



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
DE CHIMBOTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
FACTORES DEL EMBARAZO PRECOZ Y
PERCEPCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES
SOBRE LA ATENCIÓN PRENATAL BRINDADA POR EL
PROFESIONAL DE OBSTETRICIA DEL
ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-3 EL INDIO
CASTILLA-PIURA, MAYO 2018
TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA
AUTORA:
MARÍA DEL SOCORRO NIZAMA ROJAS
ASESORA:
OBSTA. FLOR DE MARÍA VÁSQUEZ SALDARRIAGA
PIURA - PERÚ
2018**

Hoja de firma de jurado y asesora

Dra. Obsta. Susana Edita Paredes Díaz

Presidenta

Mgr. Obsta. Aurea Lucia Panta Boggio

Miembro

Mgr. Obsta. Silvia Teresa Coronado Morales

Miembro

Lic. Obsta. Flor De María Vásquez Saldarriaga

Asesora

Agradecimientos

A Dios, Por permitirme llegar hasta este punto de mi vida y culminar una etapa más de mi formación, porque sé que este es el propósito que Él tenía encomendado para mí.

A mis Padres Luis y Mercedes, Por ser el apoyo incansable en cada una de mis metas, por su comprensión, su amor y fortaleza en todas las adversidades presentadas durante este camino, por disfrutar de mis logros y ayudarme a aprender de mis errores.

A Daniel, Por amarme incondicionalmente y alentarme cada día a dar un paso más, por estar conmigo en todo momento, por no soltar mi mano cuando lo he necesitado y por compartirme parte de su vida.

A mi Asesora, Lic. Flor de María Vásquez Saldarriaga, Por su disponibilidad, paciencia, comprensión y por la participación activa durante todo el desarrollo de mi tesis

María del Socorro

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar los factores del embarazo precoz y percepción de las gestantes adolescentes sobre la atención prenatal brindada por el profesional de obstetricia del establecimiento de salud I-3 El Indio Castilla-Piura, durante el período de Mayo 2018, fue de tipo cuantitativo y descriptivo. Con una población muestral de 13 gestantes adolescentes de 14 a 19 años; a quienes se les aplicó un cuestionario sobre factores del embarazo precoz y percepción de las gestantes adolescentes sobre la atención prenatal brindada por el profesional de obstetricia.

The results with respect to factors, showed that the ages of pregnant women in 92.31% are between 15 to 19 years; the family group in 30.77% is made up of parents and couples; the family reaction to pregnancy in 53.83% was with anger, complaints and reproaches, reason for the father not to use a condom in 30.77% was because he did not feel the same or did not like; Regarding the perception, the waiting time to be attended by the obstetrician in 46.15% was regular.

Palabras Claves: Adolescent mothers, Precocious Pregnancy, Prenatal Care, Factors and Perception.

Abstract

The objective of this research was to determine the factors of early pregnancy and adolescent pregnant women's perception of prenatal care provided by the obstetrics professional of the health facility I-3 El Indio, Castilla-Piura, during the period of May 2018, of a quantitative and descriptive type. With a sample population of 13 adolescent pregnant women from 14 to 19 years old; to whom a questionnaire was applied on factors of early pregnancy and perception of pregnant women on prenatal care provided by the obstetrics professional.

The results with respect to factors, showed that the ages of pregnant women in 92.31% are between 15 to 19 years; the family group in 30.77% is made up of parents and couples; family reaction to pregnancy in 53.83% was with anger, complaints and reproach, reason for the father not to use a condom in 30.77% was because he did not feel the same or did not like; Regarding the perception, the waiting time to be attended by the obstetrician in 46.15% was regular.

Key Words: Pregnant Adolescents, Precocious Pregnancy, Prenatal Care, Factors and Perception.

Contenido

1. Título de la tesis (carátula)	i
2. Hoja de firma del jurado evaluador y asesor	ii
3. Hoja de agradecimiento	iii
4. Resumen y abstract	iv
5. Contenido (Índice)	vi
6. Índice de tablas, figuras y cuadros	vii
I. Introducción	1
II. Revisión de literatura	7
2.1 Antecedentes.....	7
2.2 Bases teóricas.....	10
2.3 Marco conceptual.....	29
III. Metodología	44
3.1 Tipo de investigación.....	44
3.2 nivel de investigación.....	44
3.3 Diseño de la investigación.....	44
3.4 Población y muestra.....	44
3.5 Definición y descripción de las variables.....	46
3.6 Técnicas e instrumentos de medición.....	53
3.7 Plan de análisis	55
3.8 Matriz de consistencia.....	56
3.9 Principios Éticos.....	58
IV. Resultados	59
4.1. Resultados.....	59
4.2 Análisis de resultados.....	65
V. Conclusiones	72
Aspectos complementarios	73
Referencias bibliográficas	84
Anexos	91

Índice de tablas

Tabla 1: Factores Individuales del embarazo precoz.....	59
Tabla 2: Factores sociales del embarazo precoz	60
Tabla 3: Factores económicos del embarazo precoz.....	61
Tabla 4: Factores culturales del precoz.....	62
Tabla 5: Percepciones sobre la atención del control prenatal de las gestantes adolescentes.....	64

Índice de figuras

Figura 1.1: gráfico de pastel según edad.....	73
Figura 1.2: gráfico de barras según escolaridad.....	73
Figura 1.3: gráfico de barras según religión.....	74
Figura 1.4: gráfico de barras según Estado Civil.....	74
Figura 2.1: gráfico de barras de la conformación del grupo familiar.....	75
Figura 2.2: gráfico de barras según el trato familiar antes del embarazo.....	75
Figura 2.3: gráfico de barras según el trato familiar al conocer sobre el embarazo....	76
Figura 3.1: gráfico de barras según fuente de ingreso económico de la familia antes del embarazo.....	76
Figura 3.2: gráfico de barras según ocupación de los miembros del grupo familiar.....	77
Figura 4.1: Gráfico de barras según el número de parejas del padre se su hijo antes del embarazo.....	77
Figura 4.2: Gráfico de barras según número de hijos que tiene el padre de su hijo.....	78
Figura 4.3: Gráfico de barras sobre el no uso el condón por parte del padre de su hijo.....	78
Figura 4.4: Gráfico de barras según el número de relaciones coitales que cree que debe tener una mujer para quedar embarazada.....	79
Figura 4.5: Gráfico de barras según la forma en la que su pareja le demuestra amor....	79
Figura 5.1: Gráfico de barras de la percepción según el tiempo de espera para realizar los trámites.....	80

Figura 5.2: Gráfico de barras de la percepción según el tiempo de espera para recibir la atención.....	80
Figura 5.3: Gráfico de barras según información que brinda el profesional de obstetricia sobre signos de alarma y cuidados.....	81
Figura 5.4: Gráfico de Tortas según la información que le brinda el profesional de obstetricia sobre planificación familiar.....	81
Figura 5.5: Gráfico de Tortas según la información que le brinda el profesional de obstetricia sobre nutrición en el embarazo.....	82
Figura 5.6: Gráfico de barras según el trato que recibió en la consulta.....	82
Figura 5.7: Gráfico de barras según la privacidad que tuvo en la consulta.....	83

Índice de cuadros

Cuadro 1: Matriz de operacionalización de la dimensión de factores individuales del embarazo precoz.....	47
Cuadro 2: Matriz de operacionalización de la dimensión de factores sociales del embarazo precoz.....	48
Cuadro 3: Matriz de operacionalización de la dimensión de factores económicos del embarazo precoz.....	49
Cuadro 4: Matriz de operacionalización de la dimensiones factores culturales del embarazo precoz.....	50
Cuadro 5: Matriz de operacionalización de la variable de las dimensiones sobre la percepción de la atención prenatal.....	52
Cuadro 6: Matriz de consistencia.....	56

I. Introducción

Se puede resumir que la adolescencia es un período de múltiples cambios donde el ser humano deja de ser ya un niño/a, pero este aún no alcanzado la madurez de un adulto. Tradicionalmente a la adolescencia se le suele describir como el inicio de muchas inestabilidades, turbulencias y con muchos riesgos tanto para el hombre como para la mujer. Pero a la vez también es una etapa muy agradable y feliz, ya que se encuentran en búsqueda de su propia identidad (1). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la adolescencia: como la etapa que transcurre entre los 10 a 19 años, considerando que la adolescencia temprana transcurre entre los 10 a 14 años y la tardía entre 15 a 19 años (2).

En los últimos años se está observando un descontrolado incremento de los embarazos precoces, el cual se está convirtiendo en un problema de salud pública, como social a corto y largo plazo, el cual afecta de forma notable el bienestar, tranquilidad y la salud reproductiva de muchas jóvenes, ya que asumir la maternidad en una etapa tan temprana de la vida, puede ocasionar dificultades en la salud, durante todo el período de la evolución de la gestación, parto, puerperio; ya que las complicaciones durante esta etapa son la segunda causa de muerte en todo el mundo en adolescentes de 15 a 19 años, posteriormente con repercusiones en el neonato. Esto considera a que intervienen múltiples factores que conllevan a los embarazos adolescentes, en donde las creencias culturales, los conflictos familiares, la situación económica y los círculos sociales llegan a transmitir un mensaje directo e indirecto a la comunidad adolescente, lo cual las vuelven vulnerables (3).

Pues bien, con respecto a la Atención Prenatal: todas las mujeres necesitan

atención y cuidados durante todo su embarazo y con mucha más razón si se trata de madres adolescentes. Esta Atención consiste en vigilar, acompañar y cuidar durante todo el embarazo a la madre y su hijo que está en el vientre; con la finalidad de ayudar, proteger y disminuir el máximo de los problemas que puedan ocurrir durante esta etapa; además esta atención debe brindarse con mucha responsabilidad, ya que de acuerdo al tipo de atención que brinde el profesional de obstetricia, se verá reflejada la percepción que tengan sobre esta (4).

Actualmente las gestantes no tienen una buena perspectiva sobre la atención Prenatal por parte del personal de Obstetricia, presentándose más casos en zonas rurales. Las adolescentes del Establecimientos de Salud El Indio I-3, no escapan de esta realidad por lo que se hace necesario realizar estudios para poder ampliar los conocimientos en cuanto a este problema. El mejor conocimiento de los factores asociados a embarazos en adolescentes nos va a permitir enfrentarlos de mejor manera y poder lograr el bienestar de las adolescentes en nuestro país (5).

Las Estadísticas Sanitarias Mundiales en el año 2014, indicaron que, la tasa media de natalidad mundial entre las jóvenes de 15 a 19 años es de 49 por cada 1000 adolescentes. Por un lado, en Níger se da un promedio de 233 embarazos por cada 1000 adolescentes, cifra que lo posiciona en el primer puesto a nivel mundial, por lo expresado del caso se da el tráfico de adolescentes embarazadas, cuyos bebés son vendidos en 4,000 a 4,600 euros. En Angola, en promedio las mujeres tienden a tener alrededor de 7 hijos; el 70% de ellas tienen su primer hijo en la adolescencia; la cifra promedio es 220 embarazos por cada 1000 adolescentes (5).

En América Latina y el Caribe, tiene la segunda tasa de embarazos adolescentes, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el pasado febrero del 2018. En esta región refieren que los embarazos ocurren en mujeres menores de 20 años en un 15% según la oficina regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa) (6).

A nivel nacional en Perú; el 13,4% de las adolescentes de 15 a 19 años han sido madres o están embarazadas, lo que presenta un incremento del 0,7% en el año 2017, con respecto al año 2016, el índice fue del 12,7%, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2017 y según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) detalló que, ese porcentaje, el 10,6% se convirtió en madre por primera vez en ese mismo año, además (ENDES), dio a conocer en Lima el 26 de mayo 2015 que, 1 de cada 3 jóvenes terminaron la primaria y estuvo embarazada en un 37,9% (7).

A nivel regional en Piura, la Dirección Regional de Salud (DIRESA), informó que las gestantes atendidas en los establecimientos de salud hasta agosto del 2017 fueron adolescentes entre 13 y 17 años. Vilma Camargo, coordinadora de la Etapa de Vida Adolescentes, manifestó que ese porcentaje corresponde a unos 1,730 embarazos adolescentes de un total de 18,680 a nivel de la región. La estadística la encabeza el Distrito de: Tambogrande con 174; Sullana con 113; Castilla con 102; Veintiséis de Octubre con 97; Chulucanas con 83; Bellavista con 75; Piura 71, según la última Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), la región de Piura se encuentra en el tercer lugar con respecto al ranking nacional del embarazo adolescente; Paita 67 y Sechura con 67 y los distritos con menos embarazos en adolescentes son: Rinconada

Llícuar con 3, Santo Domingo y Santa Catalina de Mossa con 2, Morropón con 1, Lobitos, El arenal y Amotape con 0 casos (8).

