



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**FACTORES SOCIALES, ECONÓMICOS Y
CULTURALES Y SU RELACIÓN CON LA
ADOLESCENTE EMBARAZADA QUE ACUDE AL
PUESTO DE SALUD GARATEA, NUEVO
CHIMBOTE. 2015**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRA EN SALUD PÚBLICA**

AUTORA

GIOVANNA BIENVENIDA CRUZALEGUI CABALLERO

ASESORA

DRA. NÉLIDA CANTUARIAS NORIEGA

CHIMBOTE – 2016

JURADO EVALUADOR

Dra. Sonia Avelina Girón Luciano
Presidenta

Mgtr. Fanny Rocío Ñique Tapia
Secretaria

Mgtr. Susana Elizabeth Cabanillas de la Cruz
Miembro

Dra. Nélida Cantuarias Noriega
Asesora

DEDICATORIA

A DIOS JEHOVA que con su gran poder
Influyó en mí, dándome luz, y
permitiendo que culminen mis estudios
de post grado.

A mis queridos padres ZENOBIO Y
TARCILA, que Dios los tenga en su
Santo Reino.

A mis hermanos por su apoyo constante
e incondicional, para el logro de mis
metas.

AGRADECIMIENTO

A la ULADECH Católica- Chimbote
por darme la oportunidad de realizar
mis estudios de posgrado, y poder
desarrollarme profesionalmente.

A la Dra. Nélica Cantuarias
Noriega mi sincero agradecimiento
y gratitud por su orientación y
valiosa asesoría profesional,
haciendo realidad el presente
trabajo de investigación.

A los profesores de posgrado que con
Sus métodos, técnicas motivaron el
Desarrollo de mi saber profesional.

A mis compañeros de estudio con
quienes compartí, gratos momentos
en el transcurso de la maestría.

RESUMEN

La presente investigación tiene el objetivo general: Determinar los factores sociales, económicos y culturales y su relación con la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote. 2015. La metodología es cuantitativa con diseño descriptivo, correlacional, prospectivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 29 adolescentes embarazadas, en la recolección de datos se empleo un cuestionario validado. Los resultados fueron: En los factores sociales el 72,4% de las adolescentes embarazadas son de estado civil soltera, el 93,1 % tiene grado de instrucción secundaria, el 72,4% provienen de familias desintegradas; en los factores económicos el 62,1% tienen un ingreso familiar de 750.00 soles, el 79,3% tiene como ocupación ama de casa; en los factores culturales el 79,3% son de procedencia urbana, 72,4% de religión católica, el 65,5% no tiene conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, el 41,4% no usa método anticonceptivo, solo el 37,9% usa preservativo, el 89,7% tienen como inicio de relaciones sexuales entre los 14 – 16 años. En el factor social en relación con la edad en las de 14 a 16 y de 17 a 19 la mayoría son solteras, de educación secundaria y proceden de familias desintegradas. En el factor económico en relación con la edad en ambos grupos la mayoría tienen ingreso familiar de 750.00 soles y son de ocupación ama de casa. En el factor cultural en relación con la edad en ambos grupos la mayoría proceden de zona urbana, son de religión católica y tienen de inicio de relaciones sexuales entre 14 a 16 años de edad. Aplicando la prueba χ^2 , se observa que la mayoría de los factores sociales, económicos y culturales en relación a la edad de la adolescente embarazada, no tienen significancia estadística $p > 0,05$.

Palabras clave: Edad de la adolescente, embarazo, factores sociales, económicos y culturales.

ABSTRACT

This research has the overall objective: To determine the social, economic and cultural factors and their relationship with the pregnant teen who goes to Garatea Health Post. New Chimbote. 2015. The methodology is quantitative with descriptive, correlational, prospective cross-sectional design. The sample consisted of 29 pregnant adolescents, data collection was employed a validated questionnaire. The results were: In social factors 72,4% of pregnant teens are unmarried marital status, 93,1% have a high school degree, 72,4% come from broken families; economic factors in 62,1% have a household income of 750.00 soles, 79,3% is to love home occupation; cultural factors 79.3% are of urban origin, 72,4% Catholic, 65,5% have no knowledge of sexual and reproductive health, 41,4% do not use contraception, only 37, 9% used condoms, 89,7% have the first sexual relations between 14 to 16 years. In the social factor in relation to age at 14 to 16 and 17 to 19 are mostly unmarried, secondary education and come from broken families. On the economic factor in relation to age in both groups most have family income of 750.00 soles and are home Homemaker occupation. In the cultural factor in relation to age in both groups most come from urban areas, they are Catholic home and have sex between 14 to 16 years old. Applying the χ^2 test, it is observed that most of the social, economic and cultural factors in relation to the age of the pregnant teenager, have no statistical significance $p > 0.05$.

Keywords: teen, pregnancy, social, economic and cultural factors.

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| JURADO EVALUADOR | ii |
| DEDICATORIA | iii |
| AGRADECIMIENTO | iv |
| RESUMEN | v |
| ABSTRACT | vi |
| ÍNDICE | vii |
| ÍNDICE DE TABLAS | ix |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL..... | 6 |
| 2.1. Marco teórico..... | 6 |
| 2.2. Antecedentes | 21 |
| 2.3. Bases teóricas de la investigación | 38 |
| 2.4. Hipótesis | 41 |
| 2.5. Variables. | 41 |
| Variable Independiente:..... | 41 |
| Variable dependiente:..... | 41 |
| Edad Adolescente embarazada..... | 41 |
| III. METODOLOGÍA | 42 |
| 3.1. Tipo y nivel de la investigación..... | 42 |
| 3.2. El diseño de la investigación. | 42 |
| 3.3. La población y la muestra..... | 42 |
| 3.4. Definición y operacionalización de variables e indicadores | 43 |
| 3.5. Técnicas, instrumentos y procedimientos. | 49 |

| | |
|--|-----------|
| 3.6. Plan de análisis..... | 50 |
| 3.7. Principios éticos..... | 50 |
| IV. RESULTADOS..... | 52 |
| 4.1. Resultados..... | 52 |
| 4.2.- Análisis de resultados | 65 |
| V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 89 |
| 5.1. Conclusiones | 89 |
| 5.2.-Recomendaciones..... | 91 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 92 |
| ANEXO | 97 |
| ANEXO 1 | 98 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | Pág. |
|--|-------------|
| Tabla 1. Distribución de los factores sociales: Estado civil, grado de instrucción, tipo de familia de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015..... | 54 |
| Tabla 2. Distribución de los factores económicos: Ingreso familiar, ocupación de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015 | 57 |
| Tabla 3. Distribución de los factores culturales: Procedencia, religión, conocimiento de salud sexual y reproductiva, uso de métodos anticonceptivos, inicio de relaciones sexuales de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015 | 59 |
| Tabla 4. Distribución de la edad de la adolescente embarazada que acude al Puesto de salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015..... | 63 |
| Tabla 5. Distribución de los factores sociales: Estado civil, grado de instrucción, tipo de familia según la edad de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote 2015..... | 64 |
| Tabla 6. Distribución de los factores económicos: Ingreso familiar, ocupación según la edad de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015..... | 65 |
| Tabla 7. Distribución de los factores culturales: Procedencia, religión, conocimiento de salud sexual y reproductiva, uso de métodos anticonceptivos, inicio de relaciones sexuales según la edad de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea, Nuevo Chimbote, 2015..... | 66 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | Pág. |
|---|-------------|
| Gráfico 1. Factor social: Estado civil de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015..... | 55 |
| Gráfico 2. Factor social: Grado de instrucción de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015..... | 55 |
| Gráfico 3. Factor social: Tipo de familia de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015..... | 56 |
| Gráfico 4. Factor económico: Ingreso familiar de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015..... | 57 |
| Gráfico 5. Factor económico: Ocupación de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015..... | 58 |
| Gráfico 6. Factor cultural: Procedencia de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015..... | 60 |
| Gráfico 7. Factor cultural: Religión de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015..... | 60 |
| Gráfico 8. Factor cultural: Conocimiento en salud sexual y reproductiva de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015..... | 61 |
| Gráfico 9. Factor cultural: Uso de método anticonceptivo de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015..... | 61 |

| | |
|--|-----------|
| Gráfico 10. Factor cultural: Inicio de relaciones sexuales de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015..... | 62 |
| Gráfico 11. Edad de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015..... | 63 |

I. INTRODUCCIÓN

El adolescente de la sociedad actual, llamada de la información y del conocimiento, enfrenta no sólo cambios y experiencias propias de su etapa de desarrollo en términos de las vivencias afectivas, cambios físicos, mentales y sociales, si no también lo que su entorno le presenta. Los tiempos han cambiado y el contexto social donde se desenvuelve el adolescente está caracterizado por grandes cambios, que suceden a un ritmo y velocidad cada vez mayor, y esto modifica las relaciones interpersonales y las formas de vida de la población (1).

El adolescente no está exento de la repercusión de los efectos que las situaciones mencionadas producen, aun encontrándose en una etapa de cambio e inestabilidad como es la adolescencia; necesita, por lo tanto, contar con estrategias y respuestas que le permitan hacerles frente de la manera más adecuada, para ello debe desarrollar habilidades, fortalezas y recursos internos que le den la seguridad y confianza necesaria para poder asumir y vivir su realidad de manera adaptativa (1).

El perfil de los adolescentes con respecto a su sexualidad en los países en desarrollo cada año hay más de mil millones de adolescentes, 85% más de la mitad que ha tenido relaciones sexuales antes de los 16 años, existen 111 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual (ITS), más de 7 000 casos de infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que por día ocurre en jóvenes, la violación e incesto en 7-34% en las niñas, y en 3-29% en los niños, el 10% de los partos acontecen en adolescentes, la muerte materna es de 2 a 5 veces más alta en mujeres menores de 18 años, que en las de 20-29 años, hay 4,4 millones de abortos inducidos, la mayoría en

condiciones de riesgo, un tercio de hospitalizaciones son por complicaciones de aborto, cada 5 minutos se produce un suicidio por problemas inherentes a su salud sexual y reproductiva (2).

En Latino América un tercio de adolescentes empieza su actividad sexual sin haber cumplido los 15 años de edad, solo la cuarta parte de adolescentes usan métodos anticonceptivos en su primera relación sexual. A nivel nacional: el 13% de los adolescentes entre 15-19 años ya son madres o están embarazadas, el 25% de las atenciones prenatales son de adolescentes, el 16% de los partos institucionales son de adolescentes, la mortalidad materna en este grupo es de 1-3 veces mayor que entre los de 20-29 años, la mayoría de embarazos no son deseados, el 42,8% de las adolescentes actualmente con pareja no usa ningún método anticonceptivo. A nivel regional el 13% de gestantes son adolescentes, el 29% de adolescentes activas sexualmente no usa métodos de Planificación Familiar, un alto porcentaje de adolescentes afronta riesgos en su salud sexual y esto se encuentra relacionado con su estructura biológica, la falta de información y el poco acceso a los servicios de salud (2).

A nivel del Puesto Salud Garatea la tasa de embarazo en adolescentes es de 11% (Oficina de estadística e informática RSPS).

No obstante, las causas del embarazo en la adolescente son muchas, y al mismo tiempo discutible, los factores de riesgo de las jóvenes de quedar embarazadas y las probabilidades que tiene una joven de bajo estrato social en comparación con una de mejor situación económica, es diferente, lo que hace suponer que existen factores que se relacionan con el inicio precoz de la actividad sexual de las adolescentes, estudios

estadísticos explican la existencia de un estrecho vínculo entre el acceso a la educación sexual oportuna y la postergación del inicio sexual, lo cual se evidencia en el dato que señala que el inicio sexual antes de los 15 años es 5 veces mayor en mujeres con menos de 7 años de escolaridad (3).

Si el adolescente tiene menos de 15 años comparte con mayor riesgo de aborto, parto prematuro, parto por cesárea, por lo que, en el Puesto de Salud Garatea en el distrito de Nuevo Chimbote, donde se observa que las adolescentes no son ajenas a esta realidad, y siendo posible que los factores tanto sociales, económicos como culturales, puedan estar influyendo en la incidencia de un embarazo en este grupo de edad, es a partir de esta situación que se pretende realizar la presente investigación con la finalidad de diseñar estrategias que disminuya las tasas de embarazo en adolescente. Por lo expuesto se creyó conveniente plantear el siguiente problema.

¿Cuáles son los factores sociales, económicos y culturales y su relación con la edad de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015?

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

Determinar los factores sociales, económicos y culturales y su relación con la edad de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015.

Para poder conseguir el objetivo general se ha planteado los siguientes objetivos específicos:

1.-Identificar los factores sociales: Estado civil, grado de instrucción, tipo de familia,

de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015.

2.-Identificar los factores económicos: Ingreso familiar, ocupación, de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015.

3.-Identificar los factores culturales: Procedencia, religión, conocimiento en salud sexual y reproductiva, uso de métodos anticonceptivos, edad de inicio de relación sexual, de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015.

4.-Seleccionar a la adolescente embarazada según la edad, que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote 2015.

Finalmente la investigación se justifica debido a que es un riesgo al que está expuesta toda mujer adolescente de la jurisdicción del Puesto de Salud Garatea Nuevo Chimbote, con altas tasas de complicaciones maternas y fetales, y como consecuencia de un embarazo no deseado , se presenta la posibilidad de realizarse un aborto inducido, los efectos de esta práctica puede llevar a la muerte de la adolescente, considerándose la cuarta causa de muerte materna en el Perú., el embarazo en adolescente esta considerada de alto riesgo, debido a que la mujer adolescente no está aun suficientemente desarrollada para soportar los cambios que produce el embarazo, ni para dar a luz en forma normal, aumentando así el número de cesáreas, el riesgo de las complicaciones obstétricas es mayor. Es por ello la preocupación, a querer profundizar en los factores que pueden relacionarse con el estado de gestación en temprana edad.

Los resultados de la Investigación, proporcionara información válida, confiable y actualizada al personal de salud, especialmente al personal que labora en

el primer nivel de atención y participa en la promoción de la salud sexual; realizando actividades preventivo-promocionales orientadas a la población adolescente, a disminuir la frecuencia de los embarazos.

También incrementara la ciencia de la salud pública y podrá tomarse como referencia en la formación de futuros profesionales y otras investigaciones, se considera que la información recogida, permitirá al personal de salud a visualizar un camino que propicie las condiciones necesarias para promocionar la salud sexual desde la perspectiva del adolescente, lo que favorecerá el desarrollo hacia una adultez y que contribuyan al fortalecimiento de la familia y la sociedad.

II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Marco teórico.

La adolescencia es el principio de un gran cambio en el ser humano, y en el que a medida que va pasando el tiempo, se sabe que esas decisiones antes tomadas, tendrán una consecuencia favorable o desfavorable para su persona, y si se embaraza también repercute en el nuevo ser que trae a la vida (4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en INEI (2), ha definido la adolescencia como la etapa que va desde los 10 años a los 19. No obstante, la auténtica adolescencia es un período que se caracteriza por profundos cambios físicos, psicológicos y sociales donde es difícil establecer límites cronológicos precisos para este período vital. En esta etapa de la vida, el embarazo suele representar un problema desde el punto de vista sanitario y social.

Whaley –Wong (5), define como adolescente al periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es especial."; es muy importante porque en esa etapa se adquiere desarrollo y en la cual está abierta la capacidad reproductiva, pero que esta no debería ejercerse hasta tener conciencia y responsabilidad, manifiesta que la adolescencia es un periodo que comprende entre los 11 a los 19 años, es considerado un periodo de transición entre la infancia y la edad adulta; un periodo de madurez física, cognitiva, social y emocional, mientras el niño se prepara para ser hombre y la niña se prepara para

ser mujer, presentándose desafíos especiales de adaptación.

Con el ímpetu de sus cambios internos y las presiones de la sociedad, los niños deben progresar hacia la independencia emocional de sus padres, considerar proyectos de independencia económica y aprender el significado de una relación heterosexual más íntima. Aprenden a trabajar con compañeros de su misma edad en intereses comunes, a subordinar las diferencias personales en pos de un objetivo común y convertirse en personas responsables que controlan sus vidas y que saben quiénes son, en relación con el mundo (4).

Durante la etapa de la adolescencia se encuentran ciertas características en el crecimiento y desarrollo como son: anatomo-fisiológicas: se deben principalmente a la actividad hormonal, bajo la influencia del sistema nervioso central. La diferencia física entre los sexos queda definitivamente establecida por la maduración de las características sexuales primarias, es decir, los órganos internos y externos que llevan a cabo las funciones reproductoras, los ovarios, el útero, el pecho y el pene, y la aparición de las características sexuales secundarias, como resultado del cambio hormonal (alteración en la voz, el desarrollo del vello facial y puberal y los depósitos de grasa); en esta etapa se hace presente la menarquía, la primera menstruación, en la mujer y las primeras eyaculaciones en el varón (5).

El adolescente pasa por la etapa del desarrollo del sentido de su identidad, aquí se menciona tres aspectos importantes que son la identidad de grupo, la identidad individual, y la identidad del rol sexual, así mismo existen

otros elementos que forman parte del desarrollo psicosocial del adolescente y estos son: relaciones con los padres, con los amigos, y relaciones heterosexuales; la relación padre-hijo evoluciona de una protección-dependencia a otra de afecto mutuo e igualdad. El proceso de adquisición de independencia acarrea con frecuencia confusión. Por una parte, se acepta a los adolescentes como pre-adultos, en proceso de maduración, se les permiten los privilegios hasta ahora denegados y se le dan cada vez más responsabilidades. Un ejemplo la lucha entre los padres y los adolescentes acerca de la hora de llegar a casa por la noche (5).

Aunque la influencia paterna continúa siendo la más importante en la vida del adolescente, en la mayoría de los casos los amigos asumen un papel más relevante durante este periodo que el que tuvieron en la infancia.

Los adolescentes, por lo general, son sociales, y tienen mentalidad de grupo. Por tanto, el grupo de amigos influye de forma notable en la conducta de los jóvenes. Para ganar la aceptación del grupo, los adolescentes más jóvenes tienden a ajustarse por completo a las modalidades del grupo. El colegio, como foco de vida social, es también importante desde el punto de vista psicológico para los adolescentes, quienes por lo común se distribuyen una jerarquía social relativamente predecible; saben a qué grupo pertenecen ellos y los demás.

Durante la adolescencia, las relaciones con los miembros del sexo opuesto adquieren un nuevo significado. Primero, comienzan las citas de grupo, casi siempre para actividades escolares organizadas; después las citas de dos o tres

parejas y a continuación las de una sola pareja. El tipo y grado de seriedad de las relaciones heterosexuales varía. El estadio inicial es casi siempre no comprometido, extremadamente variable y pocas veces caracterizado por una unión romántica fuerte, en la etapa intermedia, periodo en el que a menudo se desarrolla la capacidad sexual, los jóvenes sienten con frecuencia la necesidad de probar la fuerza de su sexualidad con numerosas proezas y conquistas, y al no tener información apropiada tiene el riesgo de los embarazos (5).

Se denomina embarazo en la adolescencia a la gestación de las mujeres menores de 19 años edad, en la que se conoce que termina esta etapa de la vida, esto quiere decir que las adolescentes son capaces de procrear mucho antes de alcanzar la madurez emocional, es un hecho biosocial de alto riesgo, que traduce en estados de descompensación por falta de madurez fisiológica (6).

