



---

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE**

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

**FACTORES DEL EMBARAZO PRECOZ Y GRADO DE  
SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN  
GESTANTES ADOLESCENTES DEL CENTRO DE  
SALUD MATERNO INFANTIL DE CASTILLA –PIURA,  
MAYO 2018.**

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

**AUTORA:**

**VALERIA CARRILLO VITE**

**ASESORA:**

**OBSTA. FLOR DE MARÍA VÁSQUEZ SALDARRIAGA**

**PIURA-PERÚ**

**2018**

## **Firma del Jurado Evaluador y Asesora**

Dra. Obsta. Susana Edita Paredes Diaz  
**Presidenta**

Mgr. Obsta. Aurea Panta Boggio  
**Miembro**

Mgr. Obsta. Silvia Teresa Coronado Morales  
**Miembro**

Lic. Obsta. Flor de Maria Vásquez Saldarriaga  
**Asesora**

## **Agradecimientos**

### **A Dios:**

Por ser mi guía y mí camino a seguir,  
por no dejarme rendir con los  
obstáculos que se me presentaron en

### **A mis padres:**

Carlos y Cristina, por su constante apoyo y  
consejos que para ser un profesional se debe  
luchar en la vida, salir adelante y así  
terminar mi carrera. Y a mi amor Juan Luis  
por su constante apoyo y cariño a la  
realización de este proyecto.

### **A nuestra asesora:**

Por su apoyo y su dedicación para que la  
presente investigación sea todo un éxito.

VALERIA

## **Resumen**

La investigación tuvo como objetivo general, Determinar los Factores del embarazo precoz y el grado de satisfacción sobre la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla (CESAMICA), Castilla – Piura, periodo Mayo 2018. La investigación fue de tipo cuantitativo-descriptivo; para la recolección de información se escogió una muestra de 23 gestantes adolescentes de una población muestral de 23 de la misma unidad de análisis. Mediante la encuesta se les aplicó un cuestionario para identificar los factores del embarazo precoz y determinar el grado de satisfacción sobre la atención prenatal. Los resultados fueron: El 86,96% tuvo una edad entre 15 a 19 años, el 39,13% tenía secundaria incompleta, el 95.65% convive con la pareja; edad de la primera menstruación fue entre 11 a 14 años con un 86,96%; 100% manifestó ser primera gestación; 52,17% no utilizó ningún tipo de método anticonceptivo; el 86,96% tuvo su primera relación coital entre 15 a 19 años, 69,60% provienen de una familia biparental. El grado de satisfacción en la atención prenatal en forma global se encontró que un 34,80% de las gestantes adolescentes están medianamente satisfechas, mismo porcentaje mostró insatisfacción; referente a la accesibilidad el 39,13% manifestó estar insatisfechas, según la estructura el 56,52% se encontró estar medianamente satisfechas, el 43,48% manifestó insatisfacción con la atención brindada y cabe resaltar que el 47,83% mostró estar medianamente satisfechas con la orientación educativa brindada por el profesional de salud.

**Palabras claves:** Adolescentes, factores y grado de satisfacción, embarazo precoz.

## **Abstract**

The general objective of the research was to determine the factors of early pregnancy and the degree of satisfaction with prenatal care in pregnant women attended at the Maternal and Child Health Center of Castilla (CESAMICA), Castilla-Pura, May 2018 period. The research was carried out quantitative-descriptive type; for the collection of information, a sample of 23 adolescent pregnant women was chosen from a sample population of 23 from the same unit of analysis. Through the survey, a questionnaire was applied to identify the factors of early pregnancy and determine the degree of satisfaction with prenatal care. The results were: 86.96% had an age between 15 to 19 years, 39.13% had incomplete secondary, 95.65% lived with the couple; Age of the first menstruation was between 11 to 14 years with 86.96%; 100% said it was the first pregnancy; 52.17% did not use any type of contraceptive method; 86.96% had their first coital relationship between 15 to 19 years, 69.60% come from a two-parent family. The degree of satisfaction in prenatal care overall was found that 34.80% of pregnant women are moderately satisfied, the same percentage showed dissatisfaction; Regarding accessibility, 39.13% said they were unsatisfied. According to the structure, 56.52% were found to be fairly satisfied, 43.48% said they were dissatisfied with the care provided, and it should be noted that 47.83% showed to be moderately satisfied with the educational orientation provided by the health professional.

**Keywords:** Adolescents, early pregnancy, factors and degree of satisfaction.

## Contenido

1. Título de la tesis (Carátula) .....	i
2. Hoja de firma del jurado evaluador.....	ii
3. Hoja de agradecimiento .....	iii
4. Resumen y abstract .....	iv
5. Contenido (Índice) .....	v
6. Índice de tablas, figuras y cuadros .....	vii
I. Introducción.....	1
II. Revisión de Literatura .....	12
2.1 Antecedentes .....	12
2.2 Bases Teóricas.....	29
III. Metodología .....	66
3.1 Tipo y nivel de investigación .....	66
3.2 Diseño de la investigación .....	66
3.3 Población y muestra .....	67
3.4 Criterios de Inclusión y Exclusión .....	67
3.5 Definición y Operacionalización de las variables en estudio.....	68
3.6 Técnica e Instrumentos de medición.....	75
3.7. Plan de análisis.....	77
3.8 Matriz de Consistencia.....	79
3.9 Principios Éticos.....	81
IV. Resultados .....	82
4.1. Resultados .....	82
4.2. Análisis de resultados.....	92
V. Conclusiones.....	108
VI.-Aspectos complementarios .....	110
Referencias Bibliográficas .....	121
Anexos .....	128

## Índice de Tablas

Tabla 1: Características sociodemográficas .....	82
Tabla 2: Factores reproductivos .....	83
Tabla 3: Factores sexuales.....	84
Tabla 4: Factores familiares de las gestantes adolescentes .....	85
Tabla 5: Factores de conocimiento sobre concepción precoz y anticoncepción.....	86
Tabla 6: Grado de satisfacción de las atención prenatal en forma global .....	87
Tabla 7 Grado de satisfacción de la atención prenatal según la accesibilidad.....	88
Tabla 8 Grado de satisfacción de la atención prenatal según la estructura .....	89
Tabla 9 Grado de satisfacción de la atención brindada por el profesional de salud.....	90
Tabla 10 Grado de satisfacción de la atención prenatal según la orientacion brindada del embarazo, parto y puerperio por el profesional salud.....	91

## Índice de Figuras

Figura 1: Gráfico de barras del porcentaje de investigadas según menarquia. ....	110
Figura 2: Gráfico de barras del porcentaje de investigadas según el número de gestaciones. ....	110
Figura 3: Gráfico de pastel del porcentaje de investigadas según antecedentes de aborto. ....	111
Figura 4: Gráfico de pastel del porcentaje de investigadas según métodos anticonceptivos conocidos. ....	111
Figura 5: Gráfico de pastel del porcentaje de investigadas según el uso de métodos anticonceptivos. ....	112
Figura 6: Gráfico de barras del porcentaje de inestigadas según el tipo de método anticonceptivo utilizado ....	112
Figura 7: Gráfico de barras del porcentaje de investigadas según la edad de inicio de relaciones sexuales ....	113
Figura 8: Gráfico de barras del porcentaje de investigadas según la persona de inicio de relación coital. ....	113
Figura 9: Gráfico de pastel del porcentaje de investigadas según el número de parejas sexuales. ....	114
Figura 10: Gráfico de pastel del porcentaje de investigadas según el tipo de familia. ....	114
Figura 11: Gráfico de pastel del porcentaje de investigadas según antecedentes de embarazo adolescente en la familia. ....	115
Figura 12: Gráfico de barras del porcentaje de investigadas según la relación del adolescente con sus padres. ....	115
Figura 13: Gráfico de barras del porcentaje de investigadas según con quien vivía antes del embarazo. ....	116
Figura 14: Gráfico de pastel del porcentaje de investigadas según si recibió información sobre la prevención de un embarazo. ....	116
Figura 15: Gráfico de barras del porcentaje de investigadas según de quien recibió información ....	117
Figura 16: Gráfico de barras del porcentaje de investigadas según la evaluación de la información recibida sobre métodos anticonceptivos. ....	117
Figura 17: Gráfico de barras del porcentaje de investigadas según grado de satisfacción la atención prenatal en forma global. ....	118
Figura 18: Gráfico de barras del porcentaje de investigadas del grado de satisfacción de la atención prenatal según la accesibilidad. ....	118



Figura 19: Gráfico de barras del porcentaje de investigadas del grado de satisfacción sobre la atención prenatal según la estructura.....	119
Figura 20: Gráfico de pastel del porcentaje de investigadas del grado de satisfacción de la atención brindada por el profesional de salud.....	119
Figura 21: Gráfico de pastel del porcentaje de investigadas del grado de satisfacción según la orientación educativa del embarazo, parto y puerperio por el profesional de salud. ....	120

## **Índice de Cuadros**

Cuadro 1: Matriz de Operacionalización de la variable Factores del embarazo adolescente .....	70
Cuadro 2: Matriz de Operacionalización de la variable Grado de Satisfacción sobre la atención prenatal .....	73
Cuadro 3: Matriz de Consistencia .....	79

## **I. Introducción**

La adolescencia es un periodo de transición, una etapa del ciclo del crecimiento que marca el final de la niñez y anuncia la adultez. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia al “Periodo de vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, y los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica y fija los límites entre 10 a 19 años”.

La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados o no planificados, producto de una relación débil de pareja provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos. En general el término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen (1).

Existen muchos factores que predisponen al embarazo en la adolescencia como una menarquía temprana que le otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo, el inicio precoz de las relaciones sexuales ya que no existe la madurez emocional para utilizar métodos anticonceptivos de prevención, el mal funcionamiento del núcleo familiar por la posibilidad de huir de un hogar donde a veces la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo o el riesgo de incesto, un bajo nivel educativo sin un proyecto de vida claro que posponga la maternidad para la edad adulta o los pensamientos mágicos propios de la adolescencia, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean, entre otros, hacen que aumente cada vez el número de embarazos en la adolescencia (2).

Por lo tanto, los bebés que nacen de mujeres adolescentes tienen mayor riesgo en presentar problemas en el desarrollo y allí viene la importancia de acudir tempranamente al control prenatal ya que permite establecer acciones inmediatas para prevenir factores de riesgo tanto de la gestante y del feto, en estudios reportan que su importancia ayuda a menor riesgo de niños con bajo peso al nacer, prematuridad, posibles complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, también nos ayuda a prevenir a una morbilidad materna y perinatal.

A nivel mundial, el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) el Estado de la Población Mundial del 2017; en su informe ‘Mundos aparte: la salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad’, analiza las inequidades de género en el mundo, por lo que respecta a las adolescentes que, además, deben enfrentar a las vulnerabilidades asociadas con la juventud, la tasa de fecundidad de las que residen, el 20% de los hogares más pobres es casi tres veces superior a la de las adolescentes del 20% de los hogares más acaudalados. La mayoría de los partos en la adolescencia (el 95%) se dan en países en desarrollo, de los 7,3 millones de nacimientos anuales entre adolescentes menores de 18 años que tienen lugar en los países en desarrollo, 1,1 millones se dan entre niñas menores de 15 años y 9 de cada 10 se producen en el seno del matrimonio o de una unión libre (3).

En muchas partes del mundo en desarrollo, las adolescentes son forzadas a contraer matrimonio, normalmente con hombres de edad mucho más avanzada. La diferencia de edad puede reducir su influencia en las decisiones sobre el uso de métodos anticonceptivos. UNFPA en el 2016 hace referencia que, en el 2015 se registraron aproximadamente 14,5 millones de partos de madres adolescentes en 156 países, territorios y otras zonas en desarrollo. Dar a luz con 19 años o menos puede

agravar el riesgo de complicaciones y muertes maternas. Asimismo, la maternidad en la adolescencia puede conllevar el abandono de la escuela y la privación de conocimientos y capacidades importantes, con el consiguiente menoscabo de las oportunidades de empleo y remuneración futuras (3).

En todo el mundo las mujeres que viven en el 40% de los hogares más ricos presentan mayores probabilidades de asistir al menos a cuatro consultas de atención prenatal en su establecimiento de salud. Así mismo en Chad, Etiopía y el Pakistán, por ejemplo, es cuatro veces más probable que las mujeres del 20% de los hogares más ricos se beneficien de al menos cuatro consultas de atención prenatal que las del 20% de los hogares más pobres. No obstante, la mayoría de los países sobre los que existen datos disponibles han avanzado en la mejora del acceso a las consultas prenatales y la reducción de la desigualdad basada en la riqueza en este sentido (3).

Cabe señalar que, hasta noviembre del 2016 en todo el mundo el número mínimo de visitas prenatales a cargo de un proveedor de servicios de salud era de cuatro controles prenatales necesarias para garantizar un embarazo seguro. Las mujeres del 20% de los hogares más pobres tienen el acceso más reducido a la atención prenatal, en comparación con otros quintiles de riqueza. Aunque el acceso a estos servicios va en aumento en todo el mundo, las mujeres en los países en desarrollo, en especial África Subsahariana y Asia Meridional, realizan o reciben habitualmente menos de cuatro visitas prenatales (3).

La situación es aún preocupante en las zonas rurales, donde los costos asociados con la necesidad de recorrer largas distancias para acceder a los servicios de atención pueden resultar prohibitivos. Los países con una cobertura general de servicios de atención prenatal muy baja suelen registrar las disparidades más pronunciadas en el

acceso a la atención. Por ejemplo, en el Afganistán, Etiopía y el Yemen, donde menos del 25% de las mujeres asisten a cuatro o más visitas prenatales, las que viven en zonas urbanas tienen, como mínimo, 2,5 veces más de probabilidades que las de las zonas rurales de recibir el número de visitas recomendado. La desigualdad basada en el lugar de residencia es menos notable en América Latina y el Caribe. En Guatemala, Guyana, Honduras, el Perú y la República Dominicana, por ejemplo, la proporción de mujeres que recibe al menos cuatro visitas de atención prenatal es similar en las zonas urbanas y las rurales (3).

En la actualidad el Perú no es ajeno a esta problemática sobre embarazos en la adolescencia, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2015, elaborada por el INEI y presentada el 26 de mayo en Lima, el 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. Así, entre aquellas que sólo terminaron primaria 1 de cada 3 estuvo embarazada (37,9%); entre las más pobres, 1 de cada 4 (24,9%), al igual que entre las adolescentes de la Selva; mientras que entre aquellas que provienen de zonas rurales, 1 de cada 5 (22,5%).

Así mismo, los porcentajes más altos de adolescentes que han estado embarazadas se encuentran en las áreas rurales, proporción dos veces a mayor al porcentaje en áreas urbanas. Así mismo, de las seis regiones con mayor porcentaje de embarazos en este grupo de edad, cinco pertenecen a la Selva, donde se encuentran los porcentajes más elevados. En regiones como San Martín y Ucayali, más de la quinta parte de estas adolescentes han tenido un segundo embarazo (21,5% y 20,1%, respectivamente); y en Loreto, el 27,3% más de la cuarta parte (4).

Con respecto a las atenciones prenatales, el Perú se encuentra en el grupo de los países que, en proporción de mujeres que recibe al menos cuatro visitas de atención prenatal es similar en las que residen en las zonas urbanas y las rurales (3). Esta situación es preocupante debido a que el embarazo suele afectar las posibilidades y oportunidades de las adolescentes para realizar sus planes de vida, así como el desarrollo de su familia, y en la mayoría de los casos, no es producto de una decisión libre, informada y autónoma.

Con respecto a la ciudad de Piura, La Dirección Regional de Salud (DIRESA) informó que el 9% de las gestantes atendidas hasta agosto del 2017 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 interés en la prevención de embarazos en adolescentes. Según las estadísticas de adolescentes gestantes, las cifras las encabezan las localidades de Tambo grande (174), Sullana (113), Castilla (102), Veintiséis de Octubre (97), Chulucanas (83), Bellavista (75), Piura (71), Paita (67) y Sechura con 67 (5).

De acuerdo a la última Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), la región Piura se encuentra en el tercer lugar con respecto al ranking nacional de embarazo adolescente. La especialista sostuvo que una adolescente no está preparada física, psicológica ni emocionalmente para convertirse en madre. Alertó que correría muchos riesgos, ya que se presentarían complicaciones en el embarazo que podrían

llevarla hasta la muerte y por tal razón la importancia de una adecuada y correcta atención prenatal en este grupo poblacional de riesgo (5).

De acuerdo a la información proporcionada de estadística del Centro de Salud Materno Infantil de Castilla, el establecimiento fue creado el 12 de noviembre de 1949, ubicado en Piura distrito Castilla en av. Ramón Castilla N° 385, iniciándose como un Dispensario de tuberculosis; momento en que la tuberculosis era una enfermedad mortal. Fue sede del Área de salud de Piura hasta el año 1975 que se traslada al Hospital Regional “Cayetano Heredia” al inaugurarse como Hospital del Ministerio de Salud, quedando siempre como un Centro de salud y en el año 1986 cambia su denominación como “Centro de Salud Materno Infantil de Castilla”, abriendo sus puertas el 10 de febrero con atención de partos las 24 horas del día y a partir de esta fecha se incrementa el servicio de Maternidad con el único objetivo de brindar atención médica al Binomio Madre-Niño. Siendo por entonces director el Dr. Carlos A. Trelles y como coordinadora la Obsta. Sra. Nelly Arteaga (33).

Su producción cada día se eleva dado los servicios que brindan, el esfuerzo y la voluntad de cada uno de los trabajadores llegando a atender hasta el año 1998 más de 20,000 partos. Dado los 50 años de funcionamiento, es un centro de salud tradicional cuya misión es fomentar el bien común para sus trabajadores y comunidad priorizando sus actividades al sector más vulnerable con sentido universal y equitativo con la más alta calidad posible, eficiente y eficaz. Con una visión de ser el establecimiento de salud que permite la funcionabilidad de 4 especialidades básicas de referencia y contrareferencia donde la atención de salud se brinda en forma preventiva promocional y asistencial, tendiente a mejorar el bien común en la jurisdicción que nos corresponde (33).



Por todo lo expuesto podemos decir que CESAMICA, es un centro de salud con cierto grado de complejidad y con la mayor complejidad entre los centros de salud de Piura y Castilla.

A nivel regional Castilla, es parte de esta problemática, por ello es necesario realizar la investigación en gestantes adolescentes en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla (CESAMICA). Según información brindada por actores sociales de la jurisdicción informantes claves de dicha institución reportan que la mayoría de embarazos adolescentes se presentan en menores de 19 años y provienen principalmente de Tácala, Cossío del Pomar, El Indio y Chiclayito; además el incremento de embarazo adolescente es de 20% y la mayoría de chicas provienen más de la zona urbana que rural. La Coordinadora del Servicio de Obstetricia del Establecimiento indicó que, según los estudios realizados en los últimos 5 años, la principal causa de estos embarazos no planificados es porque tienen poca preparación de sexualidad; y además por la insuficiente información de los métodos anticonceptivos en especial del preservativo (6).

Ante esta situación el establecimiento ha implementado medidas para reducir estos acontecimientos, donde se incluye la atención diferenciada para que las adolescentes accedan a información de calidad y garanticen el acceso oportuno de métodos anticonceptivos, y seguido de orientación y consejería acerca de Salud Sexual y Reproductiva, así mismo a las gestantes adolescentes se les capta y se les hace seguimiento a través de las visitas domiciliarias motivándolas y orientando acerca de la importancia de acudir a los controles prenatales. Cabe mencionar que a pesar de las estrategias realizadas por el Establecimiento de Salud aún se mantiene un alto índice de embarazos en las adolescentes.

Por lo mencionado finalmente surge la necesidad de plantear la siguiente interrogante:

- ¿Cuáles son los factores del embarazo precoz y el grado de satisfacción sobre la atención prenatal en las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla – Piura, durante el periodo Mayo 2018?

Para dar respuesta al problema, se ha planteado los siguientes objetivos generales:

-Determinar los factores del embarazo precoz y el grado de satisfacción sobre la atención prenatal en las gestantes adolescentes atendidas en CESAMICA Castilla – Piura, durante el periodo Mayo del 2018.

Para poder conseguir los objetivos generales, se plantearon los siguientes objetivos específicos: (a) identificar los factores sociodemográficos en las gestantes adolescentes atendidas en CESAMICA Castilla – Piura, durante el periodo Mayo 2018, (b) identificar los factores sexuales y reproductivos en las gestantes adolescentes atendidas en CESAMICA Castilla – Piura, durante el periodo Mayo 2018, (c) identificar los factores familiares en las gestantes adolescentes atendidas en CESAMICA Castilla – Piura, durante el periodo Mayo 2018, (d) identificar el conocimiento sobre anticoncepción en las gestantes adolescentes atendidas en CESAMICA Castilla – Piura, durante el periodo Mayo 2018, (e) identificar la fuente información más frecuente sobre concepción precoz en las gestantes adolescentes atendidas en CESAMICA Castilla – Piura, durante el periodo Mayo 2018, (f) identificar el grado de satisfacción de la atención prenatal según la accesibilidad en las gestantes adolescentes atendidas en CESAMICA Castilla – Piura, durante el periodo Mayo 2018, (g) identificar el grado de satisfacción de la atención prenatal según la estructura en las gestantes adolescentes atendidas en CESAMICA Castilla –

Piura, durante el periodo Mayo 2018, (h) identificar el grado de satisfacción de la atención prenatal según la atención brindada por el profesional de salud en las gestantes adolescentes atendidas en CESAMICA Castilla – Piura, durante el periodo Mayo 2018, (i) identificar el grado de satisfacción de la atención prenatal según la orientación educativa del embarazo, parto y puerperio brindada por el profesional de salud en las gestantes adolescentes atendidas en CESAMICA Castilla – Piura, durante el periodo Mayo 2018.

Por lo tanto, la presente investigación se justifica por ser inédito en el ámbito de estudio, ahí viene la importancia en decidir en realizar el presente estudio y además porque el embarazo en las adolescentes hoy en día viene siendo uno de los problemas de salud de gran magnitud a nivel mundial, nacional y regional que mayor tasa presenta, que cada vez va en aumento poniendo en riesgo la vida de la gestante y del neonato, según los estudios realizados hoy en día las tasas de embarazos no planeados son más elevadas entre las mujeres que no tienen acceso a los servicios de control natal o al método anticonceptivo de su elección.

El embarazo en la adolescencia se le considera como embarazo precoz, porque ocurre antes de que ella complete su crecimiento y desarrollo. En este periodo la sexualidad no podrá ser considerada como aislada, por el contrario, está íntimamente ligada a procesos biopsicosociales de esta generación; el mismo es un problema mundial que contribuye a acelerar el crecimiento de la pobreza. Es por ello que la población adolescente se ha ido incrementando durante los últimos años, siendo el 15% en los países desarrollados y el 25% en los países en vías de desarrollo. Esta realidad probablemente ya no sorprenda a nadie, pero sigue creciendo en todo el país. Hoy ninguno de los embarazos en menores de 15 años es deseado (1).

El presente estudio, pretende tener un conocimiento real sobre algunos factores de los embarazos en las adolescentes y de la satisfacción de las necesidades y expectativas que constituyen elementos importantes en la atención prenatal en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla – Piura. Para el logro de estas características es necesario la participación del equipo de salud especialmente de la obstetra que busca constantemente ayudar a la mujer gestante a satisfacer sus necesidades de salud; mediante el control prenatal la obstetra cumple un rol protagónico porque se encarga de la prevención, diagnóstico y tratamientos que pueden condicionar morbimortalidad materna y perinatal.

Es por eso que se consideró importante realizar este estudio para poder identificar al grupo de gestantes adolescentes insatisfechas sobre la atención prenatal, esto servirá como base para futuras investigaciones que brindara un enfoque real de la problemática en estudio, esto abrirá nuevas expectativas y será un primer paso para contribuir a la construcción de estrategias e intervenciones que impacten positivamente en el programa de atención y de ello dependerá que las pacientes regresen a solicitar otro nuevo servicio.

Así mismo identificar los factores del embarazo precoz en las adolescentes, teniendo en cuenta además hoy en día la creciente incidencia de embarazo en adolescentes, no sólo en nuestro país sino en todo el mundo. Por lo cual la investigación es necesaria para las autoridades del Centro de Salud Materno Infantil de Castilla- Piura; ya que las conclusiones y recomendaciones que ayudarán a contribuir a la eficiencia de Programas Preventivos Promocionales sobre Salud Sexual y Reproductiva (1).

En la presente investigación se empleó un diseño no experimental de corte transversal y de tipo descriptivo, nivel cuantitativo; se estableció una muestra de 23 gestantes adolescentes de 10 a 19 años del Centro de Salud Materno Infantil de Castilla (CESAMICA) en el Distrito de Castilla –Piura, periodo mayo 2018. Se aplicó una encuesta para identificar los factores del embarazo precoz y determinar el grado de satisfacción sobre el control prenatal en las gestantes adolescentes que acudieron a sus controles prenatales.

Los principales resultados obtenidos fueron: En relación a las características sociodemográficas, la edad de 18 años de las gestantes adolescentes predominó con un 39,13%, teniendo en cuenta que un 39,13% tuvo secundaria incompleta, el 95,65% convivía con la pareja; edad que tuvieron su primera menstruación fue entre los 11 a 12 años con un 86,96%; 100% manifestó que era su primera gestación; el 52,17% no utilizó ningún tipo de método anticonceptivo antes del embarazo; también se logró observar que un 69,56% tuvo su primera relación coital con más de 15 años mientras el 69,60% provenía de una familia biparental.

Con respecto al grado de satisfacción en la atención prenatal en forma global se encontró que el 34,8% de las gestantes adolescentes reportó estar medianamente satisfecha y con el mismo porcentaje mostró insatisfacción; referente a la accesibilidad el 39,13% manifestó estar insatisfecha, por otra parte según la estructura el 56,52% se encontró medianamente satisfecha, no obstante el 43,48% manifestó insatisfacción con la atención brindada por el profesional de salud y cabe resaltar que el 47,83% mostró sentirse medianamente satisfecha con la orientación educativa brindada por el profesional de salud.

## II. Revisión de la Literatura

### 2.1. Antecedentes

#### 2.1.1 Estudios Internacionales

Arana C et al. Argentina 2013, realizaron un estudio tipo de descriptivo, cuali-cuantitativo y de corte transversal denominado “*Factores que predisponen al embarazo precoz en las Adolescentes*”, con una muestra de 60 adolescentes de 12 a 19 años embarazadas, donde tuvieron como resultado: El 50% correspondió a embarazadas de 17 a 19 años, el 40% fueron adolescentes de 14 a 16 años y el 10% a las adolescentes de 10 a 13 años; con respecto al grado de instrucción el 36,67% correspondió al secundario incompleto, el 70% manifestó ser creyente de la religión católica; el 50 % de la muestra manifestó estar en pareja; el 46,67% radicaba en la zona urbana y el 40% en la zona rural; el 93,33% de la muestra manifestó no estar trabajando actualmente; el 76,67% de las encuestadas manifestó depender de los padres; el 63,67% de la muestra correspondió a la atención en hospital y el 36,67% restante correspondió a la atención en centro de salud (7).

Con respecto a la primera menstruación el 46,67% la tuvo cuando tenían más de 13 años, el 36,67 % en edades de 11 a 12 años y el 16,67 % a edades entre los 8 a 10 años; respecto a la información sexual recibida el 36,67% dice haberla recibido de amigos, 16,67 % de familiares, un 15 % de la escuela y el 6,67 % de la televisión; el 66,67% manifestó tener su primera relación sexual entre los 14 y 16 años de edad, un 23,33 % entre los 17 a 19 años y un 10 % entre los 10 y los 13 años; el 80% de la muestra manifestó que era su primer embarazo mientras el 20% restante señaló ser su segundo embarazo; el 60% de la muestra manifestó conocer en forma regular las

complicaciones del embarazo; el 66,67% de la muestra señaló saber cómo prevenir un embarazo, en cuanto el 33,33% restante contestó no saber (7).

Así mismo el 26,67 % de la muestra manifestó recibir información por amigos, un 23,33 % no había recibido información, un 18,33 % recibió educación por personal de la salud, un 16,67 % ha recibido educación por los padres y el 15 % ha recibido la información de la institución educativa; el 56,67% manifestó conocer como método anticonceptivo el preservativo, el 20% las pastillas, el 13,33 % natural y el 10% manifestó conocer los inyectables; el 53,33% manifestó que la información recibida de métodos anticonceptivos es buena, un 23,33 % es excelente, un 10 % que es mala, un 6,67 % que es regular y otro 6,67 % no tuvo información; el 60% de la muestra manifestó que los embarazos adolescentes se dan por mal uso de anticonceptivos, en cuanto el 40 % restante manifestó que se da por falta de información (7).