A nivel local las adolescentes del Establecimientos de Salud El Indio I-3, no escapan de esta realidad por lo que se hace necesario realizar estudios para poder ampliar los conocimientos en cuanto a este problema y poder enfrentarlos de mejor manera para lograr el bienestar de las adolescentes de nuestro distrito. De acuerdo a la información recogida de los registros obstétricos e informantes claves, nos da a conocer que los adolescentes en la zona del Indio son muy vulnerables. Dentro de los factores que conducen a que las adolescentes salgan embarazadas a temprana edad: es la falta de conocimiento de métodos anticonceptivos, falta de cariño y comprensión de los padres, autoestima baja, o solo por el simple hecho de querer experimentar, es importante resaltar una de las debilidades es que pocas de las gestantes adolescentes acuden al establecimiento, muchas veces por temor; lo que ponen en riesgo a sufrir daños en su salud sexual y reproductiva a pesar de contar con profesionales capacitados para realizar la atención (9).

El Establecimiento de Salud El Indio I-3, se encuentra localizado en el Indio S/N. Distrito de Castilla, Provincia de Piura, cuya población en es de 17, 819 habitantes, de las cuales 13 son madres adolescentes en el mes de Mayo de 2018, que acuden por primera vez al control prenatal. El Establecimiento de Salud El Indio I-3, viene trabajando con capacitación en promotores adolescentes en salud sexual y reproductiva, visita de seguimiento continuo a gestantes adolescentes, sesiones educativas sobre los temas de sexualidad, paternidad responsable y métodos anticonceptivos (9).

Por lo tanto, frente a la problemática nace la necesidad de plantearse la siguiente interrogante: *¿Cuáles son los factores del embarazo precoz y la percepción de las gestantes adolescentes sobre la atención prenatal brindada por el Profesional de Obstetricia del Establecimiento de Salud I-3 el Indio, Castilla - Piura, Mayo 2018?*

Para obtener el objetivo general se ha elaborado los siguientes objetivos específicos: (a) Identificar los factores individuales en las gestantes adolescentes atendidas en el Establecimiento de Salud I-3 El Indio, Castilla-Piura, Mayo 2018; (b) Identificar los factores sociales en las gestantes adolescentes atendidas en el Establecimiento de Salud I-3 El Indio, Castilla-Piura, Mayo 2018; (c) Identificar los factores económicos en las gestantes adolescentes atendidas en el Establecimiento de Salud I-3 El Indio, Castilla-Piura, Mayo 2018; (d) Identificar los factores culturales del embarazo en las gestantes adolescentes atendidas en el Establecimiento de Salud I-3 El Indio, Castilla-Piura, Mayo 2018; (e) Identificar la percepción sobre la atención prenatal brindada por el profesional de Obstetricia en las gestantes adolescentes atendidas en el Establecimiento de Salud I-3 El Indio, Castilla-Piura, Mayo 2018.

Para esta investigación se utilizó un diseño no experimental de corte transversal, tipo descriptivo y nivel cuantitativo, con una población muestral de 13 adolescentes embarazadas de 14 a 19 años, a quienes se les aplicó un cuestionario sobre factores del Embarazo Precoz y Percepción de las Gestantes Adolescentes sobre la Atención Prenatal brindada por el Profesional de Obstetricia. Finalmente, la siguiente investigación se justifica, ya que permitirá a los profesionales de obstetricia, crear alternativas sobre estrategias de prevención, ayudando a transformar y reorientar a las jóvenes y a las familias a tomar conciencia de la forma más correcta y eficaz, tratando de modificar los patrones de conductas y promoviendo los temas de salud sexual y

reproductiva tanto a los adolescentes como a su entorno con estrategias que mejoren y cambien la problemática que aqueja a la población.

Se obtuvieron los resultados con respecto a factores, demostraron que las edades de las gestantes adolescentes en un 92,31% son entre los 15 a 19 años; el grupo familiar en un 30,77% está conformado por los padres y pareja; reacción familiar ante el embarazo en un 53,83% fue con enojo, reclamos y reproche, motivo del padre para no usar condón en un 30,77% fue porque no se sentía igual o no le gustaba; Referente a la percepción, el tiempo de espera para ser atendidas por el obstetra en un 46,15% fue regular.

II. Revisión de la literatura

2.1. Antecedentes Internacionales:

Arana C, Martínez R, Rosales C. (10), Argentina 2013, realizaron un estudio cuali-cuantitativo descriptivo y de corte transversal denominado: “*Factores que predisponen los embarazos en las adolescentes*”, se puede observar que el 50% correspondió a embarazadas de 17 a 19 años, el 40% correspondió a adolescentes de 14 a 16 años y el 10 % a las adolescentes de 10 a 13 años; el 70% manifestó ser creyente de la religión católica, el 20% a otras y solo el 10 %, testigos de Jehová, además el 50 % de la muestra manifestó estar en pareja, un 36,67% dijo estar sin pareja y solo el 13,33% refirió estar casada.

Montoya J. (11), México 2013, realizó un estudio prospectivo titulado: “*Causas del embarazo adolescente y las consecuencias sociales de la Maternidad precoz*”, se muestra que el 78% de las adolescentes son amas de casa, mientras que las que estudian y trabajan tienen el 11%. También se puede observar en un mayor porcentaje que el 46,15% de los ingresos económicos para el sostén de la familia antes de su embarazo eran proveniente del Padre. Por otro lado, con respecto a la ocupación que tienen los miembros del grupo familiar en un 61,54% manifestaron que trabajan y estudian.

2.2. Antecedentes Nacionales:

Angulo M. (12), Perú 2015, realizó un estudio descriptivo denominado: “*Factores de Riesgo familiares que influyen en el embarazo adolescente en el servicio Ginecobstetricia del Hospital Base Víctor Lazarte Echeagaray - ESSALUD - Trujillo, año 2015*”. El 44% pertenecen a una familia nuclear Monoparental, el 41% han

manifestado estar en una familia nuclear biparental, el 9% estar en una extensa y el 8% agregada. El 41% de las adolescentes, acerca del trato que recibió antes del embarazo con sus padres es regular, siguiéndole un 25% buena. Acerca de la reacción de los padres al enterarse del embarazo en un 80.00% las gritaron, pero las apoyaron.

Ponce A. (13), Perú 2017, denominada: *Factores que determina la prevalencia de embarazo reincidente en adolescentes, Aclas Pillco Marca Huánuco -2017*, se puede observar que la edad de la adolescencia en su mayoría es de 14 - 15 (50,9%) y la mayoría de habitantes proceden de Pillco Marca (88,4%). Así mismo los determinantes sociales predominantes en las en el embarazo al grado de instrucción que más predomina es secundaria incompleta con una proporción de (32,1%).

2.3. Antecedentes Regionales:

Córdova V. (14), Piura 2016, realizaron un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal titulado: *“Factores que predisponen el embarazo precoz y percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brinda por el profesional de salud en el control prenatal del establecimiento de salud I-3 San José, Piura 2016”*, en donde los resultado fueron los siguientes: con lo que respecta a la conformación del grupo familiar en un 30,77% viven con la pareja y padres de la pareja; por otro lado, en un 46,15% de las adolescentes embarazadas consideraron que el trato que recibió de su familia antes de su embarazo fue bueno; diferente fue la reacción de la familia al conocer sobre su embarazo, puesto que el 53,85% los padres reaccionaron con enojo/reclamos/reproches.

Suárez L. (15), Piura 2017, realizaron un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal denominado: *“Factores que predisponen el embarazo precoz y percepción*

de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el Profesional de Obstetricia en el control prenatal del Establecimiento de Salud I-2 Letira, Sechura - Piura 2016”, dentro de los factores económicos se determinó que el 65% de los miembros de su familia trabaja; con respecto a los factores culturales un 65% cree que debe tener varias relaciones sexuales para quedar embarazada; al evaluar los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva el 40% no posee conocimientos sobre salud reproductiva.

Navarro D. (16), Piura 2015, realizaron un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal denominado: *“Factores que predisponen al embarazo precoz y percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional de obstetricia en el control prenatal del establecimiento de Salud I-3 Cuncungará - Cura Mori - Piura 2012”*, un 50% no sabe cuántas parejas han tenido el padre de su hijo, mientras que un 65% refiere que el padre de su hijo no tiene otros hijos, un 30% refiere que su pareja le demuestra su amor con un buen trato mientras tanto otro 30% dice que no está con su pareja/no sabe nada de él.

Pasache C. (17), Piura 2016, realizaron un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal titulado: *“Factores que predisponen el embarazo precoz y percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional de obstetricia en el control prenatal del establecimiento de Salud I-1 Ocoto Alto del Distrito de Tambogrande - Piura, 2016”*. Se evidencia que el 60.00% de las adolescentes no saben cuántas relaciones coitales debe tener una mujer para poder salir embarazada.

García K. (18), Piura 2016, realizaron un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal denominado: *“Factores que predisponen al embarazo precoz y percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el personal de obstetricia en el Establecimiento de Salud I-1 Mala Vida -Sechura - Piura 2016”*, se evidenció en cuanto a las percepciones de las adolescentes embarazadas sobre el control brindado por el profesional de Obstetricia se obtuvo que el 81,82% indica que los trámites es regular, el 72,73% tuvo que esperar regular tiempo para recibir la atención, el 63,64% indica que la información recibida sobre signos de alarma y cuidados fue regular; el 90,91% refiere que recibió información sobre planificación familiar mientras el 63,64 % recibió información sobre nutrición en el embarazo; en cuanto al trato recibido durante la consulta las adolescentes refieren que fue buena en un 54,55% respectivamente y en el 54,55% de las encuestas la privacidad durante la atención fue buena.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Teorías de la adolescencia.

En el primer momento que el hombre tomó conciencia de las diferencias individuales ha insistido en estudiar el desarrollo de su vida a través de las experiencias que va viviendo; estos estudios han generado una gran diversidad de teorías del desarrollo que tratan de explicar de manera sencilla y entendible todas las etapas por las que atraviesa el ser humano en su vida. Varios teóricos se dieron la tarea de clasificar el comportamiento del ser humano en sus diferentes etapas del desarrollo desde diferentes perspectivas de la vida. Estas teorías han ido tomando su tiempo y cada una tiene una visión particular sobre la adolescencia y el comportamiento de las personas que pasan por esta etapa de la vida. De estos esfuerzos se logra categorizar el

desarrollo humano, la cual se establecen las siguientes teorías más resaltantes (19):

2.2.1.1. Teoría del Psicoanálisis de Jacques Lacan (Paris 1901).

Jacques fue Médico Psiquiatra y Psicoanalista Francés, reconocido por sus grandes aportes teóricos Psicoanalíticos basándose básicamente en la experiencia analítica de Sigmund Freud, incorporando a su vez el estructurismo, la lingüística estructural, la matemática y la filosofía. Entre sus aportes tenemos:

a) La Teoría del espejo

Jacques analizó la formación del yo, en toda la fase del desarrollo psicológico de los bebés de 6 a 18 meses. Da conocer que, cuando un bebé nace está completamente desprotegido y este necesita de otros para poder sobrevivir; es por tal motivo que las personas que lo rodean cautivan su visión inmediatamente, por tal razón que el bebé se atraído y fascinado por estas imágenes que el observa y que a su vez llegan a forman parte de su mundo. Por tal razón, para poder superar y suplir su propio desamparo el bebé empieza a imitar todo lo que ve, es decir toma lo observado de las imágenes y lo proyecta. En su estudio se explica que, cuando el bebé se ve por primera vez a un espejo este lo celebra con un gesto de alegría y júbilo, es decir, le gusta la imagen que el espejo proyecta por primera vez; no ve la imagen como reflejo, si no como se percibe el mismo como ser. En otras palabras, forma una identificación con ellas. Este tipo de aprendizaje de identificación del yo, se puede extrapolar a las relaciones sociales e interpersonales que adquieren a lo largo de toda la vida (20).

b) Registros de las Tres Órdenes

- **El orden imaginario:** es la forma de cómo percibimos al resto y como notamos lo que nos quieren decir cuando se comunican con nosotros; en otras palabras, es la forma en que percibimos, desde la perspectiva de otra persona. Este estadio identifica a su imagen como la formación del yo. Jacques, dice que el individuo tiene una sola imagen de la realidad.
- **El orden simbólico (externo):** son las ilustraciones e imágenes, donde el individuo se forma como un sujeto. El padre instauro la Ley, el orden y los logros, por este medio es que se puede pensar racionalmente, este ordena la información procedente del registro de lo imaginario y de lo real, así se podrá tener comunicación relativamente coherente entre los sujetos de la especie
- **Lo real:** se requiere la unión de los dos registros anteriores, ya que se trata de lo que no es imaginario ni se puede simbolizar. Lo real aparece en la esfera de la sexualidad, de la muerte, el horror y el delirio. Es lo que no se puede pensar, imaginar ni representar, es lo inconceptualizable, lo que no se puede poner en la palabra o el lenguaje. Es todo aquello que tiene una presencia y existencia propia y no se puede representar; aunque las palabras se asemejen (20).