Las madres adolescentes son responsables del 10% de los partos del mundo, pero no todos esos embarazos son indeseados. Muchas de las adolescentes casadas se embarazan porque quieren tener una familia. En algunas comunidades, las mujeres jóvenes solteras ven la maternidad como una forma de subir de estrato social y ganar reconocimiento como adultas, o creen que las ayudará a mantener una relación estable con el padre del niño. En otras sociedades se da gran valor a la fertilidad, y la falta de hijos puede llevar al marido a abandonar a su esposa o a divorciarse de ella. Por tanto, algunas mujeres jóvenes se embarazan antes de casarse para probar que son fértiles, mientras que algunas mujeres recién casadas garantizan su seguridad concibiendo

un niño lo antes posible después de la boda (6).

El embarazo no planeado en los y las adolescentes es el producto de la falta de información sobre los anticonceptivos, el sexo sin protección, la falla anticonceptiva o el uso incorrecto de los mismos, a veces es el resultado de una intoxicación con alcohol o drogas, cuando consumen estas sustancias actúan en forma involuntaria.

Independientemente de ser deseado o no, el embarazo precoz en una joven puede poner su salud en peligro. Según la OMS en Alcivar (7), la edad más segura para quedar embarazada es de 20 a 24 años de edad, ya que el crecimiento del esqueleto no se completa sino hasta los 18 años, mientras que el canal del parto puede que no madure antes de los 20 ó 21 años de edad. Entre las complicaciones figura la anemia, las infecciones bacterianas graves, el parto prematuro, el parto obstruido y prolongado debido a que la pelvis es muy pequeña, y la muerte del feto. La mortalidad relacionada con el embarazo y el parto es de 2 a 5 veces más alta entre las mujeres menores de 18 años de edad que entre las de 20 a 29 años.

Aparte del aspecto biológico también se observa en las jóvenes embarazadas que no tienen apoyo de la pareja se ven obligadas a buscar ayuda de sus padres o familiares, la cual no siempre es proporcionada adecuadamente, produciéndose una interrupción en su desarrollo personal, interrumpiendo sus relaciones grupales ya que por lo general se ven incapacitadas de continuar sus actividades escolares y familiares, teniendo que adoptar la

responsabilidad del hijo.

Por otro lado, el embarazo de adolescentes se relaciona con tres factores: las probabilidades de iniciar precozmente las relaciones sexuales y tener un embarazo no deseado. En familias donde la autoridad moral es débil o mal definida, con ausencia de la figura paterna o padres que viven en unión libre, y cuando personas distintas a los padres cuidan o crían a las adolescentes, también se provoca la actividad sexual temprana y el riesgo de una gravidez consecuente (7).

El embarazo en una pareja de jóvenes, en general es un evento inesperado, sorpresivo. Merino (8), señala que "se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo". Muchas mujeres llegan al embarazo como una manera de llenar sus múltiples carencias, la ser requerida sexualmente, las hace sentirse valoradas, entregan ese cariño no tanto por satisfacción personal, sino por satisfacer a la persona que quieren mantener a su lado, teniendo nuevas responsabilidades sobre todo si traen al mundo una niño o niña que tienen que atender.

Según Menacho, L (9), la adolescencia se clasifica: Adolescencia temprana (10 a 13 años), biológicamente es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía, psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías, no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales,

personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

Adolescencia media (14 a 16 años), es la adolescencia propiamente dicha, cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres, para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo, muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados por la moda (9)

Adolescencia tardía (17 a 19 años), casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal, se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta, adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales, es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por lo que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada (9).

El embarazo en adolescentes es multicausal, se presentan factores que favorecen el embarazo precoz o se asocian con él, estos son: factores individuales,

biológicos, factores sociales, factores económicos y factores culturales. La dificultad para planear proyectos a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima y poca confianza, sentimientos de desesperanza, falta de actitud preventiva, menarquía precoz, conducta de riesgo, abuso de alcohol y drogas, abandono escolar, dificultad para mejorar sus condiciones de vida, insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento, antecedentes familiares, familias conflictivas o en crisis, madres que han estado embarazadas en su adolescencia (8).

La Menarquía es un factor biológico considerado la primera menstruación en una mujer, la edad promedio es de 12 años, la pubertad ha declinado desde 17 años en el siglo XIX alrededor de 12 a 13 años, actualmente lo que conduce a que las adolescentes sean fértiles a una edad menor, sumado al resultado de investigaciones que reportan que el uso de los métodos de planificación en los adolescentes de Latinoamérica sigue siendo bajo, exponiéndose al riesgo de embarazarse a edades tempranas. El periodo entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en la sociedad, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales (9).

Por otro lado, existe abundancia de propaganda que incita las relaciones sexuales, tendencia a la reproducción de la madurez materna (hijos a temprana edad), falta de acceso a los servicios de planificación familiar. Una unidad psicosocial sujeta a la influencia de los factores socioculturales, protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis, como el antecedente de embarazo de la madre o de la hermana antes de los 19 años de edad

y el machismo (8).

Así también los factores sociales: Estado civil, grado de instrucción, tipo de familia inducen al embarazo en la adolescencia. Cada vez es más frecuente que la madre permanezca soltera, a diferencia del pasado, cuando la mayoría de los embarazos adolescentes conducía a unión o matrimonio voluntario o forzado, la mayoría de las madres adolescentes tiene matrimonios menos estables que aquellas que posponen la maternidad para más adelante. En las condiciones actuales, el estado civil de las madres adolescentes parece depender de la concepción que tenga la mujer y la sociedad y todo su entorno, sobre la función de la mujer, pero esto en una sociedad tradicional hay número de madres adolescentes casadas, mientras que en una sociedad que la mujer es activa laboralmente madres adolescentes solteras (10).

A menor edad de la mujer embarazada mayor es la cantidad de madres solteras, ser madre adolescente a veces ocasiona que se recurra a un matrimonio forzado lo que suele afectar negativamente al adolescente y su pareja generando así conflictos, rechazo y recriminación que suele llevar a la separación al divorcio y a la inestabilidad emocional en el matrimonio, de las 15 madres adolescentes, 14 eran civil, por tanto, en la población estudiada en Bogotá – Colombia solteras antes de quedar en embarazo, solamente una de ellas había contraído matrimonio predomina el estado civil soltera con un 93,3% antes de dar a luz el primer hijo (10).

Entre los factores socioculturales: El embarazo de la adolescente está relacionado con la condición de la mujer en las diferentes sociedades. Esta se

describe en términos de su ingreso, empleo, educación, salud y fertilidad y los roles que ella desempeña en la familia y en la comunidad. También incluye la percepción de la sociedad sobre estos roles y el valor que esta le otorga. El estereotipo de la mujer de baja condición es la mujer con un niño al pecho, embarazada y varios niños más alrededor de su falda. Es la mujer para quien la maternidad ha sido el único destino desde su nacimiento, ella se ve mayor de la edad que tiene, su salud está revestida por embarazos a repetición, la maternidad y el trabajo doméstico agotador, es típica su baja escolaridad (11).

La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes. La precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, más bien la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones. La educación se ha descrito como el medicamento contra el fatalismo, las mujeres analfabetas de los sectores rurales no entienden de la fisiología de la reproducción o como controlarla, en consecuencia aceptan el embarazo como una voluntad divina, una mujer sin educación está menos informada e indispuesta a buscar cuidados para su salud y atención médica. Se describe como factor de riesgo la baja escolaridad, las zonas de pobreza con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, falta de recursos a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo (8).

En el tipo de familia la homeostasis familiar que se establece entre los miembros facilita una relación emocional y física, promueve el desarrollo individual y familiar para mantener el equilibrio, cada familia utiliza valores, normas y reglas

que condicionan y marcan las relaciones tanto en el medio externo como en el interno. La desorganización familiar, constituye una modalidad de desintegración, la cual es el rompimiento de la unidad o quiebra en los roles de sus integrantes, para su incapacidad de desempeñarlos en forma consciente y obligatoria, es un factor que se relaciona con el embarazo en las adolescentes (7).

Factores Psicosociales: El embarazo en la adolescencia muy pocas veces es casual y menos aun conscientemente buscado. Obedece en general a una serie de causas, entre algunas: psicológicas, socioculturales y familiares. Psicológicas: durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia, el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas eso no les va a pasar, pues eso solamente les ocurre a otras. La necesidad de probar su fecundidad, estando influenciadas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia (12).

Factores Económicos, las adolescentes se enfrentan a una diversidad de problemas dentro de los cuales se encuentran: el estar presente los problemas económicos en el hogar, la adolescente trata de conseguir un marido que la acompañe y la ayude a sobrevivir económicamente; frecuentemente pasan de la dependencia de los padres a la dependencia del marido. Se menciona además los ingresos económicos insuficientes, conduciendo así a un embarazo precoz, si no hay estabilidad conyugal las adolescentes se convierten en madre soltera y tienen que trabajar si su familia no los apoya y por último, las condiciones adversas a las que se enfrenta un número creciente de jóvenes que difícilmente pueden hacerse

cargo de una familia (12).

El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación de pareja e ingresos inferiores de por vida. Constituye a perpetuar el ciclo de la pobreza y la “feminización de la miseria”. En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa o nula, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar el embarazo. La pobreza o poca capacidad económica de las adolescentes, la desnutrición y la mala salud de la madre, la escasa supervisión médica o al rechazo de familiares, amigos o vecinos que reprobaban su conducta, con los factores adversos que enfrenta la adolescente. A ello también hay que agregar, el intercambio de sexo por dinero, por regalos, por paseos, entre adolescentes y con hombres adultos (11).

Los factores culturales son la procedencia, religión, desconocimiento en salud sexual y reproductiva, uso de métodos anticonceptivos e inicio de la relación sexual. Otro factor asociado con la fecundidad adolescente es el medio en que crece y se desarrolla la mujer, los embarazos de madres adolescentes son más frecuentes en comunidades menos escolarizadas y en áreas rurales. Así, por cada mujer urbana que se une antes de los 18 años, dos lo hacen en el medio rural y por cada mujer con educación primaria completa que se une antes de los 16 años (7,7%), casi tres con educación primaria incompleta lo hacen (20,2%), y casi cinco, sin ninguna instrucción (35%). La tasa de fecundidad de mujeres adolescentes de áreas rurales que se ha reportado es 126 por cada 1,000, mientras que en las áreas metropolitanas se ha obtenido una tasa de 77 por cada 1,000 (13).

Las creencias religiosas a menudo se oponen al uso de anticonceptivos y esto puede afectar el acceso y promoción de los anticonceptivos. Con esta influencia de la ideología y la falta de promoción de anticonceptivos, muchas mujeres no los usan antes de quedarse embarazadas por primera vez, el 82% de las mujeres a las que entrevistaron no usaba un método de anticoncepción en el momento de quedar embarazadas. Esta promoción de anticonceptivos ha aumentado en los años pasados, con más esfuerzo del sistema de salud pública en salud reproductiva. También, han cambios generacionales han ocurrido en este tiempo sobre la mirada de anticoncepción, y ahora forma más parte de la cultura. Sin embargo, todavía existen estigmas debido a la religión y las ideológicas, y hay vergüenza para muchas mujeres al admitir que usan anticonceptivos (7).

La salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Osorio (13) como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud".

La salud sexual y la salud reproductiva que involucra aspectos de carácter biológico, psicológico, sociológico y cultural, por tanto, debe basarse en tres principios: Individualización (tomar en consideración las diferencias individuales); respeto a la dignidad humana (valores personales y de grupo); libre determinación (frente a las alternativas existentes es la persona quien decide en última instancia) (13).

El inicio sexual temprano y la frecuencia de relaciones sexuales representan altos riesgos debido al bajo conocimiento de educación sexual, la tenencia de relaciones sexuales sin protección y el tener un alto número de parejas sexuales, entre otros comportamientos sexuales también de riesgo, ocurren más comúnmente en conexión a otras prácticas de riesgo, como el consumo de cigarrillos, drogas y alcohol, tenencia de armas y ejercicio de violencia (14).

El adolescente tiende a querer descubrir cosas nuevas y experimentarlas el iniciar precozmente relaciones sexuales pone en riesgo muchos aspectos de su crecimiento y desarrollo, el no estar preparado para este tipo de experiencias íntimas puede causar que la percepción frente a este hecho sea tanto negativa como positiva a esto se agrega el entorno que rodea al adolescente (11).

El tener más de una pareja sexual, esto constituye un gran riesgo para la salud sexual del adolescente, ya que por la vulnerabilidad y variabilidad de sus emociones, tienen a probar diversas experiencias. Hoy en día los adolescentes consideran que tener mayor experiencia es mejor contrario a la mojigatería, cosas que según el grupo de pares es común y normal entre ellos (15).

Muchos adolescentes no usan métodos anticonceptivos, al practicar sexo inseguro, es decir el no utilizar métodos de protección (anticonceptivos hormonales y/o preservativo) contra ITS/VIH-Sida y/o embarazos no deseados ya sea por desconocimiento o por omisión, es una de las conductas sexuales riesgosas más comunes que se puede observar entre los adolescentes que instigados por la curiosidad de conocer pone en riesgo su salud, el uso de los métodos de planificación en los adolescentes de Latinoamérica sigue siendo bajo,

exponiéndose al riesgo de embarazarse a edades tempranas (15).

En el Perú el Ministerio de Salud (16), en la preocupación en mitigar este problema de salud ha establecido la normatividad para la atención del integral del adolescente, considera que los servicios se pueden organizar dentro del establecimiento de salud o fuera de él son los servicios intramurales y extramurales.

Intramurales Se refiere a la organización de servicios dentro de los establecimientos de salud que pertenecen a la red de salud del MINSA. Estos pueden ser: Servicios en ambientes exclusivos cuando: se cuenta con ambientes usados solamente para la atención al adolescente, pueden contar con una gama de servicios, como: atención clínica, talleres formativos, actividades socioculturales y consejería en el marco de principios de confidencialidad y privacidad, ofrecidos de acuerdo a las necesidades de las y los adolescentes. Generalmente, tienen puerta de entrada directa o puerta a la calle, haciéndolos más accesibles a las y los adolescentes que los visitan (16).

Servicios en horarios diferenciados: Cuando no se cuenta con espacios exclusivos y éstos son multifuncionales, se establecen horarios de funcionamiento diferenciado para la atención del adolescente, considerando que éstos no interfieran con las actividades académicas y/o laborales de los potenciales usuarios. Es imprescindible que los horarios de atención se encuentren publicados en lugares estratégicos. El no contar con espacio exclusivo no es impedimento para la provisión de una atención integral de salud cuando las otras condiciones (personal capacitado, materiales, etc.) están dadas.

Extra murales: La norma técnica establece que la organización de los servicios abarca también a aquellos que pueden desarrollarse en otros espacios donde se encuentran las y los adolescentes. En este caso son: Servicios móviles para la atención integral: Cuando los servicios de atención se trasladan a los espacios donde se encuentran las y los adolescentes (16).

En el Puesto de Salud de Garatea se desarrollan actividades extramurales, e intramurales para la atención integral del adolescente, que funcionan en horarios diferenciados de lunes a sábado y con personal profesional capacitado.

2.2. Antecedentes

Internacional

Merino, E (8), en su Tesis “Factores que influyen en el embarazo en adolescentes inscritas en el programa de atención materna de la unidad de salud Altavista, Enero a Junio de 2011” San Salvador: 2011, el presente estudio es de tipo descriptivo, con enfoque cualitativo en el que no existe relación de causa efecto entre los fenómenos estudiados, y permitió identificar los diferentes factores que influyen para que las adolescentes se embaracen. Participaron 38 adolescentes embarazadas en el periodo de Enero a Junio de 2010; para la recolección de datos se utilizó una encuesta diseñada para ello, así como la revisión de los expedientes clínicos y el libro de registro de las embarazadas.

El estudio encuentra que la desintegración familiar es uno de los principales factores sociales que influye para que las adolescentes se embaracen; otros, tales como las maras, drogadicción, hacinamiento, maltrato, violencia intrafamiliar y/o

violaciones no fueron contributarios. De igual forma, no hubo relación en el embarazo de las adolescentes por desempleo y/o falta de ingresos económicos en la familia.

El machismo de la pareja, influye para que la adolescente se embarace; por otra parte es notable el desconocimiento a los temas de salud sexual y reproductiva. La información que reciben en relación a estos temas, de los diferentes prestadores de servicios de salud, es mínima. Las adolescentes embarazadas conocen algún método de planificación familiar, sin embargo no conocen el uso correcto de ellos. Las creencias y los mitos no son factores contribuyentes. Hay conocimiento del preservativo, pero no lo usaron y esto contrasta con el hecho de que ambos (pareja), "quieren un hijo".

En relación a las actitudes y prácticas, las adolescentes muestran interés en la importancia de conocer más sobre los temas de salud sexual y reproductiva; el proyecto de vida de la mayoría de las adolescentes sufre cambios ante el embarazo. Hay aceptación de las adolescentes, al igual que la mayoría de los padres y/o responsables, esto a pesar que, desde un inicio reaccionan con "enojo" y "regañó" al saber del embarazo, sin embargo al final lo aceptan. En cuanto a las prácticas, la no utilización de los métodos de planificación familiar y el inicio a temprana edad de las relaciones sexuales se evidencia en este estudio.

El hecho de que las adolescentes no se protejan, a pesar de que conocen los métodos y que por diferentes razones no lo usan, sumado a la decisión de ambos de tener un hijo/a y de las prácticas y factores culturales, a predominio del machismo, pone en evidencia la deficiente promoción y educación en el tema de la salud sexual

y reproductiva; a la vez resalta la importancia de implementar nuevas e innovadoras estrategias, con participación de todos los sectores públicos (institucionales e intersectoriales) y privados, encaminadas a una adecuada orientación responsable de los temas de salud sexual y reproductiva, donde se observa que los ingresos económicos insuficientes, empleo, educación conduce a un embarazo precoz.

Salazar, et al. (10), en su Tesis “Consecuencia del embarazo adolescente en el estado civil de la madre joven, estudio piloto en Bogotá”. Colombia: 2008, refiere se realizó un estudio de tipo transversal retrospectivo descriptivo en el cual se entrevistaron 15 mujeres que fueron madres adolescentes en hospitales de Bogotá y externas. Se obtuvo información del estado civil anterior, durante, después del nacimiento del primer hijo y el actual, se observó que predomina el estado civil soltero en un 93.3% antes de dar a luz al primer hijo. Durante el embarazo, alrededor del 40% de las entrevistadas optaron por la unión libre o el matrimonio legal. Después del nacimiento del primer hijo un 53% de las mujeres estaban con su pareja; actualmente, de las 15 entrevistadas el 60% están unidas, 33% permanecen solteras, y una minoría se encuentra separada (6,6%).

Adicionalmente, se observó que las uniones en adolescentes son en su mayoría a largo plazo, con estabilidad conyugal. El mayor porcentaje de estas uniones formales se da en estratos altos, donde el matrimonio religioso es la primera opción de unión seguida de la unión libre, mientras que la madre-soltera predomina en estratos bajos. Igualmente, se recomienda que un embarazo adolescente no debe ser sinónimo de unión; las partes deben estar totalmente seguras, y tener la

suficiente madurez mental y emocional para decidir con quién deben unirse, y donde menciona que a menor edad de la mujer embarazada mayor es la cantidad de madres solteras.

Barros, T (17), en su estudio Un modelo de Prevención Primaria de enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA en adolescentes. Ecuador 2001, halló que los adolescentes consideran que los embarazos no deseados y el SIDA son los principales problemas derivados de las prácticas sexuales precoces. En su estudio se evidenció una mayor frecuencia de relaciones sexuales por parte de adolescentes varones; señalándose asimismo que los valores machistas tienden a estimular la iniciación sexual temprana y la promiscuidad.