Para Barreto M, Baca C. Nicaragua 2014, realizaron un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal denominado *“La Calidad de atención en el servicio de control prenatal del centro de salud El Cuá, Jinotega mayo 2014”*, la muestra fue de 50 embarazadas que acudieron a su atención prenatal en el cual se le aplicó una encuesta, donde tuvieron como resultado: En relación al trato recibido al llegar a la unidad de salud, el 70 % de las usuarias refirieron que el trato del personal de salud que la atendió fue amable, respecto al tiempo de espera para ser atendida, el 42% consideró que era mucho tiempo, en relación a la comodidad del consultorio donde se realizó la atención prenatal un 56% lo consideró bueno, al preguntar sobre la información recibida sobre su embarazo el 42% de las usuarias la consideró muy

buena, el 50 % de las usuarias valoraron como muy buena la consejería recibida durante la atención (8).

Con respecto a la privacidad que tienen las usuarias durante la atención prenatal el 68% la percibió como buena, al valorar de manera general la satisfacción de las usuarias sobre la atención recibida, un 46% considera que fue muy buena; a la vez consideraron que la información que recibieron de su embarazo fue muy buena en un 42%. El tiempo que dura la realización de su APN fue considerado como adecuado por el 78% de las usuarias, el tiempo que dura la realización de su APN fue considerado como adecuado por el 78% de las usuarias (8).

Carrión J. (9), Loja 2014, realizó un estudio de tipo descriptivo, prospectivo, bibliográfico y de campo denominado “*Factores predisponentes en el embarazo en adolescentes en la zona urbana y zona rural de la ciudad de Loja*”, con una muestra de 60 adolescentes, donde tuvo como resultado: 55 casos (91,6%) corresponden al grupo que se encuentra en la adolescencia tardía (15-19 años), y un mínimo de 5 casos (8,3%) son mujeres en la adolescencia temprana (10-14 años). En cuanto al desplazamiento y migración de los padres, se encontró 39 casos (65%) presenta alguna situación de migración o desplazamiento de los padres, mientras 21 casos (35%) no presenta este factor.

Respecta al acceso a los servicios de salud de las adolescentes gestantes, se encontraron 54 adolescentes (90%) que señalaron que acuden al centro de salud más cercano a su vivienda, seguido por las adolescentes que acuden a consultorios particulares 5 casos (8,3%) y 1 caso (1,6%) que asiste a clínicas. En cuanto al tipo de familia, 31 casos (51,6%) corresponde a las adolescentes con familia uniparental, seguido de 21 casos de adolescentes (35%) que viven sin ninguno de sus



progenitores, y 8 casos (13,3%) que son parte de una familia nuclear. Respecta a la escolaridad 34 casos (56,6%) corresponde a las adolescentes que han aprobado hasta el nivel de bachillerato, seguido de 21 casos (35%) que habían aprobado hasta el nivel básico de secundaria, un número de 3 casos (5%) y de 2 casos (3,3%) que han aprobado algún año de universidad y nivel de primaria correspondientemente.

En cuanto a la ocupación 25 casos (41,6 %) corresponde a las adolescentes que son estudiantes, 17 casos (28,3 %) son aquellas que no tienen ninguna ocupación, seguido las adolescentes que se ocupan en quehaceres domésticos y empleadas en igual número 9 casos (15%). A lo que se refiere a la menarquia 36 adolescentes (60%) indicaron haberla tenido en un promedio de edad entre 10 y 12 años, mientras que 24 adolescentes (40%) en el periodo de 13-15 años de edad. Respecta al inicio de las relaciones sexuales, 27 casos (45%) que iniciaron su vida sexual en el periodo de edad de 15-16 años, 17 adolescentes (28,3%) entre 17 y 18 años, 11 casos (18,3%) a la edad de 13 y 14 años, 2 (3,3%) y 3 casos (5%) a la edad de 11-12 años y 19 años.

En cuanto al método anticonceptivo más conocido, 40 casos (66,6%) indicaron conocer el preservativo, 24 adolescentes (40%) conocían las píldoras hormonales, seguida de 16 adolescentes (26,6%) que conocían los inyectables y palillos subdérmicos, la píldora del día después es conocida por 13 adolescentes (21,6%), y solamente 9 casos (15%) de adolescentes conocían la T de cobre. En cuanto al método anticonceptivo que utilizaban, 27 casos (45%) de adolescentes indicaron no haber utilizado ningún método anticonceptivo, 19 casos (31,6%) había utilizado el condón, seguido de 10 casos (16,5%) que utilizaron píldoras hormonales, 6 casos (10%) utilizaron palillos subdérmicos y en mínimo porcentaje métodos inyectables 4 casos (6,6%) y método del ritmo 1 caso (1,6%).

Con respecto a la educación sobre salud sexual y reproductiva 27 adolescentes (45%) recibieron educación sobre SSR en su institución educativa, 26 (43,3%) recibieron de sus padres y 14 adolescentes (23,3%) no recibieron este tipo de educación; de 47 casos (78,3%) de las encuestadas no deseaba quedar embarazada y el embarazo no fue planificado, mientras 13 casos (21,6%) de adolescentes deseaba quedar embarazada.

### **2.1.2 Estudios Nacionales**

Osorio R. (10), Perú 2014, realizó un estudio de tipo descriptivo, nivel cuantitativo, observacional denominado "*Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora en el 2013*", entrevistaron a 100 pacientes gestantes adolescentes, donde tuvo como resultado: El 90% se encontró entre los 14 a 19 años de edad, el 80% no planificó su embarazo, 64% provenía de familias desintegradas, 75% tenía grado de instrucción secundaria, 65% recibía apoyo económico de sus padres, 62% inició las relaciones sexuales entre los 14 a 16 años de edad y 82% tenía algún conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, también nos indican que las adolescentes con alto índice iniciaron sus relación sexual entre los 14-16 años, en donde generalmente el ausentismo es del padre, y concluyó que el 82 % de las adolescentes gestantes tenía conocimiento previo de los métodos anticonceptivos.

No obstante, el 64% de adolescentes embarazadas provenía de familias desintegradas, por lo que un ambiente familiar desintegrado y conflictivo lleva a la adolescente a tomar la decisión de iniciar precozmente la actividad sexual, además de buscar compañía grata y ve la posibilidad de un embarazo como alternativa de escape y construcción de una nueva vida. Es más probable que los/las adolescentes con

mayor nivel cultural y educativo tomen medidas de control natal, por tener ambiciones de una carrera y la mayor posibilidad de acceso a grupos culturales, sociales y deportivos.

Para Castro J, Espejo Y. Perú 2016, realizaron un estudio de nivel cuantitativo, observacional analítico caso-control denominado “*Factores Asociados al Embarazo en Adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora 2016*”, la muestra estuvo conformada por 40 adolescentes embarazadas (casos) y 60 adolescentes no embarazadas (controles) atendidas en los consultorios externos de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, donde tuvieron como resultado: Con respecto a los factores intrapersonales asociados con el embarazo en la adolescencia, la primera menstruación se haya presentado antes de los 15 años (OR: 4,081 IC95%: 1,115,0), el haber iniciado la actividad sexual antes de los 15 años (OR: 4,592 IC95%: 1,8-11,4), el no haber usado un método anticonceptivo (OR: 5,211 IC95%: 2,013,1), no haber recibido información sobre planificación familiar (OR: 5,444 IC95%: 2,2-13,7) y la diferencia de edad con la pareja mayor de 4 años (OR: 4,592 IC95%: 1,8-11,5).

Por lo tanto, el no haber recibido información sobre planificación familiar es un riesgo de mayor fuerza de asociación para la ocurrencia de un embarazo adolescente, con un OR de 5,444, es decir que la adolescente que no ha recibido información sobre planificación familiar tiene casi seis veces el riesgo de un embarazo respecto a una adolescente que si recibió esta información. Casi lo mismo ocurre con el uso de un método anticonceptivo que presentó un OR de 5,211 lo que quiere decir que existe 5 veces más riesgo para una adolescente de embarazarse si no utiliza ningún método anticonceptivo lo que refuerza la importancia y necesidad de cursos y charlas sobre planificación familiar para lograr evitar los embarazos (11).

Con respecto a los factores interpersonales muestran asociación positiva con embarazo en la adolescencia, cuando se tiene un ingreso económico menor de 1,992 soles al mes (OR: 5,06 IC95%: 1,4-18,5) una familia de conformación mixta (OR: 2,96 IC95%: 1,2-7,6), escolaridad de la madre menor a primaria completa (OR: 4,59 IC95%: 1,8-11,4), escolaridad del padre menor a primaria completa (OR: 2,68 IC95%: 1,1-6,8), violencia física entre padres (OR: 4,05 IC95%: 1,6-9,9), esto quiere decir que los factores intrapersonales, las adolescentes al no haber recibido información sobre planificación familiar es un riesgo de mayor fuerza de asociación para la ocurrencia de un embarazo adolescente con un OR de 5,444.

Es decir que la adolescente que no ha recibido información sobre planificación familiar tiene casi seis veces el riesgo de un embarazo respecto a una adolescente que si recibió esta información. Casi lo mismo ocurre con el uso de un método anticonceptivo que presentó un OR de 5,211 lo que quiere decir que existe 5 veces más riesgo para una adolescente de embarazarse si no utiliza ningún método anticonceptivo lo que refuerza la importancia y necesidad de cursos y charlas sobre planificación familiar para lograr evitar los embarazos (11).

Con respecto a los factores contextuales muestran asociación positiva con embarazo en la adolescencia, si realiza actividades diferentes al estudio (OR: 3,571 IC95%: 1,4-8,7), no entender la información dada en consulta (OR: 2,778 IC95%: 1,15-6,67), mientras que los datos obtenidos para el distrito de residencia, el predicar alguna religión y acceso al hospital no son estadísticamente significativos, ya que contienen la unidad en el IC95% por lo que no pueden considerarse factores de riesgo; esto quiere decir los factores contextuales nos presenta la importancia de la ocupación del adolescente, que el que realicen una actividad diferente a estudiar

genera un mayor riesgo (OR= 3,571) de embarazarse; en forma directa también afecta la capacidad de comprender y entender información sobre la salud en consulta dando de no entender indicaciones que puedan darse en los consultorios (OR= 2,778) genera un riesgo 3 veces mayor de quedar embarazada (11).

Para Preciado K, Siancas K. Perú 2016, realizaron un estudio de tipo descriptivo prospectivo, no experimental de corte transversal denominado “*Satisfacción de las usuarias del Consultorio Materno del puesto de Salud I- 2 Gerardo Gonzáles Villegas Tumbes 2016*”, se encuestó al azar a 76 gestantes que reunían los criterios de inclusión, donde tuvieron como resultado: El 71 % de las usuarias atendidas en el consultorio presentó edades entre 31-34 años, así mismo se destacó que el 12% tenía una edad mayor o igual a 35 años, con respecto a la dimensión estructura el 56.6% manifestó que se encontró satisfecha y el 43.4% regularmente satisfecha (12).

Según la dimensión proceso, el 68,4% se encontró satisfecha, mientras que el 31,6% se encontró regularmente satisfecha, con respecto a la dimensión proceso fue medido teniendo en cuenta los indicadores (la interrelación obstetra paciente, competencia técnica y lenguaje utilizado) se muestra que el 72% de las usuarias se encontró regularmente satisfecha con el proceso realizado, mientras que el 3% insatisfecha; ya que en las categorías evaluadas como empatía 49%, interés del profesional 47%, explicación entendible 54% y lenguaje claro y sencillo 60%, las usuarias en su gran mayoría se encontró regularmente satisfecha con la atención brindada por el profesional que la atendió. Y finalizando la dimensión accesibilidad del consultorio materno, el 60,5% manifestó estar regularmente satisfecha mientras que el 39,5% se sintió satisfecha (12).

Mogollón K. (13), Perú 2016, realizó un estudio de tipo descriptivo, aplicativo de corte transversal, prospectivo denominado “*Nivel de satisfacción sobre la Atención Prenatal en gestantes atendidas en los consultorios de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal Enero - Febrero 2016*”, trabajó con una muestra conformada por 368 gestantes atendidas en el consultorio de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal, donde tuvo como resultado: El 53,8% se encuentra “satisfecha”, el 40,2% “medianamente satisfecha” y el 6% se muestra “insatisfecha”.

Respecto al nivel de satisfacción sobre la atención recibida por el profesional durante la atención prenatal: el 78,3% está “satisfecha”, el 17,9% “medianamente satisfecha” y el 3,8% se encuentra “insatisfecha”. En cuanto al nivel de satisfacción sobre los aspectos tangibles relacionados a la atención prenatal de las gestantes: el 76,6% se encuentra “satisfecha”, el 21,7% “medianamente satisfecha” y el 1,6% está “insatisfecha”. Respecto a la atención recibida por el profesional que brindó la atención prenatal, la mayoría de gestantes refirieron estar “Satisfechas” (78,3%), pues en todas las categorías evaluadas como trato recibido (79,9%), interés percibido.

El 78.3%, resolución de dudas (81%), seguridad (87%), habilidad mostrada por el médico (88%) e indicaciones brindadas (80,4%) en esta dimensión, las gestantes en su gran mayoría mostraron estar de acuerdo con la atención brindada por el profesional que la atendió. En conclusión, las gestantes atendidas en los consultorios de Obstetricia en el Instituto Nacional Materno Perinatal fueron satisfechas (86.4%), medianamente satisfechas (12%) e insatisfechas (1.6%) sobre la atención prenatal, durante enero - febrero del año 2016.

Heredia J. (14), Perú 2016, realizó un estudio de tipo descriptivo, corte transversal y prospectivo denominado “*Grado de satisfacción de las gestantes adolescentes sobre la atención prenatal recibida, en El centro de Salud San Fernando. Ate Vitarte – Lima Enero Mayo 2016*”, con una muestra de 66 pacientes gestantes adolescentes atendidas en el centro salud, donde obtuvo como resultado: El 57,6% de las gestantes encuestadas fueron adolescentes tardías considerado de 15 a 19 años, mientras que el 42.4% fueron adolescentes tempranas que conforma entre 10 a 14 años; con respecta al número de los controles prenatales el 98,5% de las gestantes adolescentes son continuadoras y al 1,5% gestantes nuevas; con respecta al grado de instrucción el 43,9% son nivel secundario, un 40% nivel primario, un 10% nivel superior técnico, y nivel analfabeto 4,5%; el 100% de las gestantes adolescentes son atendidas por una obstetra.

Con respecto al grado de satisfacción sobre la atención se obtuvo que el 38% califican como mala atención, un 34% como regular, un 27% como bueno y un 1% como excelente; sobre las expectativas de las gestantes adolescentes con relación a la atención prenatal se obtuvo que el 37% es bueno y el 37% es regular; respecto a que sean atendidas sin diferencia alguna en relación a otras personas el 53% de las gestantes adolescentes refieren que es regular, mientras un 33% consideran mala la atención, el 10% como buena, y solo el 3% como excelente; respecto a que la farmacia cuente con los medicamentos que receta la obstetra el 36,4% refiere que regularmente la farmacia cuenta con los medicamentos; con respecta al tiempo de espera para ser atendido en el consultorio sea corto el 42,4% manifestaron como regular; con respecto a la privacidad el 74% manifestaron como bueno, 21% como regular, 3% como excelente y 1% como malo.

Con respecto al tiempo necesario que la obstetra les brinde para contestar sus dudas o preguntas el 78% manifestaron recibir el tiempo necesario y un 16% recibieron regular tiempo; el 77% de las gestantes adolescentes esperan que la obstetra realice un examen completo y minucioso; 78%, de las gestantes adolescentes esperan ser atendidos por la obstetra con amabilidad, respeto y paciencia, y un 3% no esperan recibir este trato; el 68% de las gestantes adolescentes tienen como expectativas recibir de la obstetra una buena explicación sobre su salud o resultado; el 45% de las gestantes adolescentes esperan recibir una explicación sobre el tratamiento que recibirá y los cuidados para su salud; en cuanto se refiere al orden de la atención el 54,5% refiere no se respetó el orden de llegada teniendo el mayor porcentaje de como malo.

Para Luna S, López L. Perú 2014, realizaron un estudio de tipo descriptivo y corte transversal denominado "*Factores asociados al embarazo adolescente en las gestantes que acuden al Hospital San Juan de Lurigancho, 2014*", con una muestra 384 gestantes adolescentes en el área de psicoprofilaxis obstétrica y en consultorios externos, donde tuvieron como resultado: Con relación a los factores individuales, se encontró que la edad de mayor prevalencia es de 19 años, con 22,7%; el estado civil soltera predominó con un el 59,6%, el grado de instrucción con mayor predominio fue de secundaria completa con un 44%; en su mayoría, las adolescentes son amas de casa (43%); la edad con mayor prevalencia en la iniciación de relaciones sexuales fue de 15 años (30,2%); en la menarquía, la edad promedio fue de 12 años (36,7%) y tuvieron solo una pareja sexual (51%); el 53,4 % utilizaron algún método y con mayor frecuencia el condón en 27,6 %.



Con relación a los factores familiares, se encontró que la disfunción familiar fue de convivientes en 47,9 %; en la variable pérdida de figura significativa se halló que el 81 % cuenta con sus padres vivos, en cuanto a la escolaridad de los padres, el 37 % tuvieron secundaria incompleta. Con relación a los factores sociales, se encontró que el nivel socioeconómico, entendido como el ingreso mensual, es de 600 a 1000 soles en 62,5%; el hacinamiento es de tres a cuatro miembros en la familia en 48,7%; en cuanto a zona de vivienda, no cuentan con servicios básicos 75,8% (15).

### **2.1.3 Estudios Regionales**

Tocto K. (16), Piura 2015, realizó un estudio de tipo descriptivo, nivel cuantitativo, no experimental de corte transversal denominado "*Factores que predisponen al embarazo precoz y grado de satisfacción sobre el control prenatal en gestantes adolescentes del Establecimiento de Salud 1-2 Sinchi Roca Tambo grande Piura 2013*", con una muestra que estuvo constituida por 16 gestantes adolescentes, donde tuvo como resultado: Respecto a las características sociodemográficas, el 37,50% tiene 18 años, el 62,50% tienen como grado de instrucción primaria completa, respecto a la religión el 100% son católicas, según el estado civil el 87,50% convive con su pareja, el 100% de gestantes adolescentes no trabaja actualmente, el 68,75% depende económicamente de la pareja.

El 62,50% de adolescentes tuvo su primera menstruación a la edad de 11-12 años seguida del 37,50% que ocurrió en la edad de 13-15 años; con respecto al edad de inicio de las relaciones coitales se identificó que el 93,75% inicio su relación coital después de los 15 años, mostrando una minoría de 6,25% entre los 12 a 13 años; así mismo iniciando su primera relación coital con el novio con un 100%; el 87,50% si recibió información sobre cómo prevenir un embarazo, siendo la fuente en

el 50% de los casos dada por los amigos y el 25% por parte del personal de salud; se muestra también que el 50% conocía un tipo de MAC en el que predominó el preservativo con un 50%, sin embargo, el 68,75% de adolescentes decidió no utilizar ningún MAC para prevenir el embarazo. Según la evaluación de la información recibida sobre MAC el 68,75% la califica como regular.

Con respecto al control prenatal brindado en el establecimiento de salud; el 87,50% de las gestantes adolescentes está satisfecha según la accesibilidad; solo un 25% de las gestantes manifiesta satisfacción respecto a la estructura, mientras que un 75% se encuentra insatisfecha; el 100% de las gestantes adolescentes está satisfecha respecto a la atención que se le brinda durante el control prenatal; el 81,25% de las gestantes adolescentes está satisfecha respecto a la orientación que se le brinda durante el control prenatal.

Osorio Y. (17), Piura 2015, realizó un estudio de nivel cuantitativo, no experimental de corte transversal denominado "*Factores que predisponen al embarazo precoz y Grado de satisfacción sobre el control prenatal en gestantes adolescentes del Establecimiento de Salud 1-4 Sechura-Piura durante Abril – Julio 2013*", con una muestra que estuvo constituida por 20 gestantes adolescentes, donde tuvo como resultado: Con respecto a las características sociodemográficas abordadas en el estudio, demostrándose que la edad predominante de las gestantes adolescentes encuestadas es de 18 años (55%), sólo el 10% son de 16 y 19 años respectivamente; según al grado de instrucción nos refiere que el 50% estudió hasta la secundaria completa.

El 70% son católicas, mientras que el 10% son no creyentes; el 40% su menarquia se inició dentro de los 11 a 12 años y el 25 % la menarquia dentro de los 8

a 10 años; según la edad de inicio de las relaciones coitales se identificó que el 60% inició relaciones coitales después de los 15 años; mostrando una minoría de 40% entre los 14 a 15 años; iniciando su relación coital con el novio (85%) y un 5% con un conocido; el 75% recibió información de prevención de embarazo en adolescentes, teniendo así que el 35% obtuvo información a través de su Institución Educativa, considerándola regular; por otra parte el método más conocido por la muestra encuestada es el preservativo con un 85%.

En lo referente a la utilización de algún método anticonceptivo, destaca que un 70% si utilizó, mostrando así que un 60% utilizó el preservativo; el 35% considera que es por una distorsión de información y falta de información respectivamente, mientras que un 15% opina que es por un mal uso de método anticonceptivo y por una familia disfuncional respectivamente. Según el grado de satisfacción el 65% se muestra satisfecha, mientras que el 35% demuestra lo contrario. Según el grado de satisfacción correspondiente a la accesibilidad el 55% se encuentra satisfechas, en cambio el 45% indica lo contrario. Según el grado de satisfacción según la atención se muestra insatisfecha el 8%, el 90% se encuentra insatisfecha con respecto a la atención brindada y el 90% se encuentra insatisfecha con respecto a la orientación educativa, mientras en su minoría el 10% refiere lo contrario.

Macalupú M. (18), Piura 2015, realizó un estudio de tipo descriptivo, nivel cuantitativo, no experimental de corte transversal, denominado “*Factores que predisponen al embarazo precoz y grado de satisfacción del control prenatal en gestantes adolescentes atendidas en el Establecimiento de Salud I-3 Ejidos de Huan Piura 2013*”, con una muestra por el total de 28 gestantes adolescentes de 10 a 19 años, donde tuvo como resultado: Según las características sociodemográficas

abordadas en el estudio la edad predominante es 15 años (29%), el 36% estudió hasta secundaria incompleta, el 75% es soltera, el 82% no trabajaba y el 43% depende de sus padres; el 82% su menarquia se inició dentro de los 13 a 15 años y la edad de inicio de las relaciones coitales fue entre los 14 a 15 años con un 71% y con el novio (46%).

Así mismo, el 79% no recibió información de prevención de embarazo en adolescentes, el 86% obtuvo información de ninguna persona. Con respecto al Grado de Satisfacción de la atención prenatal según el control prenatal en forma global, el 64% estuvo satisfecha, según la accesibilidad, un 82% se encontraba satisfecha, en la dimensión de estructura el 54% se encontraba satisfecha, y según la atención el 54% se encontraba satisfecha y finalmente según la orientación educativa, el 64% se encontraba satisfecha.

Ramírez G. (19), Piura 2015, realizó un estudio de tipo descriptivo, nivel cuantitativo, no experimental de corte transversal, denominado "*Factores que predisponen al embarazo precoz y grado de satisfacción del control prenatal en gestantes adolescentes atendidas en el Establecimiento de Salud I-3 Arena Piura 2013*", con una muestra que estuvo constituida por 28 gestantes adolescentes donde tuvo como resultado: En relación a las características sociodemográficas, la edad que predominó fue la edad de 18 años 57,14%, el 53,57% estudió hasta secundaria completa, el 92,86% es de religión católica, el 100% es conviviente, el 100% no trabajaba y el 100% depende de su pareja.

Así mismo, el 46,42% tuvo la menarquia dentro de los 11 a 12 años y la edad de inicio de relaciones coitales fue de 15 años a más, con un 67,86% y fue con el novio 92,86%, el 53,57% recibió información de prevención de embarazo en adolescentes,

el 60,71% obtuvo información a través de su I.E considerándola como regular con un 53,57%, con respecto al grado de satisfacción sobre el control prenatal según a la accesibilidad, el 60,71% se encuentra insatisfecha, en relación a la estructura el 64,29% reportó estar insatisfecha, y según la atención el 50% se encuentra satisfecha y finalmente según la orientación educativa, el 50% se encuentra satisfecha.

Requena E. (20), Piura 2016, realizó un estudio de tipo descriptivo, nivel cuantitativo, no experimental de corte transversal, denominado *“Factores que predisponen al embarazo precoz y grado de satisfacción del control prenatal en las gestantes adolescentes del Establecimiento de Salud I-2 Rinconada Llicuar - La unión - Piura año 2016”*, con una muestra de 30 gestantes adolescentes, donde tuvo como resultado: En las características sociodemográficas la edad de 19 años predominó con un 23%, el 30% tenía secundaria completa, el 50% convivía, el 50% dependía económicamente de la pareja, el 73% no trabajaba en ese momento, así mismo la menarquia fue entre los 11 a 12 años que predominó con un 63%, el 57% tuvo su primera relación coital entre los 14 a 15 años, en relación al conocimiento sobre la anticoncepción se evidencia que el 80% si recibió información sobre como prevenir un embarazo, teniendo así que el 57% obtuvo la información a través de amigos.

El método que conocían las gestantes adolescentes eran las pastillas en un 33%, el 63%, no utilizaba ningún método anticonceptivo, así mismo acuerdo a la evaluación de la calidad de información con respecto a la sexualidad y a la concepción el 60% la consideró como mala; con respecto al grado de satisfacción del control prenatal observamos que el 63% mostró satisfacción, según la accesibilidad del establecimiento el 57% manifestó satisfacción, según la estructura el 60%

manifestó insatisfacción, en relación a la atención brindada por el personal que labora el 53% mostró sentirse insatisfecha y finalmente según la orientación educativa el 57% refirió insatisfacción.

Cherres L. (21), Piura 2017, realizó un estudio de tipo descriptivo, nivel cuantitativo, no experimental de corte transversal, *“Factores que predisponen al embarazo precoz y grado de satisfacción sobre el control prenatal en las gestantes adolescentes atendidas en el Establecimiento de Salud I - 4 Consuelo de Velasco – Piura, Año 2016”*, con una muestra de 60 gestantes adolescentes donde tuvo como resultado: Demostrándose que la edad que predominó en las gestantes adolescentes fue de 19 años 36.37%, el 51.52% tuvieron secundaria completa; el 75.76% son católicas; en lo concerniente al estado civil el 90.91% es conviviente, de acuerdo a la condición laboral el 72.73% no trabaja , depende de la pareja.

El 24.25% de las gestantes adolescentes, tuvo la primera relación coital a los 14 años; iniciando su relación coital con un amigo el 42.43%. De acuerdo al grado de satisfacción en el control prenatal en forma global de las gestantes adolescentes, el 75.75% mostró satisfacción; mientras el 24.24% refirió lo contrario; según la accesibilidad el 63.63% señaló satisfacción, mientras que el 36.36% indicó lo contrario, según la estructura el 78.78% indicó insatisfacción y el 21.21% se encontró satisfecha; de acuerdo a la atención brindada el 72.72% mostró insatisfacción y el 27.27 % señaló satisfacción y según la orientación brindada por el profesional de salud el 66.66% manifestó insatisfacción y el 33.33% se sintió satisfecha.

## **2.2. Bases Teóricas**

### **2.2.1. Teorías de la adolescencia.**

Esta etapa ha sido estudiada por diversos autores y con diferentes enfoques, que añaden diferentes características para enriquecer mucho más su comprensión.

Según Méndez y Latorre hacen mención sobre la teoría de Erikson, el adolescente se enfrenta a la etapa de «identidad frente a confusión de roles». El adolescente experimenta tanto unas transformaciones corporales aceleradas como nuevas demandas por parte de las personas que le rodean. Estos cambios desafían un sentido de la identidad (de saber quién es uno mismo) que ha de ser logrado en esta etapa. Se trata de que el adolescente afronte unos primeros compromisos tanto en el plano interpersonal como en el académico o ideológico (22).

Y los autores también refieren que esta teoría, se basa en la fortaleza adquirida en cualquier etapa, la misma que se pone a prueba ante la necesidad de trascenderla, de modo tal, que el individuo pueda arriesgar en la etapa siguiente lo que era más vulnerable y valioso en la anterior. De este modo, el adulto joven, que surge de una etapa de identidad, está ansioso por difundirla y preparado para entrar en la fase de intimidad frente al aislamiento (22). Esta etapa consiste en la manera de como la juventud afronta los conflictos entre sus propios impulsos y el mundo social, su importante tarea es responderse así mismo ¿Quién soy?, y de esta manera, va construyendo una identidad conforme a su historia de vida, valores, talentos, cultura y relaciones con los demás (23).

Tal búsqueda de identidad, guarda relación con sentirse estable consigo mismo a lo largo del tiempo, y con la aceptación de una identidad psicosexual definitiva. Tiene relación también con la identificación del individuo, ocurre muchas veces que

el joven se aparta de su familia de origen, formando una rebeldía hacia sus progenitores. En esta etapa la definición de la identidad en el plano vocacional y laboral, juega un papel fundamental porque generalmente se ve afectado por una influencia sociocultural (23).