2.2.1.2. Teoría de la psicología biogenética de la adolescencia Stanley Hall (1844-1924).

Hall, fue un pedagogo y psicólogo estadounidense, se focalizó en el desarrollo de la niñez a lo largo del ciclo vital, y la psicología genética y explicación psicológica de las creencias sobrenaturales, entre ellas la religión y el espiritismo (21).

- a) **Ley de la recapitulación:** plantea que el organismo individual del desarrollo atraviesa por etapas que corresponden aquellas que ya se dieron durante la historia. Esto significa que los cambios que experimentan las personas a lo largo del ciclo vital son equivalentes a los que tuvieron lugar con la evolución de nuestra especie (21).
- b) **Concepción del desarrollo:** el desarrollo obedece a factores fisiológicos que están determinado genéticamente y estas fuerzas controlan y dirigen el crecimiento y la conducta del humano. Es decir que el humano comienza su vida a partir de los comportamientos primitivos y salvajes y este va evolucionando hasta llegar a una madurez civilizada (21).
- c) **Las 4 etapas de la vida de los seres humanos:** las características de cada etapa del desarrollo del humano corresponden a algunas fases que fueron históricamente primitivas en la evolución de la raza humana, entre ellas existen 4 etapas:
- **Etapas de la Infancia o etapa animal (0 - 4 años):** durante esta etapa se representa al niño/a como la etapa animal de la raza humana. El niño va adquiriendo actitudes sensomotrices para poder preservarse. Ejemplo: el placer que sienten los niños al jugar en el agua se debe a que generan experiencias agradables de sus antepasados los peces. También implica el gateo como un desarrollo sensorial de autoprotección intuitiva (21).
 - **Etapas de la niñez o etapa cultural (5 -7 años):** durante esta etapa el niño recapitula la vida salvaje con predisposición favorable a la

ejercitación y la disciplina en la cual también comienzan a civilizarse. En esa etapa de la niñez corresponde a la época de los cazadores y recolectores, el niño se comporta de forma similar a la vida del hombre de las cavernas (21).

- **Etapa de la juventud o etapa del pre adolescente (8- 12 años):** el joven reitera la vida del salvajismo. En esta etapa el humano está predispuesto para la adaptación, la ejercitación, el adiestramiento y la disciplina; momento en el cual es apto para realizar aprendizajes de todo tipo (21).
- **Etapa de la Pubertad o Etapa de la tormenta e ímpetu (13- 24 años):** la turbulencia y contradictoria, motivada por la sexualidad, que lleva del amor a sí mismo al destino de la humanidad y a Dios. Se caracteriza por la energía, la exaltación, la indiferencia, el letargo, el desgano, la melancolía, el egoísmo, la presunción, la vanidad y altruismo idealista. Puede pasar de la euforia a la depresión, de la vanidad a la timidez. Es también una etapa donde el adolescente desea la soledad, pero al mismo tiempo con necesidad de hacer grupos y amistades (22).

2.2.1.3. La Teoría de los mecanismos de defensa del adolescente, según Anna Freud 1895 -1982).

Freud, descubrió que los niños a menudo requieren diferentes tratamientos psicológicos que los adultos, y destacó el papel que los primeros trastornos en el apego entre padres e hijos podrían desempeñar en el desarrollo posterior y sus problemas

psicológicos. Anna Freud se profundizó en las teorías de su padre, haciendo hincapié en que los niños se desarrollan a través de las fases de desarrollo distintas, algunos de los cuales son (23):

a) La represión: es el olvido motivado, cuando no existe un control de impulsos que son considerados como inadecuados.

a.1. Negación: es cuando la persona no acepta, no quiere volverse consciente de algún hecho, relación u objeto que desequilibre su yo.

b) Proyección: Brindar a otros los deseos o impulsos que nos pertenecen que nos parecen inadecuados.

b.1. Renuncia altruista: cuando una persona se proyecta de tal manera que solo se satisface con el éxito de otros, es posible que deje sus ideales para que el otro los logre.

b.2. Desplazamiento: es una reorientación del impulso, dirigir nuestra conducta hacia otra persona u objeto, es también la transferencia de sentimientos negativos en una persona diferente.

c) Volverse contra el Yo: el individuo ataca a su yo, sus deseos o impulsos son dirigidos al interior.

d) Sublimación: es dejar que el impulso se manifieste, pero a través de una conducta socialmente aceptable.

e) Introyección: hacer y tomar como nuestras conductas, creencias o características de otras personas u objetos.

f) Aislamiento: quitarle a algún evento importante su significado emocional.

g) **Deshacer:** cuando el individuo elimina por completo de su memoria alguna acción antes de que la tome como suya.

h) **Regresión:** los niños pequeños traumatizados, por ejemplo, pueden “olvidar” etapas de conocimiento ya superadas. Freud defendió a lo largo de toda su vida la necesidad de cuidar y atender las relaciones tempranas de un niño como mecanismo esencial para su correcto desarrollo. La práctica terapéutica de Anna Freud se volcó exclusivamente en los niños, y no solo eso, su propia vida quedó dedicada al amparo de los niños que carecían de cuidados básicos (23).

2.2.1.4 La Teoría del Desarrollo Psicológico del niño y la educación de Henri Wallon (1879).

Wallon fue un Psicólogo, Pedagogo y Médico Francés, dice que el desarrollo del ser humano se produce por una transición que va desde lo biológico o natural, hasta lo social o cultural, y se da gracias a la presencia de otro. En primer lugar, explica que el desarrollo de los niños se combina con el aspecto cognitivo, motor, afectivo y motriz que se constituyen para la base del desarrollo de la percepción, las emociones y por último el lenguaje. También dice que los factores sociales pueden llegar a ser innatos o adquiridos ya que se pueden construirse con ayuda o presencia de otros. En segundo lugar, nos dice que las diferencias biológicas pueden terminar en sociales. Por lo tanto, lo biológico y lo social constituye un dúo dialéctico. Wallon tiene 4 factores para explicar la evolución psicológica del niño entre ellas: la emoción, el otro, el medio (físico, químico, biológico y social), el movimiento (acción y actividad) (24).

a) **Principios de Wallon relacionados con la educación:** para Wall la educación es el resultado de conjuntos históricos, ambientales y psicológicos. Toma la realidad tal cual para analizarla y entre ellos encontramos los siguientes:

- **Necesidad de partir del nivel de desarrollo del niño:** el aprendizaje es un proceso de adquisición de grandes intercambios con el medio. Por ejemplo, en la educación física, hay que prestar mucha atención en el desarrollo motor en relación con el tipo de aprendizaje.
- **Interesar al alumnado:** las actividades deben presentarse de forma atractiva para que se puedan adaptar a los intereses del alumno para así poder garantizar su éxito total.
- **Aprendizaje significativo:** el niño puede aprender todo aquello que le encuentra sentido o lógica, de lo contrario lo rechazará y será un aprendizaje memorístico y mecánico (24).
- **Aprendizaje funcional:** es cuando el alumno aprende algo y puede realizar lo aprendido en otra situación para resolver algún problema determinado.
- **Aprendizaje compartido:** se trata de una cadena de procesos que deben compartir los compañeros de clase y maestros, ambos con la misma finalidad.

b) **Estadios de Desarrollo del niño en el Modelo de Wallon:** Wall lo define como un conjunto de características que se llegan a establecerse a partir de las relaciones que tiene el humano con el medio en un momento dado del desarrollo. Los estadios son los siguientes (24):

- **Pulsividad motriz - emocional: 0 -1 año,** lo define como la construcción del individuo, donde el que bebé requiere de cuidados para satisfacer sus necesidades fisiológicas.

- **Sensorio motriz - proyectivo: 2 - 3 años**, está orientada a las relaciones con otros objetos, donde el niño necesita de su madre. Se produce el paso de lo fisiológico a lo psicológico, con la adquisición de nuevas capacidades como la marcha, el lenguaje, la función representativa, etc. Que le va a permitir actuar en el medio.
- **Personalismo: 3 - 5 años**, necesidad de la afirmación., se da la construcción de la identidad a través de estrategias:
 - Oposicionanismo: 3 años, la actitud es negativa.
 - Edad de gracia: 4 años, trata de seducir y atraer la atención del adulto con sus mejores habilidades.
 - Imitación: 5 años, identificación con sus personajes favoritos o de quien se sienten celosos (24).
- **Pensamiento Categorical: 6 - 11 años**, especial interés por los objetos. Comienzo de la etapa escolar y aprendizaje de nuevas habilidades para actuar sobre el mundo, con la lectura, la escritura, las matemáticas.
- **Pubertad - Adolescencia: 12 años**, dirigida a la afirmación del yo. Cambios físicos que comprometen el esquema corporal y cambios psíquicos que conducen a la consolidación de la identidad y a la reflexión sobre su propio lugar del mundo. Conflictos y ambivalencias afectivas y desequilibrios (24).

2.2.1.5 La Teoría de las etapas del desarrollo psicosocial de Erick Erikson (1902).

La teoría psicosocial fue presentada en 1989, a partir de la reinterpretación de las fases psicosexuales de Sigmund Freud el cual se divide en facetas:

- **Identidad del yo:** El yo hace referencia al sentido consciente de uno mismo que desarrollamos a través de la interacción social. Esta etapa se da mayormente cuando empieza la adolescencia, donde todo adolescente se pregunta: “¿Quién soy Yo”? Además comenzaran a mostrarse más independientes y a separarse de los Padres y quieren pasar más tiempo con las amistades y comienzan a pensar en el futuro (25).
- **La confianza - Desconfianza:** este evento se origina desde que el niño nace hasta aproximadamente cuando el joven cumpla la mayoría de edad y estará ligado al trato que este desarrolle con su madre.
- **Laboriosidad - Inferioridad:** en esta etapa el niño empieza su instrucción preescolar y escolar, acá el niño se siente nervioso y ansioso por jugar y conocer a sus amigos; además de poder compartir las tareas.
- **Competencia:** Además de la identidad del yo, Erikson cree que un sentido de competencia motiva conductas y acciones. Cada etapa de la teoría de Erikson pone interés en cómo adquirir competencias en un área de la vida. Si la etapa se maneja bien, la persona se sentirá satisfecha y segura. Si la etapa se gestiona mal, en la persona va a surgir un sentimiento de inadecuación (25).
- **Conflictos:** Erik cree que la gente experimenta en cada etapa un conflicto que sirve como punto de inflexión en su desarrollo. En opinión de Erikson, esos conflictos se centran bien en el desarrollo de una cualidad psicológica o en no lograr desarrollar esa cualidad. Durante esos momentos, el potencial para el crecimiento personal es alto, pero también lo es el potencial para el fracaso (25).

2.2.2 Etapas Evolutivas de la Adolescencia

Existen muchos criterios para establecer en qué momento inicia y en qué momento termina las etapas de la adolescencia, en realidad no existe un criterio verdaderamente objetivo para establecerlo, solo dependerá en qué parámetro se fije; entre ella; Unicef lo define de la siguiente manera:

- **Adolescencia temprana (10 a 14 años):** en esta etapa, por lo general empieza a manifestarse los cambios físicos, ya que, esta etapa empieza con un acelerado desarrollo, crecimiento de los órganos sexuales, las características sexuales secundarias y cambios físicos, el cual puede llegar a ser motivo de ansiedad o entusiasmo para los adolescentes ya que su cuerpo está sufriendo muchas transformaciones. El desarrollo físico y sexual, es más acelerado en las niñas, ya que entran a la adolescencia unos 12 o 18 meses antes que los niños. Esto se debe al lóbulo frontal, la cual es la parte que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones. En general, en esta etapa toman conciencia de su género y pueden ajustar conductas o apariencias a las normas que observen, además de sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual (26).
- **Adolescencia tardía (15 a 19 años):** abarca la segunda década de la vida, donde han tenido lugar los cambios más importantes, aunque su cuerpo aún se mantiene en constante desarrollo. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose y su capacidad analítica y reflexiva aumenta. Las opiniones y comentarios de los miembros de su grupo social suelen ser importantes al comienzo, pero a medida que avanza su edad logran adquirir mayor confianza y claridad acerca de su identidad y sus propias opiniones. Esta es la etapa donde

los adolescentes empiezan a experimentar “un comportamiento adulto”. En esta etapa las jóvenes llegar a sufrir consecuencias negativas en su salud, como es la depresión, abuso basado en género, estereotipos culturales y embarazos no deseados (26).