Teniendo como trasfondo la relación jerarquizada predominante interfiriendo en las familias ecuatorianas para que los padres sean fuente de información y orientación sexual asequible para los jóvenes, que generalmente carecen de la confianza suficiente para plantear en familia estos temas. Los padres a menudo no expresan la disposición, la prudencia y la madurez necesarias para dialogar sobre el sexo y la sexualidad de sus hijos.

García, E. (18), en su Tesis Factores que influyen en la incidencia de embarazos de los adolescentes Guatemala 2014, La presente investigación que se titula “Factores que influyen en la incidencia de embarazos de las adolescentes que asisten al Centro de Convergencia Nueva Esperanza del municipio de Cobán, Alta Verapaz”, es descriptiva, cuantitativa y de corte transversal y su principal objetivo es: Describir los factores que influyen en la incidencia de embarazos de las adolescentes que asisten al Centro de Convergencia Nueva Esperanza. La población

de las adolescentes embarazadas es de 21 y se entrevistaron el 100% de las embarazadas en el período de la adolescencia.

Los resultados que se obtuvieron de la investigación fueron: socioeconómicos de donde se obtuvo el 14% etapa media, 86% etapa tardía de la adolescencia, 52% son unidas, 48% ningún nivel de escolaridad, 43% primaria, 71% ama de casa, 81% el grupo familiar se dedica a la agricultura y oficios domésticos. Los integrantes de la familia en un 62% conviven con padres y hermanos, el trato de la familia hacia las embarazadas adolescentes antes y después es de un promedio del 50% buen trato, 26% padres autoritarios y el 57% los ingresos de la familia antes del embarazo provenían de los padres. Factores culturales 52% quedan embarazadas por el modelo materno, 48% no obtuvo ninguna información sobre salud sexual, 62 no están informadas de los tipos de anticonceptivos existentes y el 90% no están conscientes de las consecuencias que genera un embarazo precoz. Se concluye que los factores que influyeron para que se embaracen las adolescentes fueron socioeconómicos, culturales y educativos.

Sonsoles, et al (19), en su Tesis: “Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo” España: 2005, cuyos objetivos fueron valorar los conocimientos y actitudes sobre métodos de prevención de los embarazos no deseados y las ETS y evaluar el resultado de una intervención educativa, desarrollada en el ámbito escolar, dirigida a mejorar la información sobre estos temas. Una investigación de tipo cuantitativo de nivel aplicativo. El método utilizado fue descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por

268 alumnos matriculados de cinco centros educativos de los 14 existentes en la ciudad de Toledo.

El instrumento utilizado fue una encuesta anónima y auto cumplimentado, construida ad hoc, que consta de 20 preguntas sobre hábitos sexuales, utilización de métodos anticonceptivos, conocimientos y actitudes acerca de los mismos y ETS/Sida, evidenciándose las siguientes conclusiones:

“Contestaron 238 alumnos (de un total de 268). La edad media fue de 15,59. El 54,66% eran mujeres. El 24,03% ya habían mantenido alguna relación sexual. El método anticonceptivo más utilizado fue el preservativo (98,24%). Las chicas rechazan una relación sin protección con más frecuencia que los chicos (76,5% vs 48,6%; $p < 0,001$) y tienen más facilidad para compartir clase con un enfermo de sida (80,47% vs 60,38%; $p < 0,001$). El uso correcto del preservativo pasó del 62,13% al 73,46%”.

Fernández, M (20), en su Tesis “Estudio de variables relacionados con la sexualidad en adolescentes de 13-16 años en la ESBU “Alberto Soza” Cuba 2006, refiere que el 54,44 % de adolescentes del sexo femenino y 69,81 % masculinos practican relaciones sexuales, la edad más frecuente de inicio de relaciones sexuales es a los 13 años con 40,74 %, de los adolescentes que practican relaciones sexuales 5 de ellos tienen antecedentes de abortos 18,52 %.

William, R (21), en su Tesis “La Educación Sexual ayuda a preparar a los Jóvenes “México: 2008, refiere que la educación sexual puede hacer que los jóvenes retrasen su primera relación sexual, y si ya están sexualmente activos que usen la anticoncepción. Casi todos los estudios llegan a la conclusión de que la educación

Sexual no da lugar a que se tengan relaciones sexuales mucho antes o que estas sean más frecuentes.

Alarcón, A. et al. (22), en su Tesis Factores que influyen en el embarazo en adolescentes. Santiago de Cuba: 2009, se realizó un estudio observacional y analítico de casos y control a partir de todas las adolescentes que se embarazaron y parieron (casos) y otro grupo de féminas adolescentes que no se embarazaron (controles), pertenecientes todas al Policlínico José Martí Pérez durante el periodo 2007. Se demostró que existió asociación causal entre los factores dependientes de la vida familiar y personal de las adolescentes y la incidencia de gestaciones precoces. El no tener relaciones adecuadas con los padres, no recibir apoyo espiritual y económico de la pareja, no mantener relaciones estables de pareja y no conversar con los padres aspectos de sexualidad y reproducción fueron factores que al actuar sobre ellos lograríamos un mayor impacto sobre la población expuesta.

El 60% de las adolescentes estudiadas recibieron una educación familiar inadecuada y es más evidente esta característica en las jóvenes que se embarazaron, mientras que en los controles, se observó en un 37,3%. Estos resultados nos permiten inferir que todas las adolescentes cuya familia le brindó una educación inadecuada tiene 5,65 veces más probabilidades de concebir un embarazo en edades tempranas de la vida a diferencia de las que reciben una educación adecuada por parte de sus padres, el 36,0% de los casos no convivían con sus padres, mientras que en los controles esto sucedió en un 26,7% queda demostrada de esta manera que las adolescentes que no vivían con sus padres tenían 2,61 veces más probabilidad de concebir un embarazo no deseado que las que si conviven con sus padres.

El 52% llevaban relaciones inadecuadas con sus padres mientras que en los controles fue de un 66,0%, el 68% de las adolescentes que se embarazaron no conversan aspectos de la sexualidad a diferencia de los controles donde esta característica se observó en el 60%, queda demostrado que la adolescentes que no conversan de la sexualidad tienen 12,5 veces más probabilidad de concebir un embarazo no deseado, el 88,0% de los casos no existía apoyo relacionado con la no responsabilidad, sin embargo en los controles sólo se apreció esta situación en el 20,0% lo que demostró en nuestro estudio que las adolescentes que no reciben apoyo espiritual y económico de la pareja tienen 18 veces mayor probabilidad de concebir un embarazo que las que sí lo reciben.

El 68,0% de la población estudiada no usaba ningún método anticonceptivo siendo más evidente esta situación en las muchachas que se embarazaron, mientras que en los controles esto se comportó en un 44,0%, el 72,0% de las jóvenes que se embarazaron mantenían una relación inestable mientras que en los controles esta característica se observó en el 22,7%, el 100 % de las adolescentes estudiadas tuvieron este comportamiento sexual promiscuo, siendo esta situación más evidente en las féminas que se embarazaron con un 72 % mientras que en los controles fue de un 62,7%. Desde el punto de vista estadístico en nuestro trabajo, quedo demostrado que la promiscuidad en las adolescentes favorece el 3,86 veces la aparición del embarazo precoz.

Barrozo, M. (23), en su Tesis Embarazo adolescente entre 12 y 18 años. Mendoza - Argentina: 2011, refiere la maternidad en las adolescentes significa riesgos para la salud de ellas y la de sus hijos, desde que comienza, pues la mayoría

son embarazos no planeados ni deseados, se observa que el 81% corresponde a inicio de su actividad sexual a temprana edad, (el 40% a edades entre 14 años y 15 años de edad, mientras que el 36% a edades entre 12 años y 13 años). Se obtuvo como respuesta el 46,20%, haber utilizado algún método anticonceptivo (preservativo) en su primera relación sexual. Mientras el 41% respondió no haber utilizado método de anticoncepción.

Rionaula, M. et al. (29), en su Tesis Prevalencia y factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes que acuden a consulta externa del Hospital Básico “Limón Indanza” 2013, Cuenca- Ecuador: 2014, El embarazo en adolescentes es un problema de Salud Pública y el Ecuador tiene una de las tasas más altas de América Latina. Actualmente, más del 20% de las adolescentes a nivel nacional son madres o están embarazadas; se consideran poblaciones en riesgo aquellas de estratos socio-económicos bajos, grupos de menor nivel educativo y residencia en áreas rurales. Limón-Indanza es un cantón de la provincia con mayor número de hijos a nivel nacional y si consideramos los factores mencionados anteriormente podemos suponer que hay mayor riesgo de embarazos en adolescentes.

Objetivo: Determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes que acuden a consulta externa del Área de Salud Nro. 3 “Limón Indanza”, 2013. Método y materiales: Se realizó un estudio analítico transversal en el que se investigó la prevalencia y los factores de riesgo relacionados con el embarazo en adolescentes en el cantón Limón-Indanza. Para el levantamiento de los datos utilizamos un formulario de registro validado mediante la prueba piloto,

la información se recopiló de las historias clínicas, posteriormente se transfirió a un programa de computación (software SPSS 20.0 para Windows y Excel 2010) para el análisis correspondiente. Resultados: Se encontraron 119 embarazadas adolescentes con una prevalencia de 10,52% en comparación con el total de la población en riesgo y de 24,54% si consideramos el total de pacientes que acudieron a control prenatal.

Los factores de riesgo que tuvieron significancia estadística fueron inicio precoz de la vida sexual activa OR: 14,62 (IC95%: 2,70 – 79,07), consumo de alcohol OR: 1,05 (IC95%: 1,00 – 1,08) y tabaco OR: 1,05 (IC95%: 1,00 – 1,08). Conclusiones: Los factores de riesgo que influyen de manera significativa en el embarazo adolescente son: Inicio de la vida sexual activa precoz, abuso sexual, consumo de alcohol y tabaquismo.

Gómez, C. et al. (31), Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012, Medellín Colombia: 2013, el objetivo del estudio fue establecer la relación entre los factores sociales, demográficos, familiares y económicos con el embarazo en adolescentes de 13 a 19 años del área urbana en el municipio de Briceño, 2012, con el propósito de obtener información para la formulación de políticas públicas en salud sexual y reproductiva. Estudio Cross Sectional, realizado en el área urbana del municipio de Briceño, Antioquia, entre Abril y Mayo de 2012. Se aplicó una encuesta dirigida a buscar información sobre factores: sociales, demográficos, familiares y económicos. Se implementó un modelo de regresión logística.

Las adolescentes que respondieron las encuestas fueron 193. Los factores asociados mediante el análisis multivariado con mayor riesgo de embarazo adolescente fueron: la edad (OR: 8,33 IC: 1,82-38,14), el estrato socioeconómico (OR: 12,52 IC: 1,58-98,91), la ocupación (OR: 7,60 IC: 3,0-19,27), la convivencia con la pareja (OR: 17,47 IC: 3,63-83,94), el inicio temprano de las relaciones sexuales (OR: 1,95 IC: 0,69-5,5), el número de compañeros sexuales (OR: 1,70 IC: 0,74-3,86), el nivel de escolaridad del padre (OR: 3,05 IC: 1,01-9,22), el hecho de haber sido violada (OR: 3,66 IC: 1,12-11,96) y los ingresos económicos familiares (OR: 3,98 IC: 1,45-10,92).

El estudio encontró que la edad, el estrato socioeconómico, la ocupación, la convivencia con la pareja, el inicio temprano de las relaciones sexuales, el número de compañeros sexuales, el nivel de escolaridad del padre, haber sido violada y los ingresos económicos familiares estaban asociados con el embarazo en adolescentes en el área urbana del municipio de Briceño.

Rodríguez, V. (32), Incidencia del embarazo en la Adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en Maternidad Mariana de Jesús, de septiembre 2012 a febrero 2013. Guayaquil – Ecuador: 2013, El presente trabajo, tiene por objeto realizar un estudio actualizado de la problemática que presenta la adolescente embarazada, por lo tanto se evaluará en esta revisión; la incidencia del embarazo en la adolescente, sus complicaciones en el embarazo, la gravedad, y se evaluará factores que conllevan a la presencia de complicaciones psicosociales. Este estudio se realizó en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Maternidad Mariana de Jesús en donde las pacientes luego de haber ingresado por emergencia, o por consulta externa, utilizo

una encuesta y una hoja de recolección de datos, realizándose una historia clínica minuciosa, y exámenes complementarios meritorios de acuerdo al caso.

Con una muestra aproximadamente de 100 pacientes, en el período comprendido entre septiembre del 2012 hasta febrero del 2013. El estudio es de tipo descriptivo, con diseño no experimental, longitudinal, prospectivo. Los resultados del mismo indican que el mayor porcentaje de adolescente embarazada se presentó en pacientes de 15 a 17 años de edad con el 56%, mientras que en el rango de 18 años fue de 34%, y el menor porcentaje presento las pacientes de 12 a 14 años con el 10%. Dentro de las causas psico - sociales el mayor porcentaje presenta por la Falta de educación sexual 30%, luego problemas familiares 23%, seguido de maltrato familiar y pobreza con el 20% cada uno, y 7% abuso sexual. Lo que permitirán evaluar y analizar, un plan o protocolo para conocer detalladamente las causas de la morbi - mortalidad tanto materna como neonatal.

Nacional

Osorio, R. (13), en su Tesis “Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora 2013, Lima Perú: 2014, se entrevistó a 100 pacientes adolescentes gestantes. Respondieron como sigue; el 90% se encuentran entre los 14 a 19 años de edad, el 80% no planificaron su embarazo, 64% provienen de familias desintegradas, 75% tienen grado de instrucción secundaria, 65% reciben apoyo económico de sus padres, 62% inicio sus relaciones sexuales entre los 14 a 16 años de edad y 82% tiene algún conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.

Las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora tienen ciertas características sociodemográficas comunes en el embarazo; la temprana edad de inicio de las relaciones sexuales, bajo nivel educativo, de origen familiar desintegradas y tienen algún conocimiento de métodos anticonceptivos por la alta frecuencia que se encontró en los entrevistados. Considerándose por ende un suceso difícil que afecta la salud integral de las madres adolescentes, la de sus hijos, familiares y de la comunidad en su conjunto.

Gutiérrez R. et al (24), (Movimiento Manuela Ramos) en su proyecto “Intervenciones Locales participativas para el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de los adolescentes en la Amazonia peruana 2004”, Perú, refiere, que el tema de acceso e información es considerado por los adolescentes explícitamente un derecho. Sin embargo, más allá de los enunciados generales el acceder a información parece ser entendido de manera diferente, por ejemplo, entre profesores y alumnos.

Los adolescentes manifestaron insatisfacción por falta de atención que se pone a sus opiniones y la poca posibilidad de participación con la que cuentan. Al parecer su idea de acceso a la educación e información incluye la posibilidad de intercambio y participación lo que no necesariamente es parte del concepto manejo por los docentes. En las observaciones de clases, se pudo ver que los docentes tienen discursos prefijados sobre la vida sexual adolescente muchas veces reproduciendo estereotipos de género y sesgado por valores religiosos cristianos

que se muestran muy poco flexibles a la incorporación de las opiniones de los alumnos.

Chura, R. et al (27), en su tesis Factores socioculturales relacionados con el embarazo reincidente en adolescentes atendidas en el Hospital Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima Perú: 2012, fue una investigación de tipo descriptivo correlacional y corte transversal. La población estuvo conformada por 120 gestantes adolescentes atendidas en consultorios externos, y adolescentes gestantes hospitalizadas en el servicio “Madre adolescente”. El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario validado por expertos y administrado por las investigadoras. La información fue procesada mediante el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS versión 15 y la significancia estadística de los resultados se estableció mediante la prueba de Chi cuadrado.

Resultados: La edad promedio de las adolescentes fue de 17 años; de estado civil solteras en el 51,7%; el 67,5 % abandonan los estudios; el 34,2% de las adolescentes residen con sus padres y hermanos. Asimismo, el 50,8% recibe apoyo económico de su pareja; el 45% de las adolescentes tiene instrucción secundaria completa; el 85% respondió que los métodos anticonceptivos sirven para no quedar embarazadas; el 58,3% usaba el preservativo como método anticonceptivo antes de quedar embarazadas. El 50% dejó de usar el preservativo por descuido u olvido; el 10,8% de ellas tuvo embarazo reincidente. Conclusiones: La relación entre los factores socio-culturales y el embarazo reincidente es poco significativa. ($> 0,05$).

Gonzales, L. (28), en su Tesis Factores familiares, factores sociales y el embarazo en la adolescencia, Centro Materno Infantil Wichanza La Esperanza ,

Trujillo - Perú 2012, La metodología fue cuantitativo descriptivo, correlacional prospectivo; Los procedimientos de muestreo fueron de naturaleza probabilística, la muestra estuvo conformada por 87 adolescentes embarazadas de la jurisdicción de Wichanza. La técnica fue la entrevista personal y el instrumento utilizado fue un cuestionario con 3 partes, una de factores familiares, otra de factores personales y la última del número de embarazos, tiene un total de 29 preguntas que se aplicaron a la adolescente embarazada, previa orientación. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron de Chi cuadrado, con significación estadística 95% y error de 0,05, los datos fueron procesados utilizando el programa SPSS versión 15.

En los resultados indica que: el número de embarazos de adolescentes con un primer embarazo es el 66,7%, con segundo embarazo 32,2% y con tercer embarazo 1,1%. El número de embarazos de la adolescente en relación a los factores familiares: con un embarazo en la dimensión tipo de educación recibida de los padres el 62,1% fue rígida, con dos embarazos el 53,6% fue tolerante y con tres embarazos tolerante 100% $P < 0,05$, con un embarazo en la dimensión convivencia con los padres el 62,1% fue inadecuado, con dos y tres embarazos 100% fue inadecuado $P < 0,05$, con un embarazo en la dimensión comunicación con los padres sobre sexualidad y reproducción el 59% fue mala, con dos embarazos el 57,1% fue regular, y con tres embarazos 100% regular $P < 0,05$.

El número de embarazos de la adolescente en relación a los factores personales : con un embarazo en relación a la dimensión apoyo espiritual y económico de la pareja el 48,3% fue regular, con dos embarazos 57,1% regular y con tres embarazos el 100% regular, $P > 0,5$, con un embarazo en relación al uso de

anticonceptivos el 51,7% fue regular, con dos embarazos el 64,3% fue bueno y con tres embarazos el 100% bueno $P < 0,05$, con uno y tres embarazos de la adolescente en relación a la promiscuidad- hábitos sexuales el 62,1% fue inadecuado, con dos embarazos 60,7% inadecuado, sin significancia estadística $P > 0,05$, La relación de los factores familiares con el embarazo de las adolescentes es significativa $P < 0,05$ en todas las dimensiones. La relación de los factores personales no fue significativa $P > 0,05$, en las dimensiones apoyo espiritual y económica de la pareja, promiscuidad-hábitos sexuales y si fue significativa $P < 0,05$ uso de anticonceptivos.

Vizcarra, Z. (30) en su Tesis Factores que predisponen la ocurrencia de embarazos en adolescentes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo de noviembre – diciembre 2012, Tacna Perú. Se trató de un diseño no experimental, analítico, prospectivo. La población de estudio estuvo conformada por 80 gestantes adolescentes y 30 adolescentes que acudieron al Instituto Nacional Materno Perinatal. Con el estudio se encontró que existen factores de relación intrafamiliar y nivel sociodemográfico los que son de mayor predisposición a la ocurrencia de embarazo en adolescentes. Se encontró que en el grupo de las adolescentes gestantes, más de la mitad (51,25 %) son adolescentes gestantes que tienen una disfunción familiar moderada. Mientras que en el grupo de las adolescentes no embarazadas las dos terceras partes (66,67 %) tienen una familia funcional.