Méndez y Latorre además señalan que la etapa de las operaciones es la última, reafirmando lo dicho por Piaget, siendo su comienzo entre los 11 y los 12 años. El pensamiento concreto presenta una importante limitación, solo aplica los atributos cognitivos cuando se trata de una información tangible, concreta, percibida directamente y aunque las propiedades y relaciones son abstractas no son capaces de operar sobre ellas mismas según el principio de abstracción reflexiva, siendo capaces de elaborar nuevas reglas que aún no han sido observadas directamente de la experiencia cotidiana. Así, esta es la etapa en la que se logra desarrollar un pensamiento de resolución de problemas y de comprobación de hipótesis, un pensamiento racional y sistemático (22).

De acuerdo con lo que manifiesta Alvarado, la teoría de Piaget relaciona a los cambios cognitivos que es una teoría sobre la naturaleza y el desarrollo de la inteligencia humana, refiere que el adolescente inicia un pensamiento formal (operativo) y deductivo, que se caracteriza por la capacidad de idealización y razonamiento, pudiendo afrontar dificultades y conseguir formas de solución. Por consiguiente, los adolescentes deben estar aptos para ejecutar operaciones de meta cognitivas, lo que le va a permite reflexionar sobre sus propias acciones conscientes (23).

También da a conocer que Ricardo Capponi, refiere que la adolescencia oscila entre los 12 y 24 años, aproximándose de esta manera a la prolongación de la



dependencia económica de los padres que se visualiza actualmente en las sociedades de desarrollo. Sostiene el autor, que los jóvenes mantienen como tarea de desarrollo, “La búsqueda de su identidad personal, de género y de orientación sexual. Esta situación en el adolescente ocasiona una gran crisis que provoca un nivel alto de ansiedad. Se incorporan cuatro grandes instintos en el juego: adictivo, agresivo, alimenticio y sexual”. Se sugiere a los padres y educadores la necesidad de conocer a dichos instintos para contribuir en el joven, el desarrollo de una inteligencia emocional que le facilite una adecuada convivencia (23).

Citando a Méndez y Latorre señala que, según Cantero, hace mención que en los años escolares previos a esta etapa el niño comienza a desarrollar nuevas capacidades de autonomía que emergen a partir de la entrada en el mundo social de la escuela, expandiendo las redes interpersonales y aumentando la importancia de las relaciones con los iguales y definiendo la amistad por la cooperación y ayuda recíproca (22).

Desde la posición de Méndez, la llegada de la adolescencia, la red social vuelve a sufrir una nueva transformación, ampliándose y convirtiéndose en una fuente de estima y aceptación por parte de otras relaciones ajenas al círculo familiar. La evolución de esta red es la consecuencia de un proceso continuo de transacciones y selección mutua siendo los atributos personales, así como los intereses y necesidades, ejes en función de los que se genera la pertenencia a los diferentes grupos (22).

Además, expresa que se adoptan nuevos roles sociales y se asumen nuevas expectativas. El adolescente se debe enfrentar a diversas tareas evolutivas como alcanzar nuevas metas más maduras, lograr independencia emocional, prepararse para tener pareja y vida familiar, así como la carrera económica, adquirir un conjunto de valores, un sistema ético, etc. El cumplimiento de todas estas tareas puede dar

lugar a algunos problemas, ya que la sociedad define las metas del adolescente, pero no facilita los medios para alcanzarlas. Es una etapa donde lo que predomina es la amistad y comienzan a relacionarse con el sexo opuesto. El grupo de iguales es su refugio de los conflictos familiares y sociales (22).

Para S. Freud, existen cinco fases universales del desarrollo. Él creyó que la personalidad se formaba esencialmente hacia el final de la tercera fase, a la edad de cinco años aproximadamente. Para entonces, el individuo ha desarrollado las estrategias básicas para expresar los impulsos, estrategias que constituyen el núcleo de la personalidad. La fase genital empieza en la pubertad. En contraste con los objetos sexuales autoeróticos y de la fantasía del niño fálico, el adulto genital desarrolla la capacidad de experimentar satisfacción sexual con un objeto del sexo opuesto. El carácter genital es el ideal de Freud de un completo desarrollo (22).

Alvarado hace mención que la teoría de Según Freud, la adolescencia es el periodo que se origina la madurez de los órganos genitales, ligados a los cambios corporales que se encuentran determinados genéticamente y que contribuyen el fin al periodo de latencia. Precisa que la adolescencia, es un periodo de la vida tan significativo que define muchos sentidos (laboral, emocional, etc.) el futuro de la juventud. Así mismo, el desarrollo del individuo es un proceso frecuente, un periodo está predominado por otro y de esta manera, los episodios vividos en la niñez y en la infancia, manifiestan de esta manera lo que será la adolescencia (23).

### **2.2.2 Definiciones de adolescencia:**

El diccionario de la Real Academia Española describe el periodo de la Adolescencia como: “el periodo que transcurre a la niñez y que sucede desde la pubertad hasta el desarrollo completo del organismo” (24).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud considera que la adolescencia como “La etapa de crecimiento y desarrollo humano que se produce posterior de la niñez y anterior de la edad adulta que oscila entre los 10 y 19 años”. Da a conocer una de las etapas de metamorfosis más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por ser una etapa de crecimiento y de cambios, superando únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene establecida por varios procesos biológicos. El inicio de la pubertad determina el paso de la niñez a la adolescencia (25).

La adolescencia es el inicio de cambios puberales, caracterizándose por profundos cambios biológicos, psicológicos y sociales. En esta etapa ocurren tres procesos principales:

- ✓ Aceleración puberal: Menciona al crecimiento en 2 a 3 años el aumento del 30% de la talla y 50% de peso procedente.
- ✓ Madurez sexual.
- ✓ Conexiones grupales (26).

Las variaciones que vive el adolescente presumen desarrollo físico y madurez, de manera global en todos los criterios de la vida cuyo propósito sería conseguir:

- 1.- Integridad: Adoptar una posición clara de lo que está bien y de lo que está mal.
- 2.- Identidad: Hallar un sentido lógico a su vida y reconocerse así mismo.
- 3.- Independencia física: Adaptarse a las transformaciones del cuerpo, poner fin el crecimiento somático y lograr una independencia económica.
- 4.- Independencia psicológica: Tener la aptitud para así elegir por si mismo en la toma de decisiones y conservar lazos interpersonales con madurez, obteniendo así el rol de adulto (26).

### **2.2.3 Etapas evolutivas de la Adolescencia:**

Clásicamente han establecido dos periodos en la adolescencia:

1. **Según criterio cronológico:** La primera adolescencia oscila entre los 10-14 años y segunda adolescencia entre los 15-19 años.
2. **Según criterio evolutivo:** Después se elaboró este esquema para distinguir estas etapas, teniendo en cuenta los grandes cambios personales y el predominio de factores psicosociales. De esta manera, la adolescencia consideraría tres periodos:

#### **a) Primera adolescencia entre 12 y 14 años:**

- a) Pubertad: Comprende rápidamente el crecimiento, la capacidad reproductiva y los caracteres sexuales secundarios.
- b) Adaptación a los cambios del nuevo cuerpo (Imagen corporal).
- c) Relacionarse con pares del mismo sexo.
- d) Se inicia el alejamiento con la familia.
- e) Familia: Comprende afecto y rechazo, así mismo dependencia y autonomía, el principio de conflictos, peleas, rebeldía y terquedad.
- f) Afinidad por el sexo opuesto: los primeros enamoramientos.
- g) Los diferentes cambios de humor.
- h) Aún con el pensamiento concreto.

#### **b) Segunda adolescencia (15-17 años):**

- a) Se finalizan cambios puberales.
- b) La preocupación por el aspecto físico.
- c) La búsqueda de la propia identidad, distinta a la persona adulta (lenguaje, ropa).

- d) Crece el alejamiento con la familia.
  - e) Grupo de amigos mixtos: Amistad con mayor afinidad y grupos en el cual pertenece (positivos o negativos).
  - f) Desarrollo de la identificación de la personalidad y decisión de la orientación sexual.
  - g) El comienzo de enamoramientos.
  - h) Adoptar de nuevas conductas.
  - i) Mas dificultades con los padres y otros adultos (caída de los ídolos).
  - j) Se cuestionan los comportamientos y valores.
  - k) Muestran mayor renuencia a los adultos.
  - l) Pensamiento basado en ideas abstractas y suposiciones.
  - m) Desarrollo cognitivo: Incremento en la forma de razonar y mayor demanda escolar.
  - n) Se presentan comportamientos de riesgo.
  - o) Vanidad (Egocentrismo).
  - p) Necesidad de mayor libertad: Alejamiento (autonomía) vs Acompañamiento (límites).
- c) Adolescencia tardía (18-21 años):**
- a) Madurez biológica completa.
  - b) Aprobación de la imagen corporal.
  - c) Afirmación de la identidad: ¿Quién soy? ¿Qué haré con mi vida?
  - d) Precisión de los objetivos de vida y lo necesario para conseguirlos.
  - e) Relaciones de parejas consolidadas.

- f) Mejoramiento en relaciones interpersonales: Mayor capacidad de intimar con las personas en su entorno.
- g) Identidad sexual constituida.
- h) Madurez de pensamiento.
- i) Familia: Acercamiento hacia los padres, y menos discusiones.
- j) Principios constituidos (valores fortalecidos, crecimiento moral constituido (26).

### **2.2.3.1 Desarrollo de la Adolescencia:**

- a) **El desarrollo físico:** En la pubertad se originan variaciones que se dan a nivel orgánica y estructural del individuo, considerando lo más resaltante la maduración de las características sexuales secundaria. Las variaciones físicas producidas en dicha etapa, van de la mano con la madurez a nivel cerebral además variaciones psíquicas que confluyen sobre la formación del individuo con respecto a su personalidad.
- b) **Desarrollo sexual:** Determinado por el desarrollo sexual, existencia de caracteres sexuales secundarios y el comienzo de la etapa de reproducción. Generado por cambios a nivel hormonal que inician en el cerebro y continúan en las gónadas. Las cuales aumentan en tamaño y producen mayor concentración de hormonas estrógenos y testosterona, encargadas de la maduración de las características sexuales. Son pequeñas las variaciones en el organismo hasta que la formación de hormonas llega a un nivel importante. Desde este acontecimiento hablamos de primera adolescencia en la cual se producen mayormente los cambios puberales, con notables

modificaciones puberales con notales variaciones mediante estadiaje de Tanner.

- c) **El crecimiento corporal:** Determina los cambios físicos y se da por el incremento de peso, talla y variación de dimensiones y formas corporales. Se denomina estirón puberal al tiempo de mayor velocidad de crecimiento. El incremento de la masa corporal y de la potencia muscular es más notable en el hombre, eleva la capacidad para transportar oxígeno, aumentan mecanismos que regulan la maduración pulmonar, circulación sanguínea y el corazón, obteniendo un mejor rendimiento y mayor rapidez de recuperación frente al ejercicio físico corporal.

Aumentando la rapidez del crecimiento se transforman cambian las dimensiones a nivel corporales, esto sucede de forma desproporcionada, y es frecuente que se produzcan desordenes como: torpeza motriz, descoordinación, cansancio, desordenes de sueño entre otros, pudiendo causar desordenes emocionales y de conducta de modo temporal.

- d) **El desarrollo cognitivo:** Progresa a partir del pensamiento real concreto y al abstracto o ficticio. En el curso del pensamiento concreto o real los jóvenes creen que los demás piensan sobre ellos de la misma forma que ellos la "fábula del yo". Progresivamente adquieren habilidades de razonamiento mejor desarrolladas, que conciernen, por ejemplo, la capacidad de imaginar todas las posibilidades y de razonar de manera hipotética deductiva, concediéndoles mayor habilidad de resolver dificultades mediante la búsqueda de una diversa gama de opciones de metódicamente y racionalmente (percibiendo los posibles resultados).

- e) **El desarrollo emocional:** Se caracteriza por ser más lento y tedioso, el desarrollo de la moral como también el crecimiento de la persona, necesita de aprendizaje. En el primer periodo existe mayor impulsividad, emociones fuertes y frecuentes de humor. La fragilidad presenta rápidos, grandes cambios anímicos y de comportamientos, predisposición a engrandecer la realidad del individuo, mal manejo de impulsos y necesidad de recompensa inmediata y tendencia por aislarse.
- f) **El desarrollo familiar:** Poco a poco se apartan del entorno familiar y piden ayuda en los amigos. Previo a los 14 años requieren cercanía, afecto además normas claras, fijas y oportunas. Durante la fase intermedia consideran que su entorno familiar no es perfecto, y persisten con él pensamiento de una posible familia ideal provocando mayor cantidad de discusiones padres e hijos. Es la etapa en la que aparece incumplimientos a las normas del mundo adulto, como persistir con su propia voluntad, abandono familiar y aproximarse a sus iguales, así como preocuparse así mismo olvidándose del resto.
- g) **El desarrollo escolar y laboral:** Caracterizado de manera inicial con el paso de la formación primaria a la secundaria, de forma distinta al trabajar, retornando a ser los menores en el centro de estudios. Percibiendo poco a poco la presión sobre el futuro laboral y el desarrollo de sus competencias. El ingreso a la universidad puede ser un gran aliciente para reafirmar su independencia, ciertamente son los jóvenes universitarios la referencia más próxima para los adolescentes (26).



### **2.2.3.2 Presiones para asumir conductas de alto riesgo**

Existe mucha presión en los adolescentes, con respecto a su círculo social, se ven sometidos a consumir licor, tabaco, drogas y debutar sexualmente, y ello cada vez a edades cada vez más tempranas, lo que causan en ello un alto riesgo de traumas, tanto de manera accidental como intencional, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, entre ellas el virus de la inmunodeficiencia humana (25).

Varios de ellos además experimentan muchos problemas de adaptación y de salud mental. Los modelos de conducta que se establecen durante este proceso, como el consumo o no de drogas y la toma de medidas de protección con respecto a las relaciones sexuales, que pueden traer consecuencias positivas o negativas que pueden perdurar en la salud y en el bienestar a futuro del individuo. A todo esto, en conclusión, surge una excelente oportunidad para los adultos en poder influir en los jóvenes (25).

Los adolescentes son distintos a los niños y también a los adultos. Más preciso, un adolescente no está totalmente capacitado para comprender conocimientos complejos, ni de distinguir la correlación entre una conducta y sus consecuencias, ni mucho menos de descubrir el nivel de control que tiene o pueda poseer respecto de la toma de decisiones en relación con la salud, por ejemplo, medidas referidas a su conducta sexual (25).

Esta incapacidad puede intervenir particularmente en el sensible aprovechamiento sexual y aumento de conductas de alto riesgo. Las leyes, hábitos y las prácticas también pueden influir en los adolescentes en diferente manera que a los adultos. Asimismo, por ejemplo, las leyes y políticas constantemente limitan la

accesibilidad a los jóvenes de la información y atención de salud reproductiva, mayormente si no están casados. En los casos en que sí puedan acceder a este tipo de servicios, puede suceder que las personas autorizadas de brindarlos rechacen la vida sexual de las adolescentes lo cual provoca un obstáculo en el uso de estos servicios (25).

### **2.2.3.3 OMS: Competencias y condiciones en la atención de salud en los adolescentes**

- ✓ En primer lugar, los prestadores de atención de salud para los adolescentes requieren habilidades específicas en tema de consulta, comunicación interpersonal y atención personalizada adecuadas a la fase de crecimiento y el medio en dónde habita el individuo. Los que proveen asistencia a los adolescentes necesitan competencias referentes a la confidencialidad, valoración de los riesgos de salud y la orientación motivacional y cognitiva, y además de la asistencia en el proceso de la atención pediátrica a la adulta. Así mismo, el hecho que los adolescentes tengan habilidades y cambian con la edad y la experiencia significa que los prestadores de salud significan que necesitan ser competentes para evaluar la capacidad del adolescente para ejecutar propias acciones a fin de conservar armonía entre protección y autonomía.
- ✓ Segundo, en lo que concierne a la práctica clínica se deben aplicar normas y políticas que protejan y lleven a cabo el derecho de las adolescentes a la salud. Es fundamental proveer los servicios con normas profesionales y de calidad, y respecto a los principios de igualdad, no discriminación, participación e inclusión y responsabilidad en las cuales se fundamentan los

derechos humanos. Esta diversidad de conocimientos, habilidades y actitudes es primordial para reafirmar la prestación de calidad de los servicios de salud acuerdo a ley.

- ✓ Tercero, la protección de los adolescentes con dolencias específicas requiere aplicar los cuidados terapéuticos. Es importante que en el tratamiento se tome en cuenta el desarrollo del adolescente. Por ejemplo, con respecto a las competencias es diferente examinar la prevención del VIH con un adulto que, con un adolescente, que no es sexualmente activo o siente pudor porque las normas sociales rechazan ciertas actitudes o realidades (p. ej. Sexo antes del matrimonio, no ir a la escuela o la inclinación sexual hacia personas del mismo sexo). Asimismo, el tratamiento oportuno de muchos problemas necesita el apoyo de los padres y los proveedores de salud de atención (26).

#### **Ámbitos:**

1. Puntos básicos en tema de salud y desarrollo de los adolescentes, además una comunicación oportuna.
  - ✓ Señalar conocimiento del normal desarrollo del adolescente, su implicancia en la salud y su repercusión para la atención sanitaria y la promover la salud competente.
    - ✓ Relacionarse de manera oportuna con el usuario adolescente.
2. Leyes, normas y políticas de calidad.
  - ✓ Utilizar en la práctica clínica las normas y políticas que influyen a la prestación de salud para el adolescente.
  - ✓ Proveer servicios a los adolescentes de acuerdo a normas de calidad.

3. Cuidado de los adolescentes con problemas específicas: En esta área, los países deberán incluir en el programa de salud los temas relacionados en la situación epidemiológica del país y las necesidades sanitarias de prioridad para los adolescentes.

- ✓ Valorar el desarrollo puberal y el crecimiento normal y además evaluar los trastornos del crecimiento.
- ✓ Proveer de manera eficaz las inmunizaciones.
- ✓ Manejar los problemas comunes en la adolescencia.
- ✓ Valorar la salud mental y tratar las afecciones de salud mental.
- ✓ Brindar atención en temas de salud sexual y reproductiva.
- ✓ Brindar servicios para prevenir, detectar, tratar y atender del VIH.
- ✓ Promover la actividad física.
- ✓ Valorar el estado nutricional y manejar los trastornos relacionados con la nutrición.
- ✓ Manejar los problemas crónicos incluido la incapacidad.
- ✓ Valorar y manejar el consumo de sustancias y los problemas causados por las mismas.
- ✓ Denunciar la violencia y brindar de primera mano a la víctima.
- ✓ Prevenir y manejar las lesiones fortuitas.
- ✓ Encontrar y manejar las enfermedades endémicas (27).

Según la OMS en su publicación en el 2015 titulado “Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)”, refiere que las dos causas principales de defunción de muchachas de entre 15 y 19 años son el suicidio y las complicaciones durante el embarazo y el parto, también de 2,5 millones de

muchachas menores de 16 años dan a luz, 15 millones de muchachas menores de 18 años están casadas. A nivel mundial el 80% de los adolescentes son tienen una actividad física insuficiente y el 70% de las defunciones prevenibles de adultos por enfermedades no transmisibles está relacionado con factores de riesgo que empiezan a afectarlos en la adolescencia (28).

Cabe mencionar que aproximadamente una de cada diez mujeres adolescentes (120 millones) menores de 20 años han sido víctimas de violencia sexual (28).

## **2.3 Marco conceptual**

### **2.3.1 Embarazo en Adolescentes**

La Organización Mundial de la Salud considera la capacidad de una mujer para hacer valer sus derechos reproductivos depende en gran medida si vive en una zona urbana o zona rural, su nivel académico y de su situación económica. Por ejemplo, es posible que una mujer con estudios que forme parte de una familia acaudalada en una ciudad tenga acceso a un gran conjunto de métodos anticonceptivos; tenga la facultad de decidir si desea o no quedar embarazada, cuándo y con qué frecuencia, además pueda tener su parto de manera segura en un hospital o centro de salud bajo el cuidado de profesionales sanitarios (29).

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), señala que los jóvenes en particular si viven de manera libre o si no están casados se enfrentan a mayores impedimentos a que los adultos al momento solicitar anticonceptivos, debido a las normas y políticas restrictivas, la importancia por los temas de confidencialidad o el problema relacionado con las relaciones sexuales a una edad temprana (4).

Así mismo la organización revela el mal acceso al servicio de planificación familiar en los países en crecimiento, por ejemplo, suele ser significativo entre las

mujeres del 20% de los hogares más pobres. Las mujeres con escasos recursos económicos en particular las que poseen menor nivel académico y viven en zonas rurales están más propensas a fecundidad no deseada debido a no contar con la prestación de métodos anticonceptivos. Esto puede desencadenar riesgos para la salud y podría conllevar a problemas económicos en el futuro (4).

Embarazo adolescente, se define como aquel que sucede entre los 10 y los 19 años, lo que respecta al inicio de la edad reproductiva y al término del período adolescente. La mayor parte de los embarazos en la adolescencia son no deseados, ocasionados por la falta de uso de métodos anticonceptivos en las relaciones sexuales (32).

La gestación en la adolescencia repercute en la salud en los adolescentes al convertirse en padres como también la de sus hijos, familia y entorno, además afecta a nuestra sociedad (32).

#### **2.2.3.4 Factores que predisponen al embarazo precoz**

##### **a) Familiares**

Los jóvenes que residen junto con los padres y gozan una estrecha relación con ellos, mantienen un bajo riesgo de practicar el coito sin protección y de culminar en un embarazo. Particularmente estos jóvenes no empiezan una práctica sexual a edades tempranas y cuando inician lo hacen con menor frecuencia.

En el caso en que, el adolescente formara parte de una familia disfuncional: de padre único o con compartimientos promiscuos y abuso de drogas, en la que no existe una buena comunicación padres e hijos. Su ausencia ocasiona privación afectiva que no puede resolver, llevándolo a buscar ese cariño y dialogo en los amigos y compañeros de escuela, quienes tendrán la mismas carencias y problemas.

Ciertamente estos jóvenes o adolescentes iniciaran la práctica sexual a edades tempranas.

Son jóvenes que buscan una estabilidad emocional que no encuentran, por ello van de relación en relación propensos a muchos fracasos, hasta que finalmente el embarazo les sirve para darse cuenta a la realidad y de los conflictos que muchas veces no logran superar.

Los jóvenes formados en hogares, en los cuales se abusaba físicamente de la madre o que ellos mismos fueron maltratados, tendrían mayor probabilidad de embarazar a la compañera que aquellos que no han vivido este tipo de experiencias.

- ✓ Es confirmado que adolescentes cuyos progenitores dejaron el hogar cuando aún eran pequeños, tenían mayor probabilidad por iniciar tempranamente una vida sexual y como resultado la gestación.
- ✓ Hay una gran probabilidad que una joven sea madre a corta edad si su progenitora y hermana lo fueron.
- ✓ La falta de dialogo entre los padres y la adolescente es un factor de riesgo característico. Cuando en el hogar existe un rechazo hacia los temas relacionados con la intimidad sexual muchas veces los jóvenes las tienen por desobediencia y rechazan utilizar métodos anticonceptivos.
- ✓ Tienen una progenitora cuya primera gestación fue a los 19 años incluso a una edad menor (32).

#### **b) Grupo de amigos**

- Búsqueda de la identificación de los iguales: tratando de conseguir la afirmación de otro igual y principalmente de sus compañeros, empieza a planear encuentros a edad temprana (citas con 12 años de edad guardan

relación con un 91% de probabilidad de iniciarse sexualmente antes de los 19, con 13 guardan relación con una probabilidad del 56% de prácticas sexuales a la adolescencia). Hay más posibilidades en que el adolescente use preservativo cuando sabe que sus amigos lo utilizan.

- Pareja romántica: tener una pareja estable incrementa la posibilidad de practicar el coito, pero si la pareja aumenta la probabilidad.

Estar con alguien mayor disminuye la probabilidad de usar métodos anticonceptivos, así mismo aumenta, el riesgo de embarazo y de contraer alguna enfermedad transmitida sexualmente. El joven muchas veces inicia su vida sexual a pesar de no haber alcanzado la madurez, la capacidad de negociar y enfrentar la presión de su grupo, quienes ya tuvieron intimidad anteriormente. Los estudios manifiestan que generalmente, el inicio de las relaciones sexuales es forzado por la presión de amigos y compañeros que te obligan hacer algo que no hubieras deseado y muchas veces estimulados con el consumo de sustancias y bebidas alcohólicas que privan la voluntad (32).

- La diferencia en años de la pareja es significativa: Las adolescentes cuyo compañero o novio (a) es mayor y sea una persona adulta, están más propensas en contraer un embarazo a diferencia de relaciones con personas de la misma edad.
- Además, hay una mayor probabilidad que culmine la gestación a diferencia de optar por el aborto. Las investigaciones demuestran que aquellas jóvenes las cuales habían empezado sexualmente a temprana edad, habían estado con parejas mayores que ellas y se veían envueltas en relaciones sexuales libres y más frecuentes (32).



### **c) Individuales**

Las investigaciones han revelado que el género, edad y el desarrollo corporal, poseen una relación primordial en la conducta sexual del adolescente. A medida que van aumentando en años, incrementa la posibilidad de tener actividad sexual (de manera frecuente y con más compañeros). Lo mismo pasa cuando maduran físicamente de manera temprana y aparentan ser mayores. Algunos resultados son puramente biológicos, pero otros son sociales por ejemplo la constante presión de los compañeros y el aumento de las ocasiones para iniciarse sexualmente con la consecuente libertad y autonomía (32).

Este aumento en la frecuencia de encuentros sexuales se relaciona con una mayor posibilidad de embarazo o de propiciar la gestación en la pareja a pesar de emplear algún método anticonceptivo (32).

- **Vínculo con el éxito académico y la escuela:** Si los jóvenes tienen un proyecto en su vida, un plan a futuro en el cual es necesario lograr un nivel educativo superior, es más probable que, a pesar de practicar una vida sexual con la pareja, lleven a cabo una prevención segura en relación al embarazo. Las investigaciones han señalado que la participación con actividades de la escuela (especialmente religiosas) refiere una disminución en el número de embarazos en la adolescencia (32).
- **Cuando el nivel académico es bajo:** Los jóvenes con un pasado de fracasos escolares, años desperdiciados y poco rendimiento en la escuela, pueden concebir al embarazo como un logro o vía de escape a una innumerable sucesión de fallos en la etapa escolar.

- Pandillerismo: Se estima que cuando el joven forma parte de una pandilla o grupo es más factible que empiece una vida sexual temprana, además tenga múltiples parejas lo que incrementa mucho la posibilidad de embarazos.
- Falta educación acerca de la conducta sexual en la adolescencia: No hay el adecuado conocimiento acerca de lo que significa la adolescencia. La escuela les informa, sobre todo, menos acerca de ellos mismos y del placer que su cuerpo podría percibir. A los docentes les espanta dialogar de placer, amor y vínculos afectivos. Piensan que si inician sexualmente por primera vez no habrá gestación, que se necesita mantener una frecuencia en los encuentros sexuales y saben de nombres de métodos de control natal, pero no conocen de qué manera emplearlos. (32).

Prefieren indagar información en otros lados, en compañeros y en lecturas poco confiables y nada constructivas (32).

Cuando el hombre cree que conoce todo acerca de sexualidad es renuente a la información sobre planificación familiar, consejerías en salud sexual y reproductivas (32).

Por la falta de información y mala actitud rechazan el uso de métodos anticonceptivos porque se sienten exentos y desconfían de la eficacia de los mismos, pensando que tienen consecuencias en la salud o bien su uso es una falta de respeto hacia la otra persona a la cual desean complacer (32).

- ✓ Pensamiento Mágico: Típico de esta parte de la vida en donde piensan que no saldrán embarazadas porque no lo desean o no se cuidan porque creen que son estériles y no temen al contagio de infecciones de transmisión sexual.

- ✓ Falta información o falta de ella: Es frecuente que entre los jóvenes existan mitos, por ejemplo: “nunca cuando atraviesa el periodo menstrual”, “sólo te embarazas si tienes orgasmo”, “cuando no hay penetración completa”.
- ✓ Mayormente la utilización de métodos de anticoncepción es inapropiada. La falta de experiencia permite que utilicen inapropiadamente el preservativo o pierdan la continuidad en la toma de píldoras contraceptivas.
- ✓ De modo que ningún método contraceptivo es totalmente seguro, la no practica sexual es la única manera efectiva de evitar el embarazo (32).

La poca valoración de la persona tiene relación a trastornos de salud, por ejemplo: pandillaje, comportamientos riesgosos sexuales, depresión, suicidio, anorexia y entre otros conflictos de adaptación (32).