2.2.3 Teorías del embarazo en adolescentes

Resulta a veces difícil entender porque una joven se embaraza a temprana edad, estando en una sociedad donde no se es bien visto las relaciones coitales antes del matrimonio y el embarazo a una corta edad. Lo ideal que se busca es que los jóvenes terminen toda la escuela, se hagan económicamente independiente con un sueldo fijo y bien remunerado, se casen y formen una familia antes de tener a su primer hijo. Algunos de los estudiosos han dado sus diferentes interpretaciones sobre las teorías del embarazo, entre ellas encontramos (27):

- a) **Teoría de la Actitud, según Kurt Lewin:** las jóvenes, con embarazo adolescente entran en un periodo de inestabilidades, por esto es necesario conocer los elementos del ambiente y personales en interacción de los jóvenes, o sea su espacio vital para comprender su conducta. Al salir embarazadas, se ven en un espacio ambiguo y sin estructura, debido a que presenta un rol confuso y difícil de distinguir, ya que desean aun estudiar, divertirse, antes que ser madres (27).
- b) **Teoría de Baron y Byrne:** existe el aprendizaje social, condicionamiento clásico, condicionamiento instrumental y comportamiento social. En cuanto a la formación se toma en cuenta la teoría:
 - **Teoría del Comportamiento social:** en aquellos casos la gestante

adolescente enfoca su actitud, decisiones en torno a las opiniones, juicios que se generan en su entorno y las opiniones ya que pasan a ser influenciadas directa o indirectamente.

- **Teoría del aprendizaje social:** en un entorno donde existe embarazos adolescentes resulta ser más sencillo y sentirse respaldadas en sus actitudes a tomar (27).
- c) **Teorías de la actitud según Thomas y Znaniecki:** es un proceso de la conciencia individual que determina la actividad real o posible del adolescente en el mundo social, mientras que los valores son cualquier dato con contenido empírico accesible a los miembros de un grupo social y con un significado en relación al cual este a objeto de actividad.
- d) **Teorías de la actitud según Allport:** es difícil definir y medir las actitudes, aunque los intento para medirlas han tenido éxito que para definir las. Las actitudes son de disposición innata, considerando estos tres aspectos: donde destaca, lo emocional, elementos cognitivos y la influencia en la conducta, esto suele manifestarse durante el periodo pre y post embarazo (27).
- e) **Teoría de Freud:** con respecto a los adolescentes, manifiesta que este pasa por una etapa de maduración psicológica y a su vez su conducta sexual se vuelve muy expresiva generando un mayor acercamiento con el sexo opuesto generando un mayor acercamiento con el sexo opuesto y las relaciones sexuales (27).
- f) **Teorías de actitud**
- **Teoría del Aprendizaje:** según esta teoría, se aprenderán actitudes del

mismo modo en que se aprende todo lo demás. Las jóvenes madres no desean el embarazo a esta edad, por lo cual deben aprender a adaptarse a esta etapa.

- **Teoría de la consistencia cognitiva:** según esta teoría, cuando existe la incoherencia entre dos estados de conciencia hace que las personas se sientan incómodas. En el caso de las gestantes adolescentes, deben asumir una multiplicidad de roles, vale decir, tanto sus roles como adolescente, como los roles adultos que adquiere con la maternidad, para los cuales no está preparada.
- **Teoría de la disonancia cognitiva:** siempre que se tengan dos ideas, actitudes u opiniones que se contradigan, ese estará en un estado de disonancia cognitiva o desacuerdo. De acuerdo al periodo en que se produzca el embarazo se pueden encontrar diversos tipos de actitudes frente al embarazo adolescente (27).

2.2.4 Percepción

Es el primer proceso cognitivo, del cual los sujetos captan una información de su entorno. Este término ha sido estudiado tanto teóricamente y empíricamente, dentro de los campos de la antropología, filosofía, sociología y la psicología. Percepción es el mecanismo individual que realiza el individuo, para poder recibir, interpretar y comprender señales provenientes del exterior (28):

- **Percepción auditiva:** fenómeno físico psicobiológico, que tiene la capacidad de poder reconocer, interpretar y discriminar los tipos de estímulos auditivos que se puedan asociar a las experiencias previas, y que a la vez nos informa de lo que se acontece en nuestro alrededor, para mantenernos alerta y en la

constante vigilancia dada por: la conciencia, la asociación, la memoria, discriminación y la combinación de los sonidos que dan las palabras.

- **Percepción visual:** tiene gran importancia con el espacio que habitamos. La percepción táctil del ser humano solo es capaz de captar el objetivo para luego asociarlo en una imagen integra. Por el contrario mediante la vista se pueden percibir una imagen totalmente integra de lo que se quiere percibir. La vista logra funcionar como receptor pasivo, en donde las formas de las imágenes quedan grabadas en la retina, luego pasan al cuerpo geniculado externo y después a las áreas occipitales de la corteza cerebral (28).

2.2.4.1. Teorías de percepción:

La percepción con el paso del tiempo ha tenido variadas definiciones, donde el adolescente es capaz de distinguir las interconexiones más significativas y las dependencias de causa y efecto. Para el cual existen algunas teorías:

a) Teoría del planteamiento ecologista de Gibson

Es un proceso simple, en el que, el estímulo es la información, sin necesidad de procesamientos mentales internos posteriores. Este planteamiento parte del supuesto de que en las leyes naturales de cada organismo están las claves intelectuales de la percepción como un mecanismo de supervivencia, es decir solo percibe aquello que puede aprender y le es necesario para poder sobrevivir (28).

b) Teoría de la psicología clásica de Neisser

Es un proceso activo-constructivo, en el que el receptor antes de procesar una nueva información con los datos archivados en su conciencia, construye un

esquema informativo anticipatorio, que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo según lo adecue o no a lo propuesto. También se apoya en la existencia del aprendizaje (28).

c) Teoría de la psicología moderna

La percepción se puede definir con un conjunto de procesos y actividades relacionadas con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante el cual se obtiene información respecto a nuestro habitar, las acciones que se efectúen y los estados internos. Esto presenta dos partes: el tipo de información obtenida y la forma en que esta se logra conseguir (28).

d) Asociacionismo

La percepción está formada por átomos de sensaciones aisladas. En la cual primero se captan las sensaciones aisladas y posteriormente el cerebro, las asociará construyendo la percepción global del objeto. El sujeto actúa como receptor pasivo de los estímulos (28).

e) La psicología de Gestalt

En esta teoría el ser humano no percibe partes que sumadas dan un todo, sino que le es más práctico captar totalidades estructuradas. La mente del hombre posee una capacidad organizada que le permite captar toda la información exterior en forma agrupada (29).

2.2.4.2. Fases de la percepción

En el caso de la percepción visual, suelen diferenciarse una serie de fases o estadios:

- **Visión temprana:** conjunto de procesos visuales que crea una representación inicial de propiedades sensoriales elementales como el movimiento, color, profundidad y la disposición espacial de los objetos como la orientación, el tamaño y la distancia con respecto al observador, para lograr tener información de la forma y poder obtener la identidad de los objetos.
- **Organización perspectiva:** es un sistema visual donde se pone en juego una serie de mecanismos por medio el cual logra una constancia perceptiva de los distintos elementos de información obtenidos tras la fase de visión temprana, así como una especificación del modo en que se organizan como una totalidad cada uno de estos elementos, para poder así relacionarlos con los distintos objetos y superficies que forman la imagen visual (29).
- **Reconocimiento:** el resultado de los conjuntos de los procesos se logra información acerca de la identidad, significado y función de los distintos elementos que nos rodean. Se considera que el reconocimiento perceptivo se basa en el establecimiento de algún tipo de correspondencia entre la información visual obtenida en cada momento con un conocimiento almacenado a largo plazo sobre el aspecto visual de las cosas (29).

2.2.4.3. Percepción en salud

La percepción de la calidad de la salud es la visión que tiene el paciente sobre el grado de cumplimientos de sus expectativas que recibe y percibe sobre atención que brinda el profesional de salud. Incluye la satisfacción de los resultados que pueden ser conscientes, que es cuando el usuario se da cuenta y llega a percibir ciertos eventos; y el inconsciente, cuando se realizan procesos de selección y organización de las

sensaciones. En conclusión, la percepción es el reconocimiento de vivir y sentir experiencias, conocimientos que son previamente adquiridos a lo largo de la vida y que les permitirá identificar, aprender e interactuar con el medio que los rodea (30).

La Real Academia Española, define como percepción: el percibir con alguno de los sentidos las imágenes, impresiones o sensaciones externas del medio. Cabe resaltar, que la percepción posee un nivel de existencia consciente, que es cuando la persona se da cuenta de lo que percibe y reconoce ciertos eventos y; el inconsciente, es cuando se realizan procesos de selección y organización de las sensaciones. Por otro lado la salud desde siempre ha sido la percepción que tiene el ser humano para poder encontrar un equilibrio con el ambiente que nos rodea, ya sea biológicamente con nuestro cuerpo, espiritualmente, socialmente, económicamente y políticamente. Cada vez resulta más fácil poder analizar las perspectivas de los pacientes, basándose de las experiencias y eventos que han tenido de parte del profesional de salud; ya que a partir de ahí se puede obtener un conjunto de puntos de vista sobre la atención de la calidad (30).

a) Factores que influyen para la buena percepción en la atención:

- **Disminuir el Tiempo de espera en la atención de los consultorios:** el tiempo de espera logra medir por la oportunidad y la disponibilidad que deben tener los servicios al momento que el paciente u usuario lo requiera. Además este es un factor principal para poder medir la satisfacción y la adecuada percepción del usuario hacia el prestador de la atención. La razón de identificar el tiempo promedio que espera un paciente para la atención, es para lograr la identificación y mejora de los servicios (30).

- **Brindar adecuada información, orientada hacia el/los usuario/os:** es la forma de enfocar la prestación de los cuidados, en la que, se debe considerar a los pacientes como verdaderos protagonistas, de forma que deban recibir todo aquello que esperan conseguir en la consulta, identificando su situación.
- **Dar buen trato:** es importante identificar las actitudes y habilidades emocionales del personal que brinde la atención ya que así se estará logrando una buena perspectiva sobre el prestador de la atención y la institución, esta debe estar relacionada con la empatía, el reconocimiento, la comunicación, la interacción y la negociación para lograr un resultado satisfactorio con el paciente y su evolución en la mejora (30).
- **Privacidad:** es considerado un derecho de todo paciente a decidir por sí mismo. La privacidad del paciente logra determinar ¿Cómo?, ¿Cuándo? y hasta donde puede compartir su información y su intimidad con una determinada persona. Todos los profesionales de salud están en la obligación de cumplir con esta política establecida; la violación de esta, es considerada motivo a sanciones penales o profesionales de acuerdo a los reglamentos (30).

2.3. Marco conceptual

2.3.1. Embarazo adolescente:

La adolescencia, muchas veces esta etapa suele ser muy agotadora, confusa, revitalizadora y apasionante, donde también surgen muchos pensamientos abstractos. La palabra adolescencia proviene del verbo latín "adolescens, - entis" o "adolescētia" que significa "adolescencia, juventud, jóvenes". En cambio, La real Academia Española señala que, la adolescencia proviene del antiguo "adolecer" que significa "doleré, doler; enfermar", lo cual no guarda relación con el verbo latín. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), señala que los adolescentes desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad.

La adolescencia es una etapa de crecimiento y desarrollo, con adquisición de nuevas funciones en las esferas biológicas, psicológicas y sociales; Siendo la capacidad reproductiva el primer evento que se produce. Muchas veces el embarazo inesperado en los adolescentes puede resultarles ser muy sorprendente, ya que no es un evento esperado por los adolescentes; los cuales pueden llegar a tener cambios en su comportamientos y actitudes dependiendo de su historial en relación al contexto familiar, social y personal en que se encuentre. Es por ello que se han llevado a cabo innumerables esfuerzos para educar a los jóvenes acerca de todo lo concerniente al sexo y a los diferentes métodos de control de natalidad (31).

