	56
<b>IV. RESULTADOS.....</b>	<b>57</b>
<b>V. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....</b>	<b>66</b>
<b>VI. CONCLUSIONES.....</b>	<b>71</b>
Aspectos complementario.....	73
Referencias bibliográficas.....	83
Anexos.....	90

## Índice de tablas

Tabla 1: Factores individuales de las gestantes adolescentes.....	57
Tabla 2: Factores sociales del embarazo precoz en las gestantes adolescentes.....	59
Tabla 3: Factores económicos del embarazo precoz en las gestantes adolescentes.....	61
Tabla 4: Factores culturales del embarazo precoz en las gestantes adolescentes.....	62
Tabla 5: Percepciones sobre la atención del control prenatal de las gestantes adolescentes.....	64

## Índice de figuras

Figura 1.1: Gráfico de columnas según la edad.....	73
Figura 1.2: Gráfico de columnas según el grado de instrucción.....	73
Figura 1.3:Gráfico de columnas de barras según la religión.....	74
Figura 1.4: Gráfico de columnas según el estado civil.....	74
Figura 2.1: Gráfico de columnas según la conformación del grupo familiar.....	75
Figura 2.2: Gráfico de columnas según trato de familia antes del embarazo.....	75
Figura 2.3: Gráfico de columnas según trato de familia al conocer el embarazo.....	76
Figura 3.1: Gráfico de columnas según fuente de ingreso económico de la familia antes del embarazo.....	76
Figura 3.2: Gráfico de columnas según ocupación de los miembros de la familia.....	77
Figura 4.1: Gráfico de columnas según el número de parejas del padre se su hijo antes del embarazo.....	77
Figura 4.2: Gráfico de columnas según número de hijos del padre de mi hijo.....	78
Figura 4.3:Gráfico de columnas sobre el no uso el condón por parte de su hijo.....	78
Figura 4.4: Gráfico de columnas según el número de relaciones coitales que cree que debe tener una mujer para quedar embarazada.....	79
Figura 4.5: Gráfico de columnas según la forma en la que su pareja le demuestra amor.....	79
Figura 5.1: Gráfico de columnas de la comunicación entre el profesional de salud y la gestante.....	80
Figura 5.2: Gráfico de columnas sobre la percepción en relación al ambiente de confianza .....	80
Figura 5.3 Gráfico de columnas sobre la percepción relacionada con el sentimiento de igualdad.....	81

Figura 5.4: Gráfico de columnas según la percepción del tiempo necesario para realizar una atención prenatal.....81

Figura 5.5: Gráfico de columnas según la percepción en relación a la forma en el que el profesional realiza las maniobras de Leopold.....82

Figura 5.6 Gráfico de columnas según la percepción de las gestantes sobre si el profesional aclara dudas en la atención prenatal.....82

## Índice de cuadros

Cuadro 1: Matriz de Operacionalización de la dimensión de factores individuales del embarazo.....	46
Cuadro 2: Matriz de Operacionalización de la dimensión factores sociales del embarazo.....	47
Cuadro 3: Matriz de Operacionalización de la dimensión factores económicos del embarazo.....	48
Cuadro 4: Matriz de Operacionalización de la dimensión factores culturales del embarazo embarazo.....	49
Cuadro 5: Matriz de Operacionalización de la dimensión percepción sobre la atención prenatal.....	51

## I. Introducción

El embarazo en las adolescentes o embarazo precoz, es aquel embarazo que se produce en una niña o una mujer adolescente, a partir de la pubertad la niña experimenta cambios físicos y psicológicos. Según La Organización Mundial de la Salud establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años aproximadamente. (1)

Los cambios corporales que anuncian la llegada de la adolescencia provocan cierto desconcierto en los púberes y junto con ellos surgen otros problemas como los embarazos en adolescentes. El embarazo precoz en esta edad de la adolescencia no solo es una dificultad social, sino que también representa un riesgo que llama la atención no solo de obstetras sino también de psicólogos, quienes evalúan los diferentes factores que influyen en estos casos. Los embarazos en los adolescentes constituyen un grave problema social y afectan el desarrollo social de las adolescentes. El embarazo a temprana edad afecta la salud de las jóvenes pues aumenta los riesgos de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio que puede conducir a la muerte. (2)

A nivel mundial los países con mayor porcentaje de madres adolescentes son: Nicaragua con un 28%, Honduras con un 26%, República Dominicana con un 25%, Guatemala y El Salvador con un 24%, Ecuador con 21% y Colombia con 20%. Siendo así que la República Dominicana ocupa el tercer lugar en embarazo de niñas y adolescentes entre los países de América Latina y el Caribe los adolescentes juegan un papel importante en la sociedad ya que forman el 30 % de la población, siendo esta la mayor cohorte en la historia de la región, puesto que representó al 24,5 % de la población total (232 millones). (3)

Según la Organización Mundial de la Salud, hay 17 millones de menores que dan a luz en el mundo, 16 millones, tienen las edades de entre 15 y 19 años. En Argentina, son 117.000 nacimientos anuales. 6 de cada 10 chicas que quedan embarazadas, abandonan la escuela. Solo un porcentaje mínimo retoma los estudios años después. Las complicaciones que sufren las adolescentes en el embarazo y el parto constituyen una de las causas principales de muerte materna en la adolescente Contribuyéndole la muerte de bebe ya que ellos corren un riesgo mayor por ser hijos de madres adolescentes. (4)

Por lo tanto, sea hace primordial el Control Prenatal (CPN), el cual es considerado un conjunto de acciones médicas y asistenciales que realizan los profesionales de obstetricia lo cual consiste en hacer unas visitas a sus domicilios o el lugar donde se encuentren las pacientes, a fin de controlar el embarazo y prevenir futuros riesgo tanto para la madre como para él bebe. La importancia de la atención prenatal se ha fundamentado en estudios que reportan que las mujeres que las reciben atención prenatal tienen menos riesgo de tener hijo con bajo peso al nacer, y también tienen menos probabilidad de muerte materna perinatal y por ende menos complicaciones durante el embarazo y parto y puerperio. Además, se ha señalado que estos efectos se encuentran en función no solamente en el hecho de acudir o no a consulta durante el embarazo, sino al inicio de las mismas y al número de consultas recibidas (5)

Existen diferencias muy grandes entre los países latinoamericanos en la cobertura de atención prenatal y sus tendencias en el tiempo. Sin embargo, existe una tendencia general hacia su aumento. No sólo se observa el incremento de cobertura por

personal médico y servicios hospitalarios, sino que en diferentes países se capacita a las parteras empíricas como una estrategia que refuerza los esfuerzos institucionales, en particular en áreas rurales. (6)

El embarazo adolescente en Perú subió al 14,6 % en 2014, Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2015, elaborada por el INEI y presentada el 26 de mayo en Lima, 13.6% de las adolescentes entre los 15 y los 19 años han estado embarazadas, proporción que continúa siendo alta y que incrementa entre aquellas adolescentes que se encuentran en mayor situación de vulnerabilidad. Lo que representó un aumento del 1,6 % desde el 2000, mientras que la población total de Perú asciende a 31.151.643 habitantes, según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) publicados en Lima. (7)

Respecto a la percepción sobre la atención prenatal se encontró en cuanto al tiempo de espera para ser atendidas (68.75%), trato recibido (50%), privacidad que tuvo en la consulta (43.75%), consideran fue regular, de igual la información que le dio el profesional de salud sobre signos de alarma y cuidados en la consulta consideran es regular. En el Perú el 96,9% de las mujeres tuvieron algún control prenatal por personal de salud calificado (médico, obstetra y enfermera), lo que constituyó un aumento sobre el 94,3% encontrado en el año 2009. Con esto, millones de mujeres no tienen acceso a servicios de buena calidad durante el embarazo, parto y puerperio, más aún cuando presentan escasos recursos. (8)

A nivel regional, los embarazos en adolescentes, es la segunda causa de deserción escolar, que van en aumento en la región. La Dirección Regional de Salud (Diresa) informó que el 9 % de las gestantes que se atendieron hasta agosto del año pasado en los establecimientos del sector son adolescentes entre 13 y 17 años de

edad. La coordinadora de la Etapa de Vida Adolescente de la Diresa, manifestó que ese porcentaje corresponde a unos 1,730 embarazos de un total de 18,680 a nivel de la región. “Esta cifra preocupa porque supera ligeramente al porcentaje presentado en el año 2016, que terminó en 9.3%”, enfatizó la funcionaria. Por ese motivo dijo que es necesario poner más atención y brindar más orientación para prevenir el embarazo en las adolescentes. (9)

Actualmente en la provincia de Sullana, hoy en día es preocupante ver las cifras de embarazos adolescentes que esta presenta. Más del 40% de embarazos se da en adolescentes de 14 a 17 años, y de esa cifra, el 10% de estas madres gestantes toman la difícil decisión de abortar. Mensualmente se presentan en todos los establecimientos de salud de la provincia de Sullana, un promedio de 450 partos, donde un aproximado de 150 y a veces 200, son de madres adolescentes. Dentro de los factores de riesgo narrados del embarazo en la adolescencia se encuentran los biológicos: aumento de la morbi-mortalidad materno-perinatal, causados por el embarazo: trastornos digestivos, metrorragias, abortos espontáneos, anemia, infecciones urinarias, amenaza de parto pre término, hipertensión arterial gravídica, parto pre término y bajo peso - 9 - al nacer, presentaciones fetales distócicas, desproporciones cefalopélvicas y trabajo de parto prolongado. (10)

Ante esta situación se hace necesario realizar dicha investigación en el establecimiento de salud I-3 Nueve de octubre del distrito de Sullana- Piura y de acuerdo a toda la información que fue recogida del Establecimiento de Salud por un informante clave de dicho establecimiento se supo que anualmente se reportan 14 adolescentes embarazadas lo que pone en duda que si las adolescente están recibiendo una información clara y concisa por parte de sus padres y la escuela

donde estudian por lo que pone en manifiesto que los adolescentes inicien sus relaciones sexuales a temprana edad y sin protección teniendo así un desconocimiento sobre método anticonceptivos y cómo utilizarlo. Además, se ha manifestado que es poco el interés que las gestantes adolescentes muestran para el control prenatal, lo que ha generado que el Establecimiento se plantea estrategias para asegurar la presencia de estas gestantes por ser un grupo población de mayor riesgo de morbilidad materna y perinatal. (11).

Por lo tanto, frente a la situación problemática se plantea las siguientes interrogantes:

- *¿Cuáles son los factores del embarazo precoz y la percepción que tienen las gestantes adolescentes sobre la atención prenatal brindada por el profesional de obstetricia en el E.S I-3 Nueve de Octubre-Piura, Mayo 2018.*

Para dar respuesta al problema, se ha planteado el siguiente objetivo general:

- *¿Determinar los factores del embarazo precoz y la percepción que tienen las gestantes adolescentes sobre la atención prenatal brindada por el profesional de obstetricia en el E.S I-3 Nueve de Octubre-Piura, Mayo 2018.*

Para poder conseguir los objetivos generales, nos hemos planteado los siguientes objetivos específicos:

(a) Identificar los Factores individuales del embarazo precoz en las gestantes adolescentes atendidas en el establecimiento de salud I-3 Nueve de octubre-Piura, Mayo 2018. (b) Identificar los factores sociales del embarazo precoz de las gestantes adolescentes atendidas en el establecimiento de salud I-3 Nueve de octubre-Piura, Mayo 2018. (c) Identificar los factores económicos del embarazo precoz en las gestantes adolescentes atendidas en el establecimiento de salud I-3 Nueve de octubre-Piura, Mayo 2018. (d) Identificar los factores culturales del embarazo precoz

en las gestantes adolescentes (e) Determinar la percepción que tienen las adolescentes que acuden al prenatal en el Establecimiento de Salud I-3 Nueve de Octubre Piura-Sullana 2018.

En la presente investigación se utilizó un diseño no experimental de corte transversal y de tipo descriptivo y nivel cuantitativo. Con una población muestral de 14 gestantes adolescentes de 14 a 19 años, a quienes se les aplicó un cuestionario de Factores del embarazo precoz y percepción de las gestantes adolescentes sobre la atención brindada por el profesional de obstetricia. Finalmente, la presente investigación se justifica, porque el embarazo adolescente es uno de los grandes problemas de la sociedad, que está relacionado básicamente con factores sociales, culturales, económicos. El presente estudio adquiere caracteres relevantes con el propósito de contribuir a la optimización de lineamientos de política de salud pública que permitan analizar la variable en estudio, y, a partir de ello, proponer recomendaciones que coadyuven a los actores sociales decisivos con alternativas de solución en la problemática del embarazo adolescente.

Obteniendo como resultado que las edades de las gestantes adolescentes en un 92,86% son entre los 15-19 años; el 42,86% su grupo familiar está conformado por los abuelos y hermanos ; el 42,86 manifestó que recibieron maltrato físico y verbal al conocer de su embarazos, el 57,14% de los ingresos fueron de la madre, el 50 % considera que para quedar embarazada basta tener dos relaciones coitales .Con respecto a las percepciones sobre la atención prenatal el 92,68% manifestaron que la comunicación entre el profesional y la gestante es buena; el 7,14% fue regular.

## II. Revisión de la literatura

### 2.1 Antecedentes Internacionales

Mayorga A. (12), Colombia 2012, realizó un estudio cualitativo, exploratorio, con enfoque hermenéutico denominado: “*Percepción sobre el control prenatal de las gestantes adolescentes en la E.S San Cristóbal, Bogotá 2012*” participaron 12 gestantes adolescentes, entre los 17 y 19 años de edad, las cuales, según su nivel educativo, el 50% eran bachilleres y el otro 50% estaban cursando bachillerato. En cuanto al estado civil, el 50% eran solteras y el 50% vivían en unión libre. A partir de las entrevistas realizadas, se presentan algunas unidades de análisis que dieron lugar a las categorías y subcategorías de este estudio.

Carrión J. (13), Ecuador 2013, realizó un estudio descriptivo, analítico denominado “*Factores predisponentes en el embarazo de adolescentes en zona urbana y zona rural de la ciudad de Loja*”. Se determinó los factores predisponentes mediante la aplicación de una encuesta a través de un cuestionario. En los datos obtenidos se encontró que el 65% de las adolescentes presentaron situaciones de migración de uno o ambos padres, relacionado con un 51,6% de jóvenes que son parte de familias uniparentales y un 35% que viven sin ninguno de sus progenitores; el 71,7% habían tenido algún tipo de maltrato, el 60% inició la menarca a la edad de 10-12 años, el 45% no había utilizado ningún método anticonceptivo.

Arana, R. Rosales C (14), En su estudio que fue descriptivo simple titulado: “*Factores que predisponen los embarazos en las adolescentes 2013*” donde se obtuvo que el 26,67% de la muestra manifestó recibir información por amigos, en lo referente a métodos anticonceptivos el 56,67% manifestó conocer y saber el uso

correcto del preservativo como método anticonceptivo, el 20% las pastillas, el 13,33% natural y el 10% restante manifestó conocer los inyectables.

### **2.1.2 A nivel Nacional**

Osorio A. (15), Perú 2014, realizó un estudio de tipo cuantitativo, con diseño observacional-descriptivo denominado “*Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora 2013, Lima. Perú 2014*”. Según los resultados del estudio, se encontró que el embarazo en adolescentes en su gran mayoría (80%) fue no planificado. También nos indican que las adolescentes con alto índice iniciaron las relaciones sexuales entre los 14-16 años. Y que también se halló que el 65 % de las adolescentes gestantes recibe el apoyo económico de sus padres. Se verifico que la gran mayoría (64%) de adolescentes embarazadas provienen de familias desintegradas, en donde generalmente el ausentismo es del padre.

Rodríguez A. Sucño CH (16), Perú 2016, realizaron un estudio de tipo prospectivo, descriptivo, de corte transversal denominado “*Factores que influyen en el embarazo en adolescentes en el Centro de Salud Pedro Sánchez Meza-Chupaca de Enero a marzo 2016*”. Los resultados encontrados de 30 gestantes adolescentes que acuden a su control prenatal fueron: que, el 90% tienen una edad de 15 a 19 años así mismo el 47% (14) adolescentes tienen el grado de instrucción secundaria, 70%(21) de ocupación ama de casa, 43%(13) de estado civil convivientes, 43% (13) adolescentes vive solo con su madre, 67% (20) de las edades de 15 a 19 años iniciaron su primera relación sexual, 53%(16) tuvieron una sola pareja sexual seguido del 47%(14) tuvieron más de 2 parejas sexuales.

Osorio R. (17), Perú 2014, realizó un estudio o cuantitativo, con diseño observacional-descriptivo denominado: *“Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013”*. Respondieron como sigue; el 90% se encuentran entre los 14 a 19 años de edad, el 80% no planificaron su embarazo, 64% provienen de familias desintegradas, 75% tienen grado de instrucción secundaria, 65% reciben apoyo económico de sus padres, 62% inicio sus relaciones sexuales entre los 14 a 16 años de edad y 82% tiene algún conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.

Rujel P. Silupu J. (18), Perú 2016, realizaron un estudio de tipo descriptivo y transversal, *“Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el control prenatal hospital “sagaro” ii-1 tumbes 2016”*. Los resultados encontrados fueron: el 50% (26) de gestantes adolescentes comprendidas entre 17 –19 años no planificaron su embarazo, el 69% (36) de gestantes adolescentes tienen estudios secundarios, el 54% (28) si reciben apoyo económico de sus padres, el 69% (36) tiene una familia funcional y el 37% (19) que iniciaron sus relaciones sexuales entre 14 – 16 años tenían conocimientos previos de métodos anticonceptivos.

### **2.1.3 A nivel regional**

Tume S. (19), Piura 2012, realizó un estudio de tipo descriptivo y nivel cuantitativo titulado: *“Factores que predisponen el embarazo precoz y percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional de salud en el control prenatal del Establecimiento de Salud I-3 la Arena- Piura 2012”*, el 50% afirmo que la causa que influyeron para quedar embarazada fue que no se protegieron porque creerle al padre de su hijo que no saldrían embarazadas, en relación a los factores culturales que un 55% no sabe si el padre de su hijo tuvo otras

parejas, de igual forma un 55% afirma que el padre de su hijo no tuvo ningún hijo antes de su embarazo, también un 60% no uso condón para evitar el embarazo por desconocimiento, por otra parte un 60% piensan que se necesitan 3 relaciones coitales para quedar embarazadas.

Córdova V. (20). Piura 2016, En su estudio de tipo descriptivo y nivel cuantitativo denominado “*Factores que predisponen en el embarazo precoz en las gestantes adolescentes y determinar la percepción sobre la atención prenatal brindada por el profesional de Obstetricia en las gestantes adolescentes del Establecimiento de Salud I-3 San José – Piura 2016*”. Los resultados obtenidos fueron: que de las percepciones de las gestantes se obtuvo que en la mayoría un 100,0% si tuvo buenas percepciones con el ambiente de confianza, sentimiento de igualdad, interés del profesional, tiempo necesario para realizar las maniobras de Leopold y la satisfacción en la atención.