- Corren peligro de manera voluntaria: Pertenece a su desarrollo y crecimiento como adolescentes. Lastimosamente, los jóvenes piensan que correr riesgos a menudo son muestras de madurez.
- Otros factores relacionados al embarazo adolescente son: El consumo de drogas y alcohol, tener pocas amistades verdaderas, la falta de integración en actividades de la escuela, comunidad, familia y tener una madre que cuyo parto fue a los 19 o menos (32).

#### **d) Socioeconómicos**

Cuando el entorno social hay convicciones y prácticas relacionadas con la maternidad y paternidad, masculinidad y la feminidad, son calificadas como propósito de vida y como única salida para su formación personal (32).

La pena y soledad de una joven que se percibe desamparada y no apreciada (sucede cuando las jóvenes viajan a diferentes ciudades por la búsqueda de trabajo o

por motivos de estudios superiores) o que la joven llegue a pensar que no es el tipo de mujer a la cual los jóvenes buscarían y amarían. Si empiezan con una relación amorosa, es posible que la asuma como única y decisiva en su vida (32).

También si los padres de los jóvenes poseen una instrucción superior y un salario elevado, puede reducir el número de gestaciones. Esto significa que son los propios padres quienes hacen hincapié la realización de estudios superiores para conseguir las respectivas metas. Para eso el embarazo en adolescentes se tiene prevenir y para así conseguir un propósito (32).

#### **e) Factores institucionales**

- La deficiencia de prestación de servicios en consejería sobre SS, prevención de un embarazo en la población adolescente y genera la escasa promoción acerca de los derechos reproductivos y sexuales.

Los servicios de atención cuando son rechazados por los jóvenes son debido a que los proveedores de atención sanitaria no apoyan o tienen desacuerdos con respecto a la propia prestación de servicios de salud (32).

Las horas de atención en los establecimientos de salud son inaccesibles para aquellos jóvenes que tienen un trabajo o estudian (32).

- La pobreza expone muchos casos de embarazos. La joven opta a tener pareja entre los 15 y 17 años con la finalidad de mejorar en la condición de escasez en las que vive, ella piensa que casándose todo estará mejor.

A raíz de los problemas económicos, muchas jóvenes son desamparadas por su primera pareja y se ven forzosas a tener otra relación sentimental la cual les exige más descendencia, lo cual conlleva a sucesivos intentos de tener una pareja estable por consiguiente nuevas gestaciones y partos, provocando el deterioro del estado de

salud de la mujer y sus hijos. Por consiguiente, una joven con 20 años podría llegar a concebir cuatro o más niños y posiblemente un gran número de gestaciones que podrían terminar en abortos inducidos o espontáneos por la falta de conocimiento de la sexualidad (32).

### **2.3.2 Atención Prenatal**

Desde el punto de vista de la atención prenatal existe una desproporción significativa observada en los 48 países menos adelantados. Los países con una cobertura integral de salud referente a los servicios de atención prenatal deficiente suelen registrar las privaciones más relevantes en el acceso a la atención. Por ejemplo, en Etiopía, el Afganistán y el Yemen, donde menos del 25% de las mujeres acuden a cuatro o más controles prenatales, las que viven en lugares urbanos, cuentan como mínimo 2,5 veces más de probabilidades a diferencia a las que habitan en lugares rurales de obtener el número de controles sugeridos (27).

La diferencia en torno al lugar de procedencia es menos considerable en América Latina y el Caribe. En Guatemala, Honduras, Guyana, la República Dominicana y el Perú, por ejemplo, el número de mujeres que recibe al menos cuatro controles prenatales es igual en los lugares urbanos y acuden comúnmente por lo menos de cuatro controles prenatales.

A pesar que la prestación de estos servicios que van incrementando en todo el mundo, las mujeres en los países en desarrollo, en especial Asia Meridional y África Subsahariana acuden o perciben generalmente menos de cuatro visitas prenatales. La realidad es aún peor en lugares rurales, donde los precios relacionados con la premura de trasladarse por largas distancias para obtener los servicios de atención pueden resultar inaccesibles (27).

La atención prenatal consiste en el monitoreo y valoración de forma íntegra a la futura madre y al feto con acciones metódicas y ordenadas, propuestas para prevenir, dar un diagnóstico y manejo de los elementos que pueda conllevar a la muerte materna y perinatal (27).

### **2.3.2.3 Objetivos:**

- ✓ Valorar de manera íntegra a la futura madre y al feto, y reconocer señales de alarma o patologías relacionadas que necesiten manejo oportuno y específico para referir inmediatamente.
- ✓ Prevenir, diagnosticar y manejar las complicaciones en el embarazo.
- ✓ Educar física y mentalmente a la gestante para el momento del parto e instruir la importancia de los beneficios de la preparación de la estimulación prenatal en el feto.
- ✓ Fomentar la ayuda familiar y del entorno para la atención prenatal.
- ✓ Educar y fomentar la alimentación saludable en la gestante.
- ✓ Detección oportuna del cáncer de cuello uterino y mamario.
- ✓ Difundir sobre temas relacionados sobre la salud sexual reproductiva y planificación familiar.
- ✓ Prevenir el tétano neonatal.
- ✓ Fomentar la lactancia materna exclusiva en la crianza del recién nacido.
- ✓ Promover la colaboración del conyugue y del entorno familiar en la preparación de manera unipersonal del parto institucional (30).

#### **2.3.2.4 Características de la atención prenatal en Adolescentes**

- ✓ Precoz: Debe empezarse lo más pronto posible (I trimestre).
- ✓ Periódico: Debe recibir 06 atenciones prenatales, repartidas de la siguiente forma:
  - a) Los dos primeros controles prenatales antes de las 22 semanas
  - b) El tercer control entre las 22 a 24 semanas
  - c) Un cuarto control prenatales entre las 27 a 29 semanas
  - d) El quinto control entre las 33 a 35 semanas
  - e) El sexto control entre las 37 a 40 semanas
- ✓ Integral: Debe incluir prevención, protección y recuperación de la salud.
- ✓ Amplia cobertura: Solo en la medida en que el porcentaje de población controlada sea alta, se podrá disminuir las tasas de morbilidad perinatal. (30).

La atención a una madre adolescente presenta las siguientes características:

- ✓ Incluye diversas disciplinas: (Psicología, obstetra, nutricionista, asistencia social, abogado especializado). La atención integral incluye la situación del individuo, del entorno familiar y social en las distintas etapas: Embarazo, parto y puerperio y de distintas áreas relacionadas a la gestación: social, psíquica, biológica y legal. Por ello se relaciona tanto en área de salud como también el área educativa, laboral y de formación con valores.
- ✓ La contribución permanente del joven y familia.
- ✓ Información oportuna.
- ✓ Atención individualizada.
- ✓ Información reservada.

- ✓ Asesoramiento y control en temas legales.
- ✓ Control institucional y de comunidad.
- ✓ Informar, prevenir y controlar de casos de violencia familiar (30).

#### **2.3.2.4 Procedimientos**

- a) 1er control prenatal: Con una duración no menos de 20 minutos que incluye.
- ✓ La elaboración de la Historia Clínica se debe redactar minuciosamente y comprende:
    - Anamnesis: Filiación, antecedentes personales propias de la gestante, antecedentes gineco obstétricos y determinar la EG.
    - Examen clínico general: Incluye corazón, pulmones, riñones y mamas.
    - Examen obstétrico
    - Exámenes de gabinete y laboratorio: Hb, Grupo sanguíneo y factor Rh, glucosa, examen completo de orina, urea y creatinina, sífilis (RPR) e infección por VIH, ecografía obstétrica. Cuando la situación lo amerite se solicitará otros exámenes según a las necesidades:
    - Toma de muestra de PAP.
    - Correcto llenado del carnet perinatal.
    - Valoración y vigilancia del estado nutricional.
    - Evaluación por el servicio de odontoestomatológica.
  - ✓ Solicitar la vacunación antitetánica.
- b) Sigüientes atenciones prenatales
- ✓ Los controles posteriores no deben durar no menos de 15 minutos y deberán según el manejo del protocolo de atención:



- ✓ En las evaluaciones prenatales se debe hacer:
  - Evaluación general completa.
  - Preguntar por la presencia de signos y síntomas de alarma.
  - Vigilar el incremento de peso de la madre, funciones vitales como la presión arterial e inspeccionar la presencia de edemas.
  - Vigilancia el desarrollo del feto dentro de la cavidad uterina mediante la mensuración.
  - Definir los resultados de los exámenes de gabinete solicitados.
  - Valorar la EG.
  - Si en la interpretación de los exámenes nos indican anemia, prescribir suplemento de hierro (60 mg y 400 microgramos de Ácido Fólico) posteriormente de las 16 semanas.
  
- c) A partir de las 28 semanas:
  - ✓ Determinar la presentación, situación, posición fetal y número de fetos.
  - ✓ Vigilancia de los latidos cardiacos fetales.
  - ✓ Preguntar acerca de la presencia de movimientos fetales a partir de las 18 – 20 semanas.
  - ✓ Iniciar con la estimulación prenatal a partir de las 12 semanas y preparación psicoprofiláctica del parto a partir de las 22 semanas.
  
- d) A partir de las 35 semanas:
  - ✓ Evaluación feto-pélvica en primigestas y pelvimetría interna.
  - ✓ Verificar el encajamiento fetal.
  - ✓ Vigilancia del estado general de la madre.
  - ✓ Según indicaciones medicas se debe actualizar exámenes auxiliares.

- ✓ Pedir pruebas de bienestar fetal según sea el caso.
- ✓ Pedir riesgo quirúrgico y programación para cesárea electiva de manera oportuna (30).

#### **2.3.2.5 Signos y síntomas de alarma**

Su presencia obliga a acudir inmediatamente al establecimiento de salud:

- ✓ Fiebre.
- ✓ Sangrado vaginal.
- ✓ Incremento de peso de manera rápida.
- ✓ Edema de cara, manos y pies.
- ✓ Pérdida por vía vaginal de líquido amniótico.
- ✓ Disminución o ausencia de movimientos fetales.
- ✓ Síncope.
- ✓ Convulsiones.
- ✓ Cefalea intensa o permanente.
- ✓ Visión borrosa, zumbido de oídos o escotomas.
- ✓ Náuseas y vómitos intensos.
- ✓ Dificultad al orinar.
- ✓ Presencia de contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación (30).

#### **2.3.2.6 Seguimiento**

- ✓ Los CPN de las gestantes con ausencia de factores de riesgo se debe realizar en los servicios de salud de I nivel.
- ✓ Los CPN de las gestantes con presencia de factores de riesgo se realizarán en la Institución de mayor complejidad (30).

## **2.4 Calidad de atención y Satisfacción de la Usuaría en Salud:**

### **2.4.1 Las adolescentes y los accesos a los Métodos anticonceptivos:**

La utilización métodos anticonceptivos por mujeres entre los 15 y los 49 años casadas o que permanecen en unión libre varía en gran proporción de los países en vía de desarrollo según el grupo de ingresos. En el año 2013, UNFPA señala la información disponible refiere que, en la mayoría de ellos, el uso de métodos es menor en las mujeres de escasos recursos de los lugares rurales o con mayores deficiencias educativas que entre las mujeres adineradas de los lugares urbanas y con un nivel académico superior. Sin embargo, existen excepciones que muestran un control en planificación familiar más igualitario en forma genérica. En Bhután, Camboya, Bangladesh y Tailandia, por ejemplo, las cifras de uso de métodos son mayores entre el 20% más pobre de la población, que entre el 20% acaudalados (26).

África Occidental y Central, seguida de África Oriental y Meridional se registra una satisfacción de la demanda de servicios de planificación familiar. En 13 de los 20 países de África Occidental y Central, la posibilidad de satisfacer el requerimiento de métodos de las mujeres del 20% de los hogares más adinerados son dos veces a la del 20% de los hogares más pobres.

Las diferencias basadas en la riqueza son menos relevantes en Asia y el Pacífico, Europa Oriental y Asia Central y en América Latina y el Caribe (29).

### **2.4.2 Las Adolescentes y el acceso a los Controles Prenatales:**

El control prenatal permite certificar que la madre y el feto gocen de adecuadas condiciones de salud. Provee de esta manera una base para el fomento de la educación y la salud, proporciona el diagnóstico precoz y de los riesgos, y puede

proporcionar ayudar a la prevención y manejo de las patologías relacionadas con la gestación (29).

En los países en vía de desarrollo, el limitado acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y los fallos en materia de salud están íntimamente relacionados con la pobreza (29).

Las mujeres del 20% de los hogares más pobres pueden hallarse en situaciones en las que no existe a ningún acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de control de la natalidad. Esto corresponde a embarazos no planificados, mayor riesgo de morbilidad a causa de problemas relacionados a la gestación o al parto y falta de asistencia por el personal de la salud, de obstetras o matronas durante el trabajo y la forzosa necesidad de dar a luz por sí mismas. La inadecuada salud sexual y reproductiva de estas mujeres de escasos recursos puede perjudicar sus oportunidades, disminuir su potencial y ratificar su posición en la parte baja de la pirámide económica (29).

Las jóvenes del 20% de los hogares más adinerados suelen gozar del mejor servicio en la atención de salud que los ayuda a prevalecer sus derechos reproductivos (29).

Cuando la salud y los derechos se hallan más allá del alcance de la mayoría de la población, todo el mundo de alguna manera sale se ve afectado. Es probable, por ejemplo, que una mujer de escasos recursos que no pueda acceder a servicios de planificación familiar tenga más hijos de los que pensaba tener. Consecuentemente no pueda integrarse al trabajo remunerado y tampoco apoyar al crecimiento de la economía y el desarrollo de su nación (29).

Las inequidades en el área de la salud, los derechos sexuales y reproductivos provocan gastos económicos para la persona, su localidad, los países y a nivel internacional (29).

### **2.4.3 Calidad de atención**

Según la OMS la Calidad de Asistencia Sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios de diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria optima teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente, y lograr el mejor resultado con el mismo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso (33).

La calidad en la prestación de los servicios de salud es sin duda una preocupación medular en la gestión del sector salud, no sólo por la aspiración a la mejora de las capacidades institucionales en los organismos y dependencias sectoriales, sino sobre todo porque en el eje de todos los procesos se encuentra la vida de las personas, cuya salud debe ser promovida y protegida como obligación insoslayable del Estado (33).

La Organización Panamericana de Salud refiere que la calidad de atención en la prestación de servicios, es la condición de eficacia de los esfuerzos e intervenciones desplegadas y garantía de seguridad y trato humano para todos y cada uno de los usuarios (33).

La Organización Mundial de la Salud manifiesta que la calidad de atención comprendiendo también la seguridad del paciente, es una característica importante de salud para lograr las metas nacionales en la salud, el avance del bienestar de salud de la población y el mantenimiento del sistema de salud a futuro (33).

### **Modelo de calidad de la atención de salud del Dr. Avedis Donabedian**

Chávez y Molina en su investigación dan a conocer que en los principios de la década de los 80, Avedis Donabedian señaló la base para analizar la calidad en el área correspondiente a la atención de la salud. Modelo cuyo fundamento es la sistematización y es utilizado de manera exitosa en las instituciones sanitarias. Dicho modelo ha sido aplicado en un gran número de hospitales en diferentes partes del mundo, es considerado como guía e imprescindible herramienta la calidad de atención del área de salud (37).

En el año 1994, indicó que para poder evaluar la calidad de la atención en salud es necesario especificar los objetivos de manera anticipada a seguir y los medios adecuados para conseguir dichos objetivos. En la atención de salud, el objetivo es conservar, rescatar, incentivar y promover la calidad de la atención en salud, debemos recordar que para lograr mejores continuas en el sector de salud es importante el uso de medios establecidos (37).

Donabedian plantea tres parámetros para la buena ejecución en la calidad de atención:

- ✓ **Estructura:** Se refiere al conjunto de las características de los lugares en los cuales se lleva a cabo el proceso de atención médica, se habla de una buena atención cuando estos sitios cuentan con instalaciones adecuadas. Incluye estructura física (infraestructuras, mobiliario, equipamiento, etc.), recursos humanos (cantidad y capacidad técnica del personal). Su valoración es sencilla, rápida y objetiva, incluye una serie de características previamente establecidas para conseguir una mejor calidad llegado el momento oportuno. Tomando en cuenta que la estructura en optimas condiciones no refleja o

certifica la calidad, si se pretende tener una visión real de la atención hospitalaria de debe hacer uso de indicadores específicos y establecidos.

- ✓ **Proceso:** Los indicadores son aquellos que determinan la calidad del proceso, de importancia en las evaluaciones de calidad. El proceso se refiere al conjunto de acciones realizadas por el médico en favor del enfermo, para llegar a un resultado ideal y beneficioso, que en general se percibe como la evolución favorable del paciente.
- ✓ **Resultado:** La monitorización de la calidad se hace en base a los resultados, los cuales han sido pieza primordial para su investigación. A pesar de la fácil comprensión de los indicadores, existiría un problema al momento de determinar la legitimidad de los resultados, ya que lo mas importante es en base a las características y demandas de las pacientes lo refleja la realidad.

### **Componentes de la Calidad Asistencial**

Según Donabedian, son tres los componentes de la calidad asistencial:

- ✓ **El componente técnico:** Haciendo uso de la ciencia y tecnología podemos resolver una situación problemática al individuo de manera que se alcance el máximo beneficio sin generar riesgos.
- ✓ **El componente interpersonal:** Basado en la relación entre las personas, debe ir acompañado de valores sociales y normas que rigen la interacción de los individuos en general.
- ✓ **El Componente aspectos de confort:** Es todo elemento que rodea al usuario y brinda una atención más confortable (Estructura, proceso y resultado (37).

Hay varias definiciones para la calidad de los servicios de salud, muchas que no se queda con una sola definición. Cada persona asociada en el proceso de calidad va

poseer una idea distinta y cada uno de ellos tendrá mayor interés a los conceptos que más considere. Por ejemplo, características como la cálida y pronta atención, los ambientes del hospital o clínica, la fama de los médicos y la imagen de la institución, son facultades que determinan un valor para la calidad (35).

Para los proveedores de atención de salud, sin dejar de lado la importancia de lo antes mencionado, la valoración de la calidad se centra en las áreas que podríamos señalar científicas, técnicas y tecnológicas con respecto al proceso, como la experiencia de los profesionales y la utilidad tecnológica (35).

Para quien paga la atención, la relación entre el precio de cualquier prestación de servicio y la garantía para evitar la patología y recuperar la salud, es lo que más valorado (35).

Estas nociones permiten señalar de que manera la calidad en salud no obedece a de una sola característica, sino de una diversidad de componentes que conforman cada punto de vista y son valorados de forma distinta según el papel que cumplen en el proceso (35).

#### **2.4.3.1 Dimensiones de la calidad**

- ✓ Satisfacción de los Usuarios/as
- ✓ Accesibilidad
- ✓ Continuidad
- ✓ Comodidad
- ✓ Eficacia
- ✓ Eficiencia (33).



#### **2.4.4 Grado de Satisfacción**

El Grado de Satisfacción de la usuaria es el agrado, acción y efecto de satisfacer en relación las necesidades de las personas (13).

Sánchez en su estudio Calidad de Atención y Satisfacción del Usuario, en atención de parto del servicio de hospitalización de obstetricia del Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, mayo y junio 2016, al identificar la satisfacción de las usuarias atendidas del servicio de Hospitalización de Centro obstétrico, resalta que el grado de Satisfacción desde el punto de vista del paciente, la actividad asistencial se inicia en el momento mismo en que entra a la institución sanitaria, y donde influyen los diversos factores propios del proceso. Asimismo, hace mención que el objetivo del servicio(s) de salud en la atención es personalizar de acuerdo a las necesidades del individuo y de su entorno humano (familiares y amigos), moldeando los servicios de acuerdo a las necesidades y expectativas de éste, pero además, refiere que se debe pensar en satisfacer también las necesidades y expectativas de los familiares del paciente y de su entorno social y laboral, que se convierte en parte fundamental de la relación médico y/o obstetra de la institución de la usuaria que se atiende (34).

#### **2.4.5 Atención Integral de la Adolescente**

La prescripción de servicios de salud para el adolescente de manera general garantiza la referencia a los factores, conductas, escenarios y entornos de riesgo que obedecerán a la situación social, entorno, económico y cultural de la persona (26).

El MAI al adolescente tiene como características fomentar estilos de vida sana, fortalecer el cuidado de los comportamientos riesgosos enfocados en el adolescente donde se vincula la familia y al sostén de la sociedad que permanece a su alrededor.

Esta manera de trabajo se centra en la facilidad de acceder y establecer una atención de salud enfocada no solo en la prestación de servicios, sino además en las áreas donde los jóvenes elaboran, estudian, conviven o se divierten (26).

Se necesita tener poseer una apropiada formación para brindar a los jóvenes una atención global y completa que les asegure:

- ✓ Privacidad: Brindando al adolescente un área reservada donde formular sus preguntas de manera personal.
- ✓ Información: Proporcionando al paciente los medios y servicios de salud que tiene a su alcance.
- ✓ Confidencialidad: Lo que se comunique y maneje en la cita médica o atención, permanecerá de manera reservada, excepto que el paciente conceda desee comunicar sus molestias de salud con los familiares o en caso exista en su vida un peligro inminente.
- ✓ Buena relación: Manteniendo interés, atención, y consideración por lo que manifiesta el adolescente es primordial ser asequible y atentos, investigando las inquietudes del joven o adolescente.
- ✓ Integración: A través de una participación conjunta tanto con los formadores, educadores y familia para confirmar una atención global y que pueda abarcar diversas áreas.
- ✓ Anticipación y educación para la salud: Ejecutaremos formas de comunicación, trabajos conceptuales oportunos, expresando al paciente y a su familia la evolución del desarrollo. Difundiremos el compromiso del joven en el mantenimiento adecuado de su salud (26).

La OMS ha desarrollado nuevas normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de salud para los adolescentes que propiciarán este cambio de gran interés. asimismo, se han logrado avances gracias a la sistematización con respecto a la gestión de la información sanitaria por edad y sexo, que favorecerán una mayor precisión de la planificación y el seguimiento. También se han producido mejoras en la medición de la cobertura, calidad y costo de las intervenciones prioritarias del sector de la salud dirigidas a los adolescentes, mejoras que resultan esenciales para la formulación y el monitoreo de los programas del sector de la salud. Sin embargo, aún queda mucho por hacer (31).

### III.- Metodología

#### 3.1. Tipo y nivel de investigación.

##### 3.1.1 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.

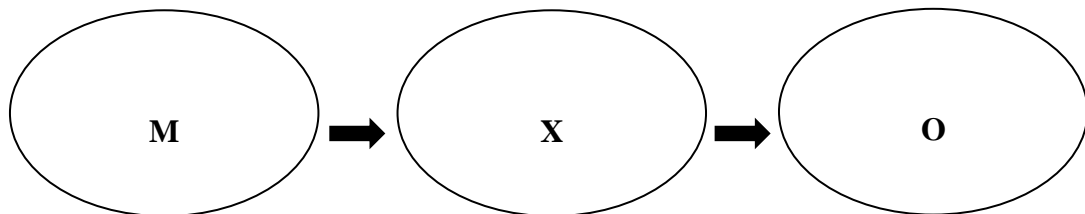
##### 3.1.2. Nivel de Investigación.

Se trata de un estudio cuantitativo.

#### 3.2. Diseño de investigación.

Diseño no experimental y de corte transversal.

##### Esquema



M: Es la muestra estudiada.

X: Factores y Grado de Satisfacción.

O: Representa lo encuestado.

### **3. Población y Muestra.**

#### **3.3.1 Población**

La población muestral estuvo constituida por 23 gestantes adolescentes que acudieron al servicio de Obstetricia a la atención durante el mes de mayo 2018, y que cumplieron con los criterios de inclusión. El tamaño de la población fue definido por el libro de registro de atenciones prenatales del consultorio externo de obstetricia del establecimiento de salud.

#### **3.3.2 Muestra**

La muestra estuvo constituida por el total de la población muestral en estudio, siendo la unidad de análisis las gestantes 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.

### **3.4. Criterios de Inclusión y Exclusión**

#### **3.4.1 Inclusión:**

- Adolescentes embarazadas que acudieron a la atención prenatal en el servicio de Obstetricia en el Establecimiento de Salud 1-4 de CESAMICA, registradas en el mes de mayo.
- Adolescentes embarazadas con asistencia regular al Control Prenatal.
- Adolescentes que se embarazaron en el periodo de estudio.
- Adolescentes embarazadas que saben leer y escribir.
- Adolescentes embarazadas que aceptaron participar en el estudio.

### **3.4.2 Criterio de Exclusión:**

- Adolescentes embarazadas que acudieron al servicio de Obstetricia a la atención prenatal antes y después del mes de mayo 2018.
- Adolescentes embarazadas que no aceptaron participar en el estudio.
- Adolescentes con capacidad disminuida para comunicarse
- Adolescentes embarazadas mentalmente discapacitadas.

### **Recolección de la información:**

Los procedimientos para la recolección de datos se iniciaron con la autorización de la jefatura en el servicio de obstetricia del Establecimiento de Salud I-4 Centro de Salud Materno Infantil de Castilla- Piura, se identificó la unidad de análisis para la aplicación del instrumento de recolección de datos.

### **3.5. Definición operacional de las variables en estudio**

#### **A. Variables principales y sus dimensiones**

**1. Variable Factores del embarazo adolescente:** Es cualquier rasgo, característica o exposición que aumentó la probabilidad de un embarazo (5), en las gestantes adolescentes que acudieron a la atención prenatal.

**1.1 Dimensión características sociodemográficas:** Referida a la edad (basado a la clasificación de la OMS), estado civil, si trabaja, grado de instrucción, religión y dependencia económica, que tienen las gestantes adolescentes.

**1.2. Dimensión conocimiento de la concepción precoz y anticoncepción:** Referida a la calidad de información sobre concepción precoz y anticoncepción que tienen las gestantes adolescentes

**1.3 Dimensión factores sexuales y reproductivos:** Referida a la edad de inicio de la vida sexual activa, menarquía y utilización de métodos anticonceptivos que tienen las gestantes adolescentes.

**1.4 Dimensión factores familiares:** Referida al tipo de familia, antecedente de embarazo adolescente en la familia, relación con los padres y persona con quien vivía antes del embarazo.

**2. Grado de Satisfacción de la gestante Adolescente:** El agrado, acción y efecto de satisfacer en relación a las necesidades producido en la gestante adolescente (13), comprendido entre 10 a 19 años como respuesta ante la interacción que se presenta antes, durante y después de la consulta prenatal relacionada a la accesibilidad, estructura, atención y orientación educativa.

**2.1 Dimensión accesibilidad:** Referida a la accesibilidad geográfica, social y organizacional.

**2.2 Dimensión estructura:** Referida a la infraestructura, saneamiento, recurso humano y equipamiento.

**2.3 Dimensión atención:** Referida a la relación interpersonal con el proveedor de la atención y el examen físico.

**2.4 Dimensión orientación educativa:** Referida al aporte de material educativo, síntomas de embarazo y signos de alarma del embarazo, parto y puerperio.