2.3.2. Factores que predisponen el embarazo adolescente

El embarazo en los adolescentes muy pocas veces es casual y menos aun conscientemente buscado por los jóvenes; muchas veces no pueden comprender las

consecuencias que estos actos traen consigo, y mucho menos de asumir responsabilidades impropias en esta etapa de su vida. Estos embarazos precoces en general están ligados a una serie de factores, entre los más importantes encontramos los: sociales, económicos, culturales, familiares (31).

a) Factores sociales

Es el grupo, la familia, los roles, el estatus social, donde se interactúa para alcanzar metas tanto individuales como colectivas. Además, los factores sociales son considerados como la causa principal de los embarazos en adolescentes entre ellos tenemos los siguientes (31):

- **Presión del grupo:** los adolescentes se encuentra siempre en la búsqueda constante de su propiedad identidad, libertad e intentando continuar con sus vínculos afectivos con otras personas que estén desligadas totalmente de su núcleo familiar, y se refugian en amigos/as y por ley natural de la vida, de ahí progresa hacia una relación amorosa, donde generalmente, terminan iniciando su vida sexual a una temprana edad, por lo cual muchas veces por su falta de consciencia salen embarazadas (31).
- **Medios de difusión masiva:** la influencia de los medios de comunicación como; la radio, tv, periódicos, revistas, video juegos, etc. Promueven las relaciones amorosas sin ningún tipo de sentido, ni respeto hacia la persona, el cuerpo, ni salud mental de niños y adolescentes.
- **Uso y abuso de alcohol y drogas y curiosidad:** en la actualidad el consumo de drogas y alcohol se inicia a muy temprana edad, el cual impulsa a los

adolescentes a tener curiosidad y se embarcan a nuevas experiencias, sin tomar en cuenta la consecuencia que este trae consigo.

- **Sentimiento de soledad, falta de amor y baja autoestima:** este proceso es muy común en la mayoría de las adolescentes, se da muchas veces por los cambios hormonales, situaciones estresantes, pero muchas de las adolescentes no lo toman de la mejor manera, y se vuelven inseguras, desvalorizadas, lo que las hace buscar nuevas experiencias para sustituir ese vacío que las embarga, llegando a tener relaciones sexuales para poder sentirse queridas y/o llenar ese vacío (31).
- **Abuso sexual:** la violación sexual en las adolescentes es una de las expresiones más extremas de la violencia contra la mujer. Muchas veces en sus propias casas y por personas cercanas o sus mismos familiares. Estadísticamente no se sabe exactamente el total de adolescentes violadas, ya que se presenta la denuncia cuando han salido ya embarazadas, pero un aproximado de adolescentes abusadas es de 13 de cada 1000 en jóvenes entre 15 a 19 años (32).
- **Promiscuidad:** los adolescentes, niños/as están expuestos a imágenes y mensaje sexuales, por lo que llegan asumir que los actos sexuales es una norma o una moda, en donde se critica y es mal visto a las adolescentes vírgenes. Hay 2 tipos de promiscuidad: la activa y la pasiva.
 - **Activa:** la sexualidad la viven plenamente, sin ningún tipo ataduras, remordimientos ni prejuicios. También se encuentran en la condición de poder participar en orgias, ir a prostíbulos, entre otros.

- **Pasiva:** sus actos sexuales no siempre están acordes a su voluntad, ya que pueden estar ligados a factores culturales, sociales, entre otros. En este caso siempre tienden a ser más responsables y suelen controlar el pudor (33).

b) Factores económicos: son las actividades que tienden a incrementar la capacidad productiva de bienes y servicios de una economía, para lograr la satisfacción de las necesidades del ser humano.

- **Conseguir un compañero que la solventa económicamente:** cada vez son más las jóvenes buscan un hombre que las pueda solventar, que le ofrezca dinero a cambio de una relación y/o un embarazo.
- **Bajo nivel educativo:** la falta de educación tiene un efecto muy importante en el embarazo de las adolescentes. Trayendo consigo la desinformación sobre los temas de salud sexual y reproductiva, ignorando muchas veces como es que funciona el aparato reproductivo, como y cuando se produce la fecundación, el inicio del ciclo menstrual, entre otros temas. Además, se dice que la educación es el mejor medicamento contra el fatalismo (34).

c) Factor cultural:

Es el conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo de un grupo social. El embarazo de la adolescente está relacionado con la condición de la mujer en las diferentes sociedades culturales. Esta se describe en términos de su ingreso, empleo, educación, salud y fertilidad; también los roles que ella desempeña en la familia y la comunidad entre ellos tenemos:

- **El machismo:** es de gran influencia en el patrón de la conducta sexual y el uso de métodos anticonceptivos (especialmente entre los adolescentes). La imagen de una mujer pasiva, silenciosa, dependiente es el resultado de una generación de privación y restricciones impuestas para mantener el dominio masculino en la vida diaria. Freíd Said, dice que esto se expresa en la negación del derecho de la mujer a la realización sexual, independiente de la reproducción. Esto refleja un sistema de valores que iguala maternidad con reproducción (34).
- **Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y/o sola:** desde muy pequeñas la cultura ha inculcado la tolerancia a la maternidad, ya que sus juegos está el de ser mamá de sus propias muñecas, a la cocinita, al papá y la mamá, entre otros juegos; que exponen a las adolescentes a ser mamás.
- **Mitos sobre métodos de anticoncepción:** los adolescentes tienen la información distorsionada sobre los métodos de anticoncepción, uno de ellos es el coitus interruptus, la cual consideran que es una práctica sexual segura.

d) Factores familiares

La familia es el núcleo principal que está compuesto por un grupo de personas unidas por parentesco o relaciones de afecto; y cada sociedad va a tener un tipo de organización familiar, la que transmite valores sociales y culturales y dará referencia sobre la sexualidad y procreación, aunque a veces pasan por altos niveles de estrés, que ponen en riesgo a los adolescentes a tener embarazos precoces entre los más resaltantes:

- **Familia disfuncional:** con pérdidas del vínculo familiar, ya sea papá o mamá. Muchas de las adolescentes caen en la creencia que saliendo embarazadas

encontrarán la unión y el verdadero amor en su vida, aquel que careció en su hogar, por lo tanto, confían en salir embarazadas para encontrar y recibir amor.

- **Falta de comunicación con los padres:** mucho de los/as adolescentes no manejan un buen diálogo o comunicación con los padres o tutores a cargo, por falta de confianza, lo cual los lleva a no poder tomar decisiones adecuadas, ni solucionar problemas más cuando se tratan de temas de sexualidad (34).
- **Padres autoritarios:** encontramos muchas veces al padre autoritario con sus hijos dejando de lado las necesidades emocionales por las que atraviesan. Los adultos no saben cómo ponerse al nivel de sus hijos para poder hablar y mantener una conversación, dejando de ser afectuosos. Por lo tanto, los padres autoritarios dejan de lado la negociación y se centran en la imposición de reglas establecidas con la ley del “porque yo lo digo”, lo cual resulta difícil que sus hijos puedan entablar conversaciones y dar a conocer sus problemas (34).
- **Ser hijos de madres adolescentes:** tienen más predisposición a tener embarazos adolescentes y no permitirán reproches, ya que toman de ejemplo a sus madres.
- **Rechazo hacia las normas autoritarias de los padres:** se da en familias normas estrictas y poco flexibles donde agobian al adolescente muchas veces censurándolos en temas tabúes; y esto hace que el adolescente por sí solo y sin ninguna información previa ocasionando muchas veces malas decisiones en temas como: drogas, sexo y alcohol.
- **Permanecer más tiempo solas(os):** este es un factor de riesgo muy influyente. La ocupación como la actividad laboral es indispensable para la economía del

hogar y cada día se torna más difícil de solventar, así que los padres salen en busca de un mejor ingreso dejando a los hijos solos en casa exponiéndolos a una mayor libertad, sin darse cuenta que estos se están viendo influenciados por diversos factores que los pueden llevar a tener conductas indeseadas, ocasionando así un embarazo adolescente (34).

2.3.3. Atención Prenatal

Se entiende como atención prenatal a una serie de entrevistas y visitas programadas donde se realizan un conjunto de métodos, procedimientos, técnicas y acciones sistemáticas y periódicas, aplicadas a toda mujer embarazada para vigilar toda la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y crianza de su hijo. Además, para dar prevención, diagnóstico y tratamiento a todos los factores que puedan condicionar a la morbilidad materno perinatal y estos controles deben comenzar lo más pronto posible teniendo en cuenta que todo embarazo es potencialmente de riesgo.

a) Objetivos del control prenatal:

- Ofrecer contenidos educativos para la salud de la madre y el recién nacido.
- Dar prevención, diagnosticar y dar tratamiento a las diversas complicaciones del embarazo.
- Vigilar el desarrollo y vitalidad fetal.
- Dar alivio a las molestias y síntomas del embarazo.
- Preparar a la gestante física y psicológicamente para el parto (35).

b) Principios del Control Prenatal

- **Precoz:** la primera consulta se debe realizar antes de los 3 primeros meses del retraso menstrual, debido a que en esta etapa ocurren grandes cambios en la comunicación sanguínea entre la madre y el niño.
- **Periódico:** las consultas se deben programar dependiendo a las edades gestacionales. Tomando en cuenta que cada mujer es diferente y que todos los embarazos son de alto riesgo.
- **Completo:** todas las atenciones que brinda el profesional se deben realizar de forma completa para poder garantizar el bienestar de las gestantes; por ejemplo: hacer atención nutricional, odontológica, psicológica, etc.
- **Integral:** debemos realizar promoción de cómo debe cuidarse la mujer durante el embarazo, prevención mediante la aplicación de la vacuna antitetánica y rehabilitación de cualquier enfermedad que se presente durante el embarazo.
- **Amplia cobertura:** se debe promover el control prenatal e identificar a la población de cada jurisdicción y plantear metas de coberturas y tener una idea del nivel de riesgo y estar preparados para poder controlar al 100% a todas las embarazadas.
- **Rapidez:** es la capacidad que tiene el personal de dar plazos aceptables y no retener al paciente por un largo tiempo en la sala de espera.
- **Fiabilidad:** es la habilidad que tiene el personal para dar un servicio de calidad de forma fiable. Para así evitar inconvenientes y reclamos por parte de los pacientes que van a la consulta y así también evitar perder a las usuarias.

- **Competitividad:** el personal debe ser competente, y estar en constante capacitación necesaria para poder dar un mejor servicio, además el personal que acompaña debe estar de igual manera capacitado para realizar procedimientos y evitar molestias y negligencias.
- **Buen ambiente:** Se refiere lo agradable que resulta para la paciente el ambiente en donde recibe la atención, comprende aspectos visuales como son la limpieza, la decoración del servicio, el uniforme del personal de salud y otro de carácter psicológico directamente comprometidos con el respeto a la persona y que son: La privacidad y consentimientos de la usuaria (36).

c) Actividades que se realizan en la atención prenatal

El primer control debe ser realizado lo más pronto posible, con un tiempo de duración en el primer control de 40 minutos y luego mínimo 30 minutos y debe enfocarse e identificar y descartar patologías especiales. Independiente de la edad gestacional, en la primera consulta se realiza las siguientes acciones:

- **Datos personales:**
 1. **Edad:** es de suma importancia ya que nos da una idea de la salud en el transcurso de embarazo y el parto de la madre y del niño que está por nacer.
 2. **Estado civil:** se toma en cuenta por las complicaciones psicosociales que influyen en las madres solteras.
 3. **Procedencia:** las constantes migraciones traen consigo enfermedades propias que cada lugar.
 4. **Raza:** se debe tener en cuenta ya que algunas enfermedades hacen referencia a ciertos grupos étnicos.

- **Datos generales:**

5. Se debe asegurar un trato con calidad y calidez.
6. Se debe detectar de forma correcta la emergencia obstétrica por la cual acude la paciente.
7. Se debe solicitar a la paciente que orine antes de iniciar en control prenatal.
8. Se debe hacer la apertura de la historia clínica prenatal base y el carné perinatal.
9. Preguntar los:

- **Antecedentes obstétricos:** se debe averiguar el número de embarazos anteriores, si hay abortos, partos prematuros.

- **Antecedentes familiares:** se debe indagar la historia familiar sobre todo si existe antecedentes sobre diabetes, anomalías congénitas, alteraciones cromosómicas, enfermedades cardiovasculares.