Ordoñez M (21), Piura 2012 , realizó una investigación de tipo descriptivo y nivel cuantitativo titulada “*Factores que predisponen el embarazo precoz y percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional de salud en el control prenatal en el Hospital de la Amistad Perú –Corea I-2santa Rosa-Piura 2012*” Donde se evidenció que dentro de los factores sociodemográficos, en un 46,67% la ocupación del padre es trabajador dependiente al igual que la madre en un 60% en cuanto a los motivos del no uso del condón durante las relaciones coitales en un 33,33% dijo porque quería un hijo y respecto al número de relaciones coitales para quedar embarazada el 53,33% dijo varias veces, en un 46,67% no sabe no recuerda sobre salud sexual reproductiva.

## 2.2. Bases teóricas

### 2.2.1 Teoría psicosocial de Erik Erikson

La teoría psicosocial fue presentada por Erik Erikson en 1989, a partir de la reinterpretación de las fases psicosexuales desarrolladas por Sigmund Freud en las cuales subrayó los aspectos sociales de cada una de ellas en cuatro facetas principales:

Enfatizó la comprensión del 'yo' como una fuerza intensa, como una capacidad organizadora de la persona, capaz de reconciliar las fuerzas sintónicas y distónicas, así como de resolver las crisis derivadas del contexto genético, cultural e histórico de cada persona.

- ✚ **Puso en relieve las etapas de desarrollo psicosexual de Freud**, integrando la dimensión social y el desarrollo psicosocial
- ✚ **Propuso el concepto de desarrollo de la personalidad** desde la infancia a la vejez.
- ✚ **Investigó acerca del impacto de la cultura, de la sociedad y de la historia** en el desarrollo de la personalidad. Su enfoque de las múltiples influencias supera el reduccionismo de las tesis clásicas del psicoanálisis freudiano, sin rechazar sus supuestos básicos. Provee un insuperable aporte a la comprensión de las etapas infantiles del desarrollo a los aspectos psicosociales involucrados en esa relatividad que define la identidad individual y social. Analiza brillantemente la historia de la vida de Lutero y Gandhi con sus conceptos teóricos sobre la identidad y sus crisis. Una de las teorías de Erikson que trata sobre el desarrollo social de la psicología evolutiva es una de las más conocidas y aceptadas. Os explicamos cuáles son los 8 estadios psicosociales, por qué es tan importante esta teoría y cuáles son las diferencias con otras orientaciones teóricas. (22)

Cabe destacar, que Erikson en 1989, desarrollo la teoría de la personalidad con formación freudiana, aunque sus ideas presentan algunas diferencias importantes con las de Freud. De acuerdo a su teoría psicosocial, considera que la personalidad surge de la manera en que se resuelven los conflictos sociales durante puntos de interacción claves en el desarrollo, por ejemplo, la alimentación durante la infancia o la educación en la niñez media. Y aquí difiere del énfasis de Freud en la maduración psicosexual como determinante de la personalidad. (23)

Muchos especialistas como Freud, se dirigen a la teoría de las etapas psicosociales de Erikson al definir las tareas centrales del desarrollo en la juventud y adultez. La teoría de Erikson del desarrollo psicosocial está formada por ocho etapas distintas, cada una con dos resultados posibles ya que él consideraba que el desarrollo de la personalidad comienza desde el nacimiento hasta la vejez, abarcando así el ciclo completo de la vida y acentuando las influencias sociales y culturales con el fin de facilitar la comprensión de la evolución de la psiquis humana. A continuación, se explicará en qué consisten cada una de las 8 etapas o estadios psicosociales, las edades aproximadas en las que uno puede adentrarse en ellas, cuál es la figura más relevante y a qué crisis es la que uno debe enfrentarse. (23)

### **Etapas:**

**1.- Confianza – Desconfianza:** esta etapa va desde que el niño nace hasta aproximadamente cuando el niño cumpla su mayoría de edad y mucho dependerá de cuál sea el trato que sostenga con su madre.

**2.- Autonomía -Vergüenza y duda:** este estadio comienza desde los 18 meses hasta los 3 años aproximadamente). En esta etapa comienza el desarrollo muscular y de control de las eliminaciones del cuerpo. Este desarrollo es lento y progresivo y no siempre es consistente y estable por ello él bebe pasa por momentos de vergüenza y

duda. Él bebe inicia a controlar una creciente sensación de afirmación de la propia voluntad de un yo naciente, se afirma muchas veces oponiéndose a los demás. (22)

**3.- Iniciativa -Culpa:** Esta etapa va desde los 3 años- 5 años y la figura más relevante es la familia. El niño comienza a desarrollarse rápidamente tanto física como intelectualmente, comienza a tener interés por relacionarse con otros niños, probando sus habilidades y capacidades. Los niños tienen curiosidad y es bueno que se les motive para desarrollarse creativamente. En el caso de que los padres/familia respondan de forma negativa a las preguntas de los niños o a la iniciativa de estos, es probable que les genere culpabilidad por sentir que no son lo suficientemente buenos. (22)

**4.- Laboriosidad – Inferioridad** (comienza desde los 5 hasta los 13 años). Es la etapa en la que el niño comienza su instrucción preescolar y escolar, el niño está nervioso y ansioso por jugar con otros niños por conocer sus amiguitos, por compartir tareas, hacer cosas o planearlas, y ya no obliga a los demás niños ni provoca su restricción. Posee una manera infantil de dominar la experiencia social experimentando, planificando, compartiendo. (22)

**5.- Búsqueda de Identidad:** esta etapa se da mayormente cuando empieza la adolescencia, es el momento en el que todo adolescente siempre se pregunta ¿quién soy? Por tanto, en este estadio es el momento en el que uno se adentra en los grupos. Comienzan a mostrarse más independientes y a separarse de los padres, quieren pasar más tiempo con sus amigos y empiezan a pensar en el futuro como lo que quieren estudiar, en qué trabajar, la independencia física, etc. En esta etapa comienzan a explorar sus propias posibilidades y comienzan a desarrollar su propia identidad basándose en el resultado de estas experiencias. Esta búsqueda va a provocar que muchas veces se sientan confusos por su propia identidad, pues estarán

constantemente probando, pero también les provocará crisis en las anteriores etapas. En el caso de que no pueda salir airoso de este estadio es probable que se sienta atraído hacia el fanatismo como un medio de encontrar una identidad unida a un grupo donde sólo importa seguir los dictados de un líder. (22)

**6. Intimidad frente - aislamiento:** esta etapa va desde los 21 años hasta los 40 años y las figuras más importantes son los amigos. La forma de relacionarse cambia, uno comienza a buscar relaciones más íntimas que ofrezcan y requieran de un compromiso por ambas partes, una intimidad que produzca una sensación de seguridad, de no estar solo, de confianza. Cuando se evita este tipo de intimidad suele aparecer la promiscuidad y la soledad, prefiriendo las relaciones superficiales, pero en las que uno no entrega nada de sí mismo que el exponerse a otra persona. (22)

**7. Productividad - estancamiento:** Este estadio comienza desde los 40 hasta los 60 años aproximadamente y la figura más relevante es la familia junto con el trabajo. Es un momento en el que la persona se dedica a su familia, una búsqueda de equilibrio entre la productividad y el estancamiento; una productividad que está ligada al futuro, al porvenir de los suyos y de las próximas generaciones, es la búsqueda ser y sentirse necesitado por los demás, ser y sentirse útil. (22)

**8. Integridad del yo frente a desesperación:** Este estadio se da desde los 60 años hasta la muerte y la figura más relevante es el ser humano. Es un momento en el que uno ya deja de ser productivo, o al menos no como lo fue entonces. Un momento en el que la vida y la forma de vivir cambian completamente, los amigos y familiares se van muriendo, uno tiene que afrontar los duelos que provoca la vejez, tanto en el propio cuerpo como en el de los demás. La sabiduría es la mayor virtud que uno puede tener en estos años de vida, pero, cuando uno se preocupa únicamente de la

muerte, el sentimiento más predominante es la desesperanza. De lo antes explicado se desprende, que el estudio en particular de Erikson es sumamente importante ya que detalla muy claramente las fases de desarrollo infantil de Freud, y nos incorpora la adolescencia y la vejez sugiriendo que en cada etapa se produce una lucha psicosocial específica que contribuye a la formación de la personalidad. De la adolescencia en adelante esta lucha se manifiesta como crisis de identidad. (22)

### **2.2.2. Teoría de Desarrollo Psicosexual de Sigmund Freud**

El médico Sigmund Freud de Viena, realizó estudios que actualmente aportan a la psicología, desarrolló la teoría psicoanalítica, donde decía que el ser humano se mueve por impulsos de sí mismos, que no son buenos ni malos, y estas son las fuerzas psicológicas inconscientes que afectan fuertemente al pensamiento humano y se originan en las emociones de la niñez y su influencia dura toda la vida. El comportamiento o conducta de un ser humano es el resultado de fuerzas psicológicas que operan desde adentro del individuo. Sigmund Freud es considerado “el padre del psicoanálisis”. Freud fue un médico que se dedicó a estudiar sistemática y acuciosamente el área de la neurología. La sociedad vienesa de su época era una sociedad represiva y mojigata en lo que respecta al ámbito de la sexualidad. Freud se interesa por estudiar una patología muy frecuente en su tiempo: La histeria. (24)

Comienza con técnicas hipnóticas a tratar de aliviar la sintomatología de quienes padecen de este mal, y en su camino, descubre un método terapéutico. Freud inicialmente va a describir minuciosamente una técnica, un procedimiento, que históricamente conocemos como psicoanálisis. El psicoanálisis es inicialmente un instrumento para tratar personas que padecen de esta patología. Si bien en sus inicios se aboca exclusivamente a la cura de las parálisis histéricas (sufridas en una gran

mayoría por el sexo femenino), luego abarca otro tipo de neurosis, como la paranoia, la neurosis obsesiva o las fobias. Freud creía que el desarrollo de la personalidad pasa por una serie de etapas, cada una de las cuales refleja el área del cuerpo por la cual se descarga la energía sexual o libido (zonas erógenas) por lo cual llamado a estas etapas desarrollo psicosexual de la personalidad. Para Freud la personalidad se desarrollaba los cinco primeros años de vida del niño y la etapas de vida restante solo se daba la consolidación de esta. (24)

### **Freud plantea el siguiente esquema de desarrollo psicosexual del individuo.**

#### **1.- Fase Oral (Inicio del bebé hasta los 2 años):**

Está caracterizada por tener al alimento como su primera satisfacción, así como el placer mismo de succionar del pecho materno, el cual se convierte en su primer objeto de amor, por lo que cuando es destetado, surgen en el bebé la fantasía de reencontrarlo, ya que perdió de alguna manera el centro del mundo. Es importante indicar que en un principio, el bebé no logra aún identificarse como un individuo separado de su madre, El bebé se comporta como si él y su madre fueran una unidad dual omnipotente y simbiótica. (24)

#### **1. Fase Oral**

##### **Esta Fase Oral está comprendida en dos etapas:**

- a) **Fase Oral Pasiva:** Caracterizada por la succión como productora de placer y destacando la boca como zona erógena.
- b) **Fase Oral Activa:** Surge con la aparición de los dientes y se caracteriza por la acción de morder a fin de destruir las fantasías ligadas a la frustración ante la ausencia del objeto de amor (madre, seno materno, etc.). (24)

Por lo tanto, durante la succión del pecho materno o en las fantasías del bebé en relación a esta acción, el bebé realiza una incorporación del objeto de amor a su psique; mientras que al momento de morder, usualmente el bebé busca destruir sus fantasías por ausencia del objeto de amor y así superar su frustración. La fijación en esta fase puede darse de varias maneras, sea tanto que el bebé haya sido alimentado constantemente por el pecho materno y aún sin tener hambre (fijación por exceso), que haya sido amamantado poco, quizás debido a que su madre trabaja o factores diversos vinculados (Fijación por carencia) e incluso por experiencias traumáticas que pueda tener en este período de 2 años (ser mordido por un animal, ausencia total o por un tiempo prolongado de la madre o el padre, etc.).(24)

**2.- Fase Anal (entre 1 a 3 años de edad):** Nótese que ambas fases se superponen por un año, ya que la Fase Oral culmina cerca de los 2 años y la Fase Anal comienza cerca del primer año. Esto es porque es un proceso psíquico y no consta de días o fechas exactas para pasar de una fase a otra y la presencia de una fase no interfiere a manera directa con la presencia de la otra. Incluso, si el individuo experimenta un evento traumático durante el Período de Latencia (5 a 11 años de edad) pero ya desarrollo una fijación en la etapa oral, podemos ver al niño generando acciones de esa etapa fijada (orinarse en la cama al dormir, chupar su dedo, etc.). (24)

Durante la Etapa Anal, la zona erógena que se destaca es la mucosa anal. Se catectiza al defecar. Para el bebé, las heces son parte de su cuerpo, de él mismo y el deseo de la madre y su actitud hacia las heces de su hijo serán fundamentales para determinar si habrá o no fijación del niño en esta fase. Igualmente hay dos etapas muy diferenciadas:

**a. Fase Anal Sádica:** Caracterizada por la expulsión de las heces (Autoerógena). En la excreción hay un factor de agresión hacia afuera. Una fijación

en esta sub fase, desarrollará un individuo con mayor inclinación a derrochar dinero ya que las heces son el equivalente al dinero. (24)

**b. Fase Anal Pasiva o Retentiva:** Hay retención de las heces, control de esfínteres, el cual es equivalente al control del objeto y está vinculado al poder social. Una fijación en esta sub fase se relaciona a un individuo con mayor inclinación a ser avaro, quien da dinero con condiciones para mantener el control. Como puede observarse, en la Fase Anal se establece el rasgo opositorista y se establece una relación objetal ambivalente: expulsión-retención, madre-hijo, amar-odiar, dar dinero-retener dinero. El niño considera que su don es crear el mundo (heces). A la madre le toca regañarlo o alabarlo. Si la madre alaga las heces, el niño sentirá más amor y se sentirá más aceptado porque siente que las heces son parte de él y es su regalo, su creación al mundo, a su madre. (24)

**3. Etapa Fálica (3 a 6 años de edad):** El niño inicia su curiosidad por su propio cuerpo, surge la angustia y la confusión sobre la diferenciación de los sexos y la masturbación. En esta fase es cuando surge el Complejo de Edipo (Considerado el Núcleo de la Neurosis), factor que lo conducirá a la sexualidad adulta cuando reaparezca en la adolescencia en el Período Genital y su orientación sexual estará muy influenciada según la manera en que haya sido la resolución del Complejo de Edipo en esta Fase Fálica:

**a.) Edipo Positivo:** El niño sentirá atracción sexual hacia el progenitor del sexo opuesto y odio o rivalidad hacia el progenitor del mismo sexo. Lo cual lo conducirá a la elección heterogénea de pareja en la adultez.

**b.) Edipo Negativo:** Amor hacia el progenitor del mismo sexo y rivalidad y rechazo hacia el progenitor del sexo opuesto.

En la Etapa Fálica también destaca el inicio en las niñas de la envidia del pene, en el niño se termina la angustia de castración y se instauro la prohibición de fantasías incestuosas (Súper Yo).

Las funciones psíquicas que se establecen en esta fase son: la escogencia del objeto sexual (exogamia), el acceso a la genitalidad y la estructuración de la personalidad: Súper Yo e Ideal del Yo.

**4.- Período de Latencia (5 a 11 años de edad):** La pulsión sexual pareciera desaparecer pero se mantiene inconsciente. Se mantienen reprimidos pero latentes ideas e impulsos de etapas previas y se le da forma a la estructura de la personalidad que se ha adquirido.

A nivel conductual u observable, los niños juegan con sus pares del mismo sexo, hay gran actividad deportiva, surgen nuevos intereses (sublimación) y se crean nuevos vínculos.

**5.- Período Genital (Adolescencia):** Reaparecen las fantasías edípicas pero el objeto de deseo ya no es representado por los padres, sino alguien de su entorno social y de acuerdo a como haya sido la resolución del Complejo de Edipo en la Fase Fálica, la orientación sexual del individuo podría ser heterosexual, homosexual o bisexual.

Se presentan duelos a nivel psíquico debido a que es una nueva fase de desarrollo como individuo en la cual su cuerpo infantil sufrirá cambios hormonales que conducirán a la madurez sexual, al igual que hay modificaciones en los hábitos que mantenía como niño. Surge igualmente la rebeldía, la lucha por la autonomía y su personalidad se fortalecerá aún más. (24)

Si sientes que este artículo te ha gustado, te invitamos a leer otros artículos de nuestro blog y compartirlos en tus redes sociales para que tus familiares y amistades también accedan a esta información tan valiosa. (24)

### **2.2.3 Enfoque pedagógico de Freinet**

Para comenzar, se deben subrayar algunas características de la vida de Célestin Freinet, quien nació en Gars, una villa al sur de Francia, el 15 de octubre de 1896. Fue profesor primario desde los veinticuatro años, en una pequeña escuela rural, en la aldea de Bar-sur-Loup (Alpes Marítimos); Pionero en la modernización de la escuela; creador del movimiento de la escuela moderna; fundador, realizador y animador de la Cooperativa de Enseñanza Laica, del Instituto Cooperativo de la Escuela Moderna y de la Federación Internacional del Movimientos. (25)

Freinet generó cambios en las relaciones profesor, alumno, escuela y saber, animado por la idea de ofrecer un papel activo a los niños y niñas en el plano escolar. Él realizó una acción educativa en la que teoría y práctica no se oponían, sino que una no podía desarrollarse sin la otra. Para Freinet, la posibilidad de educar dentro de la dignidad dependía del respeto a los niños y niñas, ya que ésta era una de las principales condiciones para la renovación de la escuela y, de este modo, alumnos y alumnas respetarían a sus profesores. (25)

### **2.2.4 Etapas Evolutivas de la Adolescencia**

La adolescencia es ese estado en el que el individuo puede sentirse en el limbo, porque ya no se es niño/niña, pero tampoco se es adulto. La adolescencia implica bastantes cambios físicos psicológicos y emocionales para los mismos adolescentes

y también cambios en la organización y en el entorno familiar. Hay distintas etapas en la adolescencia y cada una trae consigo distintas etapas. La adolescencia se ve de forma muy distinta dependiendo de si eres el propio adolescente o si eres madre o padre del adolescente. Existen en esta etapa distintos criterios para demostrar en que momento de esta etapa termina una y empieza otra. (26)

### **Las distintas etapas de la adolescencia**

La adolescencia se suele dividir en dos etapas consideradamente. Cada etapa trae consigo sus propios cambios físicos, emocionales, psicológicos y de comportamiento

#### **La adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años).**

Se considera como adolescencia temprana el período comprendido entre los 10 y los 14 años de edad. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Una reciente investigación recientemente muestra que, en estos años de la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un desarrollo. El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas –que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones– se refleja en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. Debido a que en los varones el desarrollo es un poco más lento, Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones. (26)

Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos

acerca de su propia identidad personal y sexual. La adolescencia temprana debería ser una etapa en la que niños y niñas cuenten con un espacio claro y seguro para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, libres de la carga que supone la realización de funciones propias de adultos y con el pleno apoyo de adultos responsables en el hogar, la escuela y la comunidad. (26)

#### **La adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años).**

La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones. (26)

La temeridad un rasgo común de la temprana y mediana adolescencia, cuando los individuos experimentan con el “comportamiento adulto”– declina durante la adolescencia tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. Sin embargo, el fumar cigarrillos y la experimentación con drogas y alcohol frecuentemente se adquieren en esta temprana fase temeraria para prolongarse durante la adolescencia tardía e incluso en la edad adulta. Por ejemplo, se calcula que 1 de cada 5 adolescentes entre los 13 y los 15 años fuma, y aproximadamente la mitad de los que empiezan a fumar en la adolescencia lo siguen haciendo al menos durante 15 años.