**Cuadro 1 Matriz de Operacionalización de la variable Factores del embarazo adolescente.**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Factores del Embarazo Adolescente	Es cualquier rasgo, característica o exposición que aumentó la probabilidad de un embarazo (5), en las gestantes adolescentes que acudieron a la atención prenatal.	➤ Características sociodemográficas	Se preguntó a la gestante adolescente la edad que tuvo al momento de realizar la encuesta.	11-14 años 15-19 años	Cuantitativa de Razón
			Se preguntó a la gestante adolescente el grado de instrucción que tuvo al momento de realizar la encuesta.	Analfabeta Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Superior técnico o universitario	Cualitativa Ordinal
			Se preguntó a la gestante adolescente por la religión que profesa al momento de realizar la encuesta.	Católica Testigo de Jehová Adventista Cristiana No creyente	Cualitativa Nominal
			Se preguntó a la gestante adolescente cual es su estado civil al momento de realizar la encuesta.	Soltera Conviviente Casada	Cualitativa Nominal
			Se preguntó a la gestante adolescente situación laboral al momento de realizar la encuesta.	Si No	Cualitativa Nominal
			Se preguntó a la gestante adolescente su dependencia económica al momento de realizar la encuesta.	Papas Hermanos Tíos Abuelos Soy sola	Cualitativa Nominal
			Se preguntó a la gestante adolescente su menarquia al momento de realizar la encuesta.		11-14 años 15-19 años



		➤ Factores Reproductivos	Se preguntó a la gestante adolescente el número de gestaciones al momento de realizar la encuesta.	Primigesta Segundigesta Multigesta	Cualitativa Ordinal
			Se preguntó a la gestante adolescente antecedente de aborto al momento de realizar la encuesta.	Si No	Cualitativa Nominal
			Se preguntó a la gestante adolescente la utilización previa de métodos anticonceptivos antes del embarazo al momento de realizar la encuesta.	Pastillas Preservativo Dispositivo intrauterino Inyectable Ninguno Otros	Cualitativa Nominal
			Se preguntó a la gestante adolescente método anticonceptivo utilizado antes del embarazo al momento de realizar la encuesta.	Si No Pastillas Preservativo Dispositivo intrauterino Inyectable Ninguno	Cualitativa Nominal
		➤ Factores sexuales	Se preguntó a la gestante adolescente la edad de su primera relación coital.	11-14 años 15-19 años	Cuantitativa de Razón
			Se preguntó a la gestante adolescente persona que inicio su vida sexual al momento de realizar la encuesta.	Amigo Novio Abuso sexual Conocido Familiar	Cualitativa Nominal
			Se preguntó a la gestante adolescente el número de parejas sexuales al momento de realizar la encuesta.	1 2 a más	Discreta

		➤ Factores familiares	Se preguntó a la gestante adolescente el tipo de familia que tenía al momento de realizar la encuesta	Mono parenteral Biparental	Cualitativa Ordinal
			Se preguntó a la gestante adolescente antecedente de embarazo adolescente en la familia al momento de realizar la encuesta	Si No	Cualitativa Nominal
			Se preguntó a la gestante adolescente la relación con sus padres al momento de realizar la encuesta	Padres Buena Regular Mala	Cualitativa Ordinal
			Se preguntó a la gestante adolescente la persona con quien vivía al momento de realizar la encuesta	Padre Madre Ambos Sola Otro familiar	Cualitativa Nominal
		➤ Conocimiento de la concepción precoz y anticoncepción.	Se preguntó a la gestante adolescente si había recibido información de cómo prevenir un embarazo al momento de realizar la encuesta	Si No	Cualitativa Nominal
			Se preguntó a la gestante adolescente la fuente de información al momento de realizar la encuesta	Amigos Padres Personal de salud Institución educativa	Cualitativa Nominal
			Se preguntó a la gestante adolescente la calidad de información al momento de realizar la encuesta	Excelente Buena Regular Mala Nula Nunca recibí	Cualitativa Ordinal

**Cuadro 2 Matriz de operacionalización de la variable Grado de Satisfacción sobre la atención prenatal.**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Grado de la Satisfacción de la adolescente	El agrado, acción y efecto de satisfacer en relación a las necesidades producido en la gestante adolescente (13), comprendido entre 10 a 19 años como respuesta ante la interacción que se presenta antes, durante y después de la consulta prenatal relacionada a la accesibilidad, estructura, atención y orientación educativa.	➤ Accesibilidad	Se evaluó mediante 6 preguntas, abarcando la accesibilidad geográfica como la ubicación del centro de salud y consultorio; la accesibilidad social como la información recibida del horario de atención; la accesibilidad organizacional en cuanto al tiempo de espera y los procedimientos a seguir para acceder a la consulta según orden de llegada. Considerando un punto para la puntuación más negativa (inconforme en respuesta) hasta 4 puntos para la respuesta más positiva (muy conforme o siempre). Definiéndose como satisfecho si hay 27 a más puntos, medianamente satisfecho de 20 a 26 puntos e insatisfecho 19 a menos puntos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Satisfecha</li> <li>✓ Medianamente satisfecha</li> <li>✓ Insatisfecha</li> </ul>	Cualitativa Ordinal
		➤ Estructura	Se evaluó mediante 10 preguntas, abarcando la infraestructura como la iluminación, asientos suficientes, sala de espera, baños, ventilación; el saneamiento en cuanto a los Baños y consultorio limpios, ordenados y de fácil acceso; también el equipamiento como camillas, mesa ginecológica,	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Satisfecha</li> <li>✓ Medianamente satisfecha</li> <li>✓ Insatisfecha</li> </ul>	Cualitativa Ordinal

			afiches, materiales y los equipos suficientes. Considerando un punto para la puntuación más negativa (nunca en respuesta) hasta 4 puntos para la respuesta más positiva (muy conforme o siempre). Definiéndose como satisfecho si hay 39 a más puntos, medianamente satisfecho de 35 a 38 puntos e insatisfecho 34 a menos puntos.	.	
		➤ Atención	Se ve evaluó mediante 10 preguntas, abarcando la relación interpersonal con el proveedor de la atención: trato con respeto, amabilidad, privacidad y paciencia; el examen físico; aporte de material informativo, información de nutrición adecuada, indicación de calendario de vacunas y el análisis de laboratorio, interconsultas. Considerando un punto para la puntuación más negativa (nunca en respuesta) hasta 4 puntos para la respuesta más positiva (muy conforme o siempre). Definiéndose como satisfecho si hay 83 a más puntos, medianamente satisfecho de 81 a 82 puntos e insatisfecho 80 a menos puntos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Satisfecha</li> <li>✓ Medianamente satisfecha</li> <li>✓ Insatisfecha</li> </ul>	Cualitativa Ordinal
		➤ Orientación educativa	Se evaluó mediante 15 preguntas, abarcando la entrega de material educativo, la orientación de síntomas del embarazo y la orientación de signos de alarma del embarazo, parto, puerperio. Considerando un punto para la puntuación más negativa (negación) hasta 4 puntos para la respuesta más positiva (afirmación). Definiéndose como satisfecho si hay 26 a más puntos, medianamente satisfecho de 24 a 25 puntos e insatisfecho 23 a menos puntos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Satisfecha</li> <li>✓ Medianamente satisfecha</li> <li>✓ Insatisfecha</li> </ul>	Cualitativa Ordinal

### **3.6 Técnica e instrumentos**

#### **3.6.1 Técnica**

Se utilizó la técnica de la encuesta.

#### **3.6.2 Instrumentos:**

Para la recolección de datos se utilizó instrumentos previamente estructurados; el cuestionario para identificar los Factores del Embarazo en Adolescentes y Test de Likert para evaluar el Grado de Satisfacción de las Adolescentes referido al Control Prenatal en el Establecimiento de Salud 1-4 de CESAMICA en el Distrito de Castilla – Piura.

##### **1. Cuestionario de Factores del Embarazo Adolescente**

Consta de 21 preguntas cerradas de opinión múltiple, dicotómica y referida a los factores sociodemográficos, factores reproductivos y sexuales además del conocimiento sobre concepción precoz y anticoncepción en las gestantes adolescentes (Anexo 1).

##### **2. Cuestionario Grado de Satisfacción de las Adolescentes sobre el Control Prenatal**

Se utilizó un instrumento organizado, el cual incluyó cuatro secciones previa identificación del trabajo de investigación, el objetivo breve del mismo, el consentimiento informado de cada gestante adolescente (Anexo 2).

El instrumento, se organizó en una escala tipo Likert conformado por 28 ítems para 39 respuestas (en vista de que el ítem 19 tiene 12 subdivisiones) con las que se evaluó accesibilidad, estructura, atención y orientación educativa del embarazo, parto y puerperio recibida por la adolescente.

Con las respuestas dadas por las entrevistadas se estableció un sistema de valoración: La puntuación de las gestantes fue desde 1 punto para la puntuación más negativa (inconforme en respuesta a uno de los ítems de accesibilidad o nunca en respuesta a uno de los ítems de estructura o atención) lo que totaliza 39 puntos hasta 4 puntos para la respuesta más positiva (muy conforme o siempre en respuesta a los ítems de accesibilidad, estructura y atención respectivamente) lo que totaliza 177 máximo.

De acuerdo a esta puntuación se consideró:

- Insatisfecho a aquellas pacientes con una puntuación de 0 a 59.
- Medianamente satisfecho a quienes sumaron una puntuación entre 60 a 119.
- Completamente satisfecho con una puntuación entre 120 a 177.

Para la evaluación del Grado de Satisfacción del aspecto educativo del control prenatal se tendrán preguntas cerradas dicotómicas desde el número 29 a la 43 para 30 respuestas (en vista de que las preguntas 31 y 32 tienen 9 y 8 subdivisiones respectivamente). El tener 1 y 10 respuestas afirmativas se considerarán como insatisfacción de los adolescentes, entre 11 y 20 respuestas afirmativas para medianamente satisfecho y para 21 y 30 completamente satisfechas.

### **3.7 Plan de Análisis**

Los datos obtenidos fueron codificados y posteriormente 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 descripción de los datos como frecuencias, porcentajes y gráficos estadísticos de cada una de las variables en estudio.

#### **Baremación del Test.**

La puntuación directa de una persona en un test no es directamente interpretable si no la referimos a los contenidos incluidos en el test o al rendimiento de las restantes personas que comparten el grupo normativo. En este segundo sentido el tema de la interpretación de una puntuación directa en un cuestionario, para lo cual es necesario tratar el tema de la obtención de baremos para comparar esta puntuación con las que obtienen las personas que han formado el grupo normativo. De una u otra forma, los baremos consisten en asignar a cada posible puntuación directa un valor numérico (en una determinada escala) que informa sobre la posición que ocupa la puntuación directa (y por tanto la persona que la obtiene) en relación con los que obtienen las personas que integran el grupo normativo donde se bareman las pruebas.

Entre las múltiples formas de baremar un test, destacamos las siguientes:

- Baremos cronológicos: Edad Mental y Cociente Intelectual.
- Centiles o Percentiles.
- Puntuaciones típicas: Estándares y normalizadas.

Los puntajes para medir el nivel de grado de satisfacción en cada una de sus dimensiones son los siguientes:

➤ **Accesibilidad**

- Insatisfecho: Menos de 19
- Medianamente satisfecho: 20 - 26
- Satisfecho: 27 a más

➤ **Estructura**

- Insatisfecho: Menos de 34
- Medianamente satisfecho: 35 - 38
- Satisfecho: 39 a más

➤ **Atención**

- Insatisfecho: Menos de 80
- Medianamente satisfecho: 81 - 82
- Satisfecho: 83 a más

➤ **Orientación**

- Insatisfecho: Menos de 23
- Medianamente satisfecho: 24 - 25
- Satisfecho: 26 a más

➤ **Satisfacción**

- Insatisfecho: Menos de 159
- Medianamente Satisfecho: 160 - 167
- Satisfecho: 168 a más



### 3.8 Matriz de Consistencia

**Título: Factores del embarazo precoz y grado de satisfacción sobre la atención prenatal en gestantes adolescentes del Establecimiento de Salud del Centro de Salud Materno infantil de Castilla –Piura, mayo 2018**

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES
<p>¿Cuáles son los factores del embarazo precoz y el grado de satisfacción sobre la atención prenatal en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla – Piura, durante el periodo Mayo 2018?</p>	<p>➤ <b>OBJETIVO GENERAL:</b></p> <p>✓ Determinar los factores del embarazo precoz y el grado de satisfacción sobre la atención prenatal en las gestantes adolescentes atendidas en CESAMICA Castilla – Piura, durante el periodo Mayo 2018.</p> <p>➤ <b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</b></p> <p>a) Identificar los factores sociodemográficos en las gestantes adolescentes atendidas en CESAMICA Castilla – Piura, durante el periodo Mayo 2018.</p> <p>b) Identificar los factores sexuales y reproductivos en las gestantes adolescentes atendidas en CESAMICA Castilla – Piura, durante el periodo Mayo 2018.</p> <p>c) Identificar los factores familiares en las gestantes adolescentes atendidas en CESAMICA Castilla – Piura, durante el periodo Mayo 2018.</p> <p>d) Identificar el conocimiento sobre anticoncepción en las gestantes adolescentes atendidas en CESAMICA Castilla – Piura, durante el periodo Mayo 2018.</p> <p>e) Identificar la fuente información más frecuente sobre concepción precoz en las gestantes adolescentes atendidas en CESAMICA Castilla – Piura, durante el periodo Mayo 2018.</p> <p>f) Identificar el grado de satisfacción de la atención prenatal según la</p>	<p><b>VARIABLES PRINCIPALES:</b></p> <p><b>1. Variable Factores del embarazo adolescente:</b> Es cualquier rasgo, característica o exposición que aumentó la probabilidad de un embarazo (5), en las gestantes adolescentes que acudieron a la atención prenatal.</p> <p><b>1.1 Dimensión factores sociodemográficos:</b> Referida a la edad (basado según la clasificación de la OMS), estado civil, situación laboral, grado de instrucción, religión y situación laboral, dependencia económica en las gestantes adolescentes.</p> <p><b>1.2 Dimensión conocimiento de la concepción precoz y anticoncepción:</b> referida a la calidad de información sobre concepción precoz y anticoncepción que tienen las gestantes adolescentes .</p> <p><b>1.3 Dimensión factores sexuales y reproductivos:</b> Referida la edad de inicio de la vida sexual activa, menarquía, número de parejas sexuales, antecedentes de aborto, número de gestaciones, utilizaciones previas de métodos anticonceptivos en las gestantes adolescentes.</p> <p><b>1.4 Dimensión factores familiares:</b> Referida al tipo de familia, antecedentes de embarazo adolescente en la familia, relación con los padres, persona con la que vivía las gestantes adolescentes.</p>

	<p>accesibilidad en las gestantes adolescentes sobre el control prenatal atendidas en CESAMICA Castilla – Piura, durante el periodo Mayo 2018.</p> <p>g) Identificar el grado de satisfacción de la atención prenatal según la estructura en las gestantes adolescentes atendidas en CESAMICA Castilla – Piura, durante el periodo Mayo 2018.</p> <p>h) Identificar el grado de satisfacción de la atención prenatal según la atención en las gestantes adolescentes atendidas en CESAMICA Castilla – Piura, durante el periodo Mayo 2018.</p> <p>i) Identificar el grado de satisfacción de la atención prenatal según la orientación educativa del embarazo, parto y puerperio en las gestantes adolescentes atendidas en CESAMICA Castilla – Piura, durante el periodo Mayo 2018.</p>	<p><b>2. Grado de Satisfacción de la gestante Adolescente:</b> El agrado, acción y efecto de satisfacer en relación a las necesidades producido en las gestante adolescente (13), comprendido entre 10 a 19 años como respuesta ante la interacción que se presenta antes, durante y después de la consulta prenatal relacionada a la accesibilidad, estructura, atención y orientación educativa.</p> <p><b>2.1 Dimensión accesibilidad:</b> Referida a la accesibilidad geográfica, social y organizacional.</p> <p><b>2.2 Dimensión estructura:</b> Referida a la infraestructura, saneamiento, recurso humano y equipamiento.</p> <p><b>2.3 Dimensión atención:</b> Referida a la relación interpersonal con el proveedor de la atención y el examen físico.</p> <p><b>2.4 Dimensión orientación educativa:</b> Referida al aporte de material educativo, síntomas de embarazo y signos de alarma del embarazo, parto y puerperio.</p>
--	--	--

## METODOLOGÍA

TIPO, NIVEL Y DISEÑO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS
<p><b>Tipo de Investigación:</b> Descriptivo.</p> <p><b>Nivel de Investigación:</b> Por el grado de cuantificación será un estudio cuantitativo.</p> <p><b>Diseño de la investigación:</b> Diseño no experimental, transversal.</p>	<p>➤ <b>Población:</b> La población muestral estuvo constituida por 23 gestantes adolescentes que acudieron al servicio de Obstetricia a la atención durante el mes de mayo 2018, y que cumplieron con los criterios de inclusión. El tamaño de la población fue definido por el libro de registro de atenciones prenatales del consultorio externo de obstetricia del establecimiento de salud.</p> <p>➤ <b>Muestra:</b> La muestra estuvo constituida por el total de la población muestral en estudio, siendo la unidad de análisis las gestantes 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.</p>	<p>➤ <b>Técnica:</b> La encuesta.</p> <p>➤ <b>Instrumentos:</b> * Cuestionario de Factores del Embarazo Adolescente * Test de Likert Grado de Satisfacción de las Adolescentes sobre el Control Prenatal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Insatisfecha</li> <li>✓ Medianamente satisfecha.</li> <li>✓ Completamente satisfecha.</li> </ul>	<p>Para el plan de análisis se hará uso de la estadística descriptiva, utilizando figuras y tablas.</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 del trabajo de investigación.

En este sentido, se solicitó a las gestantes adolescentes que lean detenidamente y firmen el consentimiento informado (Anexo 5).

Previo a la encuesta, se les explicó 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 Centro del Establecimiento de Salud I-4 de CESAMICA en el Distrito de Castilla- Piura.

## IV.- Resultados

### 4.1 Resultados

*Tabla 1 Características socio-demográficas de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla- Piura, mayo 2018.*

<b>Características</b>	<b>Respuestas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>	11-14 años	3	13,04
	15 – 19 años	20	86,96
<b>Grado de Instrucción</b>	Analfabeta	0	,00
	Primaria Completa	1	4,35
	Primaria Incompleta	0	,00
	Secundaria Completa	7	30,43
	Secundaria Incompleta	9	39,13
	Superior técnica o Universidad	6	26,09
<b>Religión</b>	Católica	23	100
	Testigo de Jehová	0	,00
	Adventista	0	,00
	Cristiana	0	,00
	No creyente	0	,00
<b>Estado civil</b>	Soltera	1	4,35
	Conviviente	22	95,65
	Casada	0	,00
<b>Trabajas actualmente</b>	Si	0	,00
	No	23	100
<b>Dependencia</b>	Papas	21	91,30
	Hermanos	0	,00
	Tíos	0	,00
	Abuelos	0	,00
	Soy sola	0	,00
	Pareja	2	8,7
<b>Total</b>		<b>23</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Encuesta aplicada a las gestantes adolescentes atendidas en CESAMICA Castilla – Piura, en el mes de mayo 2018.

En la Tabla 1 se obtuvieron las características sociodemográficas abordadas en el estudio, demostrándose que el 86,96% tuvo una edad entre 15 a 19 años, teniendo en cuenta que el 39,13% tiene un grado de instrucción de secundaria incompleta, asimismo el 100% son católicos, también se logró observar que un 95,65% convive con sus parejas, denotándose que el 100% no trabaja y que el 91,30% depende de los papas.

*Tabla 2 Factores Reproductivos de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla- Piura, mayo 2018.*

<b>Factores</b>	<b>Respuestas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Menarquia</b>	11 a 14 años	20	86,96
	15 a 19 años	3	13,04
<b>Número de gestaciones</b>	Primigesta	23	100
	Segundigesta	0	,00
	Multigesta	0	,00
<b>Antecedente de aborto</b>	Si	0	,00
	No	23	100
<b>Qué métodos anticonceptivos conocías</b>	Pastillas	1	4,35
	Preservativo	16	69,56
	Dispositivo Intrauterino	0	,00
	Inyectables	4	17,40
	Natural	0	,00
	Otros	0	,00
	No conocía	2	8,69
<b>Utilizaba MAC</b>	Si	11	47,83
	No	12	52,17
<b>Qué tipo de método</b>	Pastillas	1	4,35
	Preservativo	7	30,44
	Dispositivo Intrauterino	0	,00
	Inyectables	3	13,04
	Ninguno	12	52,17
<b>Total</b>		<b>23</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Encuesta aplicada a las gestantes adolescentes atendidas en CESAMICA Castilla – Piura, en el mes de mayo 2018.

En la Tabla 2 relacionada a los factores reproductivos, la edad en la que las adolescentes tuvieron la primera menstruación, evidenciándose que el 86,96% fue entre los 11 a 14 años y una minoría con 13,04% la tuvo entre los 15 a 19 años, el 100% de ellas se encuentran en su primera gestación, además este mismo porcentaje no tuvo antecedente de aborto; cabe resaltar que un 69,56% tuvo conocimiento acerca del preservativo y el 4,35% conocía las pastillas como método anticonceptivo; el 52,17% refirió no utilizar ningún tipo de método, mientras el 47,83% de las participantes manifestó haberlo hecho; en el cual el preservativo predominó como método anticonceptivo utilizado con un 30,44%.

*Tabla 3 Factores Sexuales de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla- Piura, mayo 2018.*

<b>Factores</b>	<b>Respuestas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Primera relación coital</b>	11-14 años	3	13,04
	15 a 19 años	20	86,96
<b>Persona de inicio de relación coital</b>	Amigo	5	21,74
	Novio	18	78,26
	Abuso sexual	0	,00
	Conocido	0	,00
	Familiar	0	,00
<b>Número de parejas sexuales</b>	1	18	78,26
	2 o más	5	21,74
<b>Total</b>		<b>23</b>	<b>100,00%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a las gestantes adolescentes atendidas en CESAMICA Castilla – Piura, en el mes de mayo 2018.

En la Tabla 3 relacionada a los factores sexuales se establece que el 86,96,56% de las gestantes adolescentes tuvieron la primera relación coital entre los 15 a 19 años, a diferencia de un 13,04% la tuvo entre los 11 a 14 años; así mismo un 78,26% manifestó que el novio fue la primera persona con quien se iniciaron sexualmente y la otra parte que representa el 21,74% refirió que fue un amigo; no obstante el mayor porcentaje de mujeres que se iniciaron sexualmente representado con un 78,26% tuvo una sola pareja, mientras el menor porcentaje, el 21,74% aseguró haber tenido más de 2 parejas sexuales.

*Tabla 4 Factores Familiares de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla- Piura, mayo 2018.*

<b>Factores</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de Familia</b>	Monoparental	18	30,40
	Biparental	5	69,60
<b>Antecedentes de embarazos adolescentes en la familia</b>	Si	2	8,70
	No	21	91,30
<b>Relación del adolescente con sus padres</b>	Buena	7	30,40
	Regular	16	69,60
	Mala	0	,00
<b>Persona con quien vivía antes de su embarazo</b>	Padre	0	,00
	Madre	7	30,40
	Ambos	16	69,60
	Solo	0	,00
	Otro familiar	0	,00
<b>Total</b>		<b>23</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Encuesta aplicada a las gestantes adolescentes atendidas en CESAMICA Castilla – Piura, en el mes de mayo 2018.

En la Tabla 4 representamos a los Factores familiares de las gestantes adolescentes, evidenciándose que el 69,60% proviene de una familia biparental a diferencia de un 30,40% que formaba parte de una familia monoparental; el 91,30% niega antecedentes de embarazos adolescentes en la familia y el 8,70% manifestó la existencia de antecedentes dentro del entorno familiar; así mismo un 69,6% expresó tener una relación regular con los padres, sin embargo el 30,40% refirió una buena relación; el 69,6% sostuvo que la convivencia antes de la gestación era con ambos padres mientras el 30,40% vivía únicamente con la madre.

*Tabla 5 Conocimiento sobre concepción precoz y anticoncepción de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla- Piura, mayo 2018.*

<b>Factor conocimiento</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Recibió información sobre la Prevención de un embarazo</b>	SI	21	91,31
	No	2	8,69
<b>De quien recibió información</b>	Amigos	3	13,04
	Padres	3	13,04
	Personal de salud	8	34,78
	Institución educativa	8	34,78
	Ninguna	1	4,35
<b>Evaluación de la información recibida sobre MAC</b>	Excelente	0	,00
	Buena	4	17,40
	Regular	19	82,60
	Mala	0	,00
	Nula	0	,00
	Nunca recibí	0	,00
<b>Total</b>		<b>23</b>	<b>100,00%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a las gestantes adolescentes atendidas en CESAMICA Castilla – Piura, en el mes de mayo 2018.

En la Tabla 5 se representa los Factores sobre concepción precoz y anticoncepción demostrando que el 91,31% recibió información de cómo prevenir un embarazo a diferencia de un 8,69% que afirmó no contar con dicha información; Por otro lado, el 34,78% manifestó haber recibido información por parte del personal de salud y en su institución educativa, mientras un 4,35% refirió ninguna; por otra parte referente a la evaluación de la información impartida el 82,60% expresó que fue regular, no obstante el 17,40% aseveró que la información recibida la consideró buena.



*Tabla 6 Grado de satisfacción sobre la atención prenatal en las gestantes adolescentes en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla- Piura, mayo 2018.*

	<b>Grado de satisfacción</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>SATISFACCIÓN</b>	Satisfecha	7	30,40
	Medianamente Satisfecha	8	34,80
	Insatisfecha	8	34,80
<b>Total</b>		<b>23</b>	<b>100,00%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a las gestantes adolescentes atendidas en CESAMICA Castilla – Piura, en el mes de mayo 2018

En la Tabla 6 se evidencia el grado de satisfacción sobre la atención prenatal, el 34,8% se encontró medianamente satisfecha, este porcentaje refleja de manera similar a las gestantes adolescentes que mostraron insatisfacción, sin embargo, un 30,4% expresó sentirse satisfechas

*TABLA 7 Grado de satisfacción sobre la atención prenatal de las gestantes adolescentes según accesibilidad en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla-Piura, mayo 2018.*

	<b>Grado de satisfacción</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>ACCESIBILIDAD</b>	Satisfecha	6	26,09
	Medianamente Satisfecha	8	34,78
	Insatisfecha	9	39,13
<b>Total</b>		<b>23</b>	<b>100,00%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a las gestantes adolescentes atendidas en CESAMICA Castilla – Piura, en el mes de mayo 2018.

La Tabla 7 nos indica el grado de satisfacción sobre la atención prenatal según la accesibilidad, evidenciándose que el 39,13% mostró insatisfacción, por otra parte, el 34,78% refirió sentirse medianamente satisfecha, no obstante, cabe resaltar que el 26,09% manifestó encontrarse satisfecha.

*TABLA 8 Grado de satisfacción de las gestantes adolescentes sobre la atención prenatal según la estructura en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla-Piura, mayo 2018.*

	<b>Grado de satisfacción</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>ESTRUCTURA</b>	Satisfecha	2	8,70
	Medianamente Satisfecha	13	56,52
	Insatisfecha	8	34,78
<b>Total</b>		<b>23</b>	<b>100,00%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a las gestantes adolescentes atendidas en CESAMICA Castilla – Piura, en el mes de mayo 2018.

La Tabla 8 muestra el grado de satisfacción según la estructura estableciendo que el 56,52% indicó encontrarse medianamente satisfecha, el 34,78% expresó insatisfacción mientras el 8,70% aseguró sentirse satisfecha.

*TABLA 9 Grado de satisfacción de las gestantes adolescentes según la atención brindada en la atención prenatal en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla-Piura, mayo 2018.*

	<b>Grado de satisfacción</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>ATENCIÓN</b>	Satisfecha	6	26,09
	Medianamente Satisfecha	7	30,43
	Insatisfecha	10	43,48
<b>Total</b>		<b>23</b>	<b>100,00%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a las gestantes adolescentes atendidas en CESAMICA Castilla – Piura, en el mes de mayo 2018.

La Tabla 9 determina el grado de satisfacción según la atención, evidenciándose que un 43,48% mostró insatisfacción, así mismo un 30,43% afirmó sentirse medianamente satisfecha y una minoría con 26,09% expresó satisfacción.

*TABLA 10 Grado de satisfacción según la orientación brindada en la atención prenatal en las gestantes adolescentes en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla- Piura, mayo 2018.*

	<b>Grado de satisfacción</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>ORIENTACIÓN</b>	Satisfecha	3	13,04
	Medianamente Satisfecha	11	47,83
	Insatisfecha	9	39,13
<b>Total</b>		<b>23</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a las gestantes adolescentes atendidas en CESAMICA Castilla – Piura, en el mes de mayo 2018.

La Tabla 10 establece el grado de satisfacción de la orientación brindada en el establecimiento de salud, en la cual se demuestra que el 47,83% expresó sentirse medianamente satisfechas, por otra parte, el 39,13% manifestó insatisfacción y sólo un 13,04% indicó sentirse satisfecha.

## 4.2 Análisis de resultados

El embarazo en la adolescencia se ha convertido en un problema de salud pública importante. A nivel regional de acuerdo a la última encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Piura se encuentra en el tercer lugar con respecto al ranking nacional de embarazo en adolescentes (5). Existen factores y condiciones socioculturales que predisponen en gran medida al aumento en el número de casos de embarazo precoz, sucediendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más bajos.

Según las estadísticas a nivel nacional Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2015, en el departamento de Lima el 13.6% de las adolescentes entre los 15 y los 19 años han estado embarazadas, entre aquellas que sólo terminaron primaria 1 de cada 3 estuvo embarazada (37,9%); entre las más pobres, 1 de cada 4 (24,9%), al igual que entre las adolescentes de la Selva; mientras que entre aquellas que provienen de zonas rurales, 1 de cada 5 (22,5%). Así mismo, los porcentajes más altos de adolescentes que han estado embarazadas se encuentran en las áreas rurales, proporción dos veces a mayor al porcentaje en áreas urbanas. Con respecto a las atenciones prenatales, el Perú se encuentra en el grupo de los países de mujeres que recibe al menos cuatro visitas de atención prenatal, siendo similar en las zonas urbanas y las rurales (4,5).

Existen muchas adolescentes que, por falta de recursos económicos, bajo nivel educativo, falta de afecto y estabilidad emocional viven sin un proyecto a futuro, factores de riesgo que pueden conducir a un embarazo en la adolescencia. Lo cual en muchas ocasiones resulta en un embarazo no deseado, y tomando en cuenta que las parejas de las jóvenes son mayormente de la misma edad, no actúan con la suficiente

madurez, conllevando hoy en día a un problema para la mujer, familia, comunidad y sociedad. El embarazo en la adolescencia conlleva un gran riesgo para la salud de la futura madre y del feto ya que no ha alcanzado la madurez biológica esperada, lo cual implica mayor probabilidad de muerte materna y perinatal.