- **Antecedentes personales:**

Ginecológicos: se pregunta la edad de su menarquía, infecciones genitales, sífilis, herpes entre otras. Tiempo y tipo de las relaciones coitales, cuanto tiempo paso luego de usar los métodos anticonceptivos, si hubo infertilidad, etc.

Cardiovasculares: aumenta el volumen sanguíneo y el gasto cardiaco. Es de gran importancia saber si existe alguna enfermedad cardiovascular como hipertensión arterial, valvulopatías, insuficiencias cardiacas, etc.

Pulmonares: averiguar si existen enfermedades de tuberculosis, bronquitis crónica, etc.

Renales: averiguar si existe infección urinaria a repetición ya que podría ocasionar un parto prematuro, infección neonatal, etc.

Gastrointestinales: suelen aparecer diversos trastornos digestivos como úlceras, ictericia, estreñimiento entre otras.

Neurológicos: averiguar si existen alteraciones, como neuritis, convulsiones, tumores, esquizofrenia entre otros para poder manejar los diferentes eventos que se puedan dar al largo de la gestación.

Endocrinos: averiguar para tener un control adecuado sobre la diabetes, alteraciones del funcionamiento de las glándulas suprarrenales que puedan ocasionar trastornos en el embarazo.

Quirúrgicos: se debe interrogar sobre intervenciones quirúrgicas que haya tenido, en especial cesáreas, prolapsos, fracturas de pelvis, etc.

Hábitos: averiguar si hay uso de tabaco, drogas que puedan generar efectos irreversibles sobre el feto.

10. Se debe averiguar si existen molestias o inquietudes que esté afectando su bienestar.

11. Se debe calcular la fecha probable de parto por F.U.M. Se usa normalmente como referencia la regla de Naegele, que consiste en restarle 3 meses a la fecha de última regla y añadirle 7 días. En caso exista duda sobre la edad gestacional, realizar o pedir su primera ecografía E.C.O.

Fecha de la última regla: día (6), mes de julio (7)
+ (7) - (3)
Fecha probable de parto: día (13), mes de abril (4)

12. Se debe medir el peso de la gestante y registrarlo en el carnet y la historia.

13. Se debe medir la talla de la gestante y registrarlo en el carnet y la historia.
14. Se debe medir y registrar presión arterial de la gestante.
15. Se debe evaluar si existe presencia de edema en la paciente.
16. Se debe determinar los factores de riesgo modificable y no modificable.
17. Se debe realizar examen clínico completo.
18. Se debe medir la altura uterina, con el centímetro.
19. Se debe determinar la presencia de movimientos fetales, en caso de no sentir, se puede realizar un electrocardiograma.
20. Se debe realizar las maniobras de Leopold y Auscultar los latidos fetales entre las maniobras existe:
 - **Primera:** se realiza para determinar el sitio que ocupa el fondo uterino y explorar su contenido. Se debe palpa suavemente el fondo con las puntas de los dedos de las manos. Las nalgas dan la sensación de un gran cuerpo nodular de forma irregular y la cabeza la de un cuerpo menor, redondo, duro y muy móvil.
 - **Segunda:** se realiza para determinar la posición. Se colocan ambas manos en el abdomen y se hace presión suave pero profunda. En un lado se debe precisar un plano de gran resistencia que es la espalda y, en las otras, varias porciones irregulares que son los miembros fetales.
 - **Tercera:** se va a determinar la presentación, con los cinco dedos de una mano se toma la porción inferior del abdomen, por encima de la sínfisis púbica. Si la parte que se presenta no está encajada, se palpa un cuerpo móvil que suele ser la cabeza. Si la parte que se presenta está encajada,

esta maniobra indica que el polo inferior del feto está fijo y para precisar los detalles se procede con la siguiente maniobra.

- **Cuarta:** esta maniobra va a permitir la apreciación del polo que se presenta. Se realiza dándole la espalda a la paciente y colocando ambas manos por arriba de la sínfisis púbica y así se podrá calificar el grado de encajamiento.

21. Se debe realizar el examen pélvico.

22. Se debe realizar y registrar IMC en el primer trimestre aplicando todas las tablas establecidas.

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso en kg}}{\text{talla (m}^2\text{)}} = \text{kg/m}^2$$

23. Se debe evaluar y estimular el apoyo familiar y la atención institucional del parto.

24. Se debe solicitar el grupo sanguíneo y factor Rh, biometría hemática y VDRL.

25. Se debe descartar incompatibilidad de grupo y factor Rh (Coombs indirecto).

26. Se debe descartar anemia y si, la hubiese dar tratamiento.

27. Dar suplementos necesarios a la gestante con ácido fólico 0.4 mg + 60 mg de hierro elemental diario y las recomendaciones de su uso.

28. Se debe detectar si existe diabetes gestacional, solicitar exámenes de glucosa en ayunas.

29. Se debe realizar las pruebas rápidas de VIH-SIDA y hepatitis B. También realizar tamizaje de función tiroidea.

30. Se debe realizar examen de orina e identificar bacteriuria asintomática y proteínas.

31. Se debe solicitar E.C.O de rutina entre las 11-14 semanas y/o, entre las 18- 24 semanas de gestación.
32. Se debe realizar referencia a las embarazadas que presenten factores de riesgo para descartar Síndrome de Down, antecedentes familiares y personales de malformación genética, exposición a teratógenos en mujeres de edad materna avanzada > de 35 años.
33. Se debe realizar la toma del PAP para descartar cáncer de cuello uterino.
34. Se debe realizar examen odontológico.
35. Programar los siguientes controles, las fechas se deben registrar en la hoja de control y el carné perinatal.
36. Verificar que la gestante haya entendido y comprendido todas las instrucciones que se le brindo y a la vez los signos de alarma.
37. Verificar que toda la información obtenida figure en la historia clínica materno perinatal.

Además, no olvidar que toda embarazada en su primer control prenatal debe recibir información acerca de:

- Cambios fisiológicos del embarazo.
- Higiene personal de la mujer y su recién nacido.
- Educación sobre nutricional, educación prenatal y planificación familiar.
- Importancia de la psicoprofilaxis.
- Cambios en estilos de vida: consejería para la suspensión del tabaco, drogas ilícitas y el consumo de alcohol.
- Signos de alarma, sobre pre-eclampsia, infección obstétrica, parto pretérmino, etc.

Se deben identificar los factores de riesgo y clasificarlos de acuerdo al tipo de intervención que se puede realizar, dividiéndolas entre modificables y no modificables.

d) Frecuencia con la que se deben realizar las atenciones: la atención prenatal se debe iniciar lo más temprano posible, debiendo ser periódica, continua e integral. La frecuencia de atención prenatal es la siguiente:

- Una atención mensual hasta las: 32 semanas.
- Una atención quincenal entre las: 33 y 36 semanas.
- Una atención semanal desde las: 37 semanas en adelante.

El mínimo de atenciones que se debe realizar una gestante son 6 atenciones prenatales, distribuidas de la siguiente manera:

e) Frecuencia óptima de las atenciones: como mínimo las gestantes deben recibir 6 atenciones parentales, se debe considerar también que, todas las gestantes son de alto riesgo. Las atenciones se deben distribuir de la siguiente forma:

- Las dos primeras atenciones prenatales antes de las 22 semanas.
- La tercera atención prenatal entre las 22 a 24 semanas.
- La cuarta atención prenatal entre las 27 a 29 semanas.
- La quinta atención prenatal entre las 33 a 35 semanas.
- La sexta atención prenatal entre las 37 a 40 semanas (37).

III Metodología

3.1. Tipo de investigación.

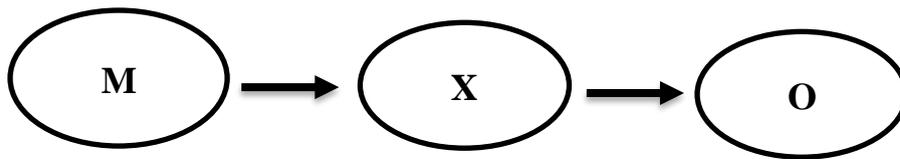
El presente estudio por sus componentes de medición de conceptos y definición de variables reúne las condiciones de una investigación de tipo descriptiva.

3.2. Nivel de la investigación

Por el grado de cuantificación se trata de un estudio cuantitativo.

3.3. Diseño de la investigación

Esquema



Dónde:

M: Es la muestra estudiada.

X: factores y percepción

O: representa lo encuestado.

3.4. Población y muestra.

3.4.1. Población

La población muestral estuvo constituida por 13 gestantes adolescentes de 14 a 19 años que acudieron por primera vez al servicio de obstetricia a la atención, durante el mes de Mayo 2018 y, que cumplieron con los criterios de inclusión.

El tamaño de la población fue definida por el registro de atenciones prenatales del consultorio externo de obstetricia del establecimiento de salud.

3.4.2. Muestra

La muestra fue el total de las gestantes adolescentes que formaron parte del estudio, siendo la unidad de análisis las gestantes adolescentes que acudieron al servicio de obstetricia a la atención prenatal.

Criterio de inclusión y exclusión

Inclusión:

- Adolescentes embarazadas que acudieron por primera a la atención prenatal en el servicio de Obstetricia en el mes de Mayo del 2018 en el Establecimiento de salud I-3 el Indio del Distrito de castilla - Piura.
- Adolescentes embarazadas que aceptaron participar voluntariamente en la investigación.
- Adolescentes embarazadas con asistencia regular al control prenatal.
- Adolescentes que se embarazaron en el periodo de estudio (Mayo 2018).

Exclusión:

- Adolescentes con capacidad disminuida para comunicarse.

Los procedimientos para la recolección de datos se iniciaron con la autorización de las autoridades del establecimiento de salud, luego se identificó la unidad de análisis para la aplicación del instrumento de recolección de datos.

3.5. Definición y descripción de las variables

3.5.1 Factores que predisponen el embarazo precoz: hace referencia a todos los factores relacionados con el embarazo precoz en sus componentes:

- Factores individuales.
- Factores sociales.
- Factores económicos.
- Factores culturales (13).

3.5.2 Percepción sobre la atención prenatal:

- Tiempo de espera.
- Información que le brinda el profesional de salud.
- Trato que recibe en la consulta.
- Privacidad que tuvo en la consulta (18).

Cuadro 1. Matriz de operacionalización de las dimensiones de los factores individuales del embarazo precoz.

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

Cuadro 2. Matriz de operacionalización de las dimensiones de los factores sociales del embarazo precoz.

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

Cuadro 3. Matriz de operacionalización de las dimensiones de los factores económicos del embarazo precoz.

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	SUBVARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALADE MEDICION
FACTORES DEL EMBARAZO PRECOZ.	Son actividades que tienden a incrementar la capacidad productiva de bienes y servicios de una economía, para satisfacer necesidades socialmente humano (34).	FACTORES ECONÓMICOS	Procedencia de los ingresos económicos de la familia, antes del embarazo.	Se evaluó a la gestante adolescente mediante 01 pregunta donde se le preguntó, de donde provenían los ingresos de su familia, al momento de realizar la encuesta.	Madre Padre Padres (padre y madre) Padraastro Tíos Hermanos/as Pareja Padre y hermanos/as. Madre/ hermanos/as. Madre/tíos Otros	Cualitativa
			Ocupación del miembro familiar.	Se evaluó mediante 01 pregunta, cuál era la ocupación de los miembros de su grupo familiar.	Trabajan No trabajan Trabajan y estudian Estudian	Cualitativa

Cuadro 4. Matriz de operacionalización de las dimensiones de los factores culturales del embarazo precoz.

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	SUBVARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALADE MEDICION
FACTORES DEL EMBARAZO PRECOZ.	Es el conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo en un grupo social (34).	FACTORES CULTURALES	Número de parejas que ha tenido el padre de su hijo, antes de su embarazo.	Se evaluó mediante 01 pregunta sobre, si sabe el número de parejas que ha tenido antes su pareja.	No sabe. Varias 1 2 3 Ninguna	Cuantitativa
			Cuántos hijos más tiene el padre de su hijo.	Se evaluó mediante 01 pregunta, si este tiene más hijos.	Ninguno 1 2 3 4 Más de 4 No sabe	Cuantitativa
			Por qué motivo el padre de su hijo no uso condón para evitar el embarazo	Se evaluó mediante 01 pregunta, por qué el Padre su hijo no quiso usar Condón para evitar el embarazo.	Desconocimiento. No siente igual/ no le gusta Él Quería un hijo. No tenía en ese momento. No sabe No querían usar Bajo bebidas alcohólica Falla La pareja le dijo que no iba a quedar embarazada. Por descuido. Falta de comunicación	Cualitativa

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

Cuadro 5. Matriz de operacionalización de las dimensiones de las percepciones sobre la atención prenatal.