El otro aspecto del explosivo desarrollo del cerebro que tiene lugar durante la adolescencia es que puede resultar seria y permanentemente afectado por el uso excesivo de drogas y alcohol. En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las muchachas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina. (26)

#### **2.4 Teorías del embarazo.**

Entender porque a pesar de tantos esfuerzos por el desarrollo de actividades de prevención y promoción de la sexualidad existe un alto índice de adolescentes embarazadas, en América Latina y el Caribe sectores sociales como la iglesia, la familia y el sistema escolar censuran abiertamente las relaciones sexuales y el embarazo precoz en los adolescentes. Asumiendo roles en los que invitan a los adolescente a desarrollar principalmente la parte intelectual antes que la afectiva y mucho menos la parte sexual esperando que se desarrollen económicamente y que se casen antes de ser padres, dado que una pareja en donde por lo menos alguno ha terminado una profesión, y que cuentan con un empleo bien remunerado Estas son las razones por las que se entiende al embarazo adolescente como un fenómeno multivariado, para intentar comprender esta ambigua situación algunos autores proponen las siguientes teorías: (27)

✚ **Teoría psicoanalítica:** A medida que las niñas comienzan a experimentar los profundos cambios biológicos que afectan sus sentimientos, así como su cuerpo, se

tornan atemorizadas e inseguras y se aferran a la dependencia que en su desarrollo infantil significó una fuente de seguridad. La niña quiere y trata de seguir siendo una criatura que encuentra seguridad en su dependencia con la madre y del padre, pero ya no puede. Ha formado nuevas identificaciones fuera de la familia y se ve arrastrada en la lucha que libran sus contemporáneos por alcanzar cada vez mayor independencia. El impulso a emanciparse de la familia se torna tan poderoso como el sexual, y a menudo, uno de ellos sirve para alcanzar los fines del otro. Ni el impulso biológico ni el psicológico pueden alcanzar una expresión realista, madura y satisfactoria sin haber superado antes el conflicto implícito en las relaciones infantiles previas de la niña. Y, sin duda, es difícil que un individuo pueda lograr una independencia satisfactoria si no ha saboreado plenamente las gratificaciones de la dependencia infantil (Ausubel, 1974). Cuando las necesidades de dependencia no han sido satisfechas, el impulso y la independencia es provisional, o bien está tan coloreada por la rabia y la frustración que solo puede conducir a una actividad deformada o agresiva contra un mundo que no ha dado amor y que, por lo tanto, no es amado (27)

✚ **Teoría biológica:** La aparición de la menarquia a edades cada vez más tempranas reportadas en todo el mundo, pueden ser un elemento coadyuvante para que se dé el embarazo en las adolescentes, sobre todo si se considera que los cambios fisiológicos en el organismo femenino y la capacidad de concebir pueden predisponer a la adolescente a convertirse en un ser sexualmente activo. (27)

✚ **Teoría social y cultural:** Durante los años adolescentes los muchachos y las chicas pasan por cambios físicos y emocionales; además de que se encuentran expuestos a presiones sociales que alientan la actividad sexual. La publicidad, la música y las

películas, frecuentemente transmiten el mensaje sutil de que las relaciones sexuales son aceptables y tienen un encanto. Los adolescentes sienten presión de no ser menos conocedores o experimentados que sus compañeros. Por otro lado, la sociedad ofrece un modelo de amor dicotomizado: uno limpio, puro y deseable y sin sexo, y otro impuro, indeseable y donde el sexo contamina, daña; lo que a su vez genera un modelo igualmente dicotomizado del sexo: el legítimo dentro del matrimonio y el ilegítimo fuera de él. Mientras los medios masivos de comunicación bombardean con estímulos visuales dirigidos a la sexualidad; se exige por una parte abstinencia y virginidad a la mujer y desenfreno y lujuria al hombre. Toda esta confusión provoca desinformación y ambigüedad en las decisiones, lo que acerca más a los adolescentes a una conducta de alto riesgo. (27)

✚ **Teoría familiar:** Cuando las relaciones interpersonales entre los miembros de una familia son débiles eso se han roto y no existe unión en el grupo familiar, esto es causa de un desequilibrio en la misma. Las desavenencias de los padres provocan la desorganización familiar, las alteraciones padre hijo y las necesidades emocionales de los miembros de la familia, tienen como consecuencia una serie de experiencias que implican una transición en la vida de los adolescentes, llevándolos a un desequilibrio que da lugar a que los miembros de la familia ensayen una serie de mecanismos adaptativos, algunos de los cuales pueden tener éxito, sin embargo, la mayoría de las veces, los lleva a múltiples tensiones y a una situación adversa que provoca trastornos en su desarrollo.(27)

✚ **Teoría psicológica.** En la etapa adolescente, el sentimiento de soledad se intensifica dando lugar algunas veces a la depresión y a un sentimiento de vacío, las muchachas buscan refugio de esto en la vida, en la fuga y excitación de falsos placeres.

Especialmente las muchachas cuyos sentimientos de soledad se exageran por falta de ternura en su medio, están dispuestas a tener relaciones sexuales no controladas que conducen a la maternidad, con sus maravillosas oportunidades para satisfacer el más tierno de todos los sentimientos. (27)

### **2.2.5 Percepción**

La percepción es el resultado de captar información por medio de los sentidos, permitiéndole al ser humano concebir una realidad del mundo que lo rodea. Para Alberich, Gómez y Ferrer (2014) la percepción es un proceso complejo de relación entre varios sistemas los cuales incluyen la percepción sensorial, memoria, atención, conocimiento, reconocimiento, entendimiento, conciencia, representación, interpretación. Por su parte Pérez (2013) menciona que el acto de percibir no solo involucra procesar las sensaciones producidas, esto abarca mucho más, el percibir es resultado de la unión de varios elementos constituidos principalmente por los canales afectivos, cargas emocionales, culturales, sociales, valores y costumbres que posee un individuo. (28)

Por lo tanto, la percepción es un conjunto de procesos cognitivo mediante el cual la persona es capaz de comprender el entorno, adquirir experiencias debido a que constantemente está procesando información referente a situación de vida, hechos que le permite generar conocimiento e ir elaborando conceptos. Por su parte Arias concluye que percibir es resultado de procesar información obtenida por los estímulos propios del sujeto. En ese sentido la percepción como proceso cognitivo permite generar recuerdos basándose en experiencias y comparar situaciones, relacionarlas e interpretarlas, de esta manera el individuo estará constantemente aprendiendo y desenvolviéndose dentro del entorno. (28)

Tomando como referencia a la percepción y la importancia que tiene para la comunicación visual, Oviedo refiere que uno de los históricos esfuerzos que tuvo el movimiento gestáltico fue demostrar mediante experimentos la estrecha relación entre percepción y conceptualización. Y como resultado de los experimentos en los laboratorios surgieron diferentes leyes de percepción, pertenecientes a la escuela de la gestalt, generándose como la teórica de la Gestalt que a continuación se describe (28).

## **2.2.6 Teoría de la percepción:**

### **2.2.6.1 Teoría del Constructivismo**

Influido por el empirismo inglés, Von Helmholtz propuso la teoría de la inferencia inconsciente, de acuerdo con la cual, el conocimiento previo es necesario para integrar los datos procedentes de los sistemas sensoriales e inferir de manera inconsciente la configuración estimular que con mayor probabilidad puede haber dado lugar a la disposición retiniana momentánea. Las ideas constructivistas de Von Helmholtz venían apoyadas por los resultados de estudios que demostraban el papel del “set” o disposición mental en los procesos perceptivos y atencionales. Así, por ejemplo, Kulpe 1904 halló que la información que un sujeto detecta conscientemente de un patrón estimular presentado muy brevemente está influido por factores como las instrucciones. (28)

### **2.2.6.2 Teoría del Estructuralismo**

Esta posición está representada principalmente por Wundt en Alemania y Titchener en E.E.U.U. Esta perspectiva intentaba estudiar la percepción de forma análoga al análisis químico de las sustancias complejas, pues entiende la percepción como el resultado de la unión de los diferentes elementos sensoriales básicos

(“átomos sensoriales”). Así, cada elemento de la escena produciría su propia sensación, resultando la experiencia perceptiva de la unión de ese conjunto de sensaciones. Sin embargo, la información sensorial cambia constantemente, por lo que la percepción ha de verse “complementada” con la información procedente de la experiencia pasada, que actuaría como contexto asociativo. (28)

### **2.2.6.3 Teoría de Gestalt**

La perspectiva de la Gestalt surgió en Alemania alrededor de 1912 como una reacción a la metodología y filosofía del estructuralismo y el conductismo y en estrecha relación con el estudio de ciertas ilusiones perceptivas. De hecho, esta perspectiva arranca con la publicación del artículo de Wertheimer sobre el movimiento "phi". Estos primeros trabajos en el ámbito de la Gestalt fueron continuados por autores como Koffka y Köhler. (28)

#### **Característica que el profesional debe de brindar:**

 **Información** El profesional de salud debe mostrarle interés a la gestante.

Aquí señalamos tres puntos que lo ayudarán a identificar sus necesidades:

#### **Lograremos que la usuaria se sienta bien informada si:**

- Brindamos información detallada sobre su estado de salud, diagnósticos, exámenes, tratamientos o métodos de planificación familiar.
- Utilizamos materiales informativos impresos: folletos, rotafolios, trípticos, carteles explicativos entre otros.
- Recibir información completa, actualizada y en su idioma sobre su estado de salud como signos de alarma, nutrición, planificación familiar, etc.
- Prescripción y entrega de ácido fólico (500mcg) a toda gestante en la primera consulta durante el primer trimestre (hasta la semana 13), prescripción y

entrega de ácido fólico (400mcg) y sulfato ferroso (60mg) a toda gestante a partir de las 14 semanas hasta el parto, prescripción y entrega de calcio durante la gestación es de 2000mg al día, a partir de las 20 semanas hasta el parto. (29)

La planificación familiar es la decisión libre voluntaria e informada de las personas para elegir cuando y cuantos, y cada cuanto tiempo van a tener hijos, así como la decisión de los hombres y las mujeres de que puedan ejercer su derecho a elegir los métodos anticonceptivos que consideren pertinentes para planificar su familia. (29)

### **Trato**

Una usuaria se siente satisfecha con el servicio si se logra establecer una buena relación con el proveedor(a). Es la clave de la satisfacción.

La usuaria se siente bien cuando recibe un saludo cordial de bienvenida, una actitud de acogida, cuando le responden y halla disposición en el proveedor para ser escuchada. Cuando se siente respetada en sus creencias y valores culturales. (29)

### **Buena relación**

Lograremos una buena relación si:

- Valoramos las oportunidades de interacción y de intercambio de mensajes con la usuaria.
- Somos sensibles y abiertos hacia sus necesidades.
- Brindamos en todo momento un trato digno y respetuoso. (29)

### **Confianza y empatía**

- Lograremos establecer relaciones de confianza y empatía si:
- Existe un intercambio fluido de mensajes entre nosotros
- los proveedores y la usuaria.

- Incorporamos durante el proceso de atención
- comportamientos y gestos amables (lenguaje no verbal)
- Tomamos en cuenta y valoramos a la usuaria como
- persona con identidad cultural propia.

### **Privacidad**

**Toda gestante o puérpera que acude a los servicios de salud tiene derecho a:**

- La confidencialidad respecto al motivo de su atención, así como los registros de la atención y comunicación de su caso o del recién nacida/o se cumpla en todos los
- servicios del establecimiento de salud.
- Ser examinada ella y/o su recién nacida/o en consultorios que aseguren la privacidad visual y auditiva.
- Aceptar o rechazar la presencia de personas, que no estén directamente involucradas en su atención o en la de su recién nacida/o.
- Solicitar que esté presente una persona de su confianza durante el examen físico, el tratamiento o el procedimiento, que puedan traducir en caso hable otro idioma.
- Permanecer con ropa de examen bata u otra vestimenta, por el tiempo que es necesario para llevar a cabo el procedimiento ginecológico u obstétrico. (29)

### **Disponibilidad**

Cuando se dispone de un buen equipamiento médico y su farmacia cuenta con medicinas e insumos que son requeridos por la usuaria. La usuaria toma en cuenta el costo de la atención y las medicinas para tomar la decisión de acudir a un establecimiento de salud. (29)

## **2.3 Marco conceptual**

### **2.3.1 Embarazo Adolescente**

El embarazo durante la adolescencia es considerado como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre adolescente y su hijo, además, de las consecuencias psicológicas y sociales, las cuales se duplican en las adolescentes menores de 20 años. Según la OMS el embarazo en la adolescencia es “aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica (edad ginecológica = edad de la menarquía) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental”. Los embarazos en adolescentes en la mayor parte del mundo, son el resultado directo de la condición inferior de la mujer cuyo papel en la sociedad esta devaluado. Ya que desde su temprana edad iniciando una actividad sexual activa poniendo en riesgo su salud. El embarazo y maternidad en adolescentes son más frecuentes de lo que la sociedad quisiera aceptar. Este es un suceso que afecta la salud integral de los padres adolescentes. (30)

La prevención del embarazo temprano es prioridad para el sistema de salud pública de cualquier país, debido a las consecuencias para las y los jóvenes, por lo que se desarrollan diferentes acciones orientadas a la prevención del embarazo precoz dentro de estas se encuentran:

- a) limitar el matrimonio antes de los 18 años.
- b) crear comprensión y apoyo para reducir los embarazos antes de los 20 años.
- c) aumentar el uso de anticonceptivos por parte de los adolescentes.
- d) reducir las relaciones sexuales en las adolescentes.

También se establecen acciones que buscan prevenir los resultados adversos de un embarazo precoz, dentro de esta se encuentra; reducir el aborto inseguro en las adolescentes y aumentar el uso de la atención calificada prenatal, parto y postparto (30).

### **2.3.1.1 Factores del Embarazo Adolescente**

Se han clasificado a los factores asociados al embarazo en tres grupos: individuales, familiares y sociales:

✚ **Factores individuales:** Están relacionados con la interacción del medio físico: tenemos: El inicio precoz de las relaciones sexuales, el nivel educativo (existen trabajos que mencionan el bajo nivel educativo como factor de riesgo; sin embargo, en los trabajos nacionales se encuentra que nuestras gestantes adolescentes tienen nivel de instrucción secundaria, por lo que es importante evaluar nuevamente el comportamiento de esta variable), más de un compañero sexual, violencia sexual, convivencia con la pareja (en especial en zonas como la selva), inadecuada y/o incompleta educación sexual, (existen trabajos que manifiestan que las gestantes adolescentes tienen conocimientos sobre sexualidad, pero carecen de un correcto manejo de los mismos), bajo conocimiento de métodos anticonceptivos (muchos trabajos manifiestan que tienen algún conocimiento de métodos anticonceptivos, pero lo que se pone de manifiesto es la no utilización de los mismos). (31)

✚ **Factores familiares:** podemos apreciar los relacionados a la estructura familiar (familias desintegradas y la ausencia de la figura paterna), dinámica familiar (percepción inadecuada del ambiente familiar, aunque en un estudio nacional refieren que a pesar de existir un adecuado

ambiente familiar se da igual la presencia del embarazo adolescente), nivel de escolaridad de los progenitores (no apareció esta variable en estudios nacionales), inadecuada comunicación entre progenitores y adolescentes, ausencia de educación sexual a nivel familiar, presencia de violencia familiar (esta variable está casi ausente en los estudios internacionales, quienes hablan sólo de la violencia sexual, sin especificar si se da dentro del entorno familiar) y antecedente de embarazo adolescente en la familia. (31)

✚ **Factores sociales:** Es el grupo, la familia, los roles y estatus social, donde interactúan para alcanzar metas individuales o colectivas como por ejemplo tenemos:

- Tenemos el consumo de alcohol y drogas.
- La influencia de la pareja en toma de decisiones
- La influencia negativa de los medios de comunicación y la influencia del grupo de amigos. Es difícil poder cambiar el entorno social adverso que rodea a los y las adolescentes, pero la respuesta que ellos realizan para enfrentarlo está relacionada con las habilidades sociales, por lo que hemos considerado importante su estudio. Esos son los factores que mayor frecuencia tienen en los casos de las chicas que han resultado embarazadas, que por lo regular no formalizan ninguna relación con el progenitor del su hijo y que en ocasiones se ven obligadas a dejar de lado sus estudios, para buscar un trabajo que en muchas ocasiones no encuentran y que en ocasiones no les ofrece ningún derecho laboral, es decir carecen de prestaciones como el acceso a servicios de seguridad social y salud, este tipo de trabajos que por lo general van de las 10 a las

12 horas que están en la informalidad y que no les ofrece un sueldo justo (31).

✚ **Factores Económicos:** La prosperidad económica de un individuo o familia es afectada directamente por la política económica y en particular por los efectos sobre el nivel de precios, la disponibilidad de empleo y el nivel de ingresos. Muchas de las investigaciones realizadas demuestran, que hay una fuerte correlación entre la pobreza y los altos índices de fecundidad en adolescentes. (32)

✚ **Factores Culturales** El embarazo en la adolescencia constituye un problema para la familia y la sociedad, se han señalado a nivel social efectos negativos, que pueden afectar gravemente el futuro de la joven. Por ser madre soltera, ceder al hijo en adopción, tener un hijo indeseado y a veces maltratado, abandonar la escuela, aceptar un matrimonio forzado o tener un aborto provocado.