La presente investigación cuya muestra fue de 23 gestantes adolescentes en relación a los factores del embarazo precoz, los resultados obtenidos según las características sociodemográficas se muestran en la **(Tabla 1)** encontramos que la edad 15 a 19 años de las gestantes adolescentes predominó con un 86,96% y el 13,04% eran adolescentes de 11 a 14 años, en el grado de instrucción el 39,13% tiene secundaria incompleta, asimismo el 100% profesa la religión católica, también se logró observar que un 95,65% convive con sus parejas mientras el 4,35% son solteras, cabe resaltar que el 100% de las gestantes adolescentes no trabajan, y que el 91,30% de las gestantes adolescentes dependen de sus papas y el 8,70% manifestaron que dependen de su pareja.

Resultados que se asemejan a Arana C et al. Argentina 2013, donde tuvo como resultado: El 50% correspondió a embarazadas de 17 a 19 años; con respecto al grado de instrucción el 36,67% correspondió al secundario incompleto, el 70% manifestó ser creyente de la religión católica; el 50 % de la muestra manifestó estar en pareja; el 46,67% radicaba en la zona urbana y el 40% en la zona rural; el 93,33% de la muestra manifestó no estar trabajando actualmente; el 76,67% de las encuestadas manifestó depender de los padres; el 63,67% de la muestra correspondió a la atención en hospital y el 36,67% restante correspondió a la atención en centro de salud (7).

Al analizar los resultados podemos evidenciar que la edad de inicio de relaciones sexuales ocurre cada vez a una edad más temprana y como consecuencia incrementa el riesgo de muerte materno perinatal además de la no culminación de la educación secundaria y al comparar ambos resultados es similar, y por consiguiente la madre adolescente enfrenta una mayor dificultad para retomar y culminar sus estudios escolares, ya que su tiempo estará destinado a los cuidados del bebé. De acuerdo a la teoría Eriksoniana, la adolescente se enfrenta a una etapa de búsqueda de la identidad, afrontando nuevos compromisos tanto en el plano interpersonal como en el académico o ideológico (22).

Esta etapa se torna conflictiva para el propio individuo, ya que asume ciertos roles, afronta la presión del colectivo, además adoptan responsabilidades dentro del entorno familiar. Las jóvenes deciden vivir una sexualidad a temprana edad, muchas veces a consecuencia de una falta de afecto en el hogar, asumen riesgos y toman decisiones apresuradas en búsqueda de una ansiada estabilidad emocional.

Encontramos en mucho de los casos que las adolescentes vivían con su madre o ambos padres y tenían el apoyo económico de ellos, ya que ciertamente tanto ellas como la pareja en su mayoría no contaban con un empleo, a razón de ser menores de edad y en definitiva a la falta de oportunidad hoy en día para conseguir trabajo, debido a la falta de experiencia laboral y los estudios académicos incompletos.

La adolescencia es una época de cambios biopsicosociales y además una etapa de resistencia a las normas, muchas veces otorgadas por los padres, el adolescente enfrenta diversas situaciones de riesgo. De acuerdo al contexto y a la realidad social y cultural que afronta la adolescente muchas veces puede convivir con ciertos factores que podrían conllevar a un embarazo no deseado, algunos de ellos son



reproductivos, los mismos que podemos mostrar en la (**Tabla 2**) Encontramos que la edad en la cual tuvieron su primera menstruación fue entre los 11 a 14 años con un 86,96% y el 13,04% la tuvo entre los 15 a 19 años; así mismo el 100% tuvo una sola gestación; el 100% no presentó antecedente de aborto; el 69,56% conocía el preservativo como método anticonceptivo mientras 4,35% conocía las pastillas como método anticonceptivo; el 52,17% no utilizaba métodos anticonceptivos de tal manera el 47,83% hacía uso de métodos anticonceptivos; el 52,17% refiere no usar ningún tipo de método mientras el 4,35% prefería usar pastillas anticonceptivos.

El análisis de los resultados nos muestra que se contraponen a la investigación de Osorio Y. (17), Piura 2015, donde tuvo como resultado: El 40% su menarquia se inició dentro de los 11 a 12 años y el 25 % la menarquia dentro de los 8 a 10 años; por otra parte el método más conocido por la muestra encuestada es el preservativo con un 85%; referente a la utilización de algún método anticonceptivo, destaca que un 70% si utilizo, mostrando así que un 60% utilizo el preservativo.

Al analizar los resultados podemos evidenciar que existe una marcada diferencia con respecto a nuestros resultados. La menarquia marca el inicio de la pubertad ocurre de manera normal y fisiológica, la niña se convierte en mujer, otorgándole una facultad reproductiva, por la cual existe un riesgo de embarazo al no usar correctamente algún método anticonceptivo.

Freud hace referencia sobre la existencia de cinco fases universales del desarrollo. El aseveró que la personalidad se formaba esencialmente hacia el final de la tercera fase, a la edad de cinco años aproximadamente. Para entonces, el individuo ha desarrollado las habilidades básicas para expresar los impulsos, estrategias que constituyen el núcleo de la personalidad. La fase genital empieza en la pubertad. El

carácter genital es el ideal de Freud de un completo desarrollo (22). Las adolescentes experimentan en esta etapa cambios hormonales provocando la aparición de la menarquia, los mismos que deberán ser encaminados de manera responsable por los padres en primera instancia, con orientación y consejos. La joven empieza a sentir simpatía por el sexo opuesto, impulsos que ocurren de manera fisiológica, pero deben ser enfocados de manera inteligente y responsable.

Las investigaciones han revelado que el género, edad y el desarrollo corporal, poseen una relación primordial en la conducta sexual del adolescente. A medida que van aumentando en años, incrementa la posibilidad de tener actividad sexual (de manera frecuente y con más compañeros). Lo mismo pasa cuando maduran físicamente de manera temprana y aparentan ser mayores. Algunos resultados son puramente biológicos, pero otros son sociales por ejemplo la constante presión de los compañeros y el aumento de las ocasiones para iniciarse sexualmente con la consecuente libertad y autonomía (32).

Este aumento en la frecuencia de encuentros sexuales se relaciona con una mayor posibilidad de embarazo o de propiciar la gestación en la pareja a pesar de emplear algún método anticonceptivo (32). Así mismo al ser menores de edad, tienen cierto grado de vergüenza para acercarse de manera voluntaria a un establecimiento de salud para solicitar información acerca de los métodos anticonceptivos y al ser menores de edad puede reducir su influencia en la toma de decisiones sobre el uso de métodos anticonceptivos.

La primera relación sexual cada vez ocurre en etapas de la vida más tempranas, a nivel físico podría haber cierta madurez orgánica, pero en el plano psicológico y emocional no están debidamente preparadas, y así mismo no son conscientes de

valorar los riesgos y no son capaces de tener responsabilidad para elegir utilizar métodos anticonceptivos que ayudan a prevenir un embarazo precoz y en el caso de preservativo ayuda a la protección de contagio de una ITS. Encontramos los siguientes resultados en la **(Tabla 3)** La edad en la que tuvieron su primera relación coital fue entre los 15 a 19 años con un 86,96% y el 13,04% la tuvo entre los 11 a 14 años; cabe resaltar que el porcentaje en el cual la persona de inicio de relación coital fue el novio es de 78,26% mientras el 21,74% tuvo su primera relación coital con un amigo; así mismo el 78,26% manifestó que tuvo una pareja sexual y el 21,74% expresó haber tenido dos a más parejas sexuales.

El embarazo no planeado en esta etapa de la vida, se asocia con el inicio temprano de relaciones sexuales y el uso inapropiado de métodos anticonceptivos, incluyendo método de barrera como el preservativo.

Resultados semejantes a los obtenidos por Tocto K. (16), Piura 2015, donde tuvo como resultado: Con respecto al edad de inicio de las relaciones coitales se identificó que el 93,75% inició su relación coital después de los 15 años, mostrando una minoría de 6,25% entre los 12 a 13 años; así mismo iniciando su primera relación coital con el novio con un 100%.

El análisis de los resultados nos indica que la edad de inicio de las relaciones sexuales es cada vez más temprana, influye la información no recibida desde la familia y dentro de las instituciones educativas, además en el entorno social en el cual viven las adolescentes persiste el tabú de hablar de manera libre y sin prejuicios acerca del tema de sexualidad, lo que traería como consecuencia que las adolescentes no vivan una sexualidad responsable y segura, empujándolas a tomar conductas de riesgo. Asimismo, cabe señalar que, Méndez afirma que los jóvenes adoptan nuevos

roles sociales y asumen nuevas expectativas. El adolescente se debe enfrentar a diversas tareas evolutivas como alcanzar nuevas metas, más maduras, lograr independencia emocional, prepararse para tener pareja y vida familiar (22).

La implementación de programas preventivos en los centros educativos y en la comunidad debería ser prioritaria, brindar información sanitaria a los adolescentes en temas referidos a la sexualidad, métodos anticonceptivos, fomentar un inicio de relaciones coital a una edad adecuada y de tal forma prevenir un embarazo no deseado. La mayoría de las adolescentes de nuestro estudio expresaron haber tenido la primera relación sexual con el novio y afirmaron era la única pareja que habían tenido hasta el momento. Por tanto, podemos deducir que al tener poca experiencia sobre relaciones de pareja y sexualidad tomaron una decisión apresurada, en algunos casos se refleja la influencia de la pareja y la falta de información de un adecuado uso de métodos anticonceptivos conjuntamente con la debida prevención del embarazo precoz.

Hoy en día se recomienda tener una educación sexual en los adolescentes para que aprendan a respetar la libre decisión de la mujer y a compartir la responsabilidad con relación a la sexualidad y a la procreación. Muchos de los adolescentes en esta etapa de vida buscan obtener identidad, lamentablemente provienen de hogares rotos y familias disfuncionales. Es importante la comunicación de padres a hijos sin embargo hoy en día la realidad nos presenta la ausencia de uno de los padres lo que trae como consecuencia una inadecuada formación de los hijos, las jóvenes no tienen el cariño, y buscan el afecto fuera del hogar tomando una mala decisión., algunos de ellos son factores familiares.

Los mismos que podemos mostrar los resultados en la **(Tabla 4)** encontramos que el 69,60% proviene de una familia biparental a diferencia de un 30,40% que formaba parte de una familia monoparental; el 91,30% niega antecedentes de embarazos adolescentes en la familia y el 8,70% manifestó la existencia de antecedentes dentro del entorno familiar; así mismo un 69,60% expresó tener una relación regular con los padres, sin embargo el 30,40% refirió una buena relación; el 69,60% sostuvo que la convivencia antes de la gestación era con ambos padres mientras el 30,40% vivía únicamente con la madre.

El análisis de los resultados nos muestra que hay semejanza con la investigación de Luna S, López L. Perú 2014, donde tuvieron como resultado: Con relación a los factores familiares, se encontró que la disfunción familiar, era de parejas que convivían en 47,9 %; en la variable pérdida de figura significativa se halló que el 81 % cuenta con sus padres vivos (15).

En el desarrollo de la adolescencia con relación al entorno familiar, los adolescentes poco a poco se apartan del núcleo familiar y piden ayuda en los amigos. Previo a los 14 años requieren cercanía, afecto además normas claras, fijas y oportunas. Durante la fase intermedia consideran que su entorno familiar no es perfecto, y persisten con él pensamiento de una posible familia ideal provocando mayor cantidad de discusiones padres e hijos. Es la etapa en la que aparece incumplimientos a las normas del mundo adulto, como persistir con su propia voluntad, abandono familiar y aproximarse a sus iguales, así como preocuparse así mismo olvidándose del resto (26).

En relación a lo anterior, Capponi, manifiesta que la adolescencia oscila entre los 12 y 24 años, aproximándose de esta manera a la prolongación de la dependencia

económica de los padres que se visualiza actualmente en las sociedades de desarrollo (23). Desde el punto de vista del autor, la etapa de la adolescencia cuenta con mayor tiempo de dependencia, reafirmando lo dicho inicialmente y de ser así, los jóvenes tendrían que adecuarse a las reglas propuestas y establecidas por los padres.

Hoy en día existen casos de problemas dentro del núcleo familiar de manera cotidiana, de forma que podemos observar la desvaloración de la familia, se está perdiendo el vínculo emocional de padres e hijos, los adolescentes buscan el afecto y estabilidad fuera del núcleo familiar como por ejemplo en los amigos, en los pares, tener parejas a muy temprana edad tratando de llenar la carencia del hogar.

Es por ello importante la relación de padres e hijos, porque los jóvenes que residen junto con los padres y gozan una estrecha relación con ellos, mantienen un bajo riesgo de practicar el coito sin protección y de culminar en un embarazo. Particularmente estos jóvenes no empiezan una práctica sexual a edades tempranas y cuando inician lo hacen con menor recurrencia (32).

Actualmente es evidente la falta de información de sexualidad para los jóvenes. Programas sanitarios deberían incluir charlas educativas para enseñar a los adolescentes y jóvenes el uso correcto de métodos anticonceptivos, protección de ITS, consecuencias como el embarazo no deseado, conjuntamente con las escuelas deberían brindarse charlas y cursos sobre sexualidad, de que manera el joven debe ser responsable acerca de sus decisiones. El conocimiento sobre concepción precoz y anticoncepción de las gestantes adolescentes se detallan en la (**Tabla 5**) el 91,31% refieren haber recibido información sobre la prevención de un embarazo y el 8,69% refiere no haber recibido; el 34,78% manifestó que la información fue proveniente del personal de salud y de la institución educativa, mientras el 13,04% fue

proveniente de los amigos y de sus padres, el 4,35% manifestó no haberla recibido; así mismo el 82,60% refiere que la información recibida fue regular y el 17,40% manifestó ser buena la información.

Resultados que son similares a los de Requena E. (20), Piura 2016, donde tuvo como resultado: Con respecto al conocimiento sobre concepción precoz y anticoncepción de las gestantes adolescentes el 80% recibió información de prevención de embarazo en adolescentes, teniendo así que el 57% obtuvo información a través de amigos, y el 60% la consideró como mala información.

Al analizar los resultados podemos concluir que no difieren con los nuestros, es de suma importancia que las adolescentes conozcan sobre la educación sexual y la responsabilidad de decidir cuándo inician relaciones coitales para así prevenir un embarazo no deseado. En nuestro caso la mayoría de las adolescentes encuestadas recibieron información de como prevenir un embarazo, sin embargo, no toda la información provino de fuentes confiables. Cabe resaltar que mucha información fue impartida en los centros de estudios y a través del personal de salud, incluso muchas de las participantes aseguraron que la calidad de información fue regular; no obstante, a pesar de haber contado con la información oportuna, probablemente el embarazo se produjo por falta de responsabilidad de ambas partes, podemos inferir que en su mayoría las adolescentes fueron coaccionadas por la pareja, lo que reflejaría falta en la toma de decisiones, temor a expresar y a decidir por sí mismas.

La participación del equipo de salud, especialmente de la obstetra busca constantemente ayudar a la mujer gestante a satisfacer las necesidades de salud, mediante la atención prenatal, la obstetra cumple un rol protagónico porque se

encarga de la prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas propios de la gestación que pueden condicionar morbilidad materna y perinatal.

Ante la manifiesta inconformidad de la población durante los últimos años sobre la atención de salud, ha sido notoria la preocupación oficial por mejorar las instituciones de salud, por eso cada día los pacientes exigen ser tratados en forma rápida, eficaz y cumplir con sus expectativas y de ello dependerá que regresen a solicitar otro servicio. Los resultados sobre el grado de satisfacción de la atención prenatal, se muestran en la (**Tabla 6**) lo que demuestra que el 34,8% se encontró medianamente satisfecha, este porcentaje refleja de manera similar a las gestantes adolescentes que mostraron insatisfacción, sin embargo, un 30,4% expresó sentirse satisfechas

Resultados que difieren a la investigación de Mogollón K. (13), Perú 2016, donde tuvo como resultado: El nivel de satisfacción sobre consulta prenatal, de las gestantes atendidas en los consultorios de Obstetricia en el Instituto Nacional Materno Perinatal fueron satisfechas (86.4%), medianamente satisfechas (12%) e insatisfechas (1.6%) sobre la atención prenatal, durante enero - febrero del año 2016.

Donabedian refiere que la atención de salud es el objetivo es conservar, rescatar, incentivar y promover la calidad de la atención en salud (37). Del mismo modo Infogen hace mención que el objetivo del servicio(s) de salud en la atención es personalizar de acuerdo a las necesidades del individuo y de su entorno humano (familiares y amigos), moldeando los servicios de acuerdo a las necesidades y expectativas de éste, pero además, refiere que se debe pensar en satisfacer también las necesidades y expectativas de los familiares del paciente y de su entorno social y



laboral, que se convierte en parte fundamental de la relación médico y/o obstetra de la institución de la usuaria que se atiende (32).

Por ello es de suma importancia que las gestantes adolescentes reciban una buena calidad de atención, como una buena consejería acerca de los cambios fisiológicos propios de embarazo, signos de alarma durante el embarazo, parto y puerperio, un trato cordial y afable, consejería en salud sexual y reproductiva y hacer partícipe a la familia con el embarazo porque de eso depende que la adolescente regrese a sus próximos controles y también solicitar otro tipo de atenciones en el establecimiento de salud.

Es fundamental que los establecimientos de salud tengan una adecuada ubicación, próxima a la vivienda de las gestantes, los horarios de atención deberían ser programados a mayor facilidad del servicio y brindar la información oportuna y detallada, es recomendable que el tiempo de espera en el turno de la consulta no sea prolongado, en todo momento se debería priorizar la comodidad de la gestante, incluso con la ubicación del consultorio. Los resultados sobre el grado de satisfacción de la atención prenatal según la accesibilidad lo cual se muestra en la **(Tabla 7)** con respecto a los resultados tenemos el 39,13% mostró insatisfacción, por otra parte, el 34,78% refirió sentirse medianamente satisfecha, no obstante, cabe resaltar que el 26,09% manifestó encontrarse satisfecha.

Al comparar con nuestra investigación, observamos que se contraponen con los resultados de Preciado K, Siancas K. Perú 2016, donde tuvieron como resultado: Con respecto a la dimensión accesibilidad del consultorio materno, el 60,5% manifestó estar regularmente satisfechas mientras que el 39,5% está satisfecha (12).

Con el análisis de los resultados podemos concluir que no se asemejan a los nuestros, de acuerdo a ello podemos interpretar que cabe la posibilidad de acuerdo a lo manifestado por las participantes no todos los puntos concernientes a la accesibilidad se cumplen en su totalidad por tal motivo no se encuentran debidamente satisfechas.

En definitiva, el ambiente en donde son atendidas las gestantes cumple un rol fundamental, ya que es imprescindible velar por la comodidad de la paciente procurando tener el consultorio con una iluminación adecuada, la manutención de equipos médicos, áreas de espera limpias, con el número de asientos suficientes, que las instalaciones se encuentren en buen estado asegurando el buen uso y fácil acceso, además de contar con ventilación, y privacidad durante la atención. Los resultados del grado de satisfacción sobre la atención prenatal según la estructura, se muestran en la (**Tabla 8**) demostrando que el 56,52% indicó encontrarse medianamente satisfecha, el 34,78% expresó insatisfacción mientras el 8,70% aseguró sentirse satisfecha.

Al comparar con nuestra investigación, observamos que los resultados son opuestos a los de Macalupú M. (18), Piura 2015, donde tuvo como resultado: Con respecto a la dimensión estructura el 53,57% se encontró satisfecha y un 46,43% insatisfecha.

Donabedian plantea tres parámetros sobre la calidad de atención una de ellas es la estructura, que se basa al conjunto de las características de los lugares en los cuales se lleva a cabo el proceso de atención médica, se habla de una buena atención cuando estos sitios cuentan con instalaciones adecuadas. Incluye estructura física (infraestructuras, mobiliario, equipamiento, etc.), recursos humanos (cantidad y

capacidad técnica del personal). Su valoración es sencilla, rápida y objetiva, incluye una serie de características previamente establecidas para conseguir una mejor calidad llegado el momento oportuno. Tomando en cuenta que la estructura en óptimas condiciones no refleja o certifica la calidad, si se pretende tener una visión real de la atención hospitalaria de debe hacer uso de indicadores específicos y establecidos (37).

Respecto a lo expresado por las adolescentes en la presente investigación, es probable que no todas las expectativas fueron cubiertas en su totalidad al momento de acudir al establecimiento de salud o concertar una cita, por ende, no mostraron satisfacción.

El periodo de gestación necesita de cuidados y una adecuada evaluación por parte del personal de salud, en el área de obstetricia tenemos la responsabilidad de brindar una oportuna y eficaz atención a las gestantes con calidad y calidez, vigilando la evolución del embarazo y preparando a la madre para el momento del parto y cuidados del recién nacido. Priorizando la información, educación y comunicación de la madre y con el entorno familiar. Los resultados del grado de satisfacción según la atención prenatal se muestran en la (**Tabla 9**) demostrando que el 43,48% mostró insatisfacción, así mismo un 30,43% afirmó sentirse medianamente satisfecha y una minoría con 26,09% expresó satisfacción

Observamos que los resultados de la presente investigación se contraponen con los resultados de Ramírez G. (19), Piura 2015, donde tuvo como resultado: Respecto al grado de satisfacción sobre la atención recibida por el profesional durante la atención prenatal: el 50% se encuentran satisfechas y el 50% mostraron insatisfacción.

La Organización Panamericana de Salud refiere que la calidad de atención en la prestación de servicios, es la condición de eficacia de los esfuerzos e intervenciones desplegadas y garantía de seguridad y trato humano para todos y cada uno de los usuarios (33). Es muy importante mencionar también que probablemente al momento a la atención brindada en el establecimiento de salud, la paciente no mostraba interés y atención cuando el personal de salud le impartía la información acerca de los cuidados que debería tener durante el embarazo, así mismo al momento de la consulta, las adolescentes posiblemente no dieron la debida importancia al examen realizado en consulta y al procedimiento realizado por parte del personal de salud, por ello obtuvimos el siguiente resultado en nuestra investigación.

La información brindada durante la atención prenatal es de manera ineludible un aspecto fundamental y de suma importancia para la gestante, de ello dependerá que la adolescente tome el debido interés a su embarazo, como conocer los cambios que experimentara su cuerpo durante el periodo de la gestación, una adecuada alimentación como la administración de micronutrientes, asistir oportunamente al establecimiento de salud cuando se presente un signo de alarma, que ponga en riesgo la vida de la madre y del feto, y que sienta la confianza en regresar nuevamente a su próximo control. Los resultados de Grado de satisfacción según la orientación en la atención prenatal se muestran en la **(Tabla 10)** el 47,83% expresó sentirse medianamente satisfecha, por otra parte, el 39,13% manifestó insatisfacción y sólo un 13,04% indicó sentirse satisfecha.

Observamos que los resultados de la presente investigación no se asemejan con los resultados de Cherres L. (21), Piura 2017, donde tuvo como resultado: Según la

orientación brindada sobre el control prenatal el 66,66% se encontró insatisfecha, mientras en su minoría el 33,33% refirió lo contrario.

Es muy importante también lo que menciona Seoane, que la buena relación durante la atención es muy importante, manteniendo interés, atención, y consideración por lo que manifiesta el adolescente es primordial ser asequible y atentos, investigando las inquietudes del joven o adolescente (24). Cabe mencionar que probablemente las adolescentes al momento de acudir a su control no se encontraban dispuestas a escuchar y procurar seguir las indicaciones dadas por la persona que brindaba la atención. Las adolescentes por no contar con la debida madurez, no asumen el papel de madres responsables, no toman en cuenta los riesgos para ellas y para el nuevo ser, que enfrentan en esta nueva etapa de sus vidas.

## **V.-Conclusiones:**

- ❖ Las características sociodemográficas, la edad de 15 a 19 años de las gestantes adolescentes predominó con un 86,96%, teniendo en cuenta que el 39,13% tiene un grado de instrucción de secundaria incompleta, el 100% profesa la religión católica, el 95,65% convive con su pareja y el 100% de las gestantes no trabaja, por lo cual el 91,31% depende de sus padres.
- ❖ En los factores reproductivos, se observó que la mayoría de las madres adolescentes encuestadas tuvo su primera menstruación entre los 11 a 14 años con un 86,96%, de acuerdo al número de gestaciones encontramos que para el 100% era su primer embarazo, además ninguna había tenido antecedentes de aborto, el 69,56% refirió conocer el preservativo como método anticonceptivo no obstante el 52,17% manifestó no utilizar ningún tipo de método.
- ❖ En los factores sexuales, el 86,96% de las gestantes adolescentes tuvieron su primera relación coital con una edad mayor de 15 a 19 años y en su mayoría la persona de inicio en la vida sexual fue el novio con un 78,26%, además porcentaje que admitió haber tenido una sola pareja.
- ❖ En los factores familiares el 69,60% proviene de una familia biparental, el 91,30% manifestó no tener antecedentes de embarazos adolescentes en la familia, el 69,60% manifestó tener una regular relación con sus padres, así mismo el 69,60% manifestó que vivía con ambos padres.
- ❖ El conocimiento sobre concepción precoz y anticoncepción de las gestantes adolescentes se encontró que el 91,31% recibió información de cómo prevenir un embarazo, también se logró observar que el 34,78% tuvo la información dentro

de la I.E y de Personal de Salud, no obstante, el 82,60% concluyó que la información recibida fue regular.

- ❖ Con respecto al grado de satisfacción sobre la atención prenatal de las gestantes adolescentes en forma global, el 34,80% de las participantes manifestó sentirse medianamente satisfechas e insatisfechas respectivamente.
- ❖ Con respecto al grado de satisfacción sobre la Accesibilidad de la atención prenatal el 39,13% manifestó sentirse insatisfecha.
- ❖ Concerniente al grado de satisfacción según la estructura un 56,52% expresó sentirse medianamente satisfecha.
- ❖ De acuerdo al grado de satisfacción sobre la atención brindada por el profesional de salud el 43,48 % reconoció insatisfacción.
- ❖ Con respecto a la orientación educativa del embarazo, parto y puerperio, el 47,83% expresó sentirse medianamente satisfecha.