Asimismo, se encontró que la dinámica familiar se asocia significativamente con la variable ocurrencia de embarazo, mientras que en los controles, se observó en un 37,3%. Estos resultados nos permiten inferir que todas las adolescentes cuya

familia le brindó una educación inadecuada tiene 5,65 veces más probabilidades de concebir un embarazo en edades tempranas de la vida a diferencia de las que reciben una educación adecuada por parte de sus padres, ya que toda educación comienza en casa. En el grupo de las adolescentes gestantes, más de la mitad (55,00 %) son adolescentes gestantes que tienen una autoestima baja. Mientras que en el grupo de las adolescentes no embarazadas, casi las dos terceras partes (63,33 %) tienen un nivel de autoestima baja.

Por lo tanto la variable nivel de autoestima no se asocia con la variable ocurrencia de embarazo ($P = >0,05$). En el grupo de las adolescentes gestantes, un poco más de las tres cuartas partes (83,75 %) son adolescentes gestantes que tienen el nivel secundario. Mientras que en el grupo de las adolescentes no embarazadas en su totalidad (100,00%) tienen un nivel secundario. La prueba resultó significativa porque la probabilidad es menor a 0,05 ($P = 0,019$), por lo que se sostiene que el nivel sociodemográfico en cuanto al nivel educativo se relaciona con la ocurrencia de embarazo en adolescentes.

Regional

Oporto, A (25), en su Tesis “Factores Socioeconómicos y Culturales que influyen en el embarazo en adolescentes” Nuevo Chimbote - Perú 2000, refiere que la incidencia de embarazo en adolescentes que acuden al P.S. Villa María es de 40%, y es porque no tienen ninguna clase de conocimientos acerca de prevención del embarazo. El 65% no tiene conocimiento sobre el embarazo, siendo factor determinante en este problema. El 30% tiene relaciones a los 16 años sin saber las consecuencias, lo cual indica el bajo nivel de información.

Rufino, J (26), en su tesis “La Comunicación en la Gestión del Conocimiento y la salud Sexual y Reproductiva” Chimbote Perú: 2003, refiere que un gran porcentaje de los adolescentes no crecen ni se desarrollan en un ambiente familiar que garantice su formación y satisfacción de sus necesidades afectivas y de conocimientos relacionados a su desarrollo integral.

La falta de preparación y de habilidades comunicativas tanto de los padres de familia con el de los profesores para abordar los temas de salud sexual y reproductiva son las principales limitaciones de la comunicación interpersonal con los adolescentes.

2.3. Bases teóricas de la investigación

Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem (33), en la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: “el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”.

En la teoría del autocuidado define tres requisitos, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el auto cuidado:

Requisito de autocuidado universal: Son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e integración social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

Requisito de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: Niñez, adolescencia, adulto y vejez.

Requisito de auto cuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

En este estudio se aplicará el autocuidado del desarrollo Teoría del Déficit de Autocuidado: en la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el auto cuidado o el cuidado dependiente determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera para orientar a las adolescentes sobre el embarazo precoz.

Dorothea Orem concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante, los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creencias simbólicas (ideas y palabras) para pensar, comunicarse, guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros. El entorno es entendido como todo aquellos factores físicos, químicos, biológicos y sociales, que puedan influir e interactuar en la persona, finalmente el concepto de salud es definido como un estado, que para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de las personas.

En este estudio se aplicará el autocuidado del desarrollo y del déficit del

autocuidado, en la medida que identifica las necesidades de autocuidado y su intervención mediante los sistemas de enfermería, va permitir la intervención integral del adolescente, familia y comunidad. El conjunto de acciones que va brindar el personal de salud enfermera y/o obstetriz para controlar los factores internos y externos que puedan comprometer su vida y desarrollo posterior del adolescente, el autocuidado es una conducta que se aprende a lo largo de la vida, mediante la comunicación y las relaciones interpersonales, las adolescentes requieren de la información del personal de salud obstetriz, enfermera que orienten como prevenir el embarazo a temprana edad.

La educación mediante los sistemas de enfermería y obstetricia va permitir contribuir a disminuir las tasas de embarazo en adolescente, quienes tienen suficiente capacitación para su autocuidado y evitar el embarazo y traer al mundo hijos no deseados que afecte su vida personal, familiar y social de la madre y del niño.

2.4. Hipótesis

H₁ La mayoría de los factores sociales, económicos y culturales tienen significancia estadística en relación a la edad de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015.

H₀ La mayoría de los factores sociales, económicos y culturales no tienen significancia estadística en relación a la edad de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015.

2.5. Variables.

Variable Independiente:

Factores sociales

Factores económicos:

Factores culturales

Variable dependiente:

Edad Adolescente embarazada

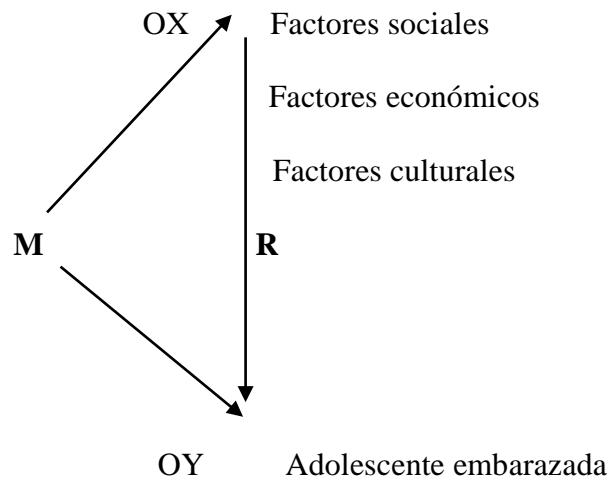
III. METODOLOGIA

3.1. Tipo y nivel de la investigación.

El presente estudio es de Tipo cuantitativo, y el Nivel es descriptivo.

3.2. El diseño de la investigación.

El Diseño es descriptivo, correlacional prospectiva de corte transversal (34).



M – Muestra

OX – Factores sociales, económicos y culturales

R – Relación

OY – Adolescente embarazada

3.3. La población y la muestra.

La población lo conforma las adolescentes embarazadas que son 29, se toma como referencia las que acudieron en el primer semestre del 2015 al Puesto de Salud Garatea con promedio mensual 4 a 6 adolescentes gestantes.

La muestra estuvo conformada por la población total de 29 adolescentes embarazadas que acudieron al Puesto Salud Garatea en los meses de Julio a Diciembre del 2015.

Unidad de análisis

Adolescente embarazada que acudió al Puesto Salud Garatea en Nuevo Chimbote de Julio a Diciembre del 2015.

Criterios de inclusión:

Adolescente embarazada atendida en consultorio externo de Obstetricia y Medicina del Puesto Salud Garatea.

Adolescente embarazada comprendida entre los 10 – 19 años.

Adolescente embarazada que acepte participar en el estudio correspondiente.

Criterios de exclusión:

Adolescente embarazada que tenga problemas con el embarazo.

3.4. Definición y operacionalización de variables e indicadores

Variable Independiente

a). Factores sociales:

Son aquellas aspectos que se relacionan directa e indirectamente y afectan a los seres humanos, en su conjunto, sea el lugar y en el espacio en el que se encuentren.

Indicadores: Estado civil, grado de instrucción, tipo de familia.

Estado civil

Definición conceptual:

Es la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo. El concepto de estado civil existe desde el momento en que el ser humano crea la

institución del matrimonio, pero el mismo se vincula específicamente con el alcance que tiene el Estado como institución política para organizar y regir al establecimiento de vínculos de este tipo (10).

Definición operacional:

Soltera

Conviviente

Casada

Grado de instrucción

Definición conceptual:

El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (11).

Definición operacional

Primaria

Secundaria

Superior no universitaria

Superior universitaria.

Tipo de familia

Definición conceptual:

La familia es el núcleo indispensable para el desarrollo de la persona, la cual depende de ella para su crecimiento, la familia nuclear o elemental es la

única unidad familiar básica que se compone por padre, madre e hijos, se considera desintegración familiar a la falta o ausencia temporal o total de uno de los progenitores (10).

Definición operacional

Familia integrada.

Familia desintegrada.

b). Factores económicos:

Conjunto de actividades de manera continua, que las personas realizan en una sociedad con el objeto de satisfacer sus necesidades (8).

Indicadores: Ingreso familiar, ocupación.

Ingreso Familiar

Por la pobreza se requiere de un miembro más para ayudar a las entradas económicas en el hogar, se argumenta que las adolescentes deben ayudar con su trabajo al ingreso económico del hogar, puede recibir dinero por actividad laboral, comercial o productiva (11).

Definición operacional:

<750.00soles

= 750.00 soles.

> 750.00 soles

Ocupación

Definición conceptual:

El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer cotidiano, la adolescente presenta problemas económicos en el hogar (12).

Definición operacional:

Empleado

Independiente

Ama de casa.

Estudiante

c). Factores culturales:

Son condiciones determinantes en tanto reportan esencialidades de los comportamientos humanos.

Indicadores: Procedencia, religión, conocimiento en salud sexual y reproductiva, uso de métodos anticonceptivos, inicio de actividad sexual.

Procedencia.

Definición conceptual:

Es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva. El concepto puede utilizarse para nombrar el lugar de donde viene el adolescente, que tienen costumbres propias sobre el embarazo (12).

Definición operacional:

Rural

Urbana

Religión.

Definición conceptual:

Fenómeno complejo, sistema de representaciones, sentimientos y ritos religiosos específicos, credo, prácticas, organización religiosa, participación poblacional e influencias sociales (7).

Definición operacional:

Católica

Evangélica

Otros

Conocimiento en salud sexual y reproductiva

Definición conceptual:

Es el estado general de bienestar físico, mental, y social y no la mera ausencia de enfermedades, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos (13).

Definición operacional:

No conoce

Si conoce

Uso de método anticonceptivo

Definición conceptual:

El método anticonceptivo es la protección necesaria contra los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual, al momento de tener relaciones sexuales. La reproducción se controla mediante el uso de método

anticonceptivo, lo cual permite decidir a la pareja el momento adecuado para concebir los hijos que ha planificado (15).

Definición operacional

Preservativos

Píldora

Inyectables (mensual, trimestral)

DIU

Ninguno

Inicio de relación sexual.

Definición conceptual:

Se refiere a la edad en que se inicia las relaciones sexuales (14).

Definición operacional:

10 años a 13 años

14 años a 16 años

17 años a 19 años

Variable dependiente

Edad adolescente embarazada

Definición conceptual:

Se denomina adolescente embarazada, a la gestación que ocurre durante la adolescencia de la madre, y es definida como el lapso de la vida transcurrido entre los 10 a 19 años de edad. También se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional, para asumir la compleja tarea de la maternidad, se considera

años cumplidos, adolescencia temprana de 10 a 13 años, adolescencia media de 14 a 16 años, adolescencia tardía de 17 a 19 años (6).

Definición operacional:

Adolescencia temprana de 10 a 13 años.

Adolescencia media de 14 a 16 años

Adolescencia tardía 17 a 19 años.

3.5. Técnicas, instrumentos y procedimientos.

Para la recolección de datos del presente estudio se utilizó la técnica de la entrevista para aplicar el cuestionario y análisis documental para utilizar la historia clínica.

Instrumento

El cuestionario consta de 12 preguntas sobre factores sociales, económicos y culturales que se relacionan con la adolescente embarazada, elaborado por la autora con apoyo de las coordinadoras de la etapa de vida adolescente de la RSPS y del P.S. Garatea, en base al marco teórico (Anexo 1)

Validez y confiabilidad

Validez

Para la validez del instrumento fue sometido a juicio de expertos, quienes dieron opiniones para mejorar el instrumento y que cumplan con las características apropiadas para determinar los factores sociales, económicos y culturales que se relacionan con el embarazo en adolescente. Dicho cuestionario se planteó en un tiempo de duración de aproximadamente 20 minutos a 30 minutos.

Confiabilidad

La prueba piloto se aplicó a 10 gestantes adolescentes que no participaron en el estudio y al aplicar el Alfa Cronbach el resultado fue de 0.929 siendo confiable.

Procedimiento

Para la recolección de datos se solicitó la autorización del jefe de la Microred Yugoslavia y jefe del Puesto de Salud Garatea de Nuevo Chimbote, durante los meses de Julio a Diciembre del año 2015 entregando la respectiva carta de presentación emitida por la E.A.P de Enfermería – Coordinadora de la Maestría en Salud Publica de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, luego se coordinó la fecha y hora de la aplicación, previa información y orientación a las gestantes adolescentes que participaron en el estudio. La entrevista duro de 20 a 30 minutos.

3.6. Plan de análisis.

Los datos fueron procesados a través del Programa Estadístico SPSS V22, presentándose los resultados en tablas y gráficos estadísticos para su análisis e interpretación considerando el marco teórico. Para establecer la relación entre variables se utilizó la prueba de χ^2 , con significancia estadística del 95 % y 0.05 de error.

3.7. Principios éticos.

Se aplicó los principios éticos de Polit D Hungler, (35) la participación de las adolescentes en el presente estudio fue de manera voluntaria, dándoles a conocer el consentimiento informado, y garantizando la confidencialidad de la

información que brinden.

Se aplicó el principio de justicia, en el que incluye el derecho del sujeto a un trato justo y a la privacidad, los participantes tienen derecho a un trato justo y equitativo antes durante y después de su participación, el trato justo comprende los siguientes 3 aspectos:

Selección justa y no discriminatoria de los sujetos de manera que los riesgos o beneficios se compartan equitativamente, dicha selección se basó en las necesidades de la investigación y no de la conveniencia de determinada clase de personas.

Trato sin perjuicio de quienes se rehusaron a participar o que abandonaron el estudio después de haber aceptado a participar, ningún abandono el estudio.

Acceso de los participantes al personal de la investigación en cualquier momento a fin de valorar cualquier información, trato respetuoso amable en cada momento.

Privacidad: Se refirió al mantenimiento de la intimidad, se cuidó de no invadir más allá de lo necesario, toda la información que se recibió en la presente investigación se mantuvo en secreto y se evitó ser expuesto, respetando la intimidad de la adolescente embarazada que acudió al Puesto Salud Garatea Nuevo Chimbote 2015, siendo útil solo para la investigación.

Confidencialidad: Los participantes tuvieron derecho a que la información obtenida sea mantenida en la más estricta confidencialidad mediante el anonimato.

Anonimato: Se les explicó a las adolescentes que los datos obtenidos solo se utilizarán con fines de la investigación, y no fue revelada la información de los participantes.

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados

Tabla 1

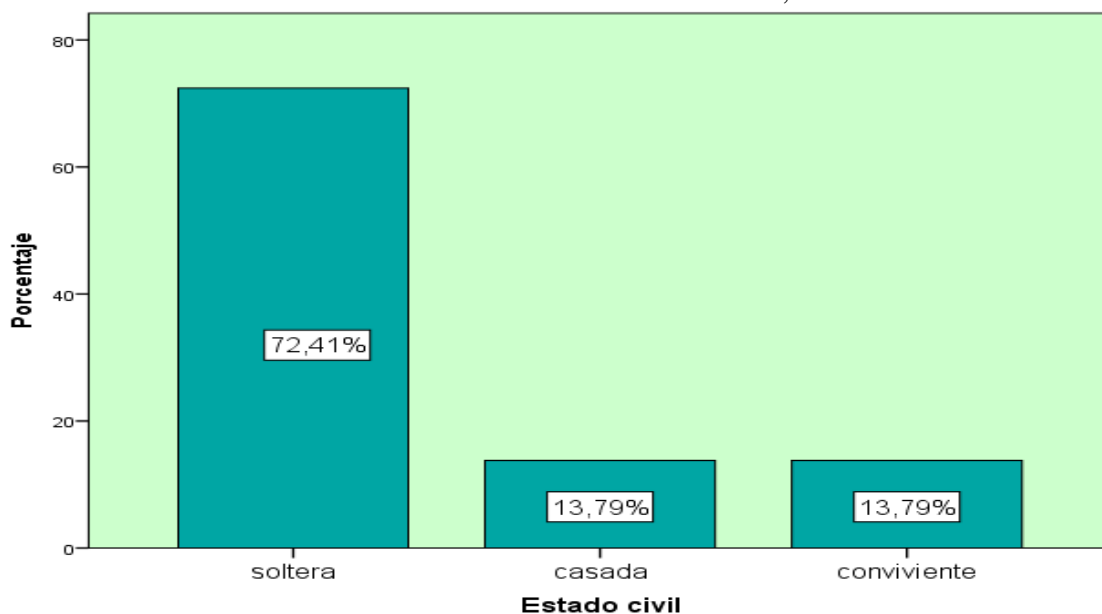
Distribución de los Factores Sociales: Estado Civil, Grado de Instrucción, Tipo de Familia de la Adolescente Embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015

| Factores Sociales | N° | % |
|-----------------------------|-----------|--------------|
| Estado civil | | |
| Soltera | 21 | 72,4 |
| Casada | 4 | 13,8 |
| Conviviente | 4 | 13,8 |
| Total | 29 | 100,0 |
| Grado de Instrucción | | |
| Primaria | 1 | 3,4 |
| Secundaria | 27 | 93,1 |
| Superior no universitario | 0 | 0,0 |
| Superior universitario | 1 | 3,4 |
| Total | 29 | 100,0 |
| Tipo de Familia | | |
| Integrada | 8 | 27,6 |
| Desintegrada | 21 | 72,4 |
| Total | 29 | 100,0 |

Fuente: Encuesta de Factores Sociales, Económicos, y Culturales, y su relación con la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015 (Anexo 1).

Gráfico 1

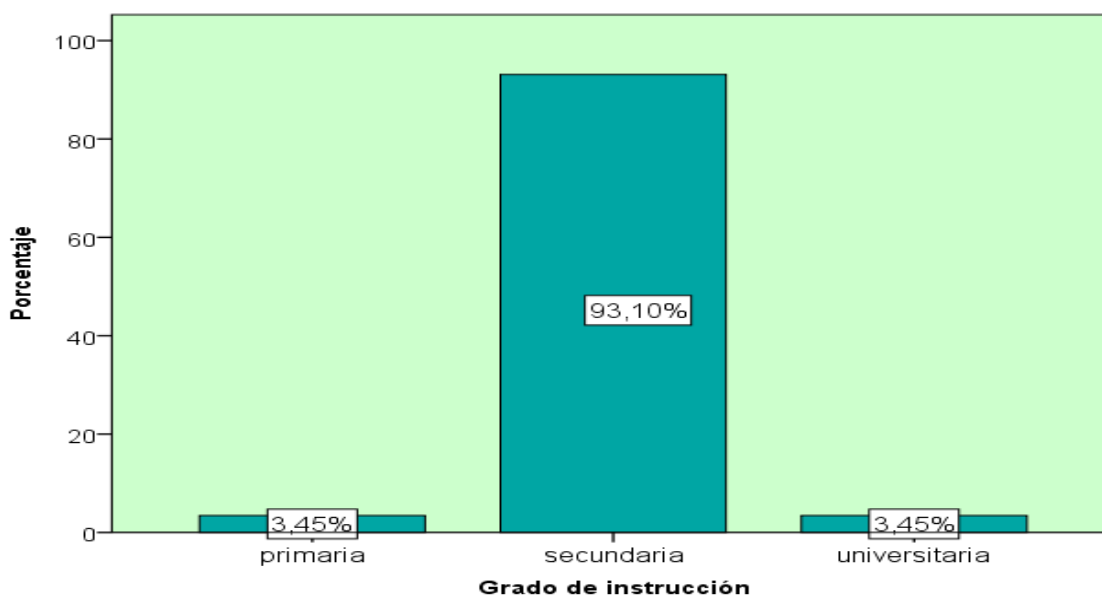
Factor social: Estado civil de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015.