### **2.3.2 Atención Prenatal**

La atención prenatal (APN) es el conjunto de actividades sanitarias que todas las embarazadas tienen derecho durante la gestación. Para identificar tempranamente las complicaciones, los signos de peligro, a través del autocuidado y la participación de la familia para lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y el niño. De tal manera que con el control prenatal la gestante puede ser diagnosticada y si recibir el tratamiento oportuno. La atención prenatal debe cumplir con cinco atributos básicos, precocidad, periodicidad, completitud, cobertura y gratuidad. Para cumplir con ello, existe un modelo estándar de CPN el cual debe consultar la embarazada tan pronto tenga la

primera amenorrea y continuar una vez al mes durante los seis primeros meses del embarazo, cada dos semanas en los dos meses siguientes y una vez por semana durante el último mes hasta el parto. (33)

**Características:**

Por lo general, la atención prenatal comprende un examen físico de la embarazada, examen ginecológico en la que incluye citología que descarte enfermedades del cuello uterino como el VPH, valoración cardiovascular, verificación de inmunizaciones (rubeola, hepatitis), verificación de infecciosos como el toxoplasma y VIH, y determinar cuándo un embarazo se trate de alto riesgo. (33)

**La atención ofrecida debe ser:**

Un control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos:

- a) **precoz**
- b) **periódico**
- c) **completo**
- d) **de amplia cobertura.**

Características de la atención prenatal Consideran Schwartz y Williams tres características de la atención prenatal.

- **Precoz:** Deberá iniciarse lo más temprano posible, desde el primer trimestre de la gestación, para identificación precoz del embarazo con alto riesgo y planificar el manejo de cada caso.

- **Periódico:** La frecuencia será según el riesgo que presente la embarazada, las de alto riesgo necesitan mayor cantidad de consultas, el número varía según el tipo y gravedad del problema, las de bajo riesgo requieren pocas visitas prenatales.
  - **Integral:** Los contenidos deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de educación, promoción protección, recuperación y rehabilitación de la salud. El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, diferenciado, acorde al riesgo, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva.
- (33)

**Plan de parto:**

Es una estrategia comunitaria promovida por el ministerio de salud para que la mujer embarazada, su pareja y su familia tomen con tiempo las decisiones para prevenir la demora en la atención del parto o complicación que puede ocurrir. (34)

**Objetivos del plan de parto:**

1.-Mejorar la salud materna y perinatal, fomentando la integración de la pareja, familia y la comunidad en las decisiones sobre la salud reproductiva. a través de

- ✚ Mejorar el uso de los servicios de salud en la Atención Pre Natal;

- ✚ Mejorar el uso de los servicios de salud para la Atención del Parto.

2.- Facilitar el acceso a las unidades de salud para la demanda de atención con calidad y calidez durante el período de gestación, el parto, puerperio o una complicación obstétrica o del recién nacido, reduciendo las barreras de la primera y segunda demoras; con la participación de la pareja, la familia y la comunidad mediante:

- ✚ El fortalecimiento de las formas organizativas a nivel de la comunidad

- ✚ La colaboración entre los voluntarios comunitarios y el personal de salud (34).

### 2.3.2.1 Actividades que se realizan en la atención prenatal.

Las actividades generales a realizar en el control prenatal incluyen la primera consulta la revisión general de un médico general y la remisión a niveles superiores de acuerdo a las condiciones de la gestante. (34)

#### Actividades a realizar

- **Llenado de la historia perinatal base** : Debe ser completa se debe incluir una identificación completa de la edad, una anamnesis amplia de los antecedentes médicos, quirúrgicos, ginecológicos y obstétricos
- **Clasificación del riesgo.** Con la historia clínica, examen físico y paraclínicos, el médico debe definir el grado de riesgo de la gestante. Los siguientes son los niveles de riesgo:
  - a.) **Bajo:** no se identifica ningún factor de riesgo conocido.
  - b.) **Medio:** existen factores de riesgo que no producen directamente alteraciones del resultado perinatal, pero que si se asocian favorecen a una condición que sí lo produzca o atente directamente contra el embarazo:
    - Condición socioeconómica desfavorable.
    - Primigestante en edades menores de 17 y mayores de 35 años.
    - Embarazo no deseado, talla baja, fumadora, RH (-).
    - Multípara, obesidad, infección urinaria.
    - Hemorragia en el primer trimestre.
  - c) **Alto:** condición clínica que afecte directamente el embarazo, requiere una atención especializada:

- Anomalías pelvianas.
- Cardiopatía.
- Nefropatías.
- Anemia grave.
- Cirugía uterina previa.
- Diabetes gestacional y pre gestacional.
- Embarazo gemelar.
- Infección materna (TORCHS).
- S. hipertensivo.
- Placenta previa.
- **Preguntar si existe violencia en la familia.** A través del interrogatorio se podrá identificar si la embarazada es o ha sido víctima de algún tipo de violencia: Física, Psicológica o Emocional, Sexual, Económica y por negligencia o descuido. Proceda a evaluar los efectos en la respectiva visita, proceda a realizar abordaje con ética, confidencialidad y evite la revictimización (34).
- **Medición de Signos Vitales.** Podremos Realizar medición de la
  - ❖ Frecuencia cardíaca materna
  - ❖ Pulso
  - ❖ temperatura axilar
  - ❖ Frecuencia respiratoria
  - ❖ Presión arterial (P/A)
- **Examen Físico General Completo.** Este debe seguir el orden céfalo-caudal, es importante no olvidar efectuar revisión de cavidad bucal, examen clínico de Mamas y revisar Genitales Externos.

- **Examen Obstétrico:**

- ✚ Medición de Altura de Fondo Uterino (AFU)

- ✚ llenado y evaluación de Curva del Crecimiento Fetal.

- ✚ La altura se mide en centímetros con la cinta obstétrica desde el pubis hasta el fondo uterino determinado por palpación. El extremo de la cinta métrica se fija en el borde superior del pubis con los dedos de una mano, mientras entre el dedo índice y mayor de la otra mano se desliza la cinta hasta que el borde cubital de esa misma mano alcance el fondo uterino (34).

- **Prescripción de Ácido Fólico y Hierro:** La dosis que se le dará a la gestante depende mucho si la gestante a dado a luz a un niño que haya tenido defectos del tubo neural Si NO HAY antecedentes de DTN, indicar 0.4 mg. diario durante el embarazo. A las embarazadas se debe indicar una tableta con concentraciones de 60 mg. de Hierro elemental y orientar sobre reacciones más frecuentes como: mal sabor en la boca, estreñimiento y ardor estomacal.

**Primera atención prenatal:**

La primera atención debe ser siempre brindada por el recurso más calificado disponible que exista en la Unidad de Salud, se espera que dure entre 30 a 40 minutos. El recurso debe entregar a la mujer embarazada su carne perinatal y explicar la utilidad e importancia del mismo; así como su obligatoriedad de portación para toda consulta (34).

- Interrogatorio.
- Examen Físico
- Exámenes de Laboratorio
- Identifique factores de riesgo del embarazo actual. • Infecciones vaginales

recurrentes (candidiasis, vaginosis).

### **Segunda atención prenatal.**

La segunda visita debería programarse cerca de la semana 26 de embarazo. Se estima una duración aproximada de 20 minutos como mínimo.

### **Interrogatorio:**

- Preguntar sobre signos, síntomas o situaciones particulares que se han presentado desde la primera atención prenatal relacionados o no con la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB). (34)
- Preguntar acerca de la fecha en que la madre tuvo el primer reconocimiento de los movimientos fetales para registrarlo en el expediente clínico.
- Indagar acerca del cumplimiento de todas las indicaciones de la primera atención, la ingesta de otros medicamentos, diferentes al hierro y ácido fólico
- Interpretar y dar a conocer a embarazada los resultados de exámenes prescritos en la primera atención prenatal.

### **Examen Físico**

Además de lo realizado en la primera atención prenatal, efectuar lo siguiente: •  
Determinar la presentación del feto según maniobras de Leopold.

- Auscultar latidos fetales.
- Considerar el examen vaginal utilizando un espéculo únicamente si no fue realizado en la primera visita. Si la embarazada está sangrando, no realizarlo y referirla. Si el/la proveedor es especialista lo puede efectuar y realizar manejo según Protocolo de Emergencias Obstétricas.
- Revisar la presencia de edema generalizado (34).

### **Pruebas de Laboratorio Sangre:**

Repetir indicación de Hemoglobina sólo si en el primer resultado del examen estaba por debajo de 11 g/l o se detectan signos de anemia severa en el examen físico de esta atención.

### **La tercera atención**

La tercera atención, debe realizarse a las 32 semanas de embarazo o alrededor de esa fecha y su duración es de 20 minutos como mínimo.

### **Obtener información sobre:**

#### **Antecedentes personales**

Tener en cuenta cualquier cambio o acontecimiento desde la segunda visita.

#### **Historia clínica**

- ✚ Revisar los temas relevantes de la historia clínica como se registró en la primera y segunda visita.
- ✚ Tener en cuenta las enfermedades intercurrentes, lesiones u otras patologías desde la segunda visita.
- ✚ Tener en cuenta la ingesta de medicamentos aparte de hierro y ácido fólico.
- ✚ Ingesta de hierro: cumplimiento.
- ✚ Tener en cuenta otras consultas médicas, internación o licencia por enfermedad en el embarazo actual.

#### **Antecedentes obstétricos**

- ✚ Revisar los temas relevantes de los antecedentes obstétricos como se registró en la primera visita y como se controló en la segunda.

#### **Embarazo actual**

- ✚ Síntomas y acontecimientos desde la segunda visita: dolor abdominal o lumbar (¿trabajo de parto prematuro?), sangrado, flujo vaginal (¿líquido amniótico?).

Otros síntomas o acontecimientos específicos.

- ✚ Cambios en las características corporales o la capacidad física, observados por la misma mujer, su pareja u otros miembros de la familia.
- ✚ Movimientos fetales.
- ✚ Control de los hábitos: tabaquismo, alcohol, otros (34)

### III.METODOLOGÍA

#### 3.1. Tipo de investigación

El presente estudio por sus componentes de medición de conceptos y definición de variables reúne las condiciones de una investigación de tipo descriptiva.

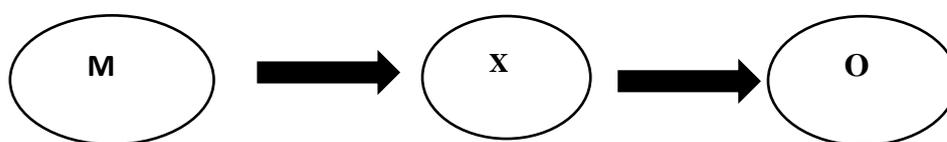
#### 3.2 Nivel de investigación

Se trata de un estudio cuantitativo

#### 3.3 Diseño de la investigación

Diseño no experimental, transversal

**Esquema.**



Dónde:

**M:** es la muestra estudiada.

**X:** factores y percepciones.

**O:** representa lo encuestado

### **3.4 Población y muestra**

#### **3.4.1 Población**

La población muestral estuvo constituida por 14 adolescentes que acudieron al servicio de obstetricia a la atención prenatal durante el mes de Mayo 2018 y que cumplieron con los criterios de inclusión. El tamaño de la población fue definido por el registro de atenciones prenatales del consultorio externo de obstetricia del establecimiento de salud.

#### **3.4.2 Muestra**

La muestra estuvo constituida por el total de la población muestral en estudio. Siento la unidad de análisis las gestantes adolescentes de 14- 19 años que acudieron al servicio de obstetricia.

### **Criterios de inclusión y exclusión**

#### **Inclusión:**

- Adolescentes embarazadas que acudieron a la primera atención prenatal en el servicio de obstetricia en el mes de Mayo, 2018 en el Establecimiento de Salud I-3 Nueve de octubre-Piura, Mayo 2018.
- Adolescentes embarazadas que aceptaron participar voluntariamente en la investigación.
- Adolescentes embarazadas con asistencia regular a control prenatal.
- Adolescentes que se embarazaron en el periodo de estudio (mayo 2018).

## **Exclusión:**

- Adolescentes con capacidad disminuida para comunicarse.

Los procedimientos de la recolección fueron:

- Se iniciaron con la autorización de las autoridades del establecimiento de salud.
- Luego se identificó la unidad de análisis para la aplicación del instrumento de recolección de datos.

## **3.5 Definición y descripción de las variables:**

### **3.5.1 Factores del embarazo precoz:**

Referido a todos los factores relacionados con el embarazo precoz en sus componentes:

- Factores individuales.
- Factores sociales.
- Factores económicos.
- Factores culturales. (31)

### **3.5.2 Percepción sobre la atención prenatal:**

Referida a los elementos percibidos por la gestante al interactuar en la consulta prenatal en sus componentes.

- ✚ Comunicación entre profesional de obstetricia y gestante.
- ✚ Confianza entre profesional de obstetricia y gestante.
- ✚ Igualdad entre las gestantes adolescentes por parte del profesional de obstetricia.
- ✚ Interés del profesional de salud.
- ✚ Tiempo dedicado para la atención.
- ✚ Examen relacionado con las maniobras de Leopold.
- ✚ Orientación brindada. (29)

**Cuadro 1. Matriz de Operacionalización de la dimensión de Factores individuales del embarazo precoz.**

<b>DIMENSIONES</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>SUBVARIABLES</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALADE MEDICION</b>
<b>FACTORES DEL EMBARAZO PRECOZ.</b>	Están relacionados con la interacción del medio físico (31).	<b>FACTORES INDIVIDUALES</b>	Edad	Se preguntó a las gestantes adolescentes sobre cuál es su edad respectivamente.	10-14 años 15-19 años	Cuantitativa
			Grado de Instrucción	Se realizó, 01 pregunta la gestante sobre su escolaridad.	Analfabeta Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Superior	Cuantitativa
			Religión	Se evaluó mediante 01 pregunta sobre cuál es la religión que profesa la gestante.	Católica Otras No creyente	Cualitativa
			Estado Civil	Se realizó una pregunta sobre el estado civil de la gestante.	Soltera Casada Conviviente Divorciada	Cualitativo

**Cuadro 2. Matriz de Operacionalización de las dimensiones Factores sociales del embarazo precoz.**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	SUBVARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
<b>FACTORES DEL EMBARAZO PRECOZ</b>	Es el grupo, la familia, los roles y estatus social, donde interactúan para alcanzar metas individuales o colectivas (31).	FACTORES SOCIALES	Conformación del grupo familiar	Se evaluó mediante una pregunta sobre quienes conforman su grupo familiar al momento de la encuesta.	Padres (madre y padre) Padres y hermanos. Pareja Madre y hermano/a Tías, tíos Abuelo, hermanos/as Papá, hermanos Padres y pareja Madre, padrastro, hermanos Hermano y cuñada Madre, hermanos, sobrinos. Padre	Cualitativa
			Trato familiar antes del embarazo	Se evaluó mediante 01 pregunta sobre el trato de su familia hacia ellas antes de su embarazo.	Buen trato Bien Autoritarios Pleitos Maltrato Simple	Cualitativa
			Trato familiar al conocer sobre el embarazo	Se evaluó mediante 01 pregunta cuál era el trato de su familia hacia ellas al conocer sobre su embarazo.	Buen trato. Enojo/ reclamos/ reproches. No se hablan. Maltrato (físico y verbal). Indiferencia. Retiro de la casa.	Cualitativa

**Cuadro 3. Matriz de Operacionalización de las dimensiones de los Factores económicas del embarazo precoz**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	SUBVARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALADE MEDICION
<b>FACTORES DEL EMBARAZO PRECOZ.</b>	Son actividades que tienden a incrementar la capacidad productiva de bienes y servicios de una economía, para satisfacer necesidades socialmente humano (32).	FACTORES ECONÓMICOS	Procedencia de los ingresos económicos de la familia, antes del embarazo.	Se evaluó a la gestante adolescente mediante 01 pregunta donde se le preguntó, de donde provenían los ingresos de su familia, al momento de realizar la encuesta.	Madre Padre Padres (padre y madre) Padrastro Tíos Hermanos/as Pareja Padre y hermanos/as. Madre/ hermanos/as. Madre/tíos Otros	Cualitativa
			Ocupación del miembro familiar.	Se evaluó mediante 01 pregunta, cuál era la ocupación de los miembros de su grupo familiar.	Trabajan No trabajan Trabajan y estudian Estudian	Cualitativa

**Cuadro 4. Matriz de Operacionalización de las dimensiones de los Factores culturales del embarazo precoz.**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	SUBVARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALADE MEDICION
<b>FACTORES DEL EMBARAZO PRECOZ.</b>	Es el conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo en un grupo social (32).	FACTORES CULTURALES	Número de parejas que ha tenido el padre de su hijo, antes de su embarazo.	Se evaluó mediante 01 pregunta sobre, si sabe el número de parejas que ha tenido antes su pareja.	No sabe. Varias 1 2 3 Ninguna	Cuantitativa
			Cuántos hijos más tiene el padre de su hijo.	Se evaluó mediante 01 pregunta, si este tiene más hijos.	Ninguno 1 2 3 4 Más de 4 No sabe	Cuantitativa
			Por qué motivo el padre de su hijo no uso condón para evitar el embarazo	Se evaluó mediante 01 pregunta, por qué el Padre su hijo no quiso usar Condón para evitar el embarazo.	Desconocimiento. No siente igual/ no le gusta Él Quería un hijo. No tenía en ese momento. No sabe No querían usar Bajo bebidas alcohólica Falla La pareja le dijo que no iba a quedar embarazada. Por descuido. Falta de comunicación	Cualitativa

			<p>Número de relaciones coitales consideras que debe tener una mujer para poder quedar embarazada</p>	<p>Se evaluó mediante 01 pregunta a la gestante adolescente sobre cuantas relaciones considera ella que debe tener una mujer para quedar embarazada al momento de realizar la encuesta.</p>	<p>Varias veces 1 ves 2 veces 3 veces No sabe</p>	<p>Cualitativa</p>
			<p>Forma en la que su pareja le demuestra amor</p>	<p>Se evaluó mediante 01 pregunta a la gestante adolescente sobre cuál considera ella que es la forma de demostrarle amor a su pareja al momento de realizar la encuesta.</p>	<p>No estás con la pareja/ no sabe de Él. Cariñoso/ atento/ alegre. Buen trato. Me cuida. Buena atención. Se casó conmigo/ acompañarse</p>	<p>Cualitativa</p>

**Cuadro 5. Matriz de Operacionalización de la variable percepción sobre la atención Prenatal**

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
Percepción sobre Atención Prenatal.	Es el primer proceso cognoscitivo, a través del cual los sujetos captan información del entorno. La razón de esta información	Existe comunicación entre profesional y las adolescentes	Se realizó 01 preguntas una de ella abarcando aspecto de cuánto tiempo espera para su consulta prenatal.	Bueno Regular Malo	nominal
		Existe ambiente de confianza durante la atención entre las adolescentes embarazadas y el profesional de Obstetricia	Se le realizo 01 pregunta, sobre si existe ambiente de confianza entre ella y el profesional	Si No	Nominal
		Sentimiento de igualdad en la atención entre las adolescentes embarazadas	Se realizó 01 pregunta, si siente sentimiento de igualdad entre las adolescentes momento de la atención prenatal.	Si No	Nominal
		El profesional muestra interés en la atención, y la importancia que le asignan	Se realizó 01 preguntas a la gestante adolescente sobre si el profesional le muestra interés en la atención prenatal	Si No	Nominal
		¿El profesional se toma el tiempo necesario para realizar la atención?	Se realizó 01 pregunta donde se evaluó si la gestante recibe el trato que merece durante su consulta.	Si No	Nominal
		El profesional realiza las maniobras clínicas oportunas	Se preguntó si el profesional realiza las maniobras oportunas.	Si No	Nominal
		El profesional aclara todas las dudas que presentan las adolescentes durante la atención, y brinda la información necesaria	Se realizó 01 preguntas a la gestante adolescente: sobre la información que la obstetra le brinda si es claro y conciso si le brindo información sobre signos de alarma cuidados en el puerperio.	Si No	Nominal

### **3.6 Técnica e Instrumentos de medición.**

#### **3.6.1 Técnica**

Se utilizó la técnica de la encuesta.