## VI.- Aspectos Complementarios

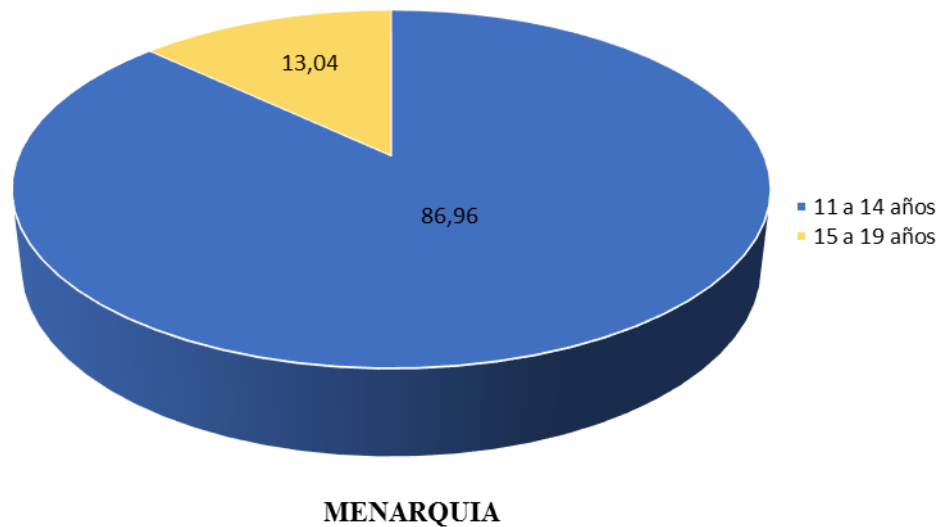


Figura 1: Gráfico de barras del porcentaje de investigadas según menarquia.  
Fuente: Tabla 2

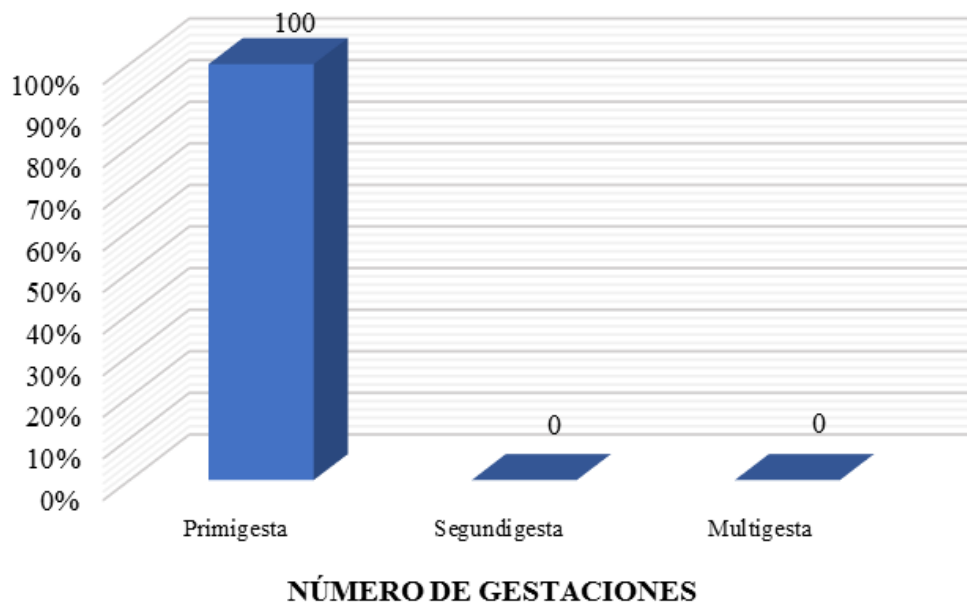
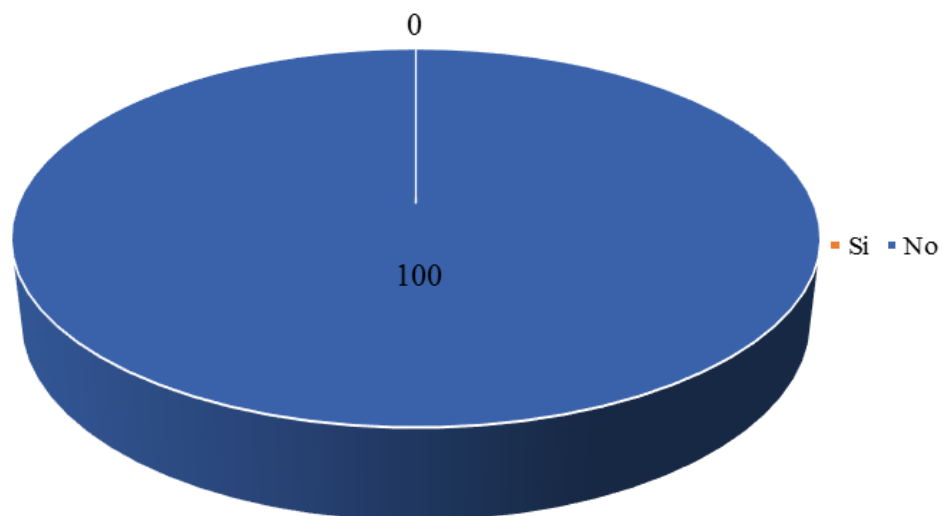


Figura 2: Gráfico de barras del porcentaje de investigadas según el número de gestaciones.  
Fuente: Tabla 2

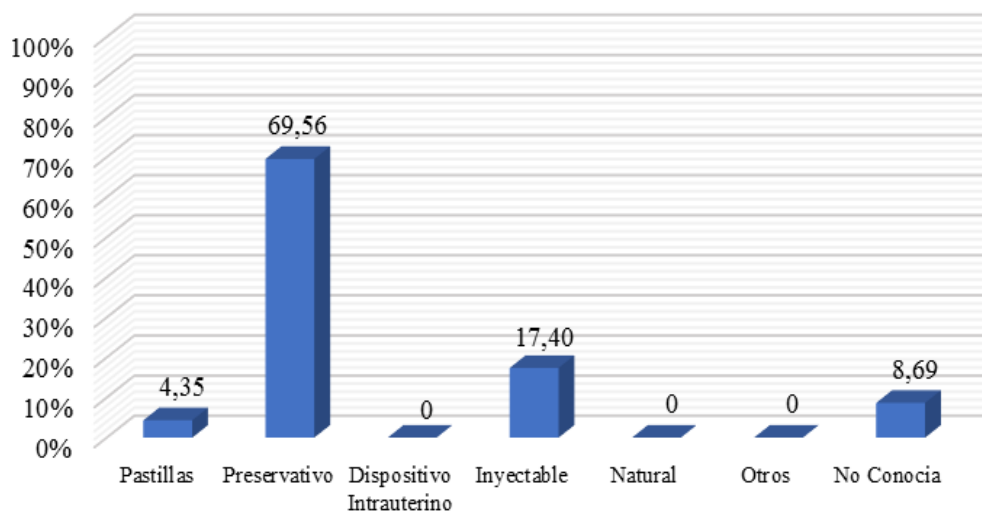




**ANTECEDENTE DE ABORTO**

Figura 3: Gráfico de pastel del porcentaje de investigadas según antecedente de aborto.

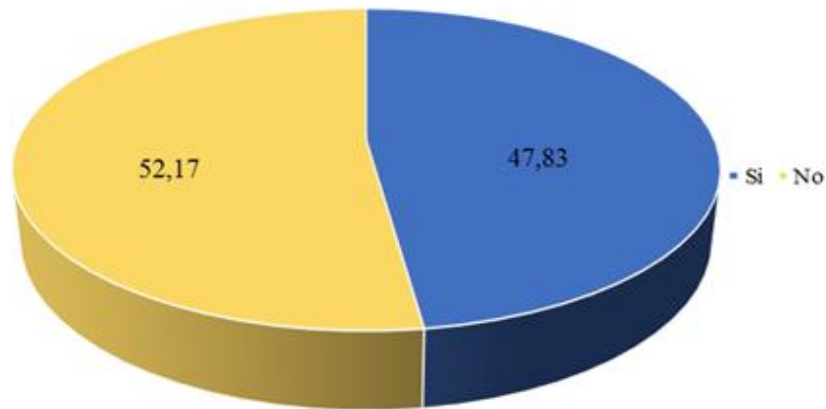
Fuente: Tabla 2



**CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

Figura 4: Gráfico de pastel del porcentaje de investigadas según que métodos anticonceptivos conocidos.

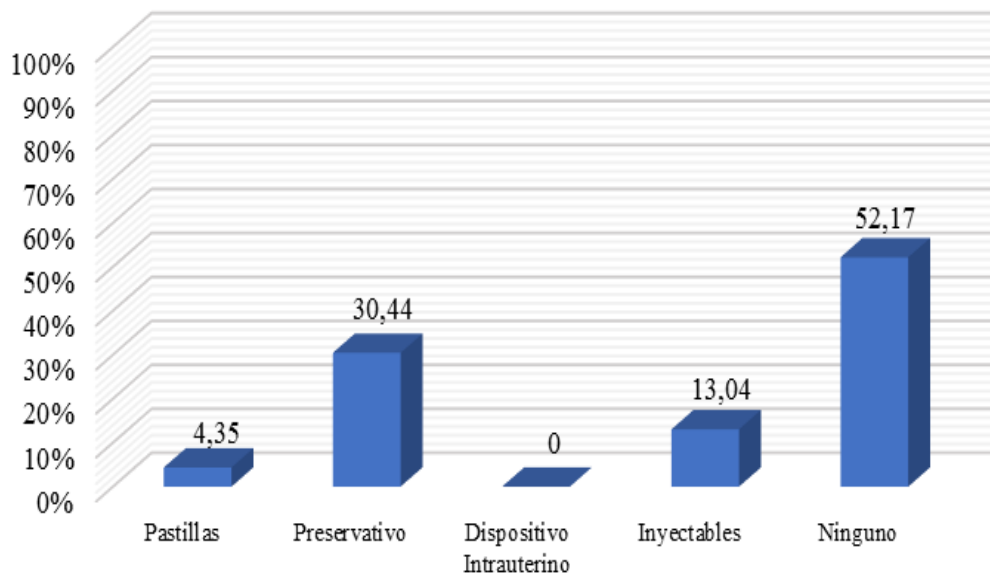
Fuente: Tabla 2



**UTILIZABA MÉTODO ANTICONCEPTIVO**

*Figura 5:* Gráfico de pastel del porcentaje de investigadas según el uso de métodos anticonceptivos.

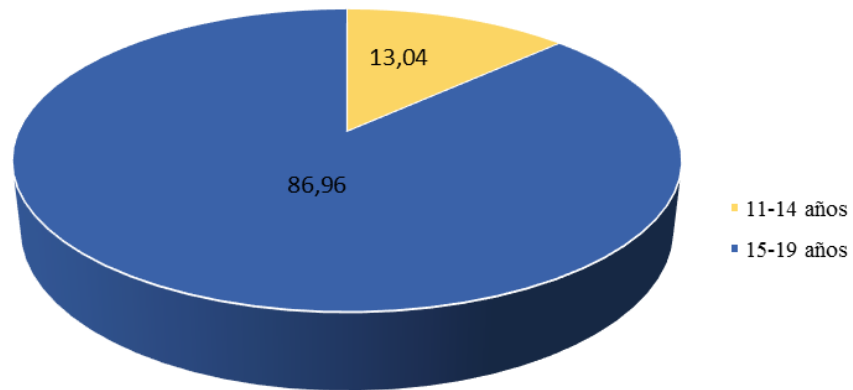
Fuente: Tabla 2



**TIPO DE MÉTODO UTILIZADO**

*Figura 6:* Gráfico de barras del porcentaje de investigadas según el tipo de método anticonceptivo utilizado.

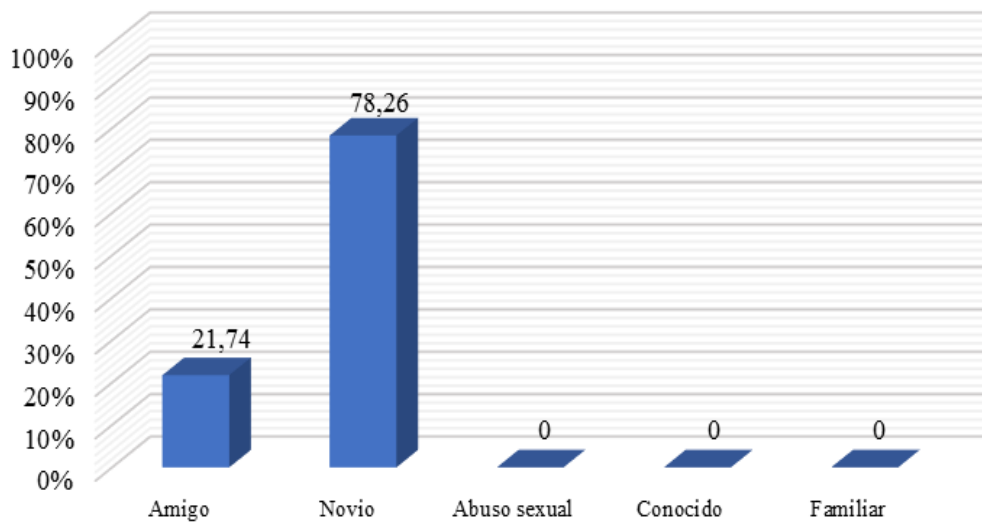
Fuente: Tabla 2



**PRIMERA RELACIÓN COITAL**

*Figura 7:* Gráfico de barras del porcentaje de investigadas según la primera relación coital.

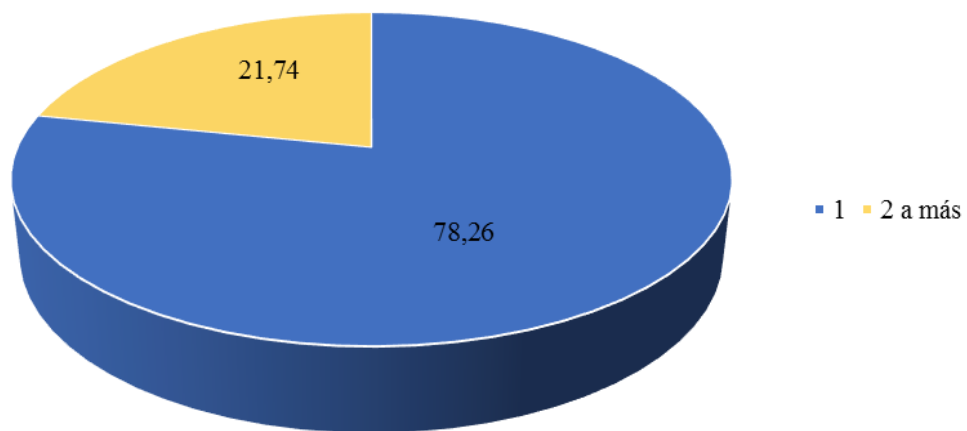
Fuente: Tabla 3



**PERSONA DE INICIO DE RELACIÓN COITAL**

*Figura 8:* Gráfico de barras del porcentaje de investigadas según la persona de inicio de relación coital.

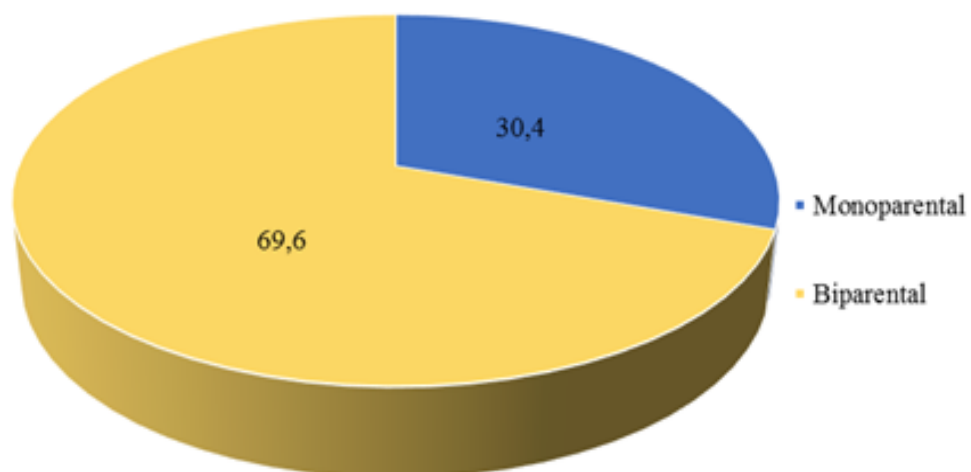
Fuente: Tabla 3



**NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES**

*Figura 9:* Gráfico de pastel del porcentaje de investigadas según el número de parejas sexuales.

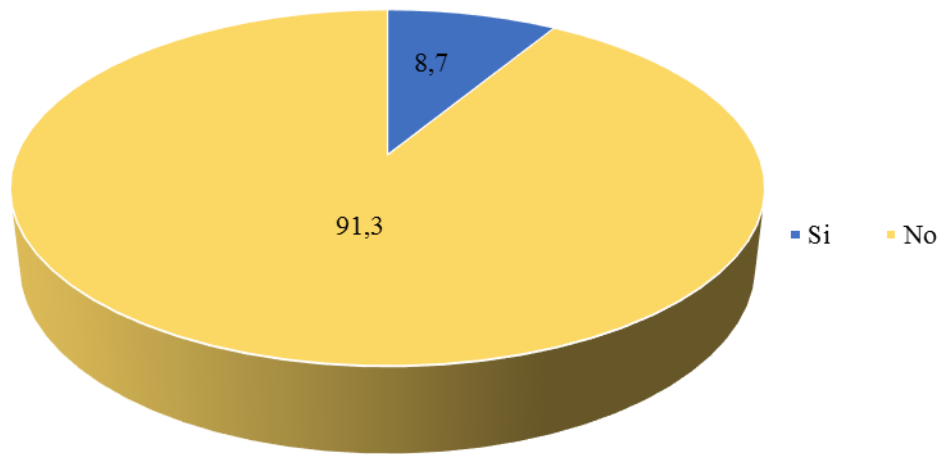
Fuente: Tabla 3



**TIPO DE FAMILIA**

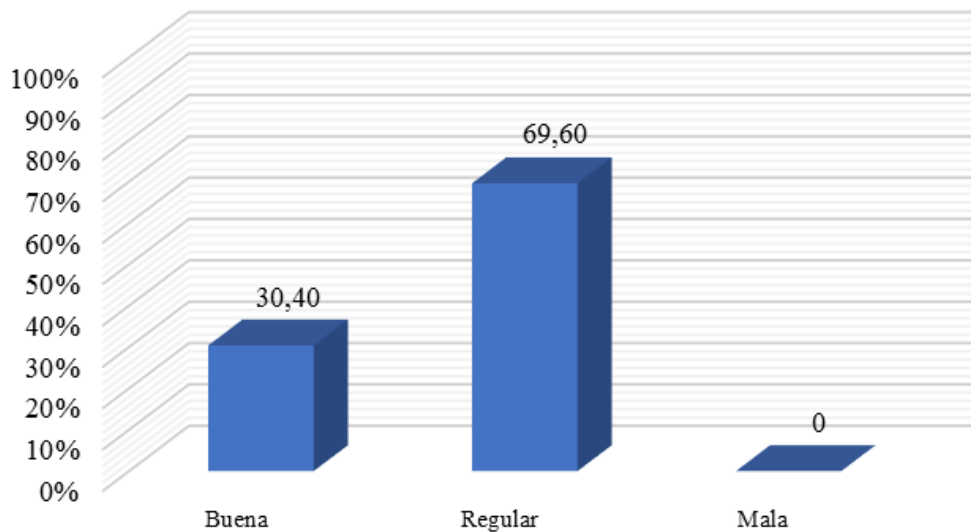
*Figura 10:* Gráfico de pastel del porcentaje de investigadas según el tipo de familia.

Fuente: Tabla 4



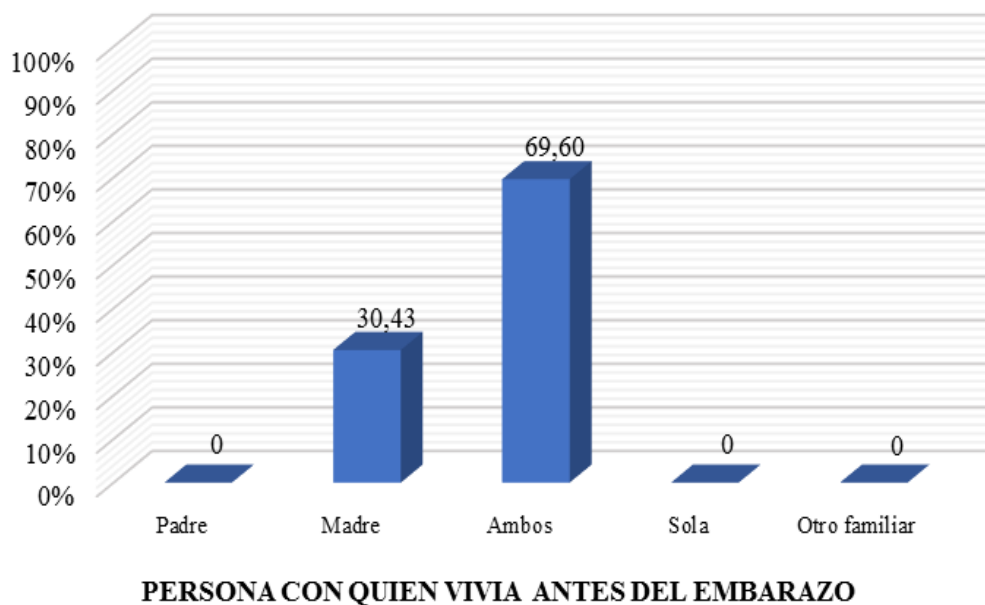
**ANTECEDENTE DE EMBARAZO ADOLESCENTE EN LA FAMILIA**

*Figura 11:* Gráfico de pastel del porcentaje de investigadas según antecedentes de embarazo adolescente en la familia.  
Fuente: Tabla 4

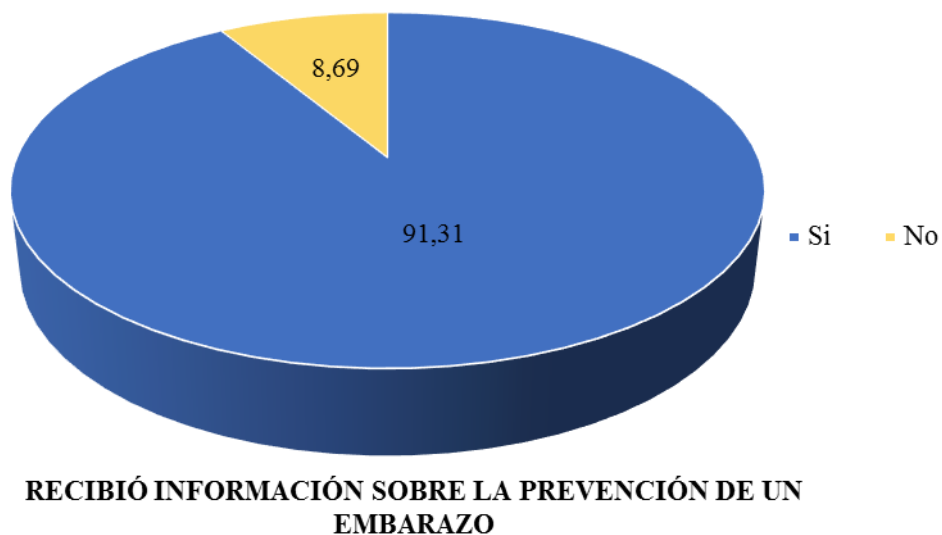


**RELACIÓN DEL ADOLESCENTE CON SUS PADRES**

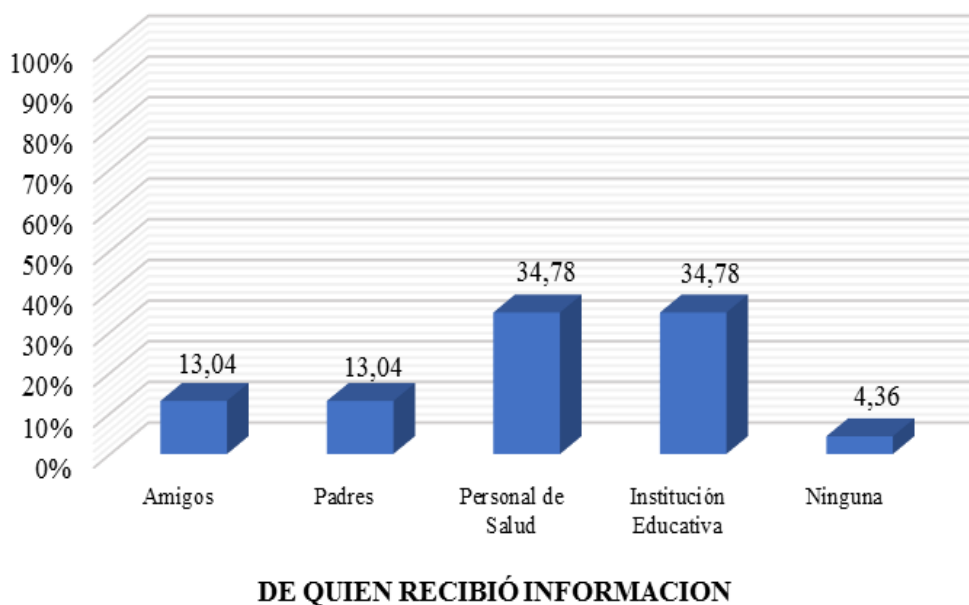
*Figura 12:* Gráfico de barras del porcentaje de investigadas según la relación del adolescente con sus padres.  
Fuente: Tabla 4



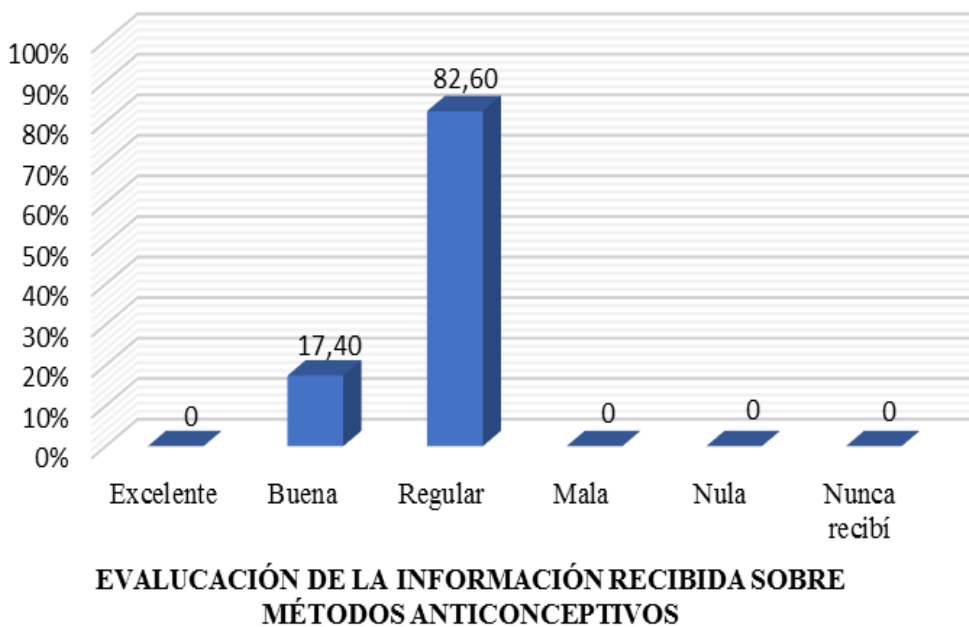
*Figura 13:* Gráfico de barras del porcentaje de investigadas según con quien vivía antes del embarazo.  
Fuente: Tabla 4



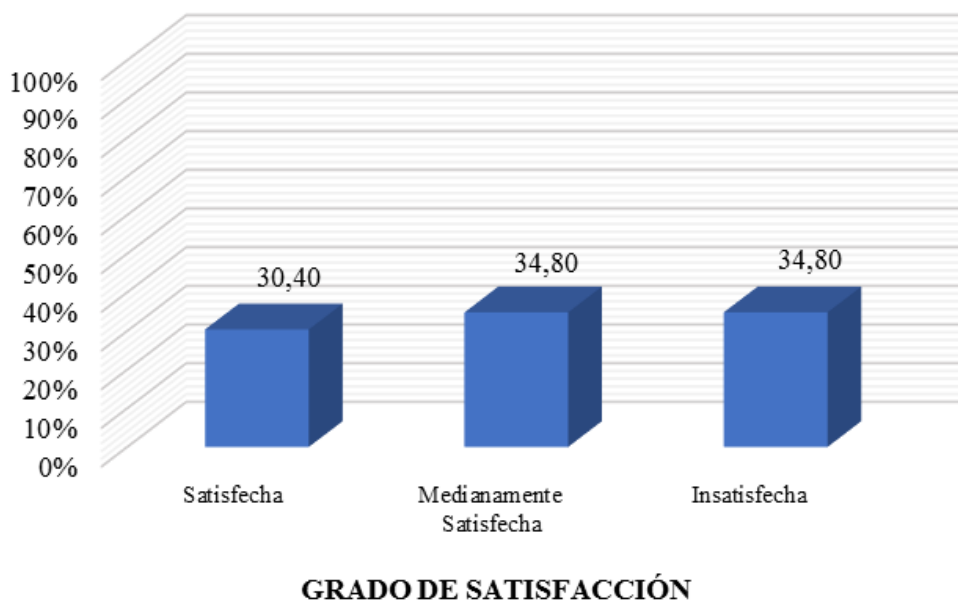
*Figura 14:* Gráfico de pastel del porcentaje de investigadas según si recibió información sobre la prevención de un embarazo.  
Fuente: Tabla 5



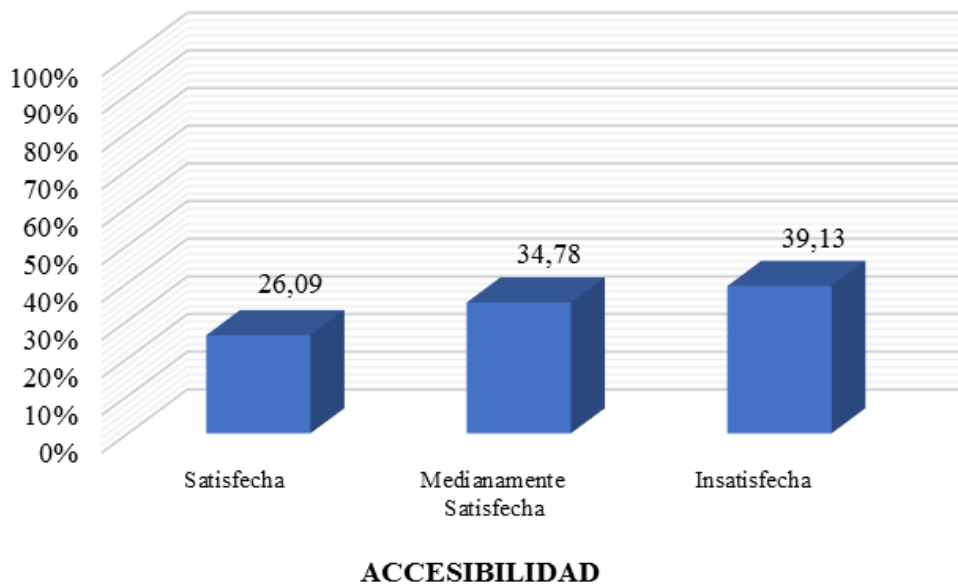
*Figura 15:* Gráfico de barras del porcentaje de investigadas según de quien recibió información.  
Fuente: Tabla 5