Fuente: Ídem tabla 1

Gráfico 2

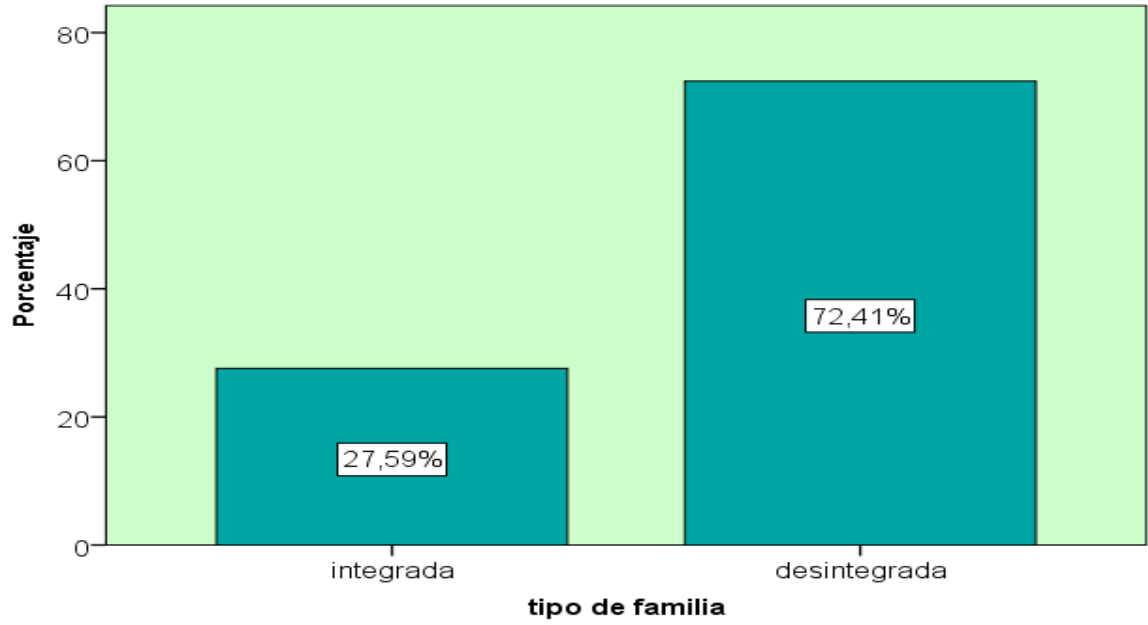
Factor social: Grado de instrucción de la adolescente embarazada que acude al Puesto Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015



Fuente: Ídem tabla 1

Gráfico 3

Factor social: Tipo de familia de la adolescente embarazada que acude al
Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015



Fuente: Ídem tabla 1

Tabla 2

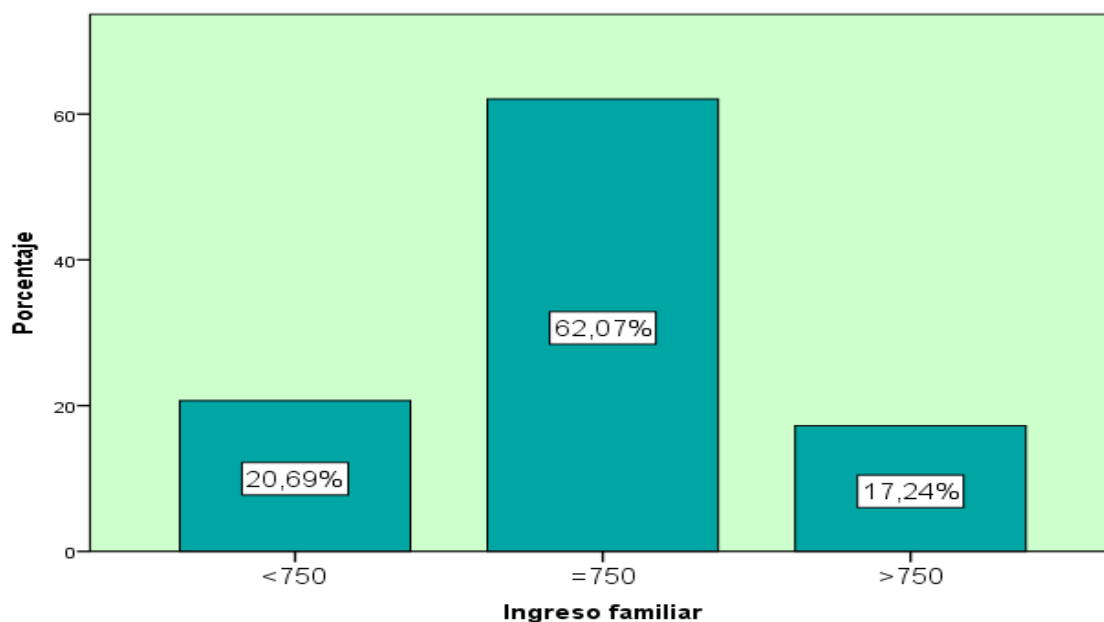
Distribución de los Factores Económicos: Ingreso Familiar, Ocupación de la Adolescente Embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015

| Factores Económicos | N° | % |
|----------------------------|-----------|--------------|
| Ingreso Familiar | | |
| > 750 soles | 6 | 20,7 |
| 750 soles | 18 | 62,1 |
| <750 soles | 5 | 17,2 |
| Total | 29 | 100,0 |
| Ocupación | | |
| Empleada | 0 | 0,0 |
| Independiente | 0 | 0,0 |
| Ama de casa | 23 | 79,31 |
| Estudiante | 6 | 20,69 |
| Total | 29 | 100,0 |

Fuente: Encuesta de Factores Sociales, Económicos, y Culturales, y su relación con la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garate. Nuevo Chimbote, 2015 (Anexo 1).

Gráfico 4

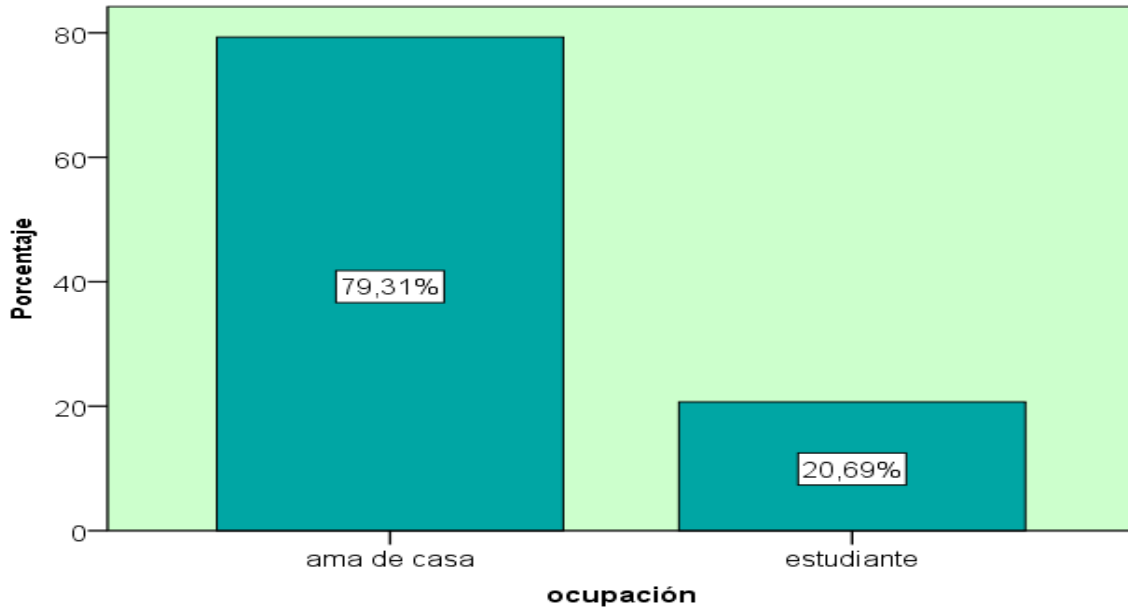
Factor Económico: Ingreso familiar de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015



Fuente: Ídem tabla 2

Gráfico 5

Factor Económico: Ocupación de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015



Fuente: Ídem tabla 2

Tabla 3

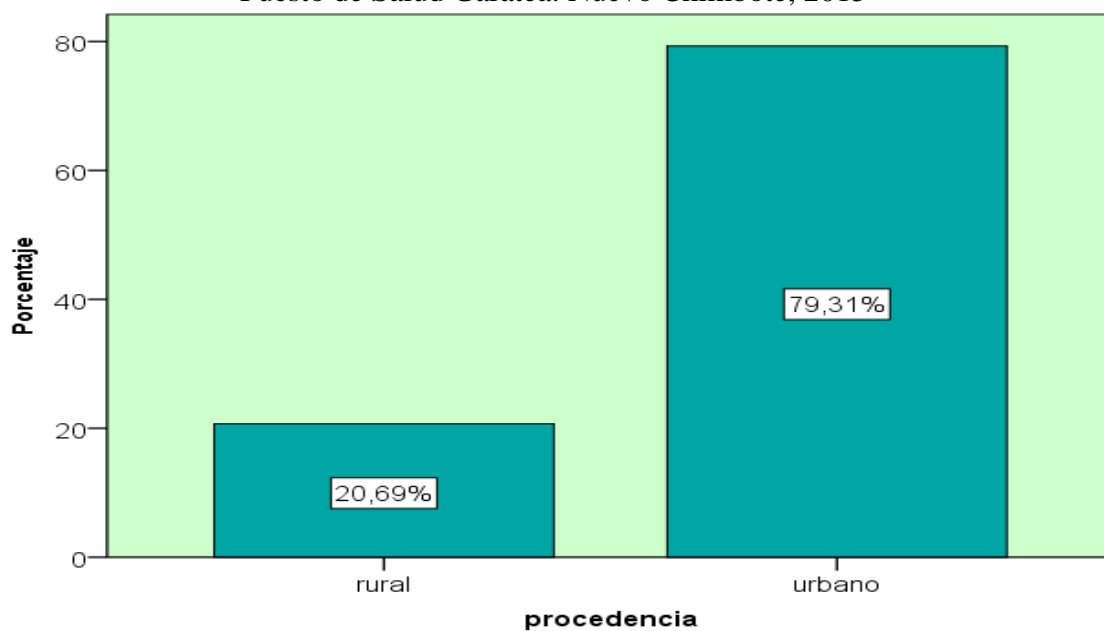
Distribución de los Factores Culturales: Procedencia, Religión, Conocimientos sobre Salud Sexual y reproductiva, Uso de método anticonceptivo, Inicio de relaciones sexuales, de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015

| Factores Culturales | N° | % |
|---|-----------|--------------|
| Procedencia | | |
| Rural | 6 | 20,7 |
| Urbana | 23 | 79,3 |
| Total | 29 | 100,0 |
| Religión | | |
| Católica | 23 | 72,4 |
| Evangélica | 6 | 27,6 |
| Otros | 0 | 0,0 |
| Total | 29 | 100,0 |
| Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva | | |
| No conoce | 19 | 65,5 |
| Si conoce | 10 | 34,5 |
| Total | 29 | 100,0 |
| Uso de método anticonceptivo | | |
| Preservativo | 11 | 37,9 |
| Píldora | 3 | 10,3 |
| Inyectable | 3 | 10,3 |
| DIU | 0 | 0,0 |
| Ninguno | 12 | 41,4 |
| Total | 28 | 100,0 |
| Inicio de relaciones sexuales: | | |
| 10 - 13 años | 0 | 0,0 |
| 14 - 16 años | 26 | 89,1 |
| 17 - 19 años | 3 | 10,3 |
| Total | 29 | 100,0 |

Fuente: Encuesta de Factores Sociales, Económicos, y Culturales, y su relación con la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015 (Anexo 1).

Gráfico 6

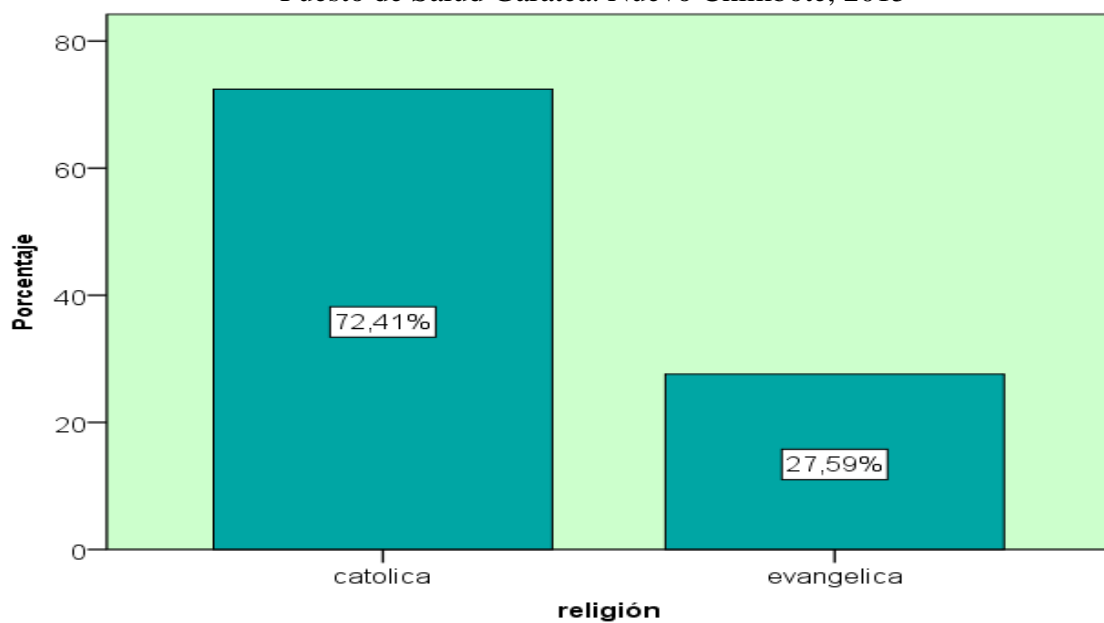
Factor Cultural: Procedencia de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015



Fuente: Ídem tabla 3

Gráfico 7

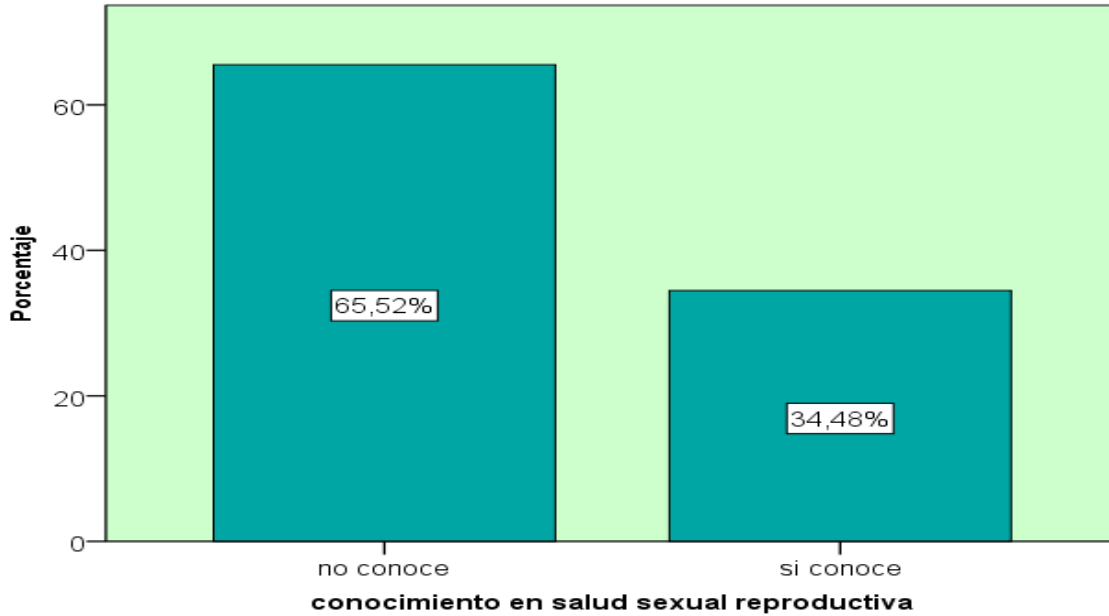
Factor cultural: Religión de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015



Fuente: Ídem tabla 3

Gráfico 8

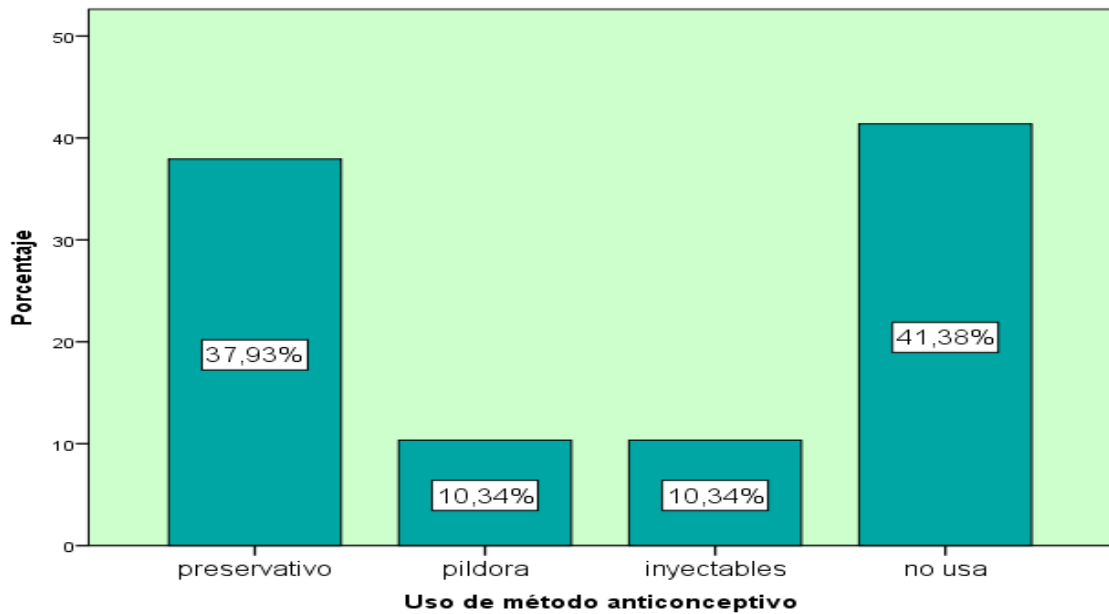
Factor cultural: Conocimiento en salud sexual y reproductiva de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015