#### **3.6.2 Instrumentos**

Los instrumentos serán aplicados a las gestantes adolescentes en edades de 14 a 19 años del Nueve de octubre-Piura, que conforman la muestra.

- **Cuestionario de factores del embarazo precoz.**

Para la medición de los factores del embarazo se utilizó el cuestionario previamente estructurado de preguntas cerradas diseñado y validado por la Lic. Obst. Flor de María Vásquez Saldarriaga. (Anexo 1.1)

**La escala consta de 14 preguntas distribuidas de la siguiente manera.**

- ✚ De la 1-4 referidas a los factores individuales.
- ✚ De la 5-7 referida a los factores sociales.
- ✚ De la 8-9 referida a los factores económicos.
- ✚ De la 10-14 referida a los factores culturales.

- **Cuestionario sobre percepciones de atención prenatal.**

Para la medición de las percepciones que tienen las gestantes adolescentes sobre la atención prenatal brindada por el profesional de obstetricia, se utilizó un cuestionario diseñado y validado por la docente investigadora la Lic. Obst. Flor de María Vásquez Saldarriaga (Anexo 1.2), el instrumento consta de 7 preguntas cerradas.

### **3.7 Plan de análisis**

Los datos obtenidos fueron codificados y luego procesados en una hoja de cálculo del programa Open Office Calc. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Versión 22 con el cual se obtuvo la frecuencia de cada una de las variables en estudio con sus respectivas figuras.

### 3.8: Matriz de consistencia

**Título: Factores del embarazo precoz y percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional de salud en el Establecimiento de Salud I-3 Nueve de Octubre-Piura 2018.**

Enunciado del Problema	Objetivos	Variables Principales
<p>¿Cuáles son los factores del embarazo precoz y la percepción que tienen las gestantes adolescentes sobre la atención prenatal brindada por el profesional de obstetricia en el E.S I-3 Nueve de Octubre– Piura, Mayo 2018.</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b>            ¿Determinar los factores del embarazo precoz y la percepción que tienen las gestantes adolescentes sobre la atención prenatal brindada por el profesional de obstetricia en el E.S I-3 Nueve de Octubre Sullana – Piura, Mayo 2018.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</b></p> <p>(a) Identificar los Factores individuales del embarazo en las gestantes adolescentes atendidas en el establecimiento de salud I-3 Nueve de octubre-Piura, Mayo 2018.</p> <p>(b) Identificar los factores sociales del embarazo de las gestantes adolescentes atendidas en el establecimiento de salud I-3 Nueve de octubre-Piura, Mayo 2018.</p> <p>(c) Identificar los factores familiares del embarazo en las gestantes adolescentes atendidas en el establecimiento de salud I-3 Nueve de octubre-Piura, Mayo 2018.</p> <p>(d) Identificar los factores económicos del embarazo en las gestantes adolescentes atendidas en el establecimiento de salud I-3 Nueve de octubre-Piura, Mayo 2018.</p> <p>(f) Identificar los factores culturales del embarazo precoz en las gestantes adolescentes atendidas en el establecimiento de salud I-3 Nueve de octubre-Piura, Mayo 2018.</p> <p>(g) determinar la percepción que tienen las adolescentes que acuden al prenatal en el Establecimiento de Salud I-3 Nueve de Octubre-Piura, Mayo 2018.</p>	<p><b>1.Factores:</b> Elementos que condicionan el embarazo precoz en sus diferentes componentes (31)</p> <p><b>2.Percepciones:</b> referida a los elementos percibidos por la gestante al interactuar en la consulta prenatal en sus componentes (28)</p>

METODOLOGIA			
TIPO, NIVEL Y DISEÑO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS
<p><b>Tipo de Investigación:</b></p> <p>Tipo descriptiva</p> <p><b>Nivel de Investigación:</b></p> <p>Cuantitativa.</p> <p><b>Diseño de la investigación:</b></p> <p>Diseño no experimental, transversal</p>	<p><b>Población:</b></p> <p>Total, conformada por gestantes adolescentes que acudieron al servicio de obstetricia para control prenatal, mayo 2018.</p> <p><b>Muestra:</b></p> <p>El estudio se realizó en una muestra del total de 14 adolescentes gestantes que acudieron al servicio de obstetricia para su atención prenatal.</p>	<p><b>Técnica:</b></p> <p>La encuesta.</p> <p><b>Instrumentos:</b></p> <p>-Cuestionario de factores del embarazo precoz y percepción de las gestantes adolescentes sobre la atención brindada por el profesional de obstetricia en el control prenatal.</p>	<p>Los datos obtenidos fueron codificados y luego procesados en una hoja de cálculo del programa open office Calc. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS (Stadistica Package for the Social Sciencies Versión 22 con el cual se obtuvo la frecuencia de cada una de las variables en estudio con sus respectivas figuras.</p>

### **3.9 Principios éticos**

Esta investigación tomo en consideración la declaración de Helsinki que establece el respeto a la dignidad, la protección de los derechos y bienestar de los sujetos en investigación; salvaguardando su integridad física y mental, así como su intimidad y la protección de sus datos; así como también identificando que la persona en estudio no posea dificultades psicológicas u otro problema que pueda interferir en el proceso del desarrollo y del trabajo de investigación.

En este sentido, se solicitó a las adolescentes que lean detenidamente y firme el consentimiento informado (anexo 5)

Previo a la encuesta, se les explico a las gestantes adolescentes los objetivos de la investigación; asegurándoles que se iba a manejar de manera anónima la información obtenida de los mismos, garantizando además la privacidad de la identificación de la persona se contó además con la previa autorización de las autoridades del establecimiento de salud I-3 Nueve de octubre-Piura.

#### IV. Resultados

Tabla 1-*Factores Individuales de las gestantes adolescentes del Establecimiento de salud I-3 Nueve de octubre-Piura, Mayo 2018.*

	<b>Factores individuales</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	10- 14 años	1	7,14
	15-16 años	13	92,86
Grado de Instrucción	Analfabeta	0	0,00
	Primaria incompleta	2	14,29
	Primaria completa	0	0,00
	Secundaria incompleta	9	64,29
	Secundaria completa	3	21,43
	Superior	0	0,00
Religión	Católica	14	100,0
	No católica	0	0,00
	No creyente	0	0,00
Estado civil	Soltera	5	35,71
	Casada	1	7,14
	Conviviente	8	57,14
	Divorciada	0	0,00
	<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a las gestantes adolescentes del E. S I.3 Nueve de octubre en el mes de mayo 2018.

La tabla 1, observamos que de los factores individuales la edad que prevaleció entre las edades de 15- 19 años de las gestantes adolescentes en estudio es de 16 años con 92,86 % un mientras que un 64,29% de adolescente en estudio manifestaron que no terminaron la secundaria completa, Seguido de un 100% que son católicas y por último el 57,14% convive con sus parejas.

Tabla 2- Factores sociales del embarazo precoz en las gestantes adolescentes del Establecimiento de Salud I-3 Nueve de octubre -Piura, Mayo 2018.

	Factores sociales	N	%
¿Quiénes Conforman su grupo familiar?	Padres (madre y padre)	1	7,14
	Padres y hermanos	1	7,14
	Pareja	1	7,14
	Madre y hermano/a	0	0,00
	Tías, tíos	2	14,29
	Abuelo, hermanos/as	3	21,43
	Papá, hermanos	1	7,14
	Padres y pareja	1	7,14
	Madre, padrastro, hermanos	2	14,29
	Hermano y cuñada	1	7,14
Padre	1	7,14	
¿Cuál era el Trato de su de Familia hacia usted antes de su embarazo?	Buen trato	2	14,29
	Bien	6	42,86
	Autoritarios	0	0,00
	Pleitos	2	14,29
	Maltrato	2	14,29
	Simple	2	14,29
¿Cuál era el Trato de su familia hacia usted al conocer sobre su embarazo?	Buen trato	3	21,43
	Enojo/reclamos/reproches	2	14,29
	No se habla	0	0,00
	Maltrato (físico y verbal)	5	35,71
	Indiferencia	2	14,29
	Retiro de la casa	2	14,29
	Total	14	100,00

**Fuente:** Encuesta aplicada a las gestantes adolescentes del E. S I.3 Nueve de octubre en el mes de mayo 2018.

En la tabla 2 se observa que con respecto a los factores sociales la conformación familiar predominante en las encuestadas es del 21,43% que corresponden a quienes viven con los abuelos, hermanos(as), mientras que 42,86 % de las gestantes

adolescentes encuestadas manifiesta que el trato que recibió de su familia antes de su embarazo fue bueno. Asimismo manifestaron que 35,71% recibió maltrato físico y verbal

Tabla 3- *Factores económicos del embarazo precoz en las gestantes adolescentes del Establecimiento de Salud I-3 Nueve de octubre -Piura, Mayo 2018.*

		Factores económicos	N	%
¿De Provenían ingresos para el sostén de su familia, antes de su embarazo?	Dónde Los económicos	Madre	8	57,14
		Padre	4	28,57
		Padres( madre y padre)	1	7,14
		Padraastro	0	0,00
		Tíos	0	0,00
		Hermanos/as	0	0,00
		Pareja	1	7,14
		Padre y Hermanos/as	0	0,00
		Madre/hermanos/as	0	0,00
		Madre/tío	0	0,00
Ocupación Que tienen los miembros de su grupo familiar		Trabajador dependiente	5	35,75
		Trabajador independiente	7	50,00
		Otros	2	14,29
		Total	14	100,00

**Fuente:** Encuesta aplicada a las gestantes adolescentes del E. S I.3 Nueve de octubre en el mes de mayo 2018.

En la tabla 3, se indica que de los factores económicos se muestra que el 57,14% de las encuestadas en estudio expreso que estos ingresos fueron de la madre, mientras que el 50,00 % manifestaron que trabajan independientemente.

Tabla 4- Factores culturales del embarazo precoz en las gestantes adolescentes del Establecimiento Salud I-3 Nueve de octubre-Piura 2018

	Factores culturales	N	%
¿Cuántas parejas ha tenido el padre de su hijo, antes de su embarazo?	No sabe	3	21,43
	Varias	3	21,43
	1	3	21,43
	2	4	28,57
	3	1	7,14
	Ninguna	0	0,00
¿Cuántos hijos más tiene el padre de sus hijos?	Ninguno	3	21,43
	1	7	50,00
	2	4	28,57
	3	0	0,00
	4	0	0,00
	Más de 4	0	0,00
	No sabe	0	0,00
¿Porque motivo el padre de su hijo no uso condón para evitar el embarazo?	Desconocimiento	4	28,57
	No se siente igual / no le gusta a el	4	28,57
	Quería un hijo	5	35,71
	No tenía en ese momento	1	7,14
	No sabe	0	0,00
	No quería usar	0	0,00
	Bajo bebidas alcohólicas	0	0,00
	Falla	0	0,00
	La pareja le dijo que no iba a quedar embarazada	0	0,00
	Por descuido	0	0,00
	Falta de comunicación	0	0,00
	0	0,00	
¿Cuántas relaciones coitales consideras que debe de tener una mujer para quedar embarazada?	Una	2	14,29
	Dos	7	50,00
	Tres	5	35,71
	No sabe	0	0,00
	Varias veces	0	0,00
¿Cuál consideras que es la forma que debería tener su pareja para demostrarle amor?	No esta con la pareja /no sabe	3	21,43
	Cariñoso/ atento /alegre	3	21,43
	Buen trato	1	7,14
	Me cuida	2	14,29
	Buena atención	2	14,29
	Se casó conmigo	2	14,29
	Acompañarse	1	7,14
	0		
	Total	14	100.00

**Fuente:** Encuesta aplicada a las gestantes adolescentes del E. S I.3 Nueve de octubre en el mes de mayo 2018.

En la Tabla 4, se demuestra que el 28,57del grupo de gestantes adolescentes encuestadas manifestaron que sus pareja tuvieron 2 parejas antes de su embarazo , mientras que el 50,00% manifestaron que sus parejas tuvieron 1 hijo antes de su

embarazo y solo el 35,71 % manifestaron por qué sus parejas no utilizaron condón es porque sus parejas querían tener otros hijos, mientras que el 50,00% creen que para quedar embarazada deben tener dos relaciones coitales creen que para quedar embarazadas deben tener una relación sexual, por lo cual 21,43% refiere que su pareja es cariñosa con ella.

Tabla 5- *Percepciones sobre la atención del control prenatal de las gestantes adolescente de 14 a 19 años del Establecimiento de. Salud I-3 Nueve de octubre -Piura, Mayo 2018.*

		N	%
¿Cómo consideran Las Adolescentes embarazadas que es la comunicación. ¿Existente entre profesional y ellas?	Buena	13	92,86
	Regular	1	7,14
	Mala	0	0,00
¿Existe ambiente de confianza durante la atención entre las adolescentes embarazadas y el profesional de Obstetricia?	Si	14	100,0
	No	0	0,00
¿Sentimiento de igualdad en la Atención Entre Las Adolescentes embarazadas?	Si	14	100,0
	No	0	0,00
¿Sienten las adolescentes que el Profesional de Obstetricia muestra interés en la atención?	Si	14	100,0
	No	0	0,00
¿El Profesional de Obstetricia se toma el tiempo necesario para realizar la atención?	Si	14	100,0
	No	0	0,00
¿El profesional de Obstetricia realiza las maniobras clínicas oportunas?	Si	14	100,0
	No	0	0,00
¿El Profesional de Obstetricia aclara todas las dudas que presentan las adolescentes durante la atención, y brinda la información necesaria?	Si	14	100,0
	No	0	0,00
	Total	14	100,0

**Fuente:** Encuesta aplicada a las gestantes adolescentes del E. S I.3 Nueve de octubre en el mes de mayo 2018

En la Tabla 5 se aprecia la percepción que tienen las gestantes adolescentes sobre el tema de atención de calidad donde el 35,71% la define se trata de buena atención, el 92,86 % de las gestantes refiere que la comunicación brindada entre ellas

y el profesional de obstetricia en el control prenatal es buena, encontrando que 100% opina que esta atención que existe un ambiente de confianza y por último ellas refieren que el profesional de obstetricia muestra interés en su duda.

## V. Análisis de resultados

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. El embarazo de adolescentes se relaciona con tres factores: las probabilidades de iniciar precozmente las relaciones sexuales y tener un embarazo no deseado. En familias donde la autoridad moral es débil o mal definida, con ausencia de la figura paterna o padres que viven en unión libre y cuando personas distintas a los padres cuidan o crían a las adolescentes, también se provoca la actividad sexual temprana y el riesgo de una gravidez consecuente. (34)

**La tabla 1**, observamos que de los factores individuales la edad que prevaleció entre las edades de 15- 18 es en las gestantes adolescentes en estudio es de 16 años con 92,86 % un mientras que un 64,29% de adolescente en estudio manifestaron que no terminaron la secundaria completa, Seguido de un 100% que son católicas y por último el 57,14% convive con sus parejas. En relación a los Resultados podemos observar que en cuanto al estado civil se asemejan a los de Mayorga (12), las cuales, según su nivel educativo, el 50% aún están estudiando, en cuanto al estado civil el 50% eran solteras y el 50% viven con sus parejas.

De los cuales esta investigación se basa en las etapas evolutivas de la adolescencia (26), por el mismo hecho de ser adolescente, y de haber salido embarazada el cuerpo no llega a la a la maduración total ,tanto físicamente como psicológicamente como por ejemplo a esa edad su pelvis no está apta para soportar el peso de un feto ,además el desarrollo de la vagina y el cuello es insuficiente, por lo tanto por ser adolescentes es un poco difícil que suelen independizarse y tienden a

vivir con sus convivientes por el temor a quedarse solas debiéndose ,es así que la mayoría de las adolescentes no terminan el colegio para poder convertirse en amas de casa.

**En la tabla 2,** se puede apreciar que en los factores sociales el 21,43 % del total de gestantes encuestadas su grupo familiar está conformado por Abuelo, hermanos(as), y que solo el 42,86% manifestaron que recibieron un buen trato antes de salir embarazadas, asimismo un total de 35,71% manifestaron que recibieron maltrato físico y verbal al conocer que estaban embarazadas. Resultado que difieren a los de Carrión (13). En los datos obtenidos se encontró que un 51,6% de jóvenes que son parte de familias uni parentales y un 35% que viven sin ninguno de sus progenitores; el 71,7% habían tenido algún tipo de maltrato físico o verbal.

Por lo tanto, este estudio se basa en las teorías del embarazo. (27) que incluye a la teoría familiar considerando las relaciones interpersonales que existe entre los miembros de la familia (papá y/o mamá), ya que por el mismo hecho de no ser controlado en su actuar los conduce a tomar caminos equivocados y a tomar decisiones que puedan perjudicarlos como, debido a estas decisiones es que probablemente la mayoría de adolescentes salen embarazadas o corren el riesgo de contagiarse con una ITS. A raíz de lo anterior, hay adolescentes que recurren a las siguientes conductas: -Se casan para huir del hogar y salirse de la situación imperiosa e" la familia, provocan un embarazo. Se unen en pareja para lograr, aunque sea de forma ficticia, autonomía y libertad, o porque no tienen a donde ir simplemente deciden irse con su pareja.

**En la tabla 3,** con respecto a los factores económicos se determina que el 57,14 % de las gestantes adolescentes encuestadas manifiesta que el ingreso económico es

sustentado por su madre y que a la vez un 50.00%% de su familia es trabajador independiente. Estos resultados que no coinciden con los de Córdova (20) obteniéndose un mayor porcentaje la ocupación (trabajador dependiente) el 72,2%, mientras que 55,6% su sustento en el hogar es por parte de su padre y de su madre.