*Figura 16:* Gráfico de barras del porcentaje de investigadas según la evaluación de la información recibida sobre métodos anticonceptivos.  
Fuente: Tabla 5

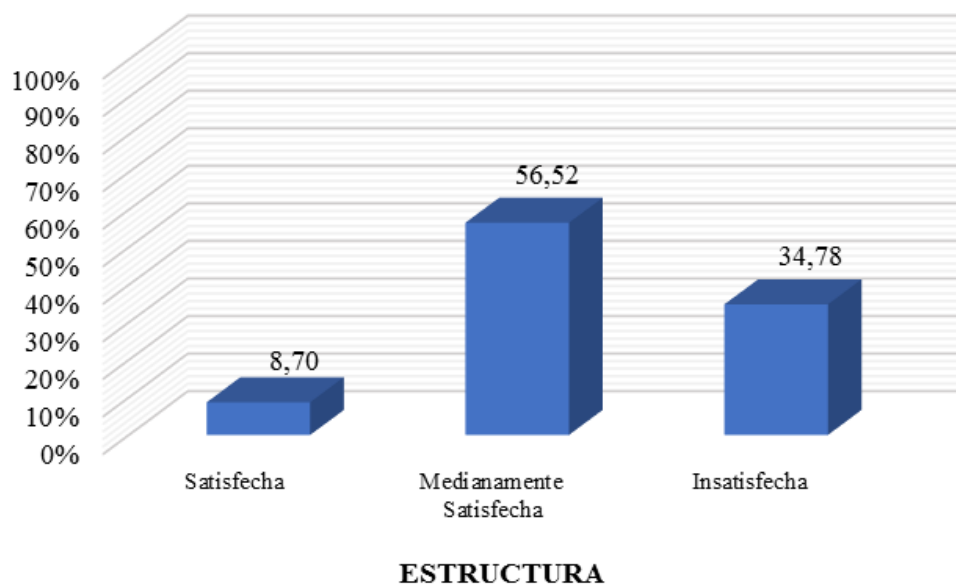


*Figura 17:* Gráfico de barras del porcentaje de investigadas según grado de satisfacción la atención prenatal en forma global.  
Fuente: Tabla 6



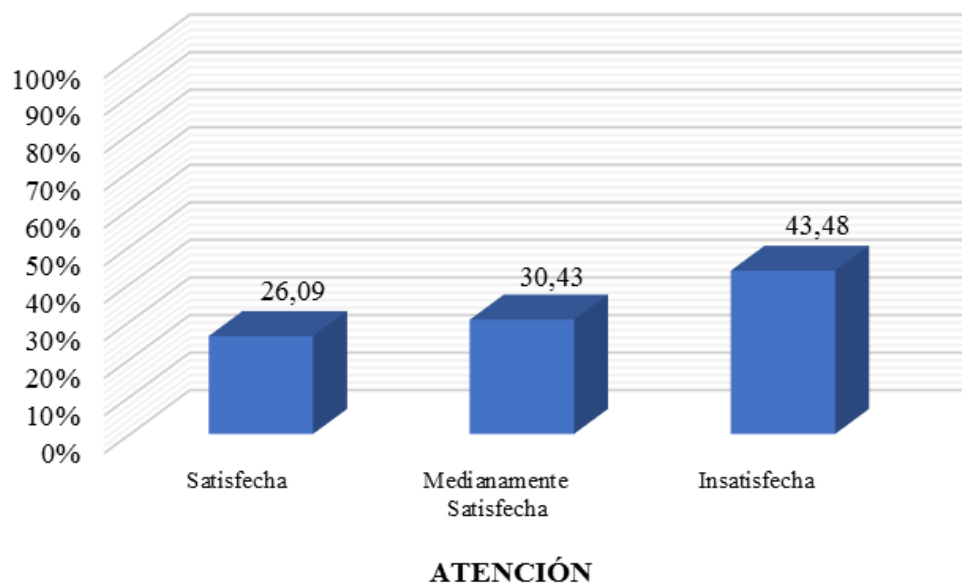
*Figura 18:* Gráfico de barras del porcentaje de investigadas del grado de satisfacción de la atención prenatal según la accesibilidad.  
Fuente: Tabla 7





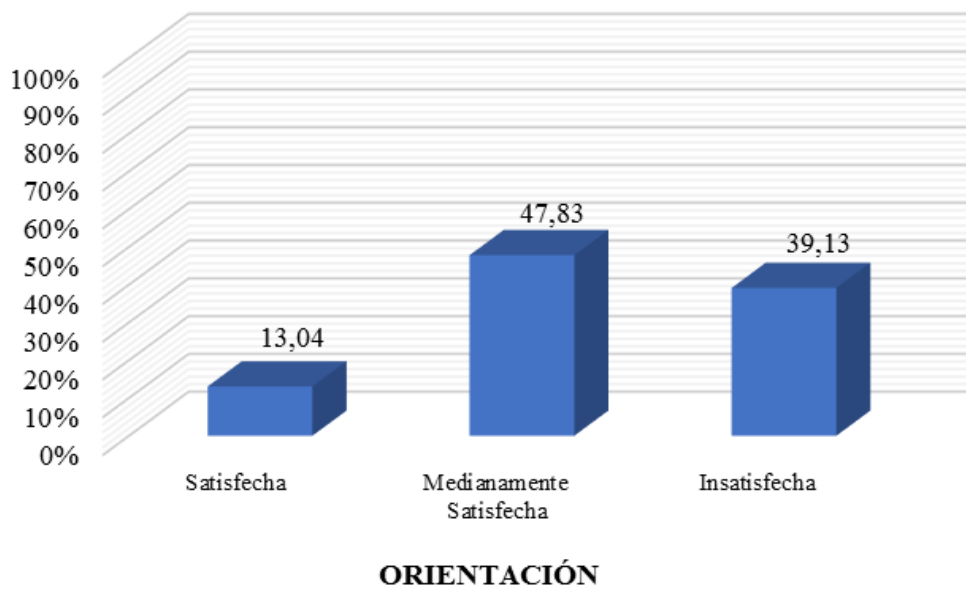
*Figura 19:* Gráfico de barras del porcentaje de investigadas del grado de satisfacción de la atención prenatal según la estructura.

Fuente: Tabla 8



*Figura 20:* Gráfico de pastel del porcentaje de investigadas del grado de satisfacción de la atención prenatal por el profesional de salud.

Fuente: Tabla 9



*Figura 21:* Gráfico de pastel del porcentaje de investigadas del grado de satisfacción según la orientación educativa del embarazo, parto y puerperio.

Fuente: Tabla 10

## **Referencias Bibliográficas:**

1.-Pasquel S, Tenazoa K. Embarazo precoz y complicaciones maternas en gestantes Adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto Punchana, 2014. Factores Biosocioculturales de adolescentes embarazadas. [Tesis para optar el Título de Licenciado de Enfermería]. San Juan: Universidad Peruana del Oriente; 2015.

2.-Leon V, Litardo A. Factores Predisponentes para el Embarazo en Adolescentes atendidas en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo. Azogues 2012. [Tesis previa a la obtención del Título de Medica]. Cuenca Ecuador. Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Universidad de Cuenca; 2013.

3.- UNPHA Estado de la Población Mundial 2017. Mundos aparte: la salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad. [Página de internet]. Lima: Fondo de Población de las Naciones Unidas; © UNFPA 2017 [actualizado 17 Abr 2018; citado 17 En 2018]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/swop>

4.-UNPHA PERU. Embarazo en adolescentes peruanas no descende en los últimos veinte años. [Página de internet]. Lima: Fondo de Población de las Naciones Unidas; © 2011 [actualizado 26 Mzo 2018; citado 26 Febr 2018]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/webespeciales/2016/may/Endes2016/Nota1.html>.

5.- La Republica. Más de 1,700 embarazos adolescentes en Piura. [Página en internet]. Piura; ©Todos los derechos reservados – 2017. [actualizado 28 My 2018; citado 29 Febr 218]. Disponible en:

<http://larepublica.pe/sociedad/1104076-mas-de-1700-embarazos-adolescentes-en-piura>

6.- Radio Cutivalú. La voz del Desierto. 2013. Disponible en:

<http://www.radiocutivalu.org/index.php/noticias/regional/6837lamayoriadeembarazos-adolescentes-se-presentan-en-menores-de-19-anos-y-proviene-principalmente-de-tacala-cossio-del-pomar-el-indio-y-chiclayito-del-distrito-de-castilla-EMBARAZOS>

7.- Arana C et al. Factores que predisponen al embarazo precoz en las Adolescentes. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Argentina: Universidad Nacional de Cuyo Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Enfermería; 2013.

8.- Barreto M, Baca C. Calidad de atención en el servicio de control prenatal del centro de salud El Cuá, Jinotega, Mayo 2014. [Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2014.

9.- Carrión J. Factores predisponentes en el embarazo en adolescentes en la zona urbana y zona rural de la ciudad de Loja. [Tesis para optar el grado de Médico General]. Ecuador: Universidad nacional de Loja; 2014.

10.- Osorio R. 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 Facultad de Medicina Humana; 2014.

11.- Castro J, Espejo Y. Factores Asociados al Embarazo en Adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora 2016. [Tesis para optar el título de licenciado de Obstetricia]. Lima: Universidad Privada Arzobispo Loayza; 2016.

- 12.- Preciado K, Siancas K. Satisfacción de las usuarias del Consultorio Materno del puesto de Salud I- 2 “Gerardo Gonzáles Villegas” Tumbes 2016. [Tesis para optar el título de licenciado de Obstetricia]. Tumbes: Universidad Nacional de Tumbes Facultad de Ciencias de la Salud; 2016.
- 13.- Mogollón k. Nivel de satisfacción sobre la atención prenatal en gestantes atendidas en los consultorios de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal En - Febr 2016. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Obstetricia]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina; 2016.
- 14.- Heredia J. Grado de satisfacción de las gestantes adolescentes sobre la atención prenatal recibida, en El centro de Salud San Fernando. Ate Vitarte – Lima Enero Mayo 2016. [Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia]. Lima: Universidad Privada Sergio Bernales; 2016.
- 15.-Luna S, López L. Factores asociados al embarazo adolescente en las gestantes que acuden al Hospital San Juan de Lurigancho, 2014. [Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia]. Lima: Universidad Wiener; 2014.
- 16.- Tocto K. Factores que predisponen al embarazo precoz y grado de satisfacción sobre el control prenatal en gestantes adolescentes del Establecimiento de Salud 1-2 Sinchi Roca Tambogrande Piura 2013. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en Obstetricia]. Piura: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015.
- 17.- Osorio Y. Factores que predisponen al embarazo precoz y grado de satisfacción sobre el control prenatal en gestantes adolescentes del Establecimiento de Salud 1-4 Sechura-Piura durante Abril – Julio 2013. [Tesis para optar el título profesional de

licenciada en Obstetricia]. Piura: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015.

18.- Macalupú M. Factores que predisponen al embarazo precoz y grado de satisfacción sobre el control prenatal en gestantes adolescentes del Establecimiento de Salud I-3 Ejidos de Huan Piura 2013. [Tesis para optar el título de licenciado de Obstetricia]. Piura: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015.

19.- Ramírez G. Factores que predisponen al embarazo precoz y grado de satisfacción sobre el control prenatal en gestantes adolescentes atendidas en el Establecimiento de Salud I-3 Arena Piura 2013. [Tesis para optar el título de licenciado de Obstetricia]. Piura: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015.

20.- Requena E. Factores que predisponen al embarazo precoz y grado de satisfacción del control prenatal en las gestantes adolescentes del Establecimiento de Salud I-2 Rinconada Llicuar - La unión - Piura año 2016. [Tesis para optar el título de licenciado de Obstetricia]. Piura: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016.

21.- Cherres L. Factores que predisponen al embarazo precoz y grado de satisfacción sobre el control prenatal en gestantes adolescentes atendidas en el Establecimiento de Salud I-4 Consuelo de Velasco- Piura año 2016. [Tesis para optar el título de licenciado de Obstetricia]. Piura: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2017.

22.-Mendez D, Latorre J. Psicología Medica. 1 ed. España; © 2015 El sevier España; 2015.

- 23.-Alvarado J. Educación Sexual Preventiva en Adolescentes. [Tesis Doctoral]. España: Dpo. de Teoría de la Educación y Pedagogía Social Facultad de Educación-UNED; 2015. Disponible en:  
[http://espacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:EducacionJealvarado/ALVARADO\\_THIM EOS\\_Julia\\_Eliana\\_Tesis.pdf](http://espacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:EducacionJealvarado/ALVARADO_THIM EOS_Julia_Eliana_Tesis.pdf)
- 24.- Seoane A. “Adolescencia y Conductas de Riesgo”. [Monografía de internet]. Montevideo: Universidad de la República de Uruguay; 2015. Disponible en:  
[https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/trabajo\\_final\\_de\\_grado\\_andrea\\_seoane\\_mayo.pdf](https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/trabajo_final_de_grado_andrea_seoane_mayo.pdf)
- 25.- OMS. Desarrollo en la adolescencia. [Página de internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; ©Organización Mundial de la Salud; 2015.  
Disponible en:  
[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
- 26.-Perez A, Pérez C et al. Guía de atención del Adolescente. Lima: SAMFyC - GreAdol; 2015.
- 27.- OMS. Competencias básicas en materia de Salud y Desarrollo de los Adolescentes para los proveedores de Atención Primaria. [Página de internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; ©Organización Mundial de la Salud, 2015 [actualizado 26 My 2018; citado 20 Mzo 2018]. Disponible en:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178251/9789243508313\\_spa.pdf;jsessionid=E3003488D70C6CA5F3D0F3CE09A65E2B?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178251/9789243508313_spa.pdf;jsessionid=E3003488D70C6CA5F3D0F3CE09A65E2B?sequence=1)
- 28.- Todas las Mujeres y Todos los Niños. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el niño y el Adolescente (2016-2030). [Página de internet]; ©Todas las mujeres, todos los niños 2015 [actualizado 20 My 2018; citado 18 En 2018].

Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1)

29.-UNPHA PERU. Embarazo en adolescentes peruanas no descende en los últimos veinte años. Lima: Fondo de Población de las Naciones Unidas. [Página de internet]; ©2011 [actualizado 26 Abr 2018; citado 24 Febr 2018]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/webespeciales/2016/may/Endes2016/Nota1.html>

30.-Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Lima; 2015.

31.- OMS. Salud para los Adolescentes del Mundo: una segunda oportunidad en la segunda década. [Página de internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; ©Organización Mundial de la Salud [actualizado 13 My 2018; citado 10 Febr 2018]. Disponible en:

[http://apps.who.int/adolescent/seconddecade/files/WHO\\_FWC\\_MCA\\_14.05\\_spa.pdf](http://apps.who.int/adolescent/seconddecade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf)

32.- Infogen. Sexo y adolescencia. [Página de internet]. México; © Infogen A.C. 2013. [actualizado 19 Mzo 2018; citado 17 En 2018]. Disponible en: <http://infogen.org.mx/factores-de-riesgo-de-embarazo-en-la-adolescencia/>

33.- Gómez M. Semana de Salud 2013. [Página de internet]. Perú: Organización Panamericana de Salud; 2013. Disponible en: [https://www.minsa.gob.pe/calidad/observatorio/documentos/ix\\_conferencia/26sep/Calidad\\_y\\_Humanizacion%20-%20Dra%20Gomez%20OPS.pdf](https://www.minsa.gob.pe/calidad/observatorio/documentos/ix_conferencia/26sep/Calidad_y_Humanizacion%20-%20Dra%20Gomez%20OPS.pdf)

34.- Sánchez Violeta. Calidad de Atención y Satisfacción del Usuario, en atención de parto del servicio de hospitalización de obstetricia del Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, Mayo y Junio 2016. [Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia]. Iquitos: Universidad científica del Perú; 2016.



35.- Conexionesan. Los diferentes conceptos de calidad en salud. [Página de internet]. Lima; ©Universidad ESAN 2014 [actualizado 15 Mzo 2018; citado 11 My 2016].

Disponible en:

<https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2016/05/los-diferentes-conceptos-de-calidad-en-salud/>

36.- Base de Datos de Estadística del Centro de Salud Materno Infantil Castilla CESAMICA. 2015.

37.- Chávez A, Molina J. Evaluación de la Calidad de Atención en Salud mediante el Modelo de Avedis Donabedian, en el área de Emergencia del Hospital Paravida de julio a diciembre 2014.” [Tesis para optar al grado de Maestro en Gestión Hospitalaria]. San Salvador: Universidad de el Salvador; 2015.

38.- OMS. Factores de riesgo. [Página de internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; ©Organización Mundial de la Salud [actualizado 13 My 2018; citado 10 En 2018].

Disponible en: [http://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](http://www.who.int/topics/risk_factors/es/)

# ANEXO



## ANEXO 1

### Cuestionario de Factores del Embarazo precoz en gestantes Adolescentes

Hola te invitamos a contestar este cuestionario es voluntario y te recordamos que todos los datos que se obtengan serán totalmente confidenciales. Gracias



Subraya la respuesta correcta.

#### I. Características sociodemográficas:

1. Edad\_\_\_\_\_
2. Grado de instrucción
  - 1) Analfabeta      2) Primaria Completa      3) Primaria Incompleta
  - 4) Secundaria Completa      5) Secundaria Incompleta
  - 6) Superior Técnica o Universitaria
3. Religión
  - 1) Católica      2) Testigo de Jehová      3) Adventista      4) Cristiana
  - 5) No Creyente
4. Estado civil
  - 1) Soltera      2) Conviviente      3) Casada
5. Trabajas antes del embarazo:
  - 1) Si      2) No
6. ¿De quién dependías económicamente?
  - 1) Papas      2) Hermanos      3) Tíos      4) Abuelos      5) Soy sola

II. **Factores reproductivos, sexuales:**

7.- ¿A qué edad tuviste tu primera regla?

- 1) De 8 a 10 años    2) De 11 y 12 años.    3) De 13 a 15 años

8.- ¿A qué edad tuviste tu primera relación coital?

- 1) 12 años    2) 12 a 13 año    3) 14 a 15 años    4) + de 15 años

9.- ¿Con quién tuviste tu primera relación coital?

- 1) Amigo    2) Novio    3) Abuso sexual    4) Conocido    5) Familiar

10.- Número de parejas sexuales

- 1) 1    2) 2 a más

11.- Número de gestaciones

- 1) Primigesta    2) Segundigesta    3) Multigesta

12.- Antecedente de aborto

- 1) Si    2) No

13.- ¿Qué métodos anticonceptivos conocías?

- 1) Pastillas    2) Preservativo    3) Dispositivo Intrauterino  
4) Inyectables    5) Natural    6) Otros    7) No conocía

14. ¿Utilizabas algún método anticonceptivo para prevenir un embarazo?

¿Cuál es?

- 1) Si.    2) No.

Cual:

- 1) Pastillas.    2) Preservativo    3) Dispositivo    Intrauterino.  
4) Inyectables.    5) Ninguno

**III.- Factores Familiares:**

15.- Tipo de familia del adolescente

- 1) Monoparental    2) Biparental

16. Antecedentes de embarazos adolescentes en la familia

- 1) Si            2) No

17. Relación del adolescente con sus padres

- 1) Buena    2) Regular    3) Mala

18. Persona con quien vivía antes de su embarazo

- 1) Padre    2) Madre c    3) Ambos    4) solo    5) Otro familiar

**IV. Conocimiento sobre concepción precoz y anticoncepción**

19.- Recibiste información de cómo prevenir un embarazo?

- 1) Si            2) No.

20.- ¿De quién recibiste información de cómo prevenir un embarazo?

- 1) Amigos    2) Padres    3) Personal de salud

- 2) Institución educativa

21.- ¿Cómo evalúas la información que recibiste a cerca de los métodos anticonceptivos?

- 1) Excelente 2) Buena. 3) Regular 4) Mala. 5) Nula 6) Nunca recibí



## ANEXO 2

### Cuestionario de grado de satisfacción sobre el Control prenatal

**Instrucciones:** Estimada adolescente te invitamos a marcar con un aspa la respuesta que crees conveniente.



### SECCIÓN I.

ACCESIBILIDAD	INCONFORME	POCO CONFORME	CONFORME	MUY CONFORME
1. ¿De acuerdo con la ubicación del centro donde acudió usted estuvo?				
2. con el horario de atención ¿usted estuvo?				
3. según la información recibida para el control y asistencia ¿usted estuvo?				
3.1 Respecto a la información que recibió en el centro para control y asistencia? ¿Usted estuvo?				
4. Con el tiempo de espera a la consulta ¿usted estuvo?				
5. Con respecto a la ubicación de consultorio ¿usted estuvo?				
<b>6. según el sistema de atención o visita a su consulta:</b>				
6.1 Con los procedimientos que tuvo seguir desde que llego al establecimiento de salud para sacar su cita ¿usted estuvo?				
6.2 Si fue por orden de llegada ¿usted estuvo?				
6.3 Si fue por cita ¿usted estuvo?				
<b>TOTAL DE RESPUESTAS</b>				

### CONTROL PRENATAL SEGÚN A USUARIA

ESTRUCTURA	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. ¿Había iluminación dentro del consultorio?				
2. ¿La sala de espera contaba con asientos suficientes?				
3. ¿la sala de espera se veía limpia?				
4. ¿El baño estaba de fácil acceso para su uso?				
5. ¿El baño estaba limpio?				
6. ¿El consultorio estaba en orden?				
7. ¿El consultorio contaba con afiches sobre el control prenatal?				
8. ¿El consultorio tenía la puerta cerrada durante la consulta?				
9. ¿Se veía desde afuera para el consultorio a través de las ventanas?				
10. ¿Contaba con una camilla o mesa de examen ginecológico?				
<b>TOTAL DE RESPUESTAS OBTENIDAS</b>				

**Sección II:**

**ATENCIÓN**

<b>ATENCIÓN</b>	<b>INCONFORME</b>	<b>POCO CONFORME</b>	<b>CONFORME</b>	<b>MUY CONFORME</b>
<b>1. Le entregaban material informativo sobre el embarazo</b>				
<b>2. Le entregaban material informativo sobre la consulta prenatal</b>				
<b>3. Durante la consulta:</b>				
3.1) La pesaban?				
3.2) Le tomaban la presión?				
3.3) Le median la barriga?				
3.4) Le escuchaban los latidos cardíacos al bebe?				
3.5) Le preguntaban por el dolor en la parte baja del vientre?				
3.6) Le preguntaban si sentía dolor de cabeza?				
3.7) Le preguntaban si había edema (hinchazón)?				
3.8) Le preguntaban si su bebe se movía en su vientre?				
3.9) Le preguntaban si había disminución de los movimientos fetales?				
3.10) Le preguntaban si tenía perdida de líquido por los gentiles?				
3.11) Le preguntaban por perdida de sangrado por la vagina?				
3.12) Le preguntaban si había tenido fiebre?				
<b>4.¿Durante sus controles , le solicitaron análisis de sangre</b>				
<b>5.¿ Durante sus controles le solicitaron análisis de orina?</b>				
<b>6. ¿Le indicaron que se vacune contra el tétano?</b>				
<b>7. ¿Le informaban cómo estaba marchando el embarazo?</b>				
<b>8. ¿Le hablaban acerca de hábitos alimentarios durante el embarazo?</b>				
<b>9. ¿Le realizaron interconsulta con el odontólogo y nutricionista?</b>				
<b>10.- El personal que le atendió le trató con amabilidad, respeto, privacidad y paciencia.</b>				
<b>TOTAL DE RESPUESTAS OBTENIDAS</b>				



CONTROL PRENATAL SEGÚN LA USUSARIA ORIENTACIÓN EDUCATIVA	AFIRMACIÓN	NEGACIÓN
<b>1. ¿Se le explicó durante las consultas, cuanto tiempo dura un embarazo normal?</b>		
<b>2. ¿Se le interrogó en las consultas como se sentía desde el punto de vista psicológico con el embarazo y el parto?</b>		
<b>3. ¿Se le explicó acerca de los síntomas del embarazo?</b>		
3.1.-Nauseas		
3.2.-Vómitos		
3.3.-Ardor en el estómago que llega a la garganta (reflujo gastroesofágico)		
3.4.-Estreñimiento		
3.5.-Perversión del gusto		
3.6.-Salivación		
3.7.-Hemorroides		
3.8.-Palpitaciones		
3.9.-Lipotimias o mareos		
<b>4. ¿Se le explicó acerca de los signos de alarma durante el embarazo?</b>		
4.1.-Dolor de cabeza		
4.2.-Zumbidos en los oídos		
4.3.-Ardor en el estomago		
4.4.-Aumento de volumen en piernas(hinchazón)		
4.5.-Perdida de líquido por genitales		
4.6.-Dolores de parto antes de cumplir semanas completas del embarazo normal.		
<b>5. ¿Se le explico alguna característica de los dolores del parto?</b>		

<b>6. ¿Se le orientó acerca de ejercicios respiratorios durante los dolores del parto?</b>		
<b>7. ¿Se le orientó acerca del cuidado durante la etapa puerperal?</b>		
<b>8.-En alguna de las consultas se le ha explicado sobre el cuidado del recién nacido?</b>		
<b>9. ¿Se le orientó acerca de la lactancia materna?</b>		
<b>10. ¿Se le orientó acerca de las ventajas de planificación familiar?</b>		
<b>11. ¿Se le orientó acerca del uso del preservativo?</b>		
<b>12. ¿Se le orientó acerca del uso de las pastillas anticonceptivas?</b>		
<b>13. ¿Se le orientó acerca de las inyecciones anticonceptivas?</b>		
<b>14. ¿Se le orientó acerca del uso del Dispositivo Intrauterino?</b>		
<b>15. ¿Se le orientó acerca de la influencia negativa de fumar, ingerir licor y consumo de drogas durante el embarazo?</b>		
<b>TOTAL DE RESPUESTAS OBTENIDAS</b>		

### ANEXO 3

#### Reporte de validación del cuestionario de Factores que predisponen al embarazo precoz

<b>Año</b>	2018
<b>Procedencia</b>	Piura-Perú
<b>Administración</b>	Gestantes adolescentes 10-19 años
<b>Significancia</b>	Evalúa el conjunto de ideas, conceptos, y enunciados verdaderos o falsos, productos de la observación y experiencia del adolescente, referida a su sexualidad.
<b>Duración</b>	No tiene límite, como promedio 20 minutos
<b>Confiabilidad</b>	La confiabilidad con el Método de Cronbach's Alpha es de 0,725 (Moderada confiabilidad).
<b>Validez</b>	La Escala ha sido sometida a criterio de Jueces expertos para calificar su validez de contenido teniendo resultados favorables.

#### Reporte de validación de la Encuesta de Grado de Satisfacción

#### Reporte de validación de escala de Likert de grado de satisfacción

<b>Año</b>	2018
<b>Procedencia</b>	Piura-Perú
<b>Administración</b>	Gestantes adolescentes
<b>Significancia</b>	Evalúa el conjunto de ideas, conceptos, y enunciados verdaderos o falsos, productos de la observación y experiencia del adolescente, referida a su sexualidad.
<b>Duración</b>	No tiene límite, como promedio 20 minutos
<b>Confiabilidad</b>	La confiabilidad con el Método de Alfa Cronbach 0,725 (Moderada 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 de factores y grado de satisfacción

ESTADÍSTICAS DE FIABILIDAD	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,725	69

### BAREMOS

ESTADÍSTICAS					
	Accesibilidad	Estructura	Atención	Orientación	Satisfacción
Insatisfecho	Menos de 19	Menos de 34	Menos de 80	Menos de 23	Menos de 159
Medianamente satisfecha	20 - 26	35 - 38	81 - 82	24 - 25	160 - 167
Satisfecho	27 a más	39 a más	83 a más	26 o más	168 o más

## ANEXO 5

### Ficha de Consentimiento Informado del participante

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha solicitado la cooperación para participar en un estudio de investigación sobre la percepción que poseen las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional de Obstetricia en el control prenatal, y se me han explicado sus objetivos.

Del mismo modo se han aclarado lo siguientes puntos:

- No se me realizara ningún procedimiento que atente contra mi integridad y mi salud.
- Accederé a una entrevista sobre el tema de la investigación.
- Los datos obtenidos tendrán carácter estrictamente confidencial y serán de exclusivo uso del investigador y su patrocinante con fines investigativos y académicos.
- Al participar de las entrevistas estoy de acuerdo con que se disponga de la información obtenida de esta.
- Podre retirarme de la investigación cuando lo desee, previa información a la investigadora.
- Este consentimiento es de tipo voluntario y no se me ha obligado para que participen este.

---

Investigador Responsable

---

Usuaría Participante