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	SUBVARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
PERCEPCIÓN SOBRE ATENCIÓN PRENATAL	Es el primer proceso cognoscitivo, a través del cual los sujetos captan información del entorno. La razón de esta información (28)	PERCEPCION	Tiempo de los trámites para recibir la atención en el consultorio como considera que fue.	Se evaluó mediante 01 pregunta para saber los trámites de espera en la atención.	DEMORA REGULAR RAPIDO	nominal
			En las consultas el tiempo que tuvo que esperar para ser atendida por el obstetra como fue.	Se evaluó mediante 01 pregunta el tiempo que tiene que esperar para que pueda ser atendida por el obstetra.	DEMORA REGULAR RAPIDO	nominal
			La información que le dio el/la obstetra sobre signos de alarma y cuidados como fue.	Se hará 01 pregunta sobre la información que le brindo el obstetra sobre los signos de alarma o los cuidados.	MALO REGULAR BUENO	nominal
			El personal de salud le brindo información sobre planificación familiar.	Se evaluó mediante 01 para saber si el profesional les brinda información sobre planificación familiar.	SI NO	nominal
			El personal de salud le brindo información sobre nutrición en el embarazo.	Se evaluó mediante 01 pregunta para saber si se les brindo información sobre nutrición.	SI NO	nominal
			Como es el trato que recibe en la consulta.	Se evaluó mediante 01 pregunta para saber los trámites de espera en la atención.	MALO REGULAR BUENO	nominal
			Como es la privacidad en el consultorio (entran y salen personas).	Se evaluó mediante 01 pregunta para saber cómo fue la privacidad que se dio en la consulta.	MALO REGULAR BUENO	nominal

3.6. Técnica e instrumento de medición.

3.6.1. Técnica

Se utilizó la técnica de la encuesta.

3.6.2. Instrumentos

Los instrumentos se aplicaron a las gestantes adolescentes en las edades de 14 a 19 años del Establecimiento de Salud I-3 El Indio Castilla - Piura, que conforman la muestra.

- **Cuestionario de factores del embarazo precoz**

Los datos necesarios serán obtenidos mediante la implementación de cuestionarios, con el fin de adquirir una información más completa y de ir al fondo de las verdaderas razones que mueven a las usuarias a actuar y a pensar de una determinada manera.

Esta técnica se basa en observar, registrar gestos, expresiones del rostro, comportamientos, palabras, expresiones verbales o tonos de voz de las usuarias. En este caso las encuestas serán realizadas en forma individual, informal, semiestructuradas y abiertas a las participantes de la investigación.

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

De la 1-4 hace referencia a los factores individuales.

De la 5-7 hace referencia a los factores sociales.

De la 8-9 hace referencia a los factores económicos.

De la 10-14 hace referencia a los factores culturales.

- **Cuestionario sobre la percepción de las gestantes adolescentes sobre la atención prenatal**

Para hacer la medición de las percepciones que tienen las gestantes adolescentes sobre la atención brindada por el profesional de salud de obstetricia, se utilizó un cuestionario diseñado y validado por la docente investigadora Lic. Obst. Flor de María Vásquez Saldarriaga (Anexo 1,2), el instrumento consta de 7 preguntas cerradas.

Recolección de la información:

Para la recolección de la información, una vez identificada la población que fue objeto del estudio, se realizaron las entrevistas a cada una de las adolescentes embarazadas, las cuales la mayoría fue en el lugar que viven.

3.7. Plan de análisis

Todos los datos obtenidos fueron codificados y luego procesados en una hoja de cálculo del programa Open Office Cal. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS (Estadística Package for the Social Sciencies) Versión 22 con lo cual se obtuvo la frecuencia de cada una de las variables en estudio con sus respectivas tablas y gráficos

3.8 Matriz de Consistencia

Título: Factores del embarazo precoz y percepción de las gestantes adolescentes sobre la atención brindada por el profesional de Obstetricia en el control prenatal del Establecimiento de Salud I-3 Indio del distrito de Castilla - Piura, Mayo 2018.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES
<p><i>¿Cuáles son los factores del embarazo precoz y la percepción de las Gestantes Adolescentes sobre la Atención Prenatal brindada por el Profesional de Obstetricia del establecimiento de salud I-3 el indio, Castilla-Piura, Mayo 2018?</i></p>	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>-Determinar los factores del embarazo precoz y la percepción de las gestantes adolescentes sobre la atención prenatal brindada por el profesional de obstetricia del establecimiento de salud I-3 el indio, Castilla - Piura, Mayo 2018.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <p>a) Identificar los factores individuales en las gestantes adolescentes atendidas en el Establecimiento de Salud I-3 El Indio, Castilla - Piura, Mayo 2018.</p> <p>b) Identificar los factores sociales en las gestantes adolescentes atendidas en el Establecimiento de Salud I-3 El Indio, Castilla - Piura, Mayo 2018.</p> <p>c) Identificar los factores económicos en las gestantes adolescentes atendidas en el Establecimiento de Salud I-3 El Indio, Castilla - Piura, Mayo 2018.</p> <p>d) Identificar los factores culturales del embarazo en las gestantes adolescentes atendidas en el Establecimiento de Salud I-3 El Indio, Castilla - Piura, Mayo 2018.</p> <p>e) Identificar la percepción sobre la atención prenatal brindada por el profesional de Obstetricia en las gestantes adolescentes atendidas en el Establecimiento de Salud I-3 El Indio, Castilla - Piura, Mayo 2018.</p>	<p>1.-Factores: elementos que condicionan el embarazo precoz en sus diferentes componentes (31).</p> <p>2.-Percepciones: referida a los elementos percibidos por la gestante al interactuar en la consulta prenatal en sus componentes (28).</p>

METODOLOGIA

TIPO – NIVEL Y DISEÑO	POBLACION Y MUESTRA	TECNICA E INSTRUMENTO	PLAN DE ANALISIS
<p>Tipo de Investigación: Descriptivo.</p> <p>Nivel de Investigación: Por el grado de cuantificación se trata de un estudio cuantitativa.</p> <p>Diseño de la investigación: Diseño no experimental, transversal.</p>	<p>Población: Estuvo constituida por un total de 13 adolescentes embarazadas de 14 a 19 años del Establecimiento de Salud el Indio I-3-Castilla, Piura; que acudieron en el período de estudio.</p> <p>Muestra: Estuvo constituida por el total de adolescentes embarazadas que formaron parte del estudio.</p>	<p>Técnica: Se utilizó la técnica de la encuesta.</p> <p>Instrumentos: -Cuestionario de factores del embarazo precoz y percepciones sobre atención prenatal.</p>	<p>Los datos obtenidos fueron codificados y luego procesados en una hoja de cálculo del programa Open Office Calc. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS (Statistical Pack Age for the Social Sciences) Versión 22 con el cual se obtuvo la frecuencia de cada una de las variables en estudio con sus respectivas figuras.</p>

3.9 Principios éticos

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

En este sentido, se solicitó a las adolescentes que lean detenidamente y firme el consentimiento informado (Anexo 4).

Previo a la encuesta, se les explico a las gestantes adolescentes los objetivos de la investigación; asegurándoles que se iba a manejar de manera anónima la información obtenida de los mismo, garantizando además la privacidad de la identificación de la persona.

Se contó además con la previa autorización de las autoridades del Establecimiento de Salud I-3 El Indio, castilla – Piura.

IV. Resultados

4.1. Resultados

Tabla 1. *Factores individuales del embarazo precoz en las adolescentes de 14 a 19 años del Establecimiento de Salud I-3 El Indio, Castilla - Piura Mayo 2018.*

Factores Individuales	n	%
Edad	10 – 14 años	7,69
	15 – 19 años	92,31
Escolaridad	Analfabeta	,00
	Primaria completa	7,69
	Primaria incompleta	15,38
	Secundaria completa	23,08
	Secundaria incompleta	30,77
	Superior	23,08
Religión	Católica	69,23
	Otras	30,77
	No creyente	,00
Estado Civil	Soltera	46,15
	Casada	,00
	Conviviente	53,85
	Divorciada	,00
	Total	13

Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes de 14 a 19 años del Establecimiento de Salud El Indio I-3, Mayo 2018.

Con respecto a las edades de las gestantes adolescentes en un 92,31% son entre los 15 a 19 años y con un 7,69% oscilan entre los 10 a 19 años; así mismo en la escolaridad predomina en un 30,77% la secundaria incompleta. En cuanto a la religión decimos que el 69,23% son católicas. Además, en un 53,85% conviven ya con sus parejas.

Tabla 2: *Factores sociales del embarazo precoz en las adolescentes de 14 a 19 años del Establecimiento de Salud I-3 El Indio, Castilla - Piura Mayo 2018.*

Factores Sociales		n	%
¿Quiénes conforman su grupo familiar?	Padres (Madre y Padre)	1	7,69
	Padres y Hermanos	2	15,38
	Pareja	3	23,08
	Madre y Hermano/a	1	7,69
	Tías, Tíos	0	,00
	Abuelo, hermanos/as	0	,00
	Papá, hermanos	0	,00
	Padres y pareja	4	30,77
	Madre, Padrastro, hermanos	1	7,69
	Hermano y Cuñada	0	,00
	Madre, hermanos, Sobrinos	1	7,69
	Padre	0	,00
	¿Cuál era el trato de su familia hacia usted antes de su embarazo?	Buen trato	3
Bien		6	46,15
Autoritarios		3	23,08
Pleitos		1	7,69
Maltratos		0	,00
¿Cuál era el trato de su familia hacia usted al conocer sobre su embarazo?	Simple	0	,00
	Buen trato	1	7,69
	Enojo/reclamos/reproches	7	53,85
	No se hablan	1	7,69
	Maltrato (físico y verbal)	0	,00
Indiferencia	0	,00	
Retiro de la casa	4	30,77	
Total		13	100,00

Fuente: encuesta aplicada a las adolescentes de 14 a 19 años del Establecimiento de Salud El Indio I-3, Mayo 2018

Dentro de la conformación del grupo familiar el 30,77% viven con los padres y la pareja; por otra parte, el 46,15% respecto al trato que recibió por parte de su familia antes de su embarazo fue bueno; diferente fue la reacción de la familia al conocer sobre su embarazo, puesto que el 53,85% de los padres reaccionaron con enojo/reclamos/reproches.

Tabla 3: *Factores económicos del embarazo precoz en las adolescentes de 14 a 19 años del Establecimiento de Salud I-3 El Indio, Castilla - Piura Mayo 2018.*

Factores Económicos		n	%
¿De dónde provenían los ingresos económicos para el sostén de su familia, antes de su embarazo?	Madre	1	7,69
	Padre	6	46,15
	Padres (Madre y Padre)	4	30,77
	Padrastro	1	7,69
	Tíos	0	,00
	Hermanos/as	0	,00
	Pareja	0	,00
	Padre y hermanos	0	,00
	Madre, hermanos/as	1	7,69
	Madre, tíos	0	,00
	Otros	0	,00
	¿Cuál es la ocupación que tienen los miembros de su grupo familiar	Trabajan	5
No trabajan		0	,00
Trabajan y estudian		8	61,54
Estudian		0	,00
Total		13	100,00

Fuente: Encuesta aplicada a las adolescentes de 14 a 19 años del Establecimiento de Salud El Indio I-3, Mayo 2018.

Se pudo observar en un mayor porcentaje que el 46,15% de los ingresos económicos para el sostén de la familia antes de su embarazo, eran proveniente del Padre. Por otro lado, con respecto a la ocupación que tienen los miembros del grupo familiar en un 61,54% manifestó que trabajan y estudian.

Tabla 4: Factores culturales del embarazo precoz del embarazo precoz en las adolescentes de 14 a 19 años del Establecimiento de Salud I-3 El Indio, Castilla - Piura Mayo 2018.