A la vez podemos demostrar que estos resultados se sustentan en los factores del embarazo que incluye a los factores económicos (27). Según La economía como aspecto influyente en el sustento diario, ha abarcado una gran problemática al país y más a la clase marginal, siendo este un factor de riesgo que influye en la incidencia de problemática. Estos casos son producidos cuando la familia está dividida y las adolescentes conviven con algunos de sus padres por lo que la madre al verse sola y sin ayuda ni sustento económico por parte de su conviviente, ellas suelen hacer sus propios negocios y ser independientes.

**En la tabla 4** , se demuestra que el 28,57 del grupo de gestantes adolescentes encuestadas manifestaron que sus pareja tuvieron 2 parejas antes de su embarazo , mientras que el 50,00% manifestaron que sus parejas tuvieron 1 hijo antes de su embarazo y solo el 35,71 % manifestaron por qué sus parejas no utilizaron condón es porque sus parejas querían tener otros hijos, mientras que el 50,00% creen que para quedar embarazada deben tener dos relaciones coitales , por lo cual 21,43% refiere que su pareja no es cariñosa porque no están con ellas y no saben nada de él. Podemos decir que estos resultados difieren a los resultados que obtuvo Tume (19) quien tuvo como resultados además un 50% tuvo 1 compañero sexual y para acabar el 50% afirmo que la causa que influyeron para quedar embarazada fue que no se protegieron porque creerle al padre de su hijo que no saldrían embarazadas.

A opinión personal. Estos resultados nos hacen ver una realidad que hoy en día se está presentado en la vida cotidiana especialmente en la de los jóvenes que inician sus relaciones coitales a temprana edad y sin responsabilidad ni protección. Se sabe que una actitud típica de las adolescentes embarazadas es el descuido, esta actitud probablemente se asocia a la clase de “fabulas personales” propias de la adolescencia “esto no me va a pasar a mi” o bien, a la justificación de no usar métodos anticonceptivos quizá por falta de información.

**En la tabla 5**, con respecto a las percepciones sobre la atención prenatal, las gestantes adolescentes refieren que la comunicación que existe entre las adolescentes embarazadas y el profesional de obstetricia un 92,86% dijo ser buena, por lo tanto un 100% de las gestantes adolescentes dijo que si existe un ambiente de confianza entre el profesional y ellas, finalmente el 100% de las gestantes refiere que se le muestra interés en la atención, se le dedica el tiempo necesario también se le realiza las maniobras de Leopold y finalmente aclara todas sus dudas durante el control prenatal.

Asimismo, estos resultados son similares a los de Córdova V. (20) quien obtuvo como resultados: que un 100,0% si tuvo buenas percepciones con el ambiente de confianza, sentimiento de igualdad, interés del profesional, tiempo necesario para realizar las maniobras de Leopold.

Por lo general todo este resultado se debe a la percepción que tienen las gestantes adolescentes sobre la atención prenatal (28) que se les brinda en los establecimientos de salud, según lo refiere Pérez dicho autor hace mención al acto de percibir, que no solo se basa en procesar las sensaciones producidas, si no experimentar situaciones vividas. Es así que para entender lo que significa percepción

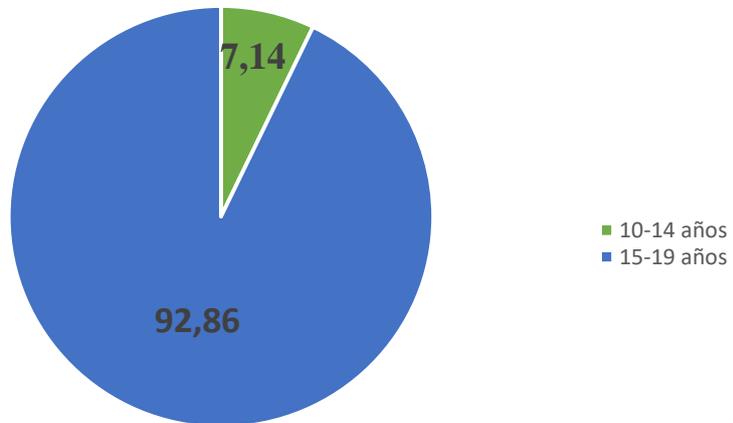
se debe basar en generar recuerdos basándose en experiencias y comparar situaciones, relacionarlas e interpretarlas, de esta manera el individuo estará constantemente aprendiendo y desenvolviéndose dentro del entorno.

## VI. Conclusiones

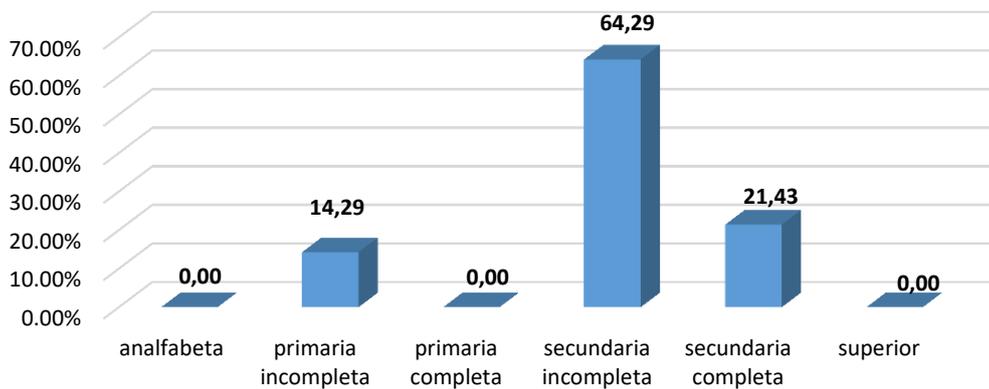
- ✚ Respecto a los factores del embarazo precoz en gestantes adolescentes y la percepción del control prenatal de las gestantes adolescentes del E.S I-3Nueve de octubre- Piura, mayo 2018, fue el 92,86% de la edad predominantes es la edad de 16 años, asimismo el 64,29% manifestaron que no terminaron la secundaria, mientras que el 100% de las gestantes encuestadas son católicas y finalmente el 57,14% son convivientes.
- ✚ El resultado obtenido sobre los factores sociales se puede verificar que el 21,43% corresponden viven con los abuelos, hermanos(as), mientras que 42,86 % de las gestantes adolescentes encuestadas manifiesta que el trato que recibió de su familia antes de su embarazo fue bueno. Asimismo, manifestaron que 35,71% recibió maltrato físico y verbal al momento que dio a conocer de su embarazo.
- ✚ Se indica que de los factores económicos se muestra que el 57,14% de las encuestadas en estudio expreso que estos ingresos fueron de la madre, mientras que el 50,00 % manifestaron que trabajan independientemente.
- ✚ En la Tabla 4 se demuestra que el 28,57del grupo de gestantes adolescentes encuestadas manifestaron que sus pareja tuvieron 2 parejas antes de su embarazo , mientras que el 50,00% manifestaron que sus parejas tuvieron 1 hijo antes de su embarazo y solo el 35,71 % manifestaron por qué sus parejas no utilizaron condón es porque sus parejas querían tener otros hijos, mientras que el 50,00% creen que para quedar embarazada deben tener dos relaciones coitales creen que para quedar embarazadas deben tener una relación sexual, por lo cual 21,43% refiere que su pareja es cariñosa con ella.

- ✚ Se encontró un alto porcentaje 92,86 % de gestantes adolescente que refiere que la comunicación brindada entre ellas y el profesional de obstetricia en el control prenatal es buena, encontrando que 100% opina que en la atención existe un ambiente de confianza y por lo tanto el ellas refieren que el profesional de obstetricia muestra interés y responde ante sus dudas.

## Aspectos Complementarios



*Figura 1.1* Gráfico de pastel del porcentaje de gestantes investigadas según edad.  
**Fuente:** tabla 1



*Figura 1.2:* Gráfico de columna según el grado de instrucción de las gestantes adolescentes.  
**Fuente:** tabla 1

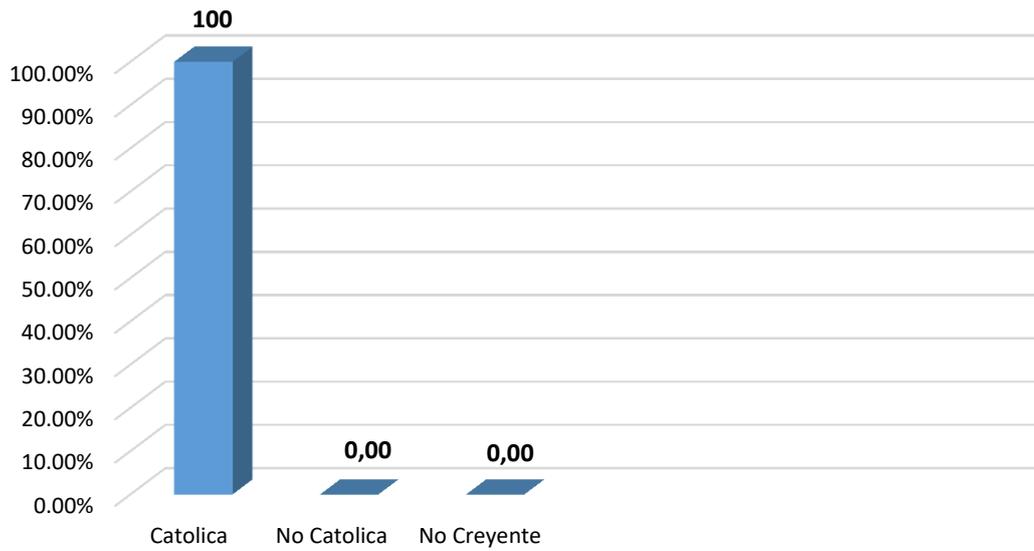


Figura 1.3: Grafico de columnas según la religión de las gestantes adolescente  
**Fuente:** tabla 1

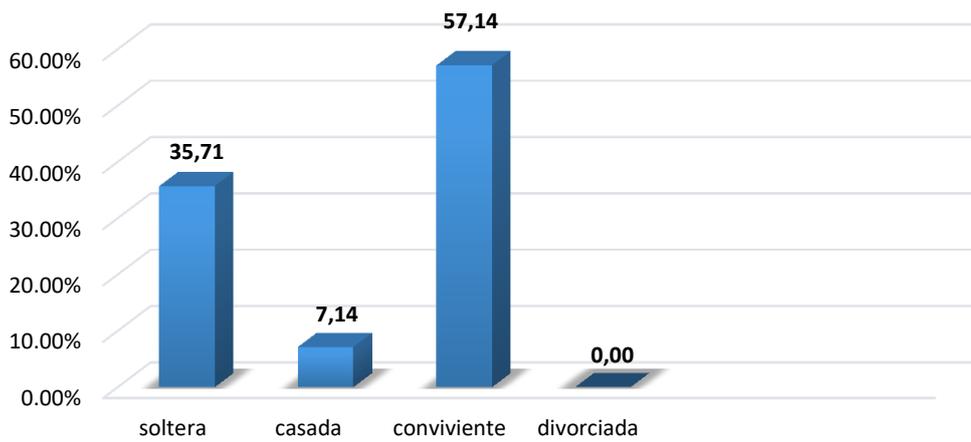
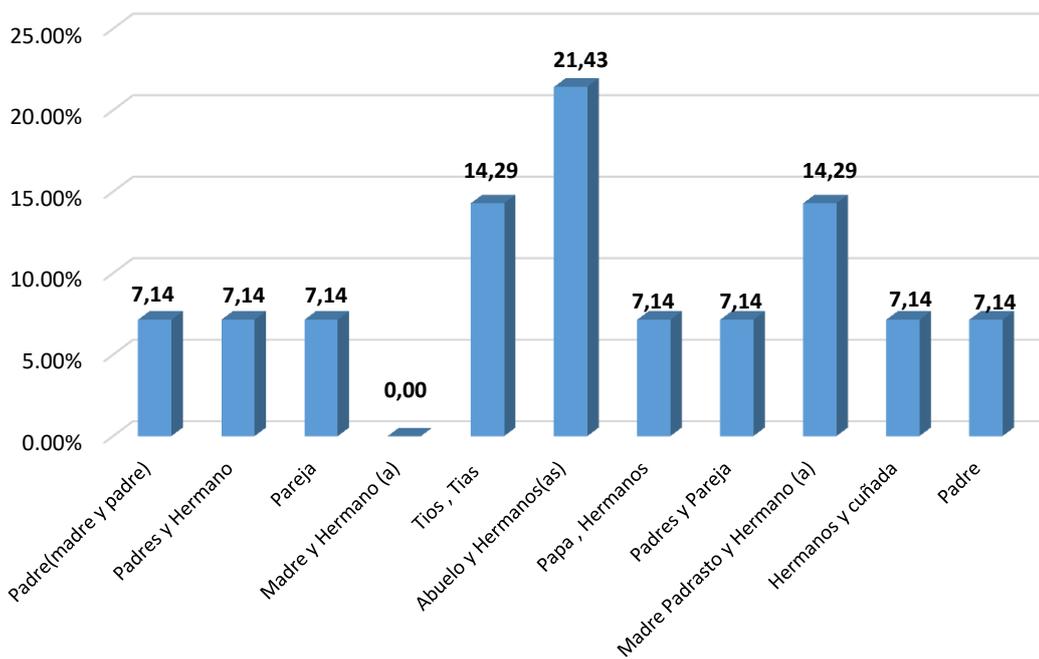
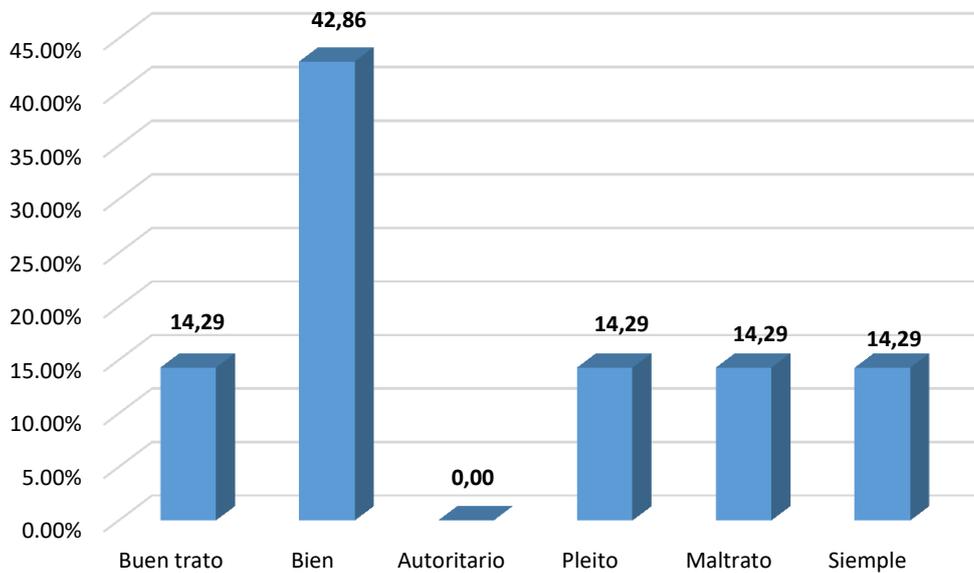


Figura 1.4: Grafico de barra del estado civil de las gestantes adolescentes.  
**Fuente:** tabla



**Figura 2.2:** Gráfico de columnas según la conformación del grupo familiar.  
**Fuente:** Tabla 2



**Figura 2.2:** Gráfico de columnas según el trato familiar antes del embarazo.  
**Fuente:** Tabla 2

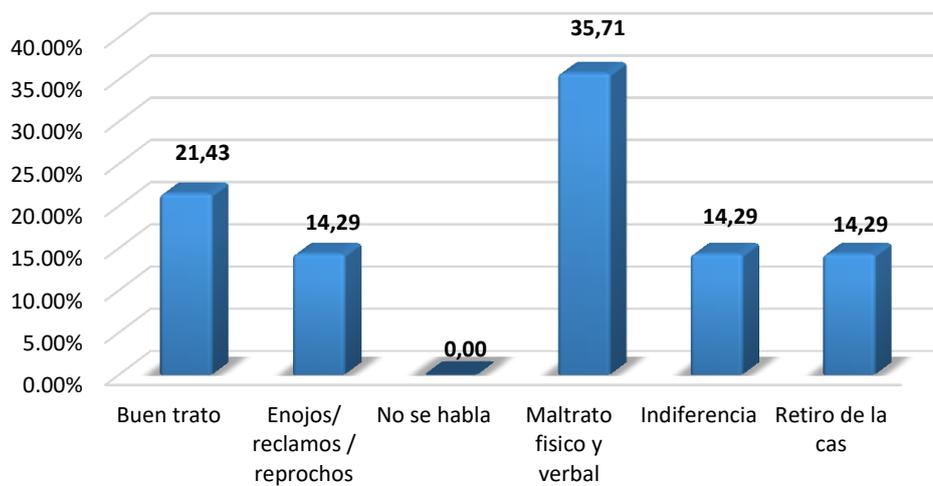


Figura 2.3: Gráfico de columnas del trato recibido de sus familias al conocer de su embarazo.

**Fuente:** Tabla 2

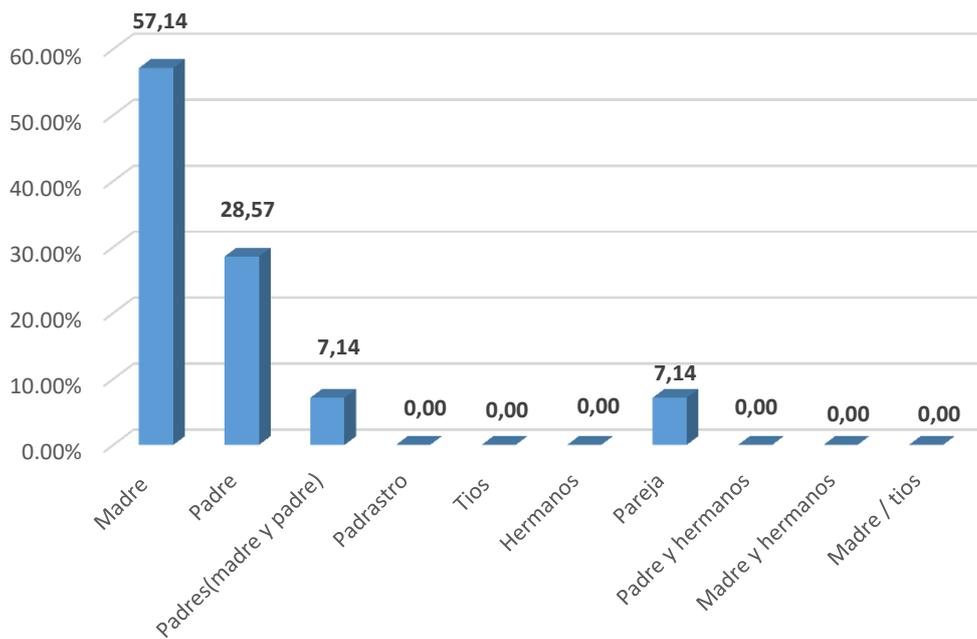


Figura 3.1: Gráfico de columnas de la proveniencia de ingresos económicos.