Fuente: Ídem tabla 3

Gráfico 9

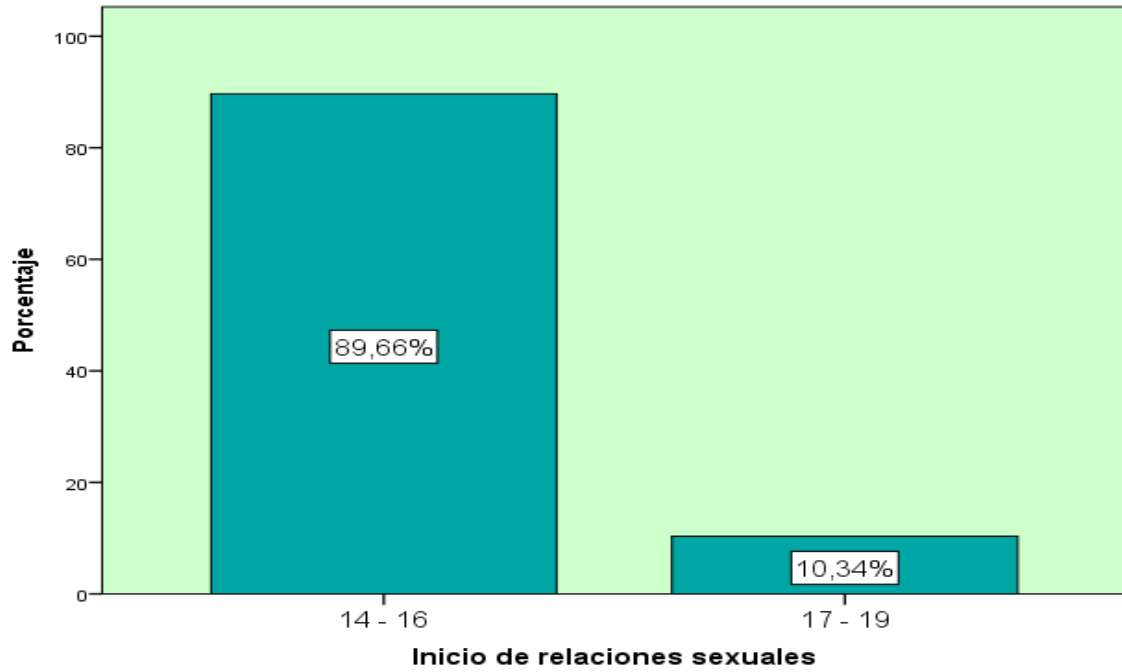
Factor cultural: Uso de método anticonceptivo de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015



Fuente: Ídem tabla 3

Gráfico 10

Factor cultural: Edad de inicio de relaciones sexuales de la adolescente embarazada que acude al Puesto de salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015



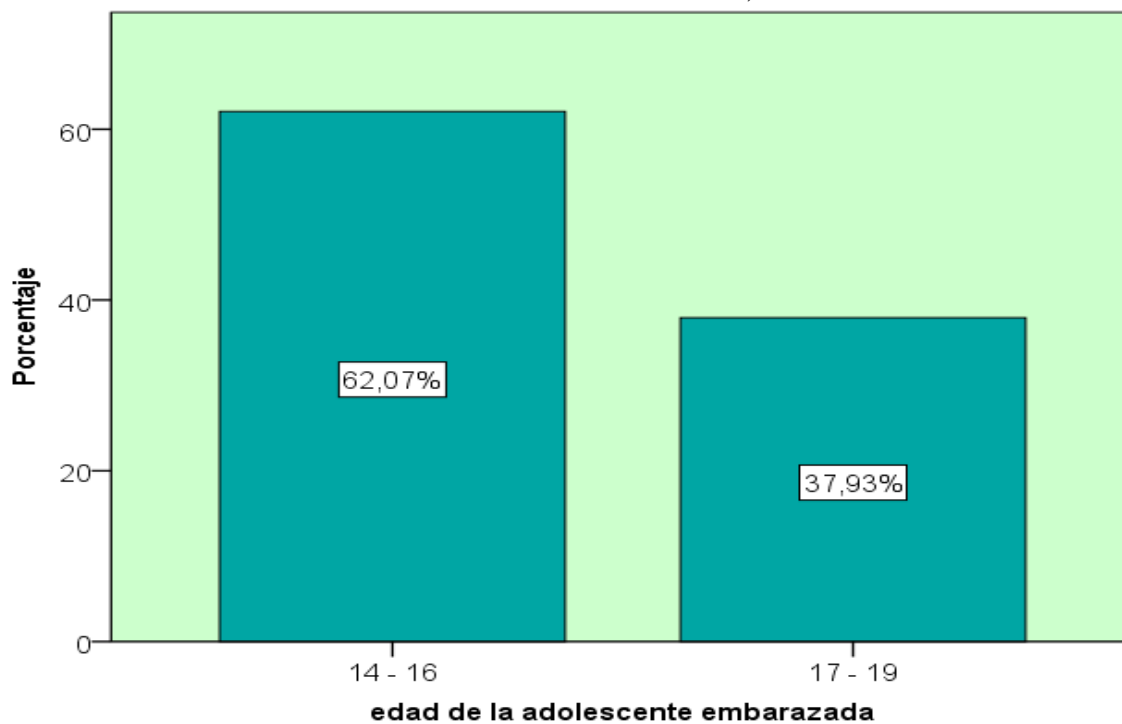
Fuente: Ídem tabla 3

Tabla 4
Distribución de la edad de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015

| Edad de la adolescente embarazada | N° | % |
|--|-----------|----------|
| Edad | | |
| 10 - 13 años | 0 | 0,0 |
| 14 - 16 años | 18 | 62,1 |
| 17 - 19 años | 11 | 37,9 |
| Total | 29 | 100,0 |

Fuente: Encuesta de Factores Sociales, Económicos, y Culturales, y su relación con la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea, Nuevo Chimbote 2015 (Anexo 1).

Gráfico 11
Edad de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015



Fuente: Ídem tabla 4

Tabla 5

Distribución de los Factores Sociales: Estado Civil, Grado de Instrucción y Tipo de Familia, según la edad de la Adolescente Embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015

| Factores Sociales | Adolescentes Embarazadas | | | | | | Prueba χ^2 para Independencia | |
|-----------------------------|--------------------------|-------|--------------|-------|-------|-------|------------------------------------|-----------------|
| | 14 - 16 años | | 17 - 19 años | | Total | | χ^2 | p |
| | N° | % | N° | % | N° | % | | |
| Estado Civil | | | | | | | | |
| Soltera | 17 | 94,4 | 4 | 36,4 | 21 | 72,4 | 12,06(a) | 0,002 p<0,05 |
| Casada | 1 | 5,6 | 3 | 27,3 | 4 | 13,8 | | |
| Conviviente | 0 | 0,0 | 4 | 36,3 | 4 | 13,8 | | |
| Total | 18 | 100,0 | 11 | 100,0 | 29 | 100,0 | | |
| Grado de Instrucción | | | | | | | | |
| Primaria | 1 | 5,6 | 0 | 0,0 | 1 | 3,4 | 2,25(a) | 0,32 p>0,05 |
| Secundaria | 17 | 94,4 | 10 | 90,9 | 27 | 93,1 | | |
| Superior no universitaria | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | | |
| Superior universitaria | 0 | 0 | 1 | 9,1 | 1 | 3,4 | | |
| Total | 18 | 100,0 | 11 | 100,0 | 29 | 100,0 | | |
| Tipo de Familia | | | | | | | | |
| Integrada | 5 | 27,8 | 3 | 27,3 | 8 | 27,6 | 0,976(a) | 0,659 |
| Desintegrada | 13 | 72,2 | 8 | 72,7 | 21 | 72,4 | p>0,05 | |
| Total | 18 | 100,0 | 11 | 100,0 | 29 | 100,0 | | |

(a) Resultados de la χ^2

Fuente: Encuesta de Factores Sociales, Económicos y Culturales y su relación con la Adolescente Embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015 (Anexo 1)

Tabla 6

Distribución de los Factores Económicos: Ingreso Familiar y Ocupación según la edad de la Adolescente Embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015

| Factores Económicos | Adolescentes Embarazadas | | | | | | Prueba χ^2 para Independencia | |
|-------------------------|--------------------------|-------|--------------|-------|-------|-------|------------------------------------|-----------------|
| | 14 - 16 años | | 17 - 19 años | | Total | | χ^2 | p |
| | N° | % | N° | % | N° | % | | |
| Ingreso Familiar | | | | | | | | |
| < 750 | 6 | 33,3 | 0 | 0,0 | 6 | 20,7 | 7,43(a) | 0,024 p<0,05 |
| 750 | 11 | 61,1 | 7 | 63,6 | 18 | 62,1 | | |
| >750 | 1 | 5,6 | 4 | 36,4 | 5 | 17,2 | | |
| Total | 18 | 100,0 | 11 | 100,0 | 29 | 100,0 | | |
| Ocupación | | | | | | | | |
| Empleado | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1,45(a) | 0,23 p>0,05 |
| Independiente | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | | |
| Ama de Casa | 13 | 72,2 | 10 | 90,9 | 23 | 79,3 | | |
| Estudiante | 5 | 27,8 | 1 | 9,1 | 6 | 20,7 | | |
| Total | 18 | 100,0 | 11 | 100,0 | 29 | 100,0 | | |

(a) Resultados de la χ^2

Fuente: Encuesta de Factores Sociales, Económicos y Culturales y su relación con la Adolescente Embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015 (Anexo 1).

Tabla 7

Distribución de los Factores Culturales: Procedencia, Religión, Conocimiento sobre Salud Sexual y Reproductiva, Uso de Método Anticonceptivo, Inicio de Relaciones Sexuales según la edad de la Adolescente Embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015

| Factores Cultural | Adolescentes Embarazadas | | | | | | Prueba χ^2 para Independencia | |
|--------------------------------------|--------------------------|-------|--------------|-------|-------|-------|------------------------------------|-----------------|
| | 14 - 16 años | | 17 - 19 años | | Total | | χ^2 | p |
| | N° | % | N° | % | N° | % | | |
| Procedencia | | | | | | | | |
| Rural | 4 | 22,2 | 2 | 18,2 | 6 | 20,7 | 0,068(a) | 0,592 p>0,05 |
| Urbano | 14 | 77,8 | 9 | 81,8 | 23 | 79,3 | | |
| Total | 18 | 100,0 | 11 | 100,0 | 29 | 100,0 | | |
| Religión | | | | | | | | |
| Católica | 14 | 77,8 | 7 | 63,6 | 21 | 72,4 | 0,684(a) | 0,341 p>0,05 |
| Evangélica | 4 | 22,2 | 4 | 36,4 | 8 | 27,6 | | |
| Otros | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | | |
| Total | 18 | 100,0 | 11 | 100,0 | 29 | 100,0 | | |
| Conocimiento S.S y R | | | | | | | | |
| No conoce | 14 | 77,8 | 5 | 45,5 | 19 | 65,5 | 3,157(a) | 0,085 p>0,05 |
| Si conoce | 4 | 22,2 | 6 | 54,5 | 10 | 34,5 | | |
| Total | 18 | 100,0 | 11 | 100,0 | 29 | 100,0 | | |
| Uso de Método Anticonceptivo | | | | | | | | |
| Preservativos | 7 | 38,9 | 4 | 36,4 | 11 | 37,9 | 5,800(a) | 0,122 p>0,05 |
| Píldora | 0 | 0,0 | 3 | 27,2 | 3 | 10,3 | | |
| Inyectable | 2 | 11,1 | 1 | 9,1 | 3 | 10,3 | | |
| DIU | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | | |
| Ninguno | 9 | 50,0 | 3 | 27,3 | 12 | 41,4 | | |
| Total | 18 | 100,0 | 11 | 100,0 | 29 | 100,0 | | |
| Inicio de relaciones sexuales | | | | | | | | |
| 10 - 13 años | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 5,476(a) | 0,045 P<0,05 |
| 14 - 16 años | 18 | 100,0 | 8 | 72,7 | 26 | 89,7 | | |
| 17 - 19 años | 0 | 0,0 | 3 | 27,3 | 3 | 10,3 | | |
| Total | 18 | 100,0 | 11 | 100,0 | 29 | 100,0 | | |

(a) Resultados de la χ^2

Fuente: Encuesta de Factores Sociales, Económicos y Culturales y su relación con la Adolescente Embarazadas que acuden al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015 (Anexo 1).

4.2.- Análisis de resultados

En la Tabla 1. Distribución de los factores sociales: Estado Civil, Grado de instrucción, Tipo de familia de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea, Nuevo Chimbote. 2015, se observa que el 72,4% son de estado civil solteras, el 13,8% son casadas y el 13,8% convivientes, el 93,1% tiene grado de instrucción secundaria el 3,4% tiene primaria y superior universitaria, el 72,4% provienen de familias desintegradas y 27,6% son de familias integradas.

Estos resultados concuerdan con el estudio de Salazar, et al. (10) Consecuencia del embarazo adolescente en el estado civil de la madre joven, estudio piloto en Bogotá Colombia, 2008, se realizó un estudio de tipo transversal retrospectivo descriptivo en el cual se entrevistaron 15 mujeres que fueron madres adolescentes en hospitales de Bogotá y externas. Se obtuvo información del estado civil anterior, durante, después del nacimiento del primer hijo y el actual, se observó que predomina el estado civil soltero en un 93.3% antes de dar a luz al primer hijo. Durante el embarazo, alrededor del 40% de las entrevistadas optaron por la unión libre o el matrimonio legal. Después del nacimiento del primer hijo un 53% de las mujeres estaban con su pareja; actualmente, de las 15 entrevistadas el 60% están unidas, 33% permanecen solteras, y una minoría se encuentra separada (6,6%).

Adicionalmente, se observó que las uniones en adolescentes son en su mayoría a largo plazo, con estabilidad conyugal. El mayor porcentaje de estas uniones formales se da en estratos altos, donde el matrimonio religioso es la

primera opción de unión seguida de la unión libre, mientras que la madre-soltera predomina en estratos bajos. Igualmente, se recomienda que un embarazo adolescente no debe ser sinónimo de unión; las partes deben estar totalmente seguras, y tener la suficiente madurez mental y emocional para decidir con quién deben unirse, y donde menciona que a menor edad de la mujer embarazada mayor es la cantidad de madres solteras.

Concuerdan con Merino (8), Factores que influyen en el embarazo de los adolescentes inscritos en el programa de atención materna de la unidad de salud Altavista de enero – junio 2010 – 2011 San Salvador. El Salvador: 2011, el presente estudio es de tipo descriptivo, con enfoque cualitativo en el que no existe relación de causa efecto entre los fenómenos estudiados, y permitió identificar los diferentes factores que influyen para que las adolescentes se embaracen. Participaron 38 adolescentes embarazadas en el periodo de Enero a Junio de 2010; para la recolección de datos se utilizó una encuesta diseñada para ello, así como la revisión de los expedientes clínicos y el libro de registro de las embarazadas.

El estudio encuentra que la desintegración familiar es uno de los principales factores sociales que influye para que las adolescentes se embaracen; otros, tales como las maras, drogadicción, hacinamiento, maltrato, violencia intrafamiliar y/o violaciones no fueron contributarios. De igual forma, no hubo relación en el embarazo de las adolescentes por desempleo y/o falta de ingresos económicos en la familia.

El machismo de la pareja, influye para que la adolescente se embarace; por

otra parte es notable el desconocimiento a los temas de salud sexual y reproductiva. La información que reciben en relación a estos temas, de los diferentes prestadores de servicios de salud, es mínima. Las adolescentes embarazadas conocen algún método de planificación familiar, sin embargo no conocen el uso correcto de ellos. Las creencias y los mitos no son factores contribuyentes. Hay conocimiento del preservativo, pero no lo usaron y esto contrasta con el hecho de que ambos (pareja), "quieren un hijo".

En relación a las actitudes y prácticas, las adolescentes muestran interés en la importancia de conocer más sobre los temas de salud sexual y reproductiva; el proyecto de vida de la mayoría de las adolescentes sufre cambios ante el embarazo. Hay aceptación de las adolescentes, al igual que la mayoría de los padres y/o responsables, esto a pesar que, desde un inicio reaccionan con "enojo" y "regañó" al saber del embarazo, sin embargo al final lo aceptan. En cuanto a las prácticas, la no utilización de los métodos de planificación familiar y el inicio a temprana edad de las relaciones sexuales se evidencia en este estudio.

El hecho de que las adolescentes no se protejan, a pesar de que conocen los métodos y que por diferentes razones no lo usan, sumado a la decisión de ambos de tener un hijo/a y de las prácticas y factores culturales, a predominio del machismo, pone en evidencia la deficiente promoción y educación en el tema de la salud sexual y reproductiva; a la vez resalta la importancia de implementar nuevas e innovadoras estrategias, con participación de todos los sectores públicos (institucionales e intersectoriales) y privados, encaminadas a una adecuada orientación responsable de los temas de salud sexual y reproductiva.

En nuestra sociedad ser madre adolescente a veces ocasiona que se recurra a matrimonios forzados, lo que suele afectar negativamente a la adolescente y a su pareja, generando conflictos, rechazo y recriminación que suele llevar a la separación, divorcio e inestabilidad emocional en el matrimonio, cada vez es más frecuente que la madre permanezca soltera a diferencia del pasado, cuando la mayoría de los embarazos en adolescentes conducía a uniones o matrimonios voluntarios o forzados, la mayoría de las adolescentes tienen matrimonios menos estables que aquellas que posponen la maternidad para más adelante.

La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes, la precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, más bien la educación actúa mejorando la condición social y la autoimagen de la mujer aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones.

El embarazo en adolescentes se relaciona con familias donde la autoridad moral es débil o mal definida, con ausencia de la figura paterna, o padres que viven en unión libre, o cuando personas distintas cuidan o crían a los adolescentes, cada familia utiliza valores, normas o reglas que condicionan y marcan las relaciones tanto en el medio externo e interno, la desorganización familiar constituye un medio de desintegración familiar lo cual es el rompimiento de la unidad o quiebra en los roles de sus integrantes para su incapacidad de desempeñarlos en forma consciente y obligatoria una sexualidad temprana y riesgo de un embarazo precoz.

Es más probable que la adolescente que vive en un ambiente conflictivo tiene un inicio precoz de las relaciones sexuales, y ve como única alternativa la construcción de un nuevo hogar sin estar preparada física y psicológicamente, asimismo un mayor grado de instrucción le ayudara a realizar su proyecto de vida y la prevención del embarazo en adolescente.

Tabla 2. Distribución de los Factores Económicos: Ingreso familiar, ocupación de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea, Nuevo Chimbote. 2015. Se observa que el 62,1% tienen ingreso familiar de 750.00 soles, y el 17,2% un ingreso mayor de 750.00 soles, en ocupación el 79,3% tienen como ocupación ama de casa, y el 20,7% es estudiante.

Los resultados concuerdan con los estudios realizados por Osorio, R. (13), Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora 2013, Lima Perú: 2014, se entrevistó a 100 pacientes adolescentes gestantes. Respondieron como sigue; el 90% se encuentran entre los 14 a 19 años de edad, el 80% no planificaron su embarazo, 64% provienen de familias desintegradas, 75% tienen grado de instrucción secundaria, 65% reciben apoyo económico de sus padres, 62% inicio sus relaciones sexuales entre los 14 a 16 años de edad y 82% tiene algún conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.

Las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora tienen ciertas características sociodemográficas comunes en el embarazo; la temprana edad de inicio de las relaciones sexuales, bajo nivel

educativo, de origen familiar desintegradas y tienen algún conocimiento de métodos anticonceptivos por la alta frecuencia que se encontró en los entrevistados. Considerándose por ende un suceso difícil que afecta la salud integral de las madres adolescentes, la de sus hijos, familiares y de la comunidad

El resultado concuerda con García, E. (18), en su Tesis Factores que influyen en la incidencia de embarazos de los adolescentes Guatemala: 2014, La presente investigación que se titula “Factores que influyen en la incidencia de embarazos de las adolescentes que asisten al Centro de Convergencia Nueva Esperanza del municipio de Cobán, Alta Verapaz”, es descriptiva, cuantitativa y de corte transversal y su principal objetivo es: Describir los factores que influyen en la incidencia de embarazos de las adolescentes que asisten al Centro de Convergencia Nueva Esperanza.