**Fuente:**

Tabla

3

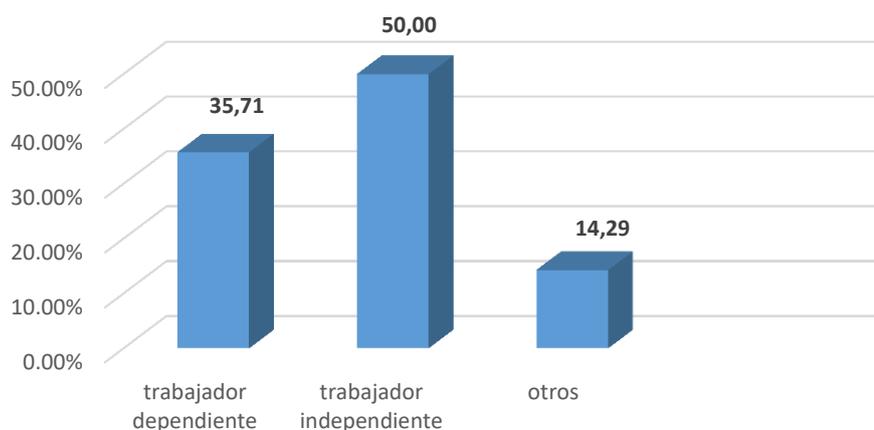


Figura 3.2 Gráfico de columnas según la ocupación de los miembros de la familia.  
Fuente: Tabla 3

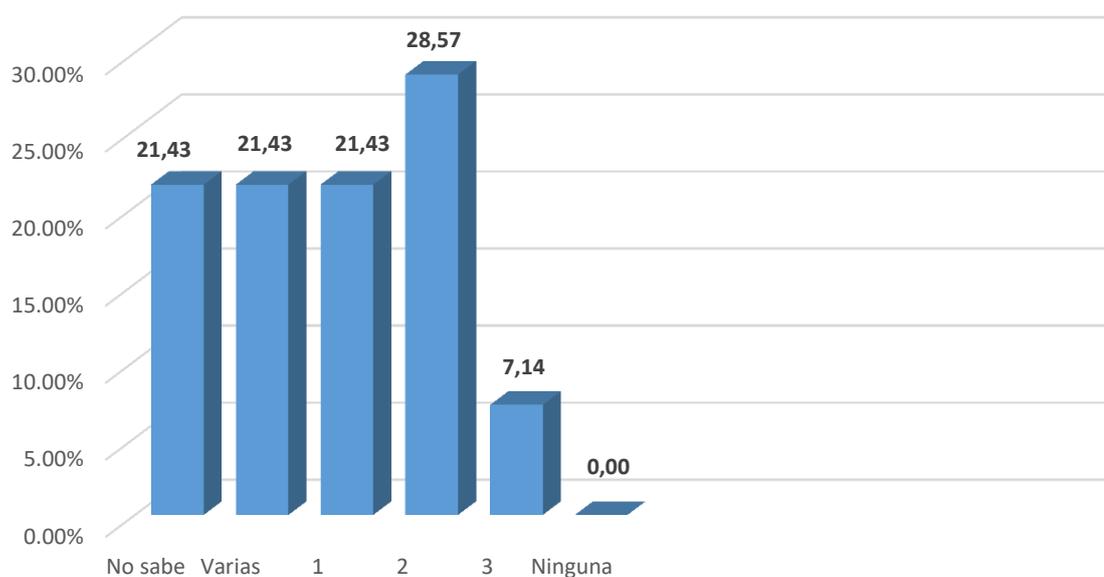
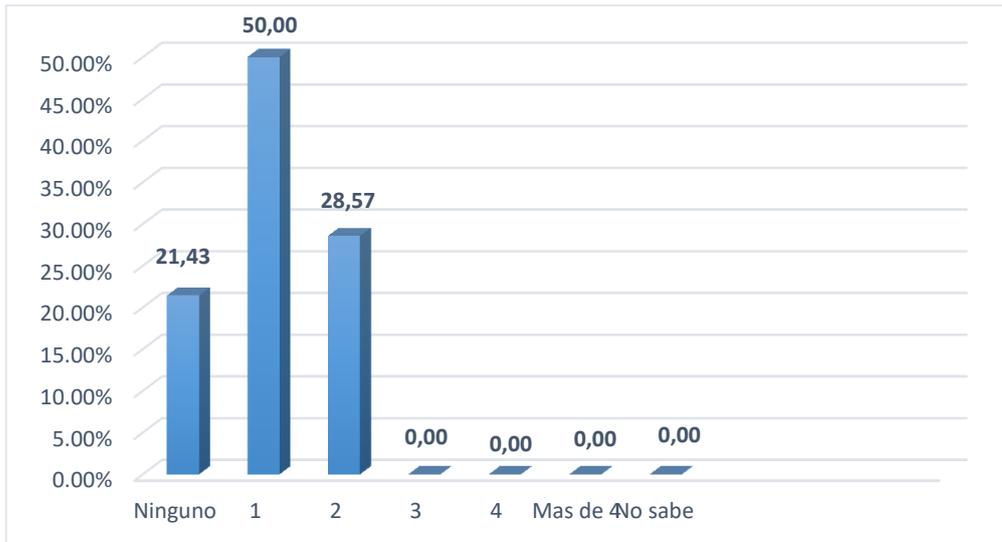
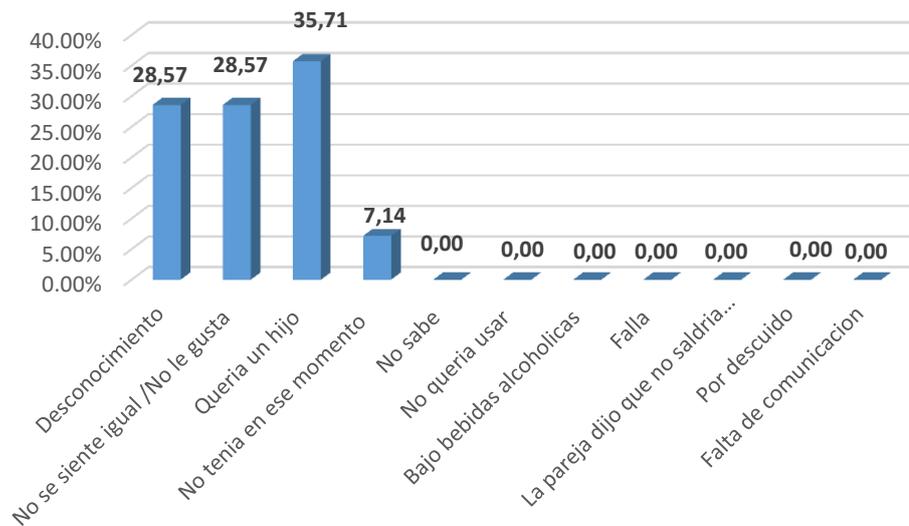


Figura 4.1 Gráfico de columnas según las parejas del padre de su hijo antes del embarazo.  
Fuente: Tabla 4



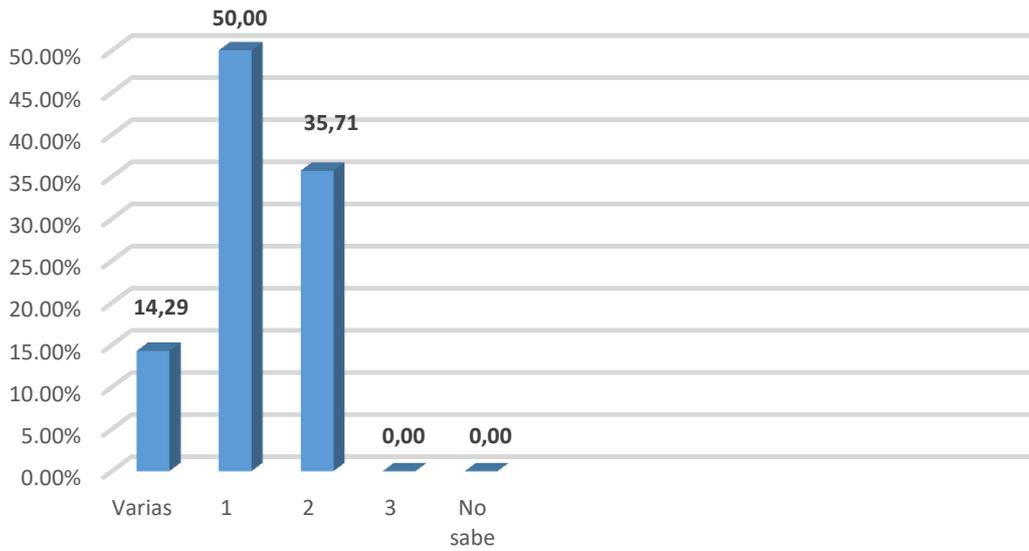
**Figura 4.2** Gráfico de columnas según el número de hijos del padre de su hijo de la gestante adolescente.

**Fuente:** Tabla 4

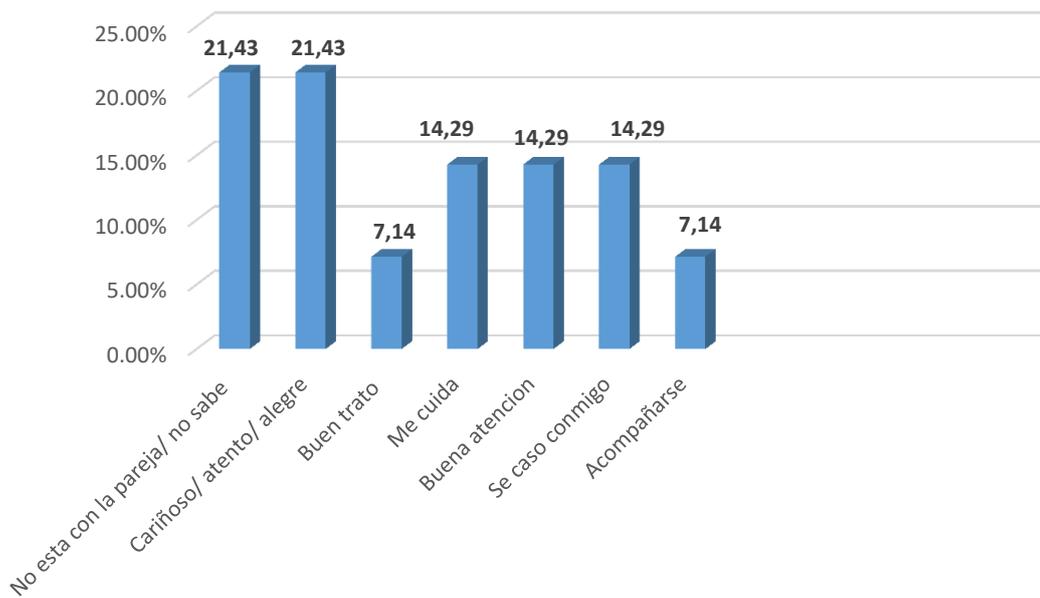


**Figura 4.3:** Gráfico de columnas según el motivo de no uso del condón

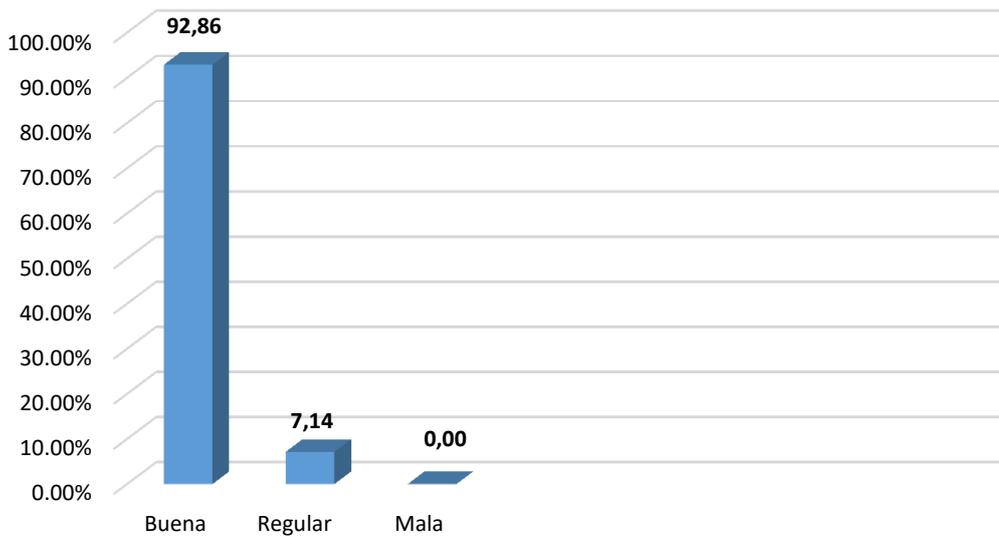
**Fuente:** Tabla 4



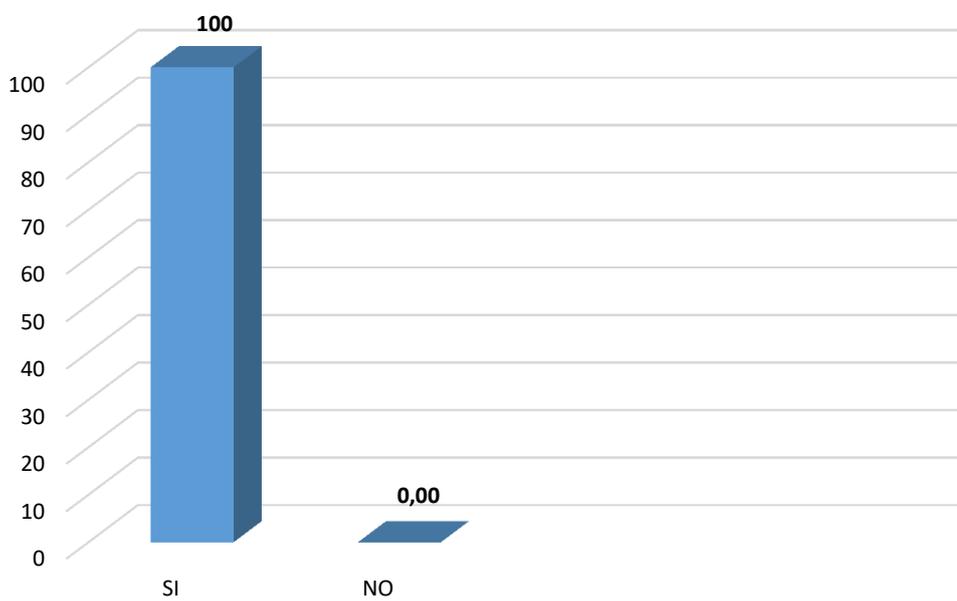
**Figura 4.4:** Gráfico de columnas según el número de relaciones sexuales.  
**Fuente:** Tabla 4



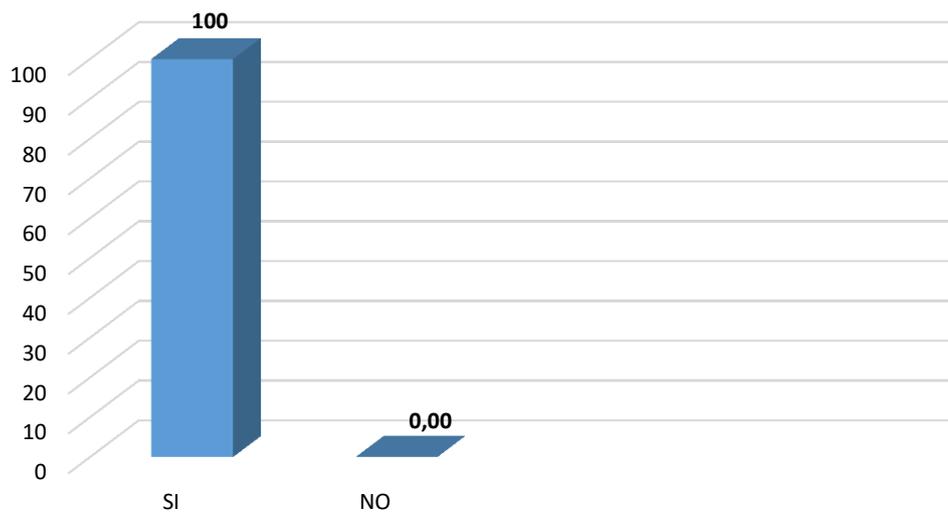
**Figura 4.5:** Gráfico de columnas según la muestra de amor de su pareja.  
**Fuente:** Tabla 4



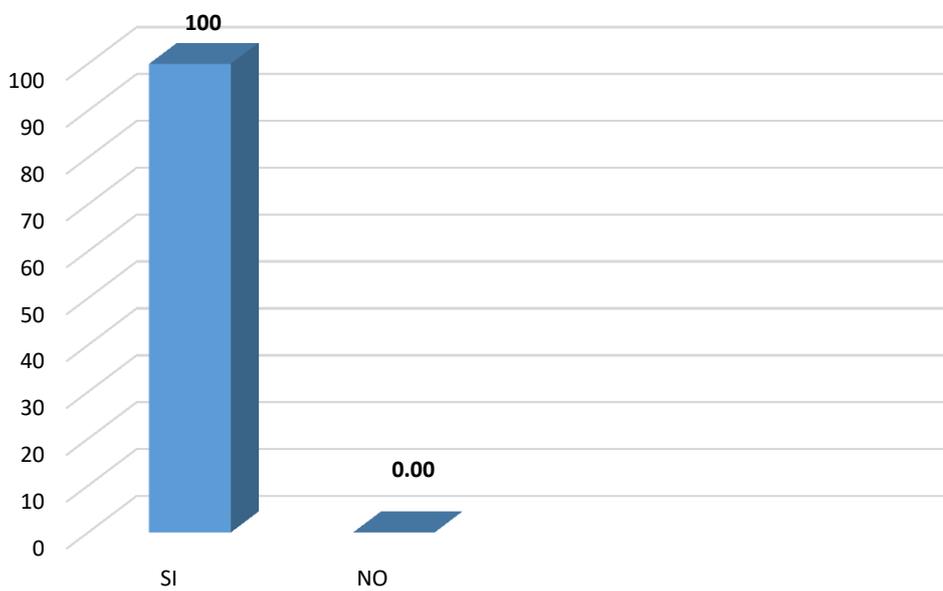
*Figura 5.1:* Gráfico de columnas según la percepción sobre la comunicación.  
**Fuente:** Tabla 5