La población de las adolescentes embarazadas es de 21 y se entrevistaron el 100% de las embarazadas en el período de la adolescencia. Como criterio de inclusión las adolescentes embarazadas que aceptaron participar en el estudio firmando previamente el consentimiento informado y criterio de exclusión mujeres embarazadas que no estén comprendidas en el periodo de la adolescencia, mujeres en edad fértil que no estén embarazadas y adolescentes embarazadas que no aceptaron participar en la investigación (ninguna se negó a participar) Los resultados que se obtuvieron de la investigación fueron: socioeconómicos de donde se obtuvo el 14% etapa media, 86% etapa tardía de la adolescencia, 52% son unidas, 48% ningún nivel de escolaridad, 43% primaria, 71% ama de casa, 81% el grupo familiar se dedica a la agricultura y oficios domésticos.

Los integrantes de la familia en un 62% conviven con padres y hermanos, el trato de la familia hacia las embarazadas adolescentes antes y después es de un promedio del 50% buen trato, 26% padres autoritarios y el 57% los ingresos de la familia antes del embarazo provenían de los padres. Factores culturales 52% quedan embarazadas por el modelo materno, 48% no obtuvo ninguna información sobre salud sexual, 62 no están informadas de los tipos de anticonceptivos existentes y el 90% no están conscientes de las consecuencias que genera un embarazo precoz. Se concluye que los factores que influyeron para que se embaracen las adolescentes fueron socioeconómicos, culturales y educativos

Al estar presente los problemas económicos en el hogar con ingresos insuficientes la adolescente trata de buscar trabajo para apoyar a su familia, que frecuentemente son mal remunerados, o de lo contrario trata de conseguir marido para que ayude a sobrevivir económicamente, frecuentemente pasan de la dependencia de los padres a la dependencia del marido, las condiciones adversas a lo se enfrentan un número creciente de adolescentes que difícilmente pueden hacerse cargo de su familia, el desempleo e ingresos inferiores constituye la perpetuidad del ciclo de la pobreza, en un ambiente de pobreza y subdesarrollo donde la movilidad social es escasa o nula, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar el embarazo.

El estereotipo de la mujer de baja condición, es la mujer con un niño en el pecho, embarazada y varios niños más alrededor de su falda, es la mujer para quién la maternidad ha sido el único destino desde su nacimiento, ella se ve mayor

de edad a lo que tiene, su salud esta revestida por embarazos a repetición, la maternidad y el trabajo doméstico agotador es tipo de su baja escolaridad, es frecuente que la adolescente abandone los estudios al confirmarse el embarazo, o al momento de criar el hijo, lo que reduce futuras posibilidades de lograr buenos empleos que sean permanentes, un gran porcentaje de ellas dejan los estudios para dedicarse al hogar.

Tabla 3. Distribución de los factores culturales: Procedencia, religión, conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, uso de método anticonceptivo, inicio de relaciones sexuales, de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea, Nuevo Chimbote. 2015. Se observa que el 79,3% proceden de zona urbana, y el 20,7% son de zona rural, el 72,4% tienen religión católica, y el 27,6% son evangélicas, el 65,5% no tienen conocimientos sobre salud sexual y reproductiva y el 34,5% si tienen conocimientos sobre salud sexualidad y reproductiva, el 41,4% no usan ningún método anticonceptivo antes del embarazo, el 37,9% uso de preservativos, el 10,3% uso de píldora e inyectable, el 89,7% refieren como inicio de relaciones sexuales entre los 14 – 16 años, el 10,3% inicio de relaciones sexuales entre los 17 – 19 años.

Estos resultados concuerdan con el estudio de Gutiérrez, R. (24), Intervenciones locales participantes para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes en la Amazonia Peruana. Perú: 2004, refiere que el tema de acceso e información es considerado por los adolescentes explícitamente un derecho. Sin embargo, más allá de los enunciados generales el

acceder a información parece ser entendido de manera diferente, por ejemplo, entre profesores y alumnos.

Los adolescentes manifestaron insatisfacción por falta de atención que se pone a sus opiniones y la poca posibilidad de participación con la que cuentan. Al parecer su idea de acceso a la educación e información incluye la posibilidad de intercambio y participación lo que no necesariamente es parte del concepto manejo por los docentes. En las observaciones de clases, se pudo ver que los docentes tienen discursos prefijados sobre la vida sexual adolescente muchas veces reproduciendo estereotipos de género y sesgado por valores religiosos cristianos que se muestran muy poco flexibles a la incorporación de las opiniones de los alumnos.

Los resultados concuerdan con Rodríguez, V. (32), *Incidencia del embarazo en la Adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en Maternidad Mariana de Jesús, de septiembre 2012 a febrero 2013*. Guayaquil – Ecuador: 2013. El presente trabajo, tiene por objeto realizar un estudio actualizado de la problemática que presenta la adolescente embarazada, por lo tanto se evaluará en esta revisión; la incidencia del embarazo en la adolescente, sus complicaciones en el embarazo, la gravedad, y se evaluará factores que conllevan a la presencia de complicaciones psicosociales. Este estudio se realizó con una muestra aproximadamente de 100 pacientes, en el período comprendido entre septiembre del 2012 hasta febrero del 2013. El estudio es de tipo descriptivo, con diseño no experimental, longitudinal, prospectivo.

Los resultados del mismo indican que el mayor porcentaje de adolescente embarazada se presentó en pacientes de 15 a 17 años de edad con el 56%, mientras

que en el rango de 18 años fue de 34%, y el menor porcentaje presento las pacientes de 12 a 14 años con el 10%. Dentro de las causas psico - sociales el mayor porcentaje se presenta por la falta de educación sexual 30%, luego problemas familiares 23%, seguido de maltrato familiar y pobreza con el 20% cada uno, y 7% abuso sexual. Lo que permitirán evaluar y analizar, un plan o protocolo para conocer detalladamente las causas de la morbi - mortalidad tanto materna como neonatal.

Concuerda con Oporto, A (25), en su Tesis “Factores Socioeconómicos y Culturales que influyen en el embarazo en adolescentes” Nuevo Chimbote Perú 2000, refiere que el 65% no tiene conocimiento sobre el embarazo, siendo factor determinante en este problema. El 30% tiene relaciones a los 16 años sin saber las consecuencias, lo cual indica el bajo nivel de información.

Según la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, el autocuidado es la contribución constante de la adolescente embarazada a su propia existencia, es una actividad aprendida, conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí misma.

El embarazo en la adolescente está asociado al medio en que crece y se desarrolla la mujer, es así que en comunidades rurales y con baja escolaridad aumenta la incidencia de embarazo en adolescente.

Las creencias religiosas a menudo se oponen al uso de métodos anticonceptivos, y esto puede afectar el acceso y promoción, es así que muchas mujeres no lo usan antes de quedar embarazada por primera vez, a pesar que la

promoción y uso de anticonceptivos en adolescentes a aumentado los últimos años, sin embargo existen algunos estigmas debido a la religión e ideologías.

La salud sexual y reproductiva que involucra aspectos de carácter biológico, psicológico, sociológico y cultural toma en consideración las diferencias individuales, valores personales y de grupo y la libre determinación a las alternativas existentes, el bajo conocimiento de educación sexual, la tenencia de relaciones sexuales sin protección, el tener un alto número de parejas sexuales representan un comportamiento de alto riesgo, agregado a ello otras prácticas como son el consumo de cigarrillos, alcohol, drogas incrementa el riesgo de la adolescente para un embarazo precoz.

Muchos adolescentes no usan métodos anticonceptivos, al practicar sexo inseguro es decir el no utilizar método de protección, anticonceptivos hormonales y preservativos contra VIH –SIDA y/o embarazos no deseados, ya sea por desconocimiento u omisión es una de las conductas sexuales riesgosas más comunes que pone en peligro su salud, el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes aún es bajo a pesar que existe variedad de métodos anticonceptivos y que son distribuidos en forma gratuita en los establecimientos de salud del MINSA, la vida sexual activa de la adolescente sin protección incrementa la probabilidad de embarazos no deseados.

El inicio sexual temprano instigados por la curiosidad de conocer, de querer descubrir cosas nuevas y experimentarlas, pone en riesgo muchos aspectos de su crecimiento y desarrollo del adolescente, al no estar preparado para este tipo de experiencias íntimas puede causar que la percepción de este hecho sea algo

negativa, el tener más de una pareja sexual constituye un mayor riesgo al adolescente que por su vulnerabilidad y variabilidad de sus emociones, tienden a probar diversas experiencias.

Tabla 4. Distribución de la edad de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud garatea, Nuevo Chimbote. 2015, se observa que el 62,1% de adolescentes embarazadas corresponde a la edad entre 14 – 16 años, y 37,9% a la edad entre 17 – 19 años, ninguna tuvo entre 10 a 13 años.

Estos resultados se diferencian con los estudios realizados por Osorio (13) Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora 2013, Lima Perú: 2014, se observa que el embarazo es predominante en el grupo etario de 17-19 años en un 50%.

Estos resultados concuerdan con Barrozo, M. (23), en su Tesis Embarazo adolescente entre 12 y 18 años. Mendoza - Argentina: 2011, departamento Santa Rosa, se tomó como universo a ciento treinta adolescentes comprendidas en edades de 12 años a 19 años arrojando como resultado: El 81% corresponde a inicio de su actividad sexual a temprana edad, (el 40% a edades entre 14 años y 15 años de edad, mientras que el 36% a edades entre 12 años y 13 años), el 46,20%, utilizó algún método anticonceptivo (preservativo) en su primera relación sexual. Mientras el 41% respondió no haber utilizado método de anticoncepción.

Del 49,20% de las jóvenes encuestadas, respondieron haber recibido información sobre salud reproductiva en los establecimientos educativos a los que concurren y el 18% en su seno familiar. En la tabulación correspondiente al

conocimiento que poseen las jóvenes adolescentes sobre embarazo y sus riesgos, el 91,50% se observó tener un buen nivel de percepción.

La maternidad en las adolescentes significa riesgos para la salud de ellas y la de sus hijos, desde que comienza, pues la mayoría son embarazos no planeados ni deseados.

El embarazo en el adolescente en general es un evento inesperado, sorpresivo, se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de su personalidad, muchas mujeres llegan al embarazo como una manera de llenar sus múltiples carencias afectivas, la adolescencia es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual, se sienten invulnerables y asumen conductas generadoras de riesgo.

El embarazo en la adolescente obedece a varias causas entre ellas que los adolescentes no son capaces de entender las consecuencias de la iniciación de actividad sexual temprana, creen que a ellos no les va a pasar nada, la dificultad para planear proyectos a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima, poca confianza, falta de actitud preventiva, conducta de riesgo, abandono escolar, dificultad para mejorar sus condiciones de vida, insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento, familias conflictivas o en crisis, madres que han estado embarazadas en su adolescencia lo hace más vulnerable para un embarazo precoz.

El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la morbilidad y mortalidad materna e infantil, y al círculo vicioso de la pobreza.

Tabla 5. Distribución de los factores sociales: Estado civil, grado de instrucción, y tipo de familia según la edad de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015. Se observa en los factores sociales en relación con la edad de 14 – 16 años el 94,4% son de estado civil solteras y tienen grado de instrucción secundaria, el 72,2% provienen de familias desintegradas. En las de 17 - 19 años de edad el 36,4% son estado civil solteras, el 90,9% tienen grado de instrucción secundaria, y el 72,7% provienen de familias desintegradas, aplicando la prueba (χ^2) se observa que no hay significancia estadística $p > 0,05$ en el grado de instrucción ni en el tipo de familia, y solo hay significancia estadística $p < 0,05$ en el estado civil en la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015.

Estos resultados concuerdan con Chura, R. et al. (27), Factores socioculturales relacionados con el embarazo recurrente en adolescentes atendidas en el Hospital Docente Madre- Niño San Bartolomé, Lima Perú: 2012, fue una investigación de tipo descriptivo correlacional y corte transversal. La población estuvo conformada por 120 gestantes adolescentes atendidas en consultorios externos, y adolescentes gestantes hospitalizadas en el servicio “Madre adolescente”. El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario validado por expertos y administrado por las investigadoras. La información fue procesada mediante el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS versión 15 y la significancia estadística de los resultados se estableció mediante la prueba de Chi cuadrado.

Resultados: La edad promedio de las adolescentes fue de 17 años; de estado

civil solteras en el 51,7%; el 67,5 % abandonan los estudios; el 34,2% de las adolescentes residen con sus padres y hermanos. Asimismo, el 50,8% recibe apoyo económico de su pareja; el 45% de las adolescentes tiene instrucción secundaria completa; el 85% respondió que los métodos anticonceptivos sirven para no quedar embarazadas; el 58,3% usaba el preservativo como método anticonceptivo antes de quedar embarazadas. El 50% dejó de usar el preservativo por descuido u olvido; el 10,8% de ellas tuvo embarazo recurrente. Conclusiones: La relación entre los factores socio-culturales y el embarazo recurrente es poco significativa. ($> 0,05$) (27).

Los resultados concuerdan con los estudios de Vizcarra, Z. (30) en su Tesis Factores que predisponen la ocurrencia de embarazos en adolescentes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo de noviembre – diciembre 2012, Tacna Perú. Se trató de un diseño no experimental, analítico, prospectivo. La población de estudio estuvo conformada por 80 gestantes adolescentes y 30 adolescentes que acudieron al Instituto Nacional Materno Perinatal. Con el estudio se encontró que existen factores de relación intrafamiliar y nivel sociodemográfico los que son de mayor predisposición a la ocurrencia de embarazo en adolescentes.

Se encontró que en el grupo de las adolescentes gestantes, más de la mitad (51,25 %) son adolescentes gestantes que tienen una disfunción familiar moderada. Mientras que en el grupo de las adolescentes no embarazadas las dos terceras partes (66,67 %) tienen una familia funcional. Asimismo, se encontró que la dinámica familiar se asocia significativamente con la variable ocurrencia de embarazo, mientras que en los controles, se observó en un 37,3%. Estos resultados

nos permiten inferir que todas las adolescentes cuya familia le brindó una educación inadecuada tiene 5,65 veces más probabilidades de concebir un embarazo en edades tempranas de la vida a diferencia de las que reciben una educación adecuada por parte de sus padres, ya que toda educación comienza en casa (30).

En el grupo de las adolescentes gestantes, más de la mitad (55,00 %) son adolescentes gestantes que tienen una autoestima baja. Mientras que en el grupo de las adolescentes no embarazadas, casi las dos terceras partes (63,33 %) tienen un nivel de autoestima baja. Por lo tanto la variable nivel de autoestima no se asocia con la variable ocurrencia de embarazo ($P > 0,05$). En el grupo de las adolescentes gestantes, un poco más de las tres cuartas partes (83,75 %) son adolescentes gestantes que tienen el nivel secundario. Mientras que en el grupo de las adolescentes no embarazadas en su totalidad (100,00%) tienen un nivel secundario. La prueba resultó significativa porque la probabilidad es menor a 0,05 ($P = 0,019$), por lo que se sostiene que el nivel sociodemográfico en cuanto al nivel educativo se relaciona con la ocurrencia de embarazo en adolescentes.

También concuerdan con Rufino, J. (26), La comunicación en la gestión del conocimiento y la salud sexual y reproductiva. Chimbote: 2003, en su estudio refiere que un gran porcentaje de adolescentes no crecen ni se desarrollan en un ambiente familiar que garantice su formación.

Si no hay estabilidad conyugal la adolescente se convierte en madre soltera y tiene que enfrentar la maternidad sin apoyo de la pareja con las subsiguientes repercusiones sociales, económicas y personales sobre la salud de los hijos.

Tabla 6. Distribución de los factores económicos: Ingreso económico y ocupación según la edad de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015. Se observa en los factores económicos en relación con la edad de 14 - 16 años el 61,1% tienen ingreso económico de 750.00 soles y el 72,2% son de ocupación ama de casa. Las de 17 - 19 años de edad el 63,6% tienen ingreso familiar de 750.00 soles mensuales y el 90,9% son ama de casa, aplicando la prueba χ^2 , se observa que hay significancia estadística $p < 0,05$ en el ingreso familiar, y no hay significancia estadística $p > 0,05$ con la ocupación de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015.

También concuerdan con Alarcón, A. et al (22), en su Tesis Factores que influyen en el embarazo en adolescentes. Santiago de Cuba: 2009, se realizó un estudio observacional y analítico de casos y control a partir de todas las adolescentes que se embarazaron y parieron (casos) y otro grupo de féminas adolescentes que no se embarazaron (controles), pertenecientes todas al Policlínico José Martí Pérez durante el periodo 2007. Se demostró que existió asociación causal entre los factores dependientes de la vida familiar y personal de las adolescentes y la incidencia de gestaciones precoces. El no tener relaciones adecuadas con los padres, no recibir apoyo espiritual y económico de la pareja, no mantener relaciones estables de pareja y no conversar con los padres aspectos de sexualidad y reproducción fueron factores que al actuar sobre ellos lograríamos un mayor impacto sobre la población expuesta.

El 60% de las adolescentes estudiadas recibieron una educación familiar

inadecuada y es más evidente esta característica en las jóvenes que se embarazaron, mientras que en los controles, se observó en un 37,3%. Estos resultados nos permiten inferir que todas las adolescentes cuya familia le brindó una educación inadecuada tiene 5,65 veces más probabilidades de concebir un embarazo en edades tempranas de la vida a diferencia de las que reciben una educación adecuada por parte de sus padres, el 36,0% de los casos no convivían con sus padres, mientras que en los controles esto sucedió en un 26,7% queda demostrada de esta manera que las adolescentes que no vivían con sus padres tenían 2,61 veces más probabilidad de concebir un embarazo no deseado que las que si conviven con sus padres.

El 52% llevaban relaciones inadecuadas con sus padres mientras que en los controles fue de un 66,0%, el 68% de las adolescentes que se embarazaron no conversan aspectos de la sexualidad a diferencia de los controles donde esta característica se observó en el 60%, queda demostrado que la adolescentes que no conversan de la sexualidad tienen 12,5 veces más probabilidad de concebir un embarazo no deseado, el 88,0% de los casos no existía apoyo relacionado con la no responsabilidad, sin embargo en los controles sólo se apreció esta situación en el 20,0% lo que demostró en nuestro estudio que las adolescentes que no reciben apoyo espiritual y económico de la pareja tienen 18 veces mayor probabilidad de concebir un embarazo que las que sí lo reciben.

El 68,0% de la población estudiada no usaba ningún método anticonceptivo siendo más evidente esta situación en las muchachas que se embarazaron, mientras que en los controles esto se comportó en un 44,0%, el 72,0% de las jóvenes que se

embarazaron mantenían una relación inestable mientras que en los controles esta característica se observó en el 22,7%, el 100 % de las adolescentes estudiadas tuvieron este comportamiento sexual promiscuo, siendo esta situación más evidente en las féminas que se embarazaron con un 72 % mientras que en los controles fue de un 62,7%. Desde el punto de vista estadístico en nuestro trabajo, quedo demostrado que la promiscuidad en las adolescentes favorece el 3,86 veces la aparición del embarazo precoz.

El resultado concuerda con el estudio de Gómez, C. et al. (31), Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012, Medellín Colombia: 2013, el objetivo del estudio fue establecer la relación entre los factores sociales, demográficos, familiares y económicos con el embarazo en adolescentes de 13 a 19 años del área urbana en el municipio de Briceño, 2012, con el propósito de obtener información para la formulación de políticas públicas en salud sexual y reproductiva. Estudio Cross sectional, realizado en el área urbana del municipio de Briceño, Antioquia, entre Abril y Mayo de 2012. Se aplicó una encuesta dirigida a buscar información sobre factores: sociales, demográficos, familiares y económicos. Se implementó un modelo de regresión logística.