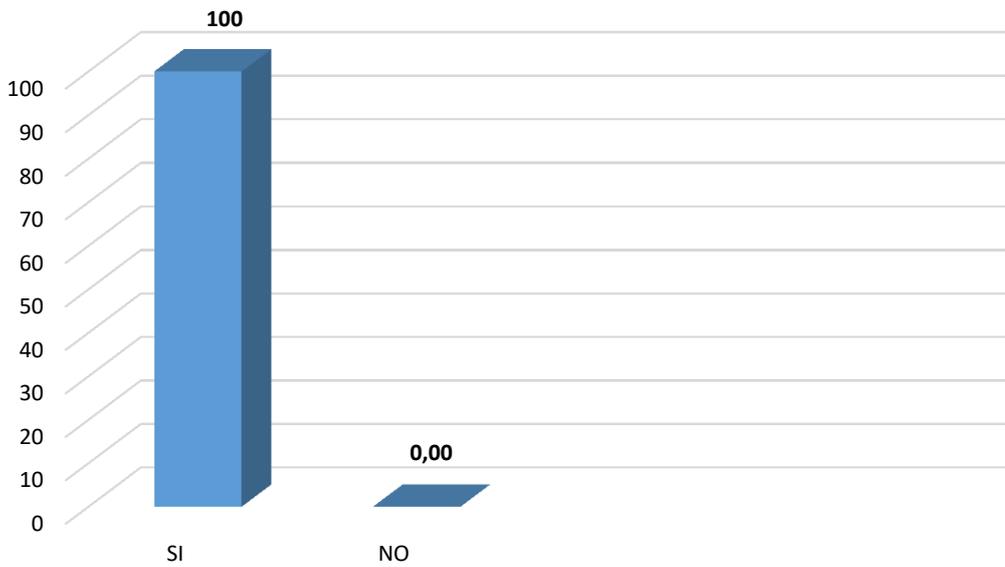
*Figura 5.2:* Gráfico de columnas según la percepción del Ambiente de confianza.  
**Fuente:** Tabla 5



*Figura 5.3:* Gráfico de columnas según la percepción relacionada con el sentimiento de igualdad.  
**Fuente:** Tabla 5

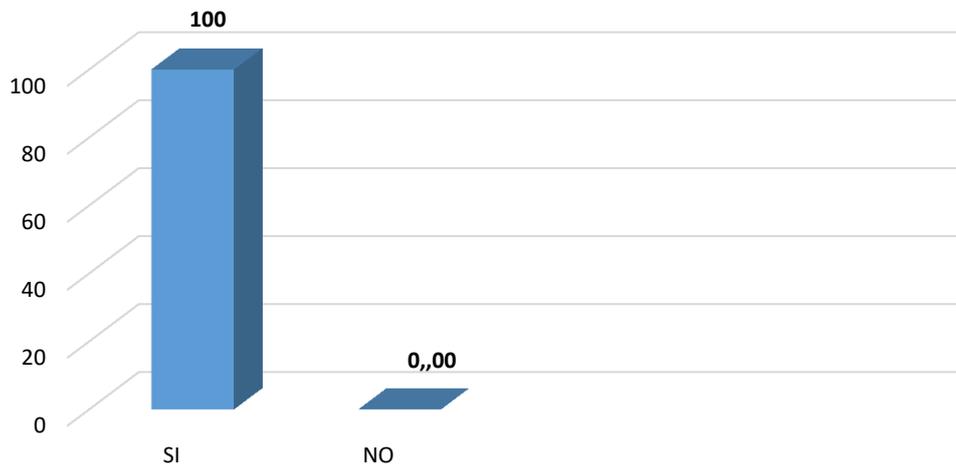


*Figura 5.4:* Gráfico de columnas según la percepción sobre la muestra de interés del profesional en la atención.  
**Fuente:** Tabla 5



*Figura 5.5:* Gráfico de columna según la percepción del tiempo necesario para realizar la atención.

**Fuente:** Tabla 5



*Figura 5.6:* Gráfico de columnas según la percepción en relación a la forma en el que el profesional realiza las maniobras de leopold.

**Fuente:** Tabla 5

## Referencia Bibliográfica

- 1.- OMS. [Página de internet]. Perú: Boletín de la Organización Mundial de la Salud; c2014 [actualizado Junio 2014; citado 23 de enero 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/).
- 2.- Rodríguez v. Incidencia del Embarazo en la adolescencia en Mujeres de 12 a 18 años en Maternidad Mariana de Jesús” de septiembre 2012 a febrero del 2013 [Tesis previa a la obtención del Título de Obstetra]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2013.
- 3.- Flores M, Nava G, et al. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. Revista de Salud Pública [Revista en línea]. 2017 junio \*\* [Citado el 27 de mayo del 2018]; 19 (3): 374-378. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42254536013> .
- 4.- OMS. [Página en internet]. Argentina: El intransigente; c2017 [actualizado 03 junio 2017]. Disponible en <https://www.elintransigente.com/sociedad/2017/6/3/embarazos-adolescentes-numeros-439234.html>.
- 5.- Bello Y. Calidad de la atención prenatal en la unidad de medicina familiar [Tesis para obtener el título de medicina familiar]. México: Universidad Veracruzana; 2014.

6.- Mogollón K. Nivel de Satisfacción sobre la atención prenatal en gestantes atendidas en los consultorios de Obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal Enero – Febrero [Tesis Para optar el Título de Licenciada en Obstetricia]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.

7.- UNPHA Perú. [Página de internet]. Lima: Fondo de Población de las Naciones Unidas; c2011 [actualizado 26 mayo 2018; citado 26 Mayo 2016]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/webespeciales/2016/may/Endes2016/Nota1.html>.

8.- Alberca M. Factores que predisponen el embarazo precoz y percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional de salud en el control prenatal del Establecimiento de Salud I-1 Chapaira Castilla- Piura 2013. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en Obstetricia]. Piura: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015.

9.- La República. [Página en internet]. Lima. Más de 1,700 embarazos adolescentes en Piura; c2017 [actualizado 29 Sep 2017]. Disponible en <http://larepublica.pe/sociedad/1104076-mas-de-1700-embarazos-adolescentes-en-piura>.

10.- Embarazo precoz (Sullana). [Página en internet]. Piura. Prezi. [Actualizado el 12 de Diciembre de 2013. Disponible en <https://prezi.com/5fay9izxvzvc/embarazo-precoz-sullana>.

11.- Según datos oficiales del libro de pacientes atendidas en el E.S I-3 Nueve de Octubre Sullana – Piura, Mayo 2018.

12.-. Mayorga P. Percepción sobre el Control Prenatal de las Gestantes Adolescentes en el E.S san Cristóbal, Bogotá 2012. [Tesis para optar el Título de Magister en Salud Publica]. Bogotá: Universidad Nacional De Colombia; 2012.

13.- Carrión J. Factores predisponentes en el embarazo de adolescentes en la zona urbana y en la zona rural de la Ciudad de Loja. [Tesis para optar el grado de médico general]. Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2014.

14.- Arana R, Rosales C. Factores que predisponen los Embarazo en las Adolescentes [Tesis presentada para la licenciatura en enfermería]. Alvear: Universidad Nacional de Cuyo; 2013.

15.- Osorio A. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013. [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.

16.-Rodríguez A, Sucño C. Factores que influyen en el embarazo en adolescentes en el centro de salud pedro Sánchez meza Chupaca de enero a marzo 2016. [Tesis para optar el título profesional de obstetra]. Huancayo: Universidad Peruano del Centro; 2016.

17.- Osorio R. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013. [Tesis doctoral]. Lima: Universidad Nacional de San Marcos; 2014.

18.- Rujel P, Silupu J. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Control Prenatal Hospital “Sagaro” II-I tumbes 2016. [Tesis Para optar el título de Profesional de Licenciado en Obstetricia]. Tumbes: Universidad Nacional de Tumbes; 2016.

19. Tume S. Factores que predisponen el embarazo precoz y percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional de salud en el control prenatal del Establecimiento de Salud I-3 la Arena- Piura 2012. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en obstetricia]. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2012.

20.-Cordova V. Factores que predisponen el embarazo precoz y percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional de salud en el Control Prenatal del Establecimiento de salud I-3 San José-Piura 2016. [Tesis para optar el título de profesional de obstetricia]. Piura: Universidad Católica Ángeles de Chimbote; 2017.

21.- Ordoñez M. Factores que predisponen el embarazo precoz y percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional de salud en el control prenatal en el Hospital de la amistad Perú –Corea I–2santa Rosa Piura 2012. [Tesis para optar el título profesional de licenciada Obstetricia]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles De Chimbote; 2015.

22.- Bordignon N. Hace referencia El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. Revista Lasallista de Investigación \*[Serie en internet]. Mayo 2005 \*\* [Citado 24 de mayo de 2018]; 2 (2):50-63. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>

23.- Rodríguez M. Educación sexual como estrategia de prevención en el embarazo de adolescentes. [Tesis optar al grado de Magíster en Investigación Educativa]. Bárbula: Universidad de Carabobo; 2015.

24.- Teorías psicoanalíticas. [Página en internet]. Guayaquil: Teoría Psicoanalítica de Sigmund Freud; c2016 [Actualizada 27 junio 2016] .Disponible en <https://psicologiadelapersonalidadweb.wordpress.com/2016/06/27/teoria-psicoanalitica-de-sigmund-freud/>.

25.- Silva V, De Lorenzi G. hace referencia a la Pedagogía de los medios y pedagogía Freinet: puntos de encuentro. Redalyc. Org [Revista en línea]. 2013 abril \*\* [citado 27 de mayo 2018]; 5 (1): 98-107. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68830443009>.

26.- UNICEF. La adolescencia. [Página en internet]. © 2011. [Citado 16 May 2018]. Disponible:[https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF\\_Estado\\_Mundial\\_de\\_la\\_Infancia\\_2011\\_-\\_La\\_adolescencia\\_una\\_epoca\\_de\\_oportunidades.pdf](https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF_Estado_Mundial_de_la_Infancia_2011_-_La_adolescencia_una_epoca_de_oportunidades.pdf).

27.- Yanchatipán D. Factores de riesgo Psicosocial que producen estados depresivos en adolescentes embarazadas del Hospital Gineco Obstetra Isidro Ayora” [Informe

Final del Trabajo de Grado, previo la obtención del título de Psicóloga Clínica]. Ecuador: Universidad Central Del Ecuador; 2015.

28.-- López R. Análisis de las leyes de la Gestalt y su aplicación en materiales didácticos para niños de educación inicial II [Tesis de Grado Previa a la Obtención del Título de Diseñador gráfico] Ecuador: Universidad Católica del Ecuador; 2016.

29.- Parí A. Percepción de la Calidad de Atención del Control Prenatal por la usuaria externa en el Puesto de salud Viñani de Tacna, en el año 2017 [Tesis Para optar el Título Profesional de: Licenciada en Obstetricia] Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2017.

30.- Liliana Ll. El Embarazo en Adolescentes Estudiantes de Bachillerato: Repercusiones Psicológicas y Sociales. \*[Serie en internet] . 2014 \*\* [citado 01 de enero 2014]; 2 (2):20 43. Disponible en <file:///C:/Users/Julian/Downloads/56-Texto%20del%20art%C3%ADculo-249-2-10-20161227.pdf> .

31.- Arnao V. Factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes, Centro Materno Infantil José Gálvez, Lima - Perú, 2014 [Tesis Para optar el Grado Académico de Magíster en Salud Pública]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.

32.- Ochoa C, Moncada J, Vásquez P. Factores biológicos, socioeconómicos y culturales asociados con el embarazo en adolescentes [Tesis de grado]. Medellín: Universidad Cas; 2015.

33.- Rojas P. Satisfacción ante la Atención Prenatal en Gestantes Atendidas en el Centro de Salud Santa Ana Huancavelica, 2014 [Tesis para Optar el Título Profesional de Obstetra]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2014.

34.- Katerin O, Reyes O. Cumplimiento del Protocolo de Control Prenatal en Embarazadas de Bajo Riesgo Atendidas en el Centro de Salud Francisco Buitrago, Managua. 2013 [Tesis para Optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía] Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2013.

# **ANEXOS**



## Anexo 1

### Cuestionario sobre Factores del Embarazo precoz



Iniciaremos con una serie de enunciados sobre diversos factores y percepción del embarazo precoz.

#### I.- FACTORES INDIVIDUALES

1. Edad:

- a) 10- 14 años
- b) 15-19 años

2. Grado de instrucción:

- a) Analfabeta
- b) Primaria Incompleta
- c) Primaria Completa
- d) Secundaria Incompleta
- e) Secundaria Completa
- f) Superior

3.- Religión:

- a) Católica

b) No Católica

c) No creyente

4.- Estado Civil:

a) Soltera

b) Casada

c) Conviviente

d) Divorciada

## **II.- FACTORES SOCIALES**

5.- ¿Quiénes conforman su grupo familiar?

1) Padres (madre y padre)

2) Padres y hermanos.

3) Pareja

4) Madre y hermano/a

5) Tías, tíos

6) Abuelo, hermanos/as

7) Papá, hermanos

8) Padres y pareja

9) Madre, padrastro, hermanos

10) Hermano y cuñada

11) Madre, hermanos, sobrinos.

12) Padre

6.- ¿Cuál era el trato de su familia hacia usted antes de su embarazo?

Buen trato

- a. Bien
- b. Autoritarios
- c. Pleitos
- d. Maltrato
- e. Simple

7.- ¿Cuál era el trato de su familia hacia usted al conocer sobre su embarazo?

- 1. Buen trato.
- 2. Enajo/ reclamos/ reproches.
- 3. No se hablan.
- 4. Maltrato (físico y verbal).
- 5. Indiferencia.
- 6. Retiro de la casa.

### **III.- FACTORES ECONOMICOS**

8.- ¿De dónde provenían los ingresos económicos para el sostenimiento de su familia, antes de su embarazo?

- 1. Madre
- 2. Padre
- 3. Padres (padre y madre)
- 4. Padraastro
- 5. Tíos

6. Hermanos/as
7. Pareja
8. Padre y hermanos/as.
9. Madre/ hermanos/as.
10. Madre/tíos

9.- ¿Qué tipo de ocupación tienen los miembros de su grupo familiar?

1. Trabajador Dependiente
2. Trabajador Independiente
3. Otros

#### **IV.- FACTORES CULTURALES**

10.- ¿Cuántas parejas ha tenido el padre de su hijo, antes de su embarazo?

- a) No sabe.
- b) Varias
- c) 1
- d) 2
- e) 3
- f) 4
- g) Ninguna

11.- ¿Cuántos hijos más tiene el padre de su hijo?

- a) Ninguno

- b)1
- c)2
- d)3
- e)4
- f) Más de 4
- g)No sabe

12- ¿Por qué motivo el padre de su hijo no uso condón para evitar el embarazo?

- a) Desconocimiento.
  - 1. No siente igual/ no le gusta el
  - 2. Quería un hijo.
  - 3. No tenía en ese momento.
  - 4. No sabe
  - 5. No querían usar
  - 6. Bajo bebidas alcohólicas
  - 7. Falla
  - 8. La pareja le dijo que no iba a quedar embarazada.
  - 9. Por descuido.
  - 10. Falta de comunicación.

13.- ¿Cuántas relaciones coitales consideras que debe tener una mujer que una mujer para poder quedar embarazada?

- 1) Varias veces

- 2) 1 vez
- 3) 2 veces
- 4) 3 veces
- 5) No sabe

14.- ¿Cuál consideras que es la forma que debería tener su pareja para le demostrarle amor?

- 1) No estás con la pareja/ no sabe de él.
- 2) Cariñoso/ atento/ alegre.
- 3) Buen trato.
- 4) Me cuida.
- 5) Buena atención.
- 6) Se casó conmigo/ acompañarse



## Anexo 2

### Cuestionario de percepciones sobre control prenatal



1.- ¿Cómo consideran las adolescentes embarazadas que es la comunicación existente entre profesional y ellas?

- Buena
- Regular
- Mala

2.- ¿Existe ambiente de confianza durante la atención entre las adolescentes embarazadas y el profesional de Obstetricia?

- Si
- No

3.- ¿Sentimiento de igualdad en la atención entre las adolescentes embarazadas?

- Si
- No

4.- ¿Sienten las adolescentes que el profesional de Obstetricia muestra interés en la atención, y la importancia que le asignan?

- Si
- No

5.- ¿El Profesional de Obstetricia se toma el tiempo necesario para realizar la atención?.

- Si

No

6.- ¿El profesional de Obstetricia realiza las maniobras clínicas oportunas?

Si

No

7.- ¿El Profesional de Obstetricia aclara todas las dudas que presentan las adolescentes durante la atención, y brinda la información necesaria?

Si

No

### Anexo 3

#### Validez y Confiabilidad del instrumento

**Reporte de validación del cuestionario Factores del embarazo precoz y la percepción de las gestantes adolescentes sobre la atención brindada por el profesional de obstetricia en el control prenatal.**

<b>Año</b>	2017
<b>Autora</b>	Obsta. Flor de María Vásquez Saldarriaga
<b>Procedencia</b>	Piura-Perú
<b>Administración</b>	Adolescentes de 14 a 19 años
<i>Significancia</i>	Evalúa el conjunto de ideas, conceptos, y enunciados verdaderos o falsos, productos de la observación y experiencia del adolescente, referida a factores del embarazo y percepción del control prenatal
<b>Duración</b>	No tiene límite, como promedio 20 minutos
<b>Confiabilidad</b>	La confiabilidad con el Método de Alfa Cronbachs es de ,700 (Alta confiabilidad).
<b>Validez</b>	La Escala ha sido sometida a criterio de Jueces expertos para calificar su validez de contenido teniendo resultados favorables.

## Anexo 4

### Reporte de validación de la prueba sobre Factores del embarazo precoz y la percepción de las gestantes adolescentes sobre la atención brindada por el profesional de obstetricia en el control prenatal

#### CONFIABILIDAD

##### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha
,700

#### BAREMACIONES

##### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	
Inadecuado	0-9
Normal	mas 12
Adecuado	9-12

## Anexo 5

### Ficha de consentimiento informado del participante

Yo, como sujeto de investigación en pleno uso de mis facultades, libre voluntariamente EXPONGO: que he sido debidamente INFORMADO/A por los responsables de realizar la presente investigación científica titulada: Factores del embarazo precoz y la percepción de las gestantes adolescentes sobre la atención brindada por el profesional de obstetricia en el control prenatal del establecimiento de salud I-3 Nueve de Octubre-Piura, Mayo 2018. Siendo importante mi participación en una encuesta para contribuir ha dicho trabajo de investigación.

Que he recibido explicaciones tanto verbales como escritas, sobre la naturaleza y propósitos de la investigación y también he tenido ocasión de aclarar las dudas que me han surgido.

#### **MANIFISTO:**

Que habiendo comprendido y estando satisfecho/a de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el mencionado trabajo de investigación, OTORGO MI **CONSENTIMIENTO** para que me sea realizada la encuesta. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento.

Y, para que así conste, firmo el presente documento.

---

Firma del participante

---

Fecha