Las adolescentes que respondieron las encuestas fueron 193. Los factores asociados mediante el análisis multivariado con mayor riesgo de embarazo adolescente Fueron: la edad (OR: 8,33 IC; 1,82-38,14), el estrato socioeconómico (OR: 12,52 IC; 1,58-98,91), la ocupación (OR: 7,60 IC: 3,0-19,27), la convivencia con la pareja (OR: 17,47 IC; 3,63-83,94), el inicio temprano de las relaciones

sexuales (OR: 1,95 IC; 0,69-5,5), el número de compañeros sexuales (OR: 1,70 IC; 0,74-3,86), el nivel de escolaridad del padre (OR: 3,05 IC: 1,01-9,22), el hecho de haber sido violada (OR: 3,66 IC; 1,12-11,96) y los ingresos económicos familiares (OR: 3,98 IC; 1,45-10,92) (31).

El estudio encontró que la edad, el estrato socioeconómico, la ocupación, la convivencia con la pareja, el inicio temprano de las relaciones sexuales, el número de compañeros sexuales, el nivel de escolaridad del padre, haber sido violada y los ingresos económicos familiares estaban asociados con el embarazo en adolescentes en el área urbana del municipio de Briceño.

El embarazo en adolescente puede provocar serios trastornos biológicos, psicológicos sobre todo si es menor de 15 años, asimismo se interrumpe el proyecto de vida, y si no hay estabilidad conyugal el adolescente se convierte en madre soltera y tiene que trabajar si su familia no lo apoya, surgiendo la necesidad de ingresar prematuramente a un trabajo que casi siempre es mal remunerado repercutiendo de esta manera sobre la salud de los hijos.

Tabla 7. Distribución de los factores culturales: Procedencia, religión, conocimiento de salud sexual y reproductiva, uso de métodos anticonceptivos, inicio de relación sexual según la edad de la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015. Se observa en los factores culturales en relación a la edad de 14 - 16 años, el 77,8% son de procedencia urbana, el 77,8% son de religión católica, el 77,8% no tienen conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, el 50% usan otros métodos anticonceptivos, el 38,9% usan método anticonceptivo preservativos, el 100% inicio sus relaciones sexuales

entre los 14 a 16 años. En las de 17 - 19 años de edad, el 81,8% proceden de zona urbana, el 63,6% son de religión católica, el 54,5% si conocen sobre salud sexual reproductiva, el 36,4% usan preservativos, el 72,7% tienen inicio de relación sexual entre los 14 a 16 años.

Aplicando la prueba χ^2 , se observa que en la mayoría no hay significancia estadística $p > 0,05$, en las adolescentes embarazadas tanto de 14 a 16 años como en la de 17 a 19 años de edad en relación con los factores culturales: Procedencia, religión, conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, uso de método anticonceptivo, solo hay significancia estadística $p < 0,05$ en inicio de relación sexual. Probándose la hipótesis nula H_0 .

Los resultados concuerdan con Gonzales, L. (28), en su tesis Factores familiares, factores sociales y el embarazo en la adolescencia, Centro materno Infantil Wichanza La Esperanza, Trujillo - Perú 2012, La metodología fue cuantitativo descriptivo, correlacional prospectivo; Los procedimientos de muestreo fueron de naturaleza probabilística, la muestra estuvo conformada por 87 adolescentes embarazadas de la jurisdicción de Wichanza. La técnica fue la entrevista personal y el instrumento utilizado fue un cuestionario con 3 partes, una de factores familiares, otra de factores personales y la última del número de embarazos, tiene un total de 29 preguntas que se aplicaron a la adolescente embarazada, previa orientación.

Las pruebas estadísticas utilizadas fueron de Chi cuadrado, con significación estadística 95% y error de 0.05, los datos fueron procesados utilizando el programa SPS versión 15. En los resultados indica que: El número de embarazos de

adolescentes con un primer embarazo es el 66,7%, con segundo embarazo 32,2% y con tercer embarazo 1,1%.

El número de embarazos de la adolescente en relación a los factores familiares: Con un embarazo en la dimensión tipo de educación recibida de los padres el 62,1% fue rígida, con dos embarazos el 53,6% fue tolerante y con tres embarazos tolerante 100% $P < 0,05$, con un embarazo en la dimensión convivencia con los padres el 62,1% fue inadecuado, con dos y tres embarazos 100% fue inadecuado $P < 0,05$, con un embarazo en la dimensión comunicación con los padres sobre sexualidad y reproducción el 59% fue mala, con dos embarazos el 57,1% fue regular, y con tres embarazos 100% regular $P < 0,05$.

El número de embarazos de la adolescente en relación a los factores personales : Con un embarazo en relación a la dimensión apoyo espiritual y económico de la pareja el 48,3% fue regular, con dos embarazos 57,1% regular y con tres embarazos el 100% regular, $P > 0,05$, con un embarazo en relación al uso de anticonceptivos el 51,7% fue regular, con dos embarazos el 64,3% fue bueno y con tres embarazos el 100% bueno $P < 0,05$, con uno y tres embarazos de la adolescente en relación a la promiscuidad- hábitos sexuales el 62,1% fue inadecuado, con dos embarazos 60,7% inadecuado, sin significancia estadística $P > 0,05$, La relación de los factores familiares con el embarazo de las adolescentes es significativa $P < 0,05$ en todas las dimensiones.

La relación de los factores personales no fue significativa $p > 0,05$, en las dimensiones apoyo espiritual y económica de la pareja, promiscuidad-hábitos sexuales y si fue significativa $p < 0,05$ uso de anticonceptivos.

Los resultados concuerdan con los estudios Rionaula, M. et al. (29), en su Tesis Prevalencia y factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes que acuden a consulta externa del Hospital Básico “Limón Indanza” 2013, Cuenca-Ecuador 2014, se realizó un estudio analítico transversal en el que se investigó la prevalencia y los factores de riesgo relacionados con el embarazo en adolescentes en el cantón Limón-Indanza. Para el levantamiento de los datos utilizamos un formulario de registro validado mediante la prueba piloto, la información se recopiló de las historias clínicas, posteriormente se transfirió a un programa de computación (software SPSS 20.0 para Windows y Excel 2010) para el análisis correspondiente. Resultados: Se encontraron 119 embarazadas adolescentes con una prevalencia de 10,52% en comparación con el total de la población en riesgo y de 24,54% si consideramos el total de pacientes que acudieron a control prenatal.

Los factores de riesgo que tuvieron significancia estadística fueron inicio precoz de la vida sexual activa OR: 14,62 (IC95%: 2,70 – 79,07), consumo de alcohol OR: 1,05 (IC95%: 1,00 – 1,08) y tabaco OR: 1,05 (IC95%: 1,00 – 1,08). Conclusiones: Los factores de riesgo que influyen de manera significativa en el embarazo adolescente son: Inicio de la vida sexual activa precoz, abuso sexual, consumo de alcohol y tabaquismo (29).

Según la teoría Dorothea Orem, el autocuidado es la contribución constante del adolescente a su propia existencia, es una actividad aprendida, conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí misma, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afecten su propio desarrollo y su funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Para

promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano, las adolescentes requieren de la información de la obstetra o enfermera que orienten como lograr su desarrollo integral del adolescente (nutrición, actividad física, salud sexual reproductiva, y salud mental).

En este sentido la educación e información que brinda la obstetra o enfermera va permitir el autocuidado del adolescente para tomar decisiones acertadas sobretodo que permitan la prevención del embarazo precoz. Así mismo esta teoría ayuda a la obstetrix a identificar las necesidades del autocuidado y su intervención integral del adolescente, brindando un conjunto de acciones de salud para controlar los factores internos y externos que puedan comprometer su vida y desarrollo posterior del adolescente.

Las adolescentes embarazadas atendidas en el Puesto de Salud de Garatea, tienen ciertas características comunes en el embarazo, la temprana edad de inicio de relaciones sexuales, con poco conocimiento en salud sexual y reproductiva, poco uso de los métodos anticonceptivos, que afecta la salud integral de la madre adolescente, de su hijo, de la familia y de la comunidad, situación que se puede prevenir con la información adecuada a través de los programas preventivos.

V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

En la presente investigación Factores sociales, económicos y culturales y su relación con la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015 se concluye que:

- 1.- En los factores sociales la adolescente embarazada tanto en la edad de 14 a 16 años como en la de 17 a 19 años, la mayoría son de estado civil solteras y la minoría son casadas, con significación estadística $p < 0,05$, la mayoría tiene educación secundaria y proceden de familias desintegradas, sin significancia estadística $p > 0,05$.
- 2.- En los factores económicos de la adolescente embarazada tanto en la edad de 14 a 16 años como en la de 17 a 19 años de edad, el mayor porcentaje recibe de ingreso familiar 750.00 soles, con significancia estadística $p < 0,05$ y son de ocupación ama de casa, y la minoría estudiantes sin significancia estadística $p > 0,05$.
- 3.- En factores culturales de la adolescente embarazada tanto de 14 a 16 años como en la edad de 17 a 19 años de edad la mayoría son de procedencia urbana, religión católica, no conocen sobre salud sexual y reproductiva, usan método anticonceptivo preservativos, sin significancia estadística $p > 0,05$, la mayoría inicia las relaciones sexuales entre los 14 a 16 años de edad, la minoría entre los 17 a 19 años de edad con significancia estadística $p < 0,05$.

4.- En conclusión la mayoría de los factores sociales económicos y culturales en relación con la edad de la adolescente embarazada no tiene significancia estadística $p > 0,05$, probándose la hipótesis nula H_0 .

5.2.-Recomendaciones

De los resultados obtenidos se sugiere las recomendaciones siguientes:

Fortalecer el programa educativo de atención integral al adolescente en el Puesto de Salud Garatea con actividades intramurales y extramurales, incluyendo los temas de salud sexual y reproductiva con personal capacitado y competente que ayude al adolescente a tomar decisiones acertadas sobre salud sexual.

Mejorar el acceso del adolescente a los servicios de salud sexual y reproductiva de calidad en el Puesto de Salud Garatea, a los adolescentes activamente sexuales se les debe brindar la información de los métodos anticonceptivos, para que tomen su propia decisión del uso del método que elijan.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zegarra R. Embarazo hábitos de lectura y consumo de radio y televisión en Adolescentes peruanos. Lima: 2007.
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES. Lima-Perú: 2012.
3. Colectivo de Autores (VIH y comunicación), Las Estrategias de los Programas Nacionales de SIDA en América Latina. Cuba: 2003.
4. Villar J. Factores que Influyen en el embarazo en adolescentes. Lima: 1992.
5. Whaley – Wong. Enfermería Pediátrica 4ta ed. España: Mosby- Doyna libros: 335-380. Madrid; 1996.
6. ISIS. Adolescentes y la Salud Sexual. Programa de mujeres y salud de ISIS Internacional. Santiago de Chile: Revista Agenda salud, ISIS Internacional. Santiago de Chile N° 23. Julio – Setiembre; 2001.PPS 2-8.
7. Alcivar T, et al. Los Paradigmas sociales en el embarazo de los adolescentes amparados en el buen vivir y sus impactos a las tasas de mortalidad. Ecuador: 2015.
8. Merino E, Factores que influyen en el embarazo de los adolescentes, inscritos en el Programa de Atención Materna de la Unidad de Salud Altavista de Enero - Junio 2010- 2011 San Salvador. El Salvador. [Tesis para optar grado de Maestro en Salud Pública]. San Salvador: Universidad de el Salvador Facultad de Medicina; 2011
9. Menacho L. Embarazo Adolescente. Lima- Perú: 2005

10. Salazar A, et al. Consecuencia del embarazo adolescente en el estado civil de la madre joven, estudio piloto en Bogotá. [Tesis de Postgrado]. Colombia: Universidad la Sabana Chia, Facultad de Ciencias Médicas; 2007.
11. Mora, et al. Embarazo en la adolescencia como ocurre en la sociedad actual. México: 2015.
12. Odean I, et al. Los factores sociales que influyen en el embarazo y en el uso de anticonceptivos de los adolescentes en el barrio 25 de Mayo Maipu Mendoza Argentina: 2012.
13. Osorio R. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora 2013 [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2014.
14. Peña A, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Huacho. Perú: 2011. 57: 43 – 48.
15. Catacora F, et al. Conocimientos Sobre VIH/SIDA y prácticas sexuales de Escolares de Tacna. [Tesis de licenciatura]. Perú: Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública; 2004.
16. MINSA. Orientaciones para la atención integral de salud del adolescente en el primer nivel de atención. Perú: 2007.
17. Barros T, et al. Un modelo de Prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/Sida en adolescentes. Ecuador: Revista Panamericana de la Salud Pública Vol. 10 n 2; 2001.
18. García E. Factores que influyen en la incidencia de embarazos de la

- adolescencia. [Tesis para optar el grado de Maestra en Enfermería Materno Neonatal]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala Facultad de Ciencias Médicas; 3014.
19. Sonsoles C, et al. Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo. España: Revista Española de Salud Pública; 2005.
 20. Fernández M. Estudio de variables relacionado con la sexualidad en adolescentes de 13 - 16 años en el ESBU "Alberto Soza". Cuba: 2006.
 21. William R. La educación Sexual ayuda a preparar a los jóvenes. México: 2008.
 22. Alarcón A, Coello J, Cabrea J. Factores que Influyen en el embarazo en la Adolescencia. Santiago de Cuba: 2009.
 23. Barrozo M. Embarazo adolescente entre 12 y 19 años. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería].Mendoza: Universidad Nacional del Cuyo facultad de ciencias médicas; 2011.
 24. Gutiérrez R, et al. (Movimiento Manuela Ramos) Intervenciones locales participantes para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes en la Amazonia Peruana. Perú: 2004.
 25. Oporto A. Factores socioeconómicos, culturales que influyen en el embarazo en adolescentes. [Tesis de Licenciatura]. Nuevo Chimbote: 2000.
 26. Rufino J. La Comunicación en la gestión del conocimiento y la salud sexual y Reproductiva. [Tesis de Post grado] Chimbote: Universidad San Pedro; 2003.
 27. Chura R, et al. Factores socioculturales relacionados con el embarazo

- reincidente en adolescentes atendidas en el Hospital Docente Madre-Niño San Bartolomé. [Tesis de Licenciatura].Lima: Universidad Mayor de San Marcos, Facultad de Ciencias Médicas escuela de Obstetricia; 2012.
28. Gonzales L. Factores familiares, factores personales y el embarazo en la adolescencia, Centro Materno Infantil Wichanza la Esperanza 2012. [Tesis para optar el grado de Magister en Salud Pública] Trujillo: Universidad los Ángeles de Chimbote, 2015.
29. Rionaula M, et al. Prevalencia y factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes que acuden a consulta externa del Hospital Básico “Limón Indanza”, 2013. [Tesis de Licenciatura]. Cuenca: Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Enfermería; 2014.
30. Vizcarra Z. Factores que predisponen la ocurrencia de embarazos en adolescentes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo de noviembre – diciembre 2012. [Tesis de Licenciatura]. Tacna: Universidad Jorge Basadre Grohmann, Facultad de Ciencias Médicas, escuela de Obstetricia; 2013.
31. Gómez C. Montoya L. Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012. [Tesis para optar el grado de Maestro en Salud Pública]. Medellín: Red de Salud Pública Universidad Escolme; 2013.
32. Rodríguez V. Incidencia del Embarazo en la Adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en Maternidad Mariana de Jesús de septiembre 2012 a febrero 2013. [Tesis

de Licenciatura].Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Obstetricia; 2013.

33. Orem D. Modulo de Autocuidado. Barcelona: Mansson; 1985.
34. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de investigación. 6ta ed. México: McGraw Hill; 2014.
35. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 5ta ed. México: Nueva editorial Interamericana; 2000.

ANEXO

ANEXO 1

UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

**“FACTORES SOCIALES, ECONÓMICOS Y CULTURALES Y SU RELACION
CON LA ADOLESCENTE EMBARAZADA, QUE ACUDE AL PUESTO DE
SALUD GARATEA. NUEVO CHIMBOTE, 2015”**

AUTORA: GIOVANNA CRUZALEGUI CABALLERO

Entrevistador: _____

Fecha: _____

Objetivo del instrumento.

Recopila la información necesaria de las adolescentes embarazadas para la determinación de los factores sociales, económicos y culturales y su relación con la adolescente embarazada, que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2015.

Indicaciones.

Lea cuidadosamente las preguntas y responda colocando una X en el paréntesis de la respuesta que considere correcta.

FACTORES SOCIALES

1.- ¿Qué estado civil tiene?

a).Soltera ()

b). Casada ()

c). Conviviente ()

2.- ¿Qué grado de instrucción tiene?

- a). Primaria ()
- b). Secundaria ()
- c). Superior no universitaria ()
- d). Superior universitaria ()

3. ¿Qué tipo de familia constituye su hogar?

- a). Integrada ()
- b). Desintegrada ()

FACTORES ECONÓMICOS

4.- ¿Cuál es el ingreso económico en la familia?

- a). < 750.00 soles ()
- b). = 750.00 soles ()
- c). > 750.00 soles ()

5.- ¿Tipo de ocupación?

- a). Empleado ()
- b). Independiente ()
- c). Ama de casa ()
- d). estudiante ()

FACTORES CULTURALES

6.- ¿Cuál es su procedencia?

- a). Área rural ()
- b). Área urbana ()

7.- ¿Qué religión práctica?

a). Católica ()

b). Evangélica ()

c). Otros ()

8. ¿Qué conocimientos tiene sobre salud sexual reproductiva?

a). No conoce ()

b). Si conoce ()

9.- ¿Qué tipo de Método de planificación familiar ha utilizado?

a). Preservativos ()

b). Píldoras ()

c). Inyectable ()

d). DIU ()

e). Ninguno ()

10.- ¿Qué edad inició sus relaciones sexuales?

a). 10 años - 13 años ()

b). 14 años - 16 años ()

c). 17 años - 19 años ()

12.-¿Qué edad tiene Usted?

a). 10 años – 13 años ()

b). 14 años – 16 años ()

c). 17 años – 19 años ()

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FACTORES SOCIALES, ECONÓMICOS Y CULTURALES Y SU RELACIÓN CON LA ADOLESCENTE EMBARAZADA QUE ACUDE AL PUESTO DE SALUD GARATEA, NUEVO CHIMBOTE. 2015

Código:

Alumna de la Maestría en Salud Pública Lic. Giovanna Cruzalegui Caballero.

Estimada señora: Usted ha sido invitada a participar en esta investigación en el que me interesa conocer “Factores sociales, económicos y culturales y su relación con la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea, Nuevo Chimbote, 2015”.

Si acepta participar en la investigación, la información que requerimos será tomada por nuestros colaboradores quienes recolectarán información a través de una pequeña entrevista donde el encuestador podrá registrar las respuestas dadas por Usted. Su participación le tomará aproximadamente 20 a 30 minutos de su tiempo para responder las preguntas que contienen los cuestionarios.

Confidencialidad:

Su identidad será protegida, pues a cada participante se le asignará un código al momento de la entrevista. Toda información o dato que pueda identificar al participante, serán manejados confidencialmente, por lo que la privacidad de los datos recolectados está asegurada y nadie tendrá acceso a ellos, salvo la investigadora en caso de requerirlos. Una vez concluido el estudio, los archivos y documentos serán destruidos. Los resultados de este estudio podrán ser publicados en revistas médicas especializadas, sin mencionar en ellas información que identifique a las participantes al contar cada una de ellas, con un código interno.

Derechos:

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar. Si Usted tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor consulte con la persona que le realizará la encuesta o con la investigadora. Su firma en este documento significa que ha decidido participar en este estudio después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento

/ /

Firma

Fecha