Factores Culturales		n	%
¿Cuántas parejas ha tenido el padre de su hijo, antes de su embarazo?	No sabe	5	38,46
	Varias	4	30,77
	1	0	,00
	2	2	15,38
	3	1	7,69
	Ninguna	1	7,69
¿Cuántos hijos más tiene el padre de su hijo?	Ninguno	9	69,23
	1	2	15,38
	2	0	,00
	3	0	,00
	4	0	,00
	Más de 4	0	,00
	No sabe	2	15,38
¿Porque motivo el padre de su hijo no uso condón para evitar el embarazo?	Desconocimiento	0	,00
	No siente igual / no le gusta a Él	4	30,77
	Quería un hijo	0	,00
	Quería un hijo	1	7,69
	No tenía en ese momento	2	15,38
	No sabe	0	,00
	No quería usar	0	,00
	Bajo bebidas alcohólicas	0	,00
	Falla	2	15,38
	La pareja le dijo que no iba quedar embarazada	3	23,08
Por descuido	1	7,69	
Falta de comunicación			
¿Cuántas relaciones coitales cree que debe tener una mujer para salir embarazada?	Varias	1	7,69
	1 vez	7	53,85
	2 veces	0	,00
	3 veces	0	,00
	4 veces	0	,00
	No sabe	5	38,46
¿Cuál es la forma en la que su pareja le demuestra amor?	No está con la pareja/ no sabe nada de él	4	30,77
	Cariñoso/ atento/ alegre	2	15,38
	Buen trato	3	23,08
	Buen trato	1	7,69
	Me cuida	1	7,69
	Buena atención	0	,00
	Se casó conmigo	2	15,38
Acompañarse			
Total		13	100,00

Fuente: encuesta aplicada a las adolescentes de 14 a 19 años del Establecimiento de Salud El Indio I-3, Mayo 2018.

De acuerdo al número de parejas que ha tenido el padre de su hijo antes de su embarazo en un 38,46% han referido no saber; así mismo un 69,23% manifestaron que el padre de su hijo, no tiene más hijos. En tanto el motivo por el cual el padre de su hijo no uso condón para poder evitar el embarazo en un 30,77% respondió que no se siente igual, no le gustaba a él. Con respecto a cuantas relaciones coitales debe tener una mujer para poder quedar embarazada un 53,85% refirió que es suficiente con 1 vez. Además, en la forma de como la pareja le demuestra amor en un 30,77% dijeron que no está con la pareja/ no sabe nada de él.

Tabla 5: *Percepciones sobre la atención del control prenatal de las gestantes adolescentes de 14 a 19 años del Establecimiento de Salud I-3 El Indio, Castilla - Piura Mayo 2018.*

Percepciones		n	%
Tiempo de Espera en la consulta			
¿Los trámites para recibir la atención obstétrica en el consultorio consideran que fue?	Demora	4	30,77
	Regular	6	46,15
	Rápido	3	23,08
¿En las consultas el tiempo que usted tuvo que esperar para ser atendida por el/la Obstetra fue?	Demora	4	30,77
	Regular	6	46,15
	Rápido	3	23,08
Información que brinda el profesional de Obstetricia			
¿La información que le dio el /la Obstetra sobre signos de alarma y cuidados en la consulta?	Malo	0	,00
	Regular	8	61,54
	Bueno	5	38,46
¿El/la obstetra le brindo información sobre planificación familiar?	No	4	30,77
	Si	9	69,23
¿El/la obstetra le brindo información sobre nutrición en el embarazo?	No	3	23,08
	Si	10	76,92
Trato que recibe en la consulta			
¿En la consulta de hoy el trato que usted recibió cómo fue?	Malo	2	15,38
	Regular	7	53,85
	Bueno	4	30,77
Privacidad que tuvo en la consulta			
La privacidad que tuvo usted (entraba y salía personas), ¿cómo fue?	Malo	1	7,69
	Regular	7	53,85
	Bueno	5	38,46
Total		13	100,00

Fuente: encuesta aplicada a las adolescentes de 14 a 19 años del Establecimiento de Salud El Indio I-3, Mayo 2018.

Respecto a los trámites para recibir la atención obstétrica en el consultorio, el 46,15% han manifestado que fue regular. El tiempo que tuvo que esperar para ser entendidas en un 38,46% ha sido regular. De acuerdo a la información que le brindo el Obstetra sobre signos de alarma y cuidados en un 61,54% que fue regular. Referente a la información sobre planificación familiar un 69,23% respondieron que sí se les brindo dicha información; de igual forma se les brindo información sobre nutrición con un 79,23%. Según al trato recibido por el Obstetra el 53,85% han asegurado que fue regular.

4.2. Análisis de resultados

El embarazo en la adolescencia se ha convertido en un problema tanto de salud pública, como social a corto y largo plazo, el cual está afectando de forma notable el bienestar, tranquilidad y la salud reproductiva de muchas jóvenes, ya que en esta etapa resulta difícil asumir la maternidad, pues trae consigo consecuencias negativas en los aspectos biológicos, psicológicos, familiares, económicos, sociales y de educación; sino que también les podría ocasionar dificultades de salud durante el período de la evolución de la gestación, parto o puerperio; posteriormente con repercusiones en el neonato; esto se considera a que intervienen múltiples factores que conllevan a embarazos adolescentes, en donde la primera menarquia juega un rol principal para la primera relación coital, seguido de la autoestima, los círculos de amistades, las creencias culturales, conflictos familiares, situación económica, bajo nivel educativo, alcohol, drogas, medios de comunicación audiovisuales como el Tv, el internet, la radio, las redes sociales, periódicos, revistas, videojuegos, etc.; que llegan a transmitir un mensaje directo e indirecto a la comunidad adolescente, lo cual las vuelven vulnerables (34).

Tal situación que conlleva a toda una problemática, y dicha realidad se ve evidenciada en los resultados de la presente investigación; observándose en la **Tabla 1**, con respecto a las edades de las gestantes adolescentes en un 92,31% son entre los 15 a 19 años y con un 7,69% oscilan entre los 10 a 19 años; así mismo en la escolaridad predomina en un 30,77% la secundaria incompleta. En cuanto a la religión decimos que el 69,23% son católicas. Además, en un 53,85% conviven ya con sus parejas.

Estos resultados son semejantes con la investigación elaborada por Ponce A. (13), observándose que en el grupo etéreo la edad predominante es entre 17 a 19 años con una proporción de 90,6% (48) y en menor proporción se observa un 9,4% (5). También se observa que el grado de instrucción que más predomina es la secundaria incompleta con una proporción de 32,1% (17). Así mismo el estado civil que más predomina es conviviente con una proporción de 56,6% (30).

Arana C. (10), El 70% de las adolescentes embarazadas manifestaron ser creyentes de la religión católica, el 20% a otras y solo el 10%, testigos de Jehová (12).

Con respecto a la edad guardan gran similitud; esto se debe tal y como lo dice Freud en su teoría psicosexual: "...El adolescente pasa por una etapa de maduración psicología y a la vez su conducta sexual se vuelve muy expresiva generando un mayor acercamiento con el sexo opuesto y las relaciones sexuales..."(27), originando una mayor predisposición a que surjan curiosidades con respecto a su sexualidad, lo cual los puede llevar a eventos inapropiados y de riesgos, como es el embarazo a temprana edad; por consiguiente el abandono de los estudios y un cambio radical en su proyecto de vida. Según ENDES e INEI 2015 dio a conocer que 1 de cada 3 jóvenes terminaron la primaria y estuvo embarazada (7). De acuerdo al estado civil de unión libre este se ha convertido en evento normal y aceptado por nuestra sociedad, lo cual conlleva que las adolescentes tomen la decisión de convivir con su pareja, muchas veces por temor a enfrentarse a criar a su hijo/a sola, o porque no disponen de una buena economía para subsistir.

Tabla 2, dentro de la conformación del grupo familiar el 30,77% viven con los padres y la pareja; por otra parte, el 46,15% respecto al trato que recibió por parte de

su familia antes de su embarazo fue bueno; diferente fue la reacción de la familia al conocer sobre su embarazo, puesto que el 53,85% de los padres reaccionaron con enojo/reclamos/reproches.

Los resultados no guardan mucha similitud en comparación con otros estudios de investigación como es el caso de Córdova V. (14), el cual nos da a conocer que la conformación del grupo familiar está constituida en un 38,9% por los padres y la pareja.

Angulo 12. (14), se puede apreciar que el mayor porcentaje el 41% de las adolescentes, el trato que recibió antes del embarazo con sus padres es regular. Acerca de la reacción de los padres al enterarse del embarazo en un 80.00% las gritaron, pero las apoyaron.

Con respecto a los resultados de ambas investigaciones se refleja que el grupo familiar de las adolescentes está conformado por sus padres y la pareja, esto puede deberse a que las adolescentes no cuentan con un solvento económico estable, y a su vez no se están preparando para asumir la maternidad a tan corta edad, lo cual las lleva a convivir con sus padres y su pareja, como una forma de ayudarse a solventar económicamente sus necesidades, y de recibir los cuidados pertinentes durante el embarazo. Si bien es cierto la relación que compartían con sus padres antes del embarazo en gran parte era buena; diferente es al enterarse de su embarazo llevándolos a reaccionar con enojos, reclamos, reproches y gritos; ya que los padres consideran este suceso como algo imprevisto, y por lo general esperan que sus hijas sean primero profesionales que madres.

Tabla 3, Se pudo observar con un mayor porcentaje, donde el 46,15% de los ingresos económicos para el sostén de la familia antes del embarazo son provenientes del Padre. Por otro lado, con respecto a la ocupación que tienen los miembros del grupo familiar en un 61,54% manifestaron que trabajan y estudian.

Los siguientes resultados guardan similitud a los de la investigación elaborada por Montoya J. (11), donde el 37 % corresponde a que el rol de proveedor le pertenece al padre mientras por otro lado sólo el 25% indica que este rol le pertenece a la madre, sin embargo, el 38% restante indicó que tanto la madre como el padre llevan a cabo esta actividad.

Suárez L. (15), donde demuestra que el 65% demuestra que los miembros de su grupo familiar trabajan.

De acuerdo a los resultados nos permiten observar que El Padre siempre se encuentra presente como principal proveedor de la economía del hogar; esto genera que el Padre sea la única figura que sale en busca de una mejor calidad de vida, este resultado nos permite conocer el bienestar en el que vive la familia o las líneas de pobreza en la que se puedan encontrar; sabiendo que hoy en día un solo ingreso en el hogar no llegar a satisfacer por completo todas las necesidades básicas.

Tabla 4, de acuerdo al número de parejas que ha tenido el padre de su hijo antes de su embarazo en un 38,46% han referido no saber; así mismo un 69,23% manifestaron que el padre de su hijo, no tiene más hijos. En tanto el motivo por el cual el padre de su hijo no uso condón para poder evitar el embarazo en un 30,77% respondió que no se siente igual, no le gustaba a él. Con respecto a cuantas relaciones coitales debe tener una mujer para poder quedar embarazada un 53,85% refirió que es suficiente con 1 vez. Además, en la forma de como la pareja le demuestra amor en un

30,77% dijeron que no está con la pareja/ no sabe nada de él.

Los resultados se asemejan a la siguiente investigación elaborada por Navarro D. (16), con relación a los factores culturales observamos que un 50% no sabe cuántas parejas han tenido el padre de su hijo, mientras que un 65% refiere que el padre de su hijo no tiene otros hijos. Además, un 25% refiere que no usaron condón porque no se sentía igual/no le gusta a él.

Los resultados difieren a la siguiente investigación elaborada por Pasache (18), respecto a cuántas relaciones coitales debe tener una mujer para quedar embarazada en un 50% manifestó no saber y el mismo porcentaje indica que su pareja le brinda buena atención.

Se puede observar que no hay conocimientos exactos de cuantas parejas ha tenido el padre de su hijo, lo que podría ser un factor de riesgo, ya que no se sabe si ha practicado la promiscuidad. Además, refieren que sus parejas no tienen otros hijos, lo cual hace que se sientan más confiadas y seguras al saber que su pareja tendrá a su primer hijo con ellas. Por otro lado, la pareja no uso preservativos por cuestión de gusto, fácilmente se puede deducir que tenemos una adolescente pasiva, poco comunicativa y con carencia en la formación de su propio carácter, seguidamente de la influencia cultural e ideológica por parte del varón que lo hace convertirse en un ser machista, donde la mujer debe estar disponible a sus decretos. En mi estudio realizado se observa que si tienen una noción del número de relaciones coitales que debe tener una mujer para poder salir embarazadas, aun así sabiendo que bastaba solo una, no tomaron con suficiente responsabilidad el acto que iban a realizar a diferencia del resultado de “Pasache”, donde las adolescentes no saben el número de relaciones

coitales que deben tener una mujer para salir embarazadas, ambos resultados fueron condicionante para que se diera el embarazo precoz seguido de la falta de conocimientos y acceso a instituciones que les pueda proveer anticonceptivos y consejería para poder evitar así el embarazo. Sin dejar de mencionar que la mayoría son solteras, lo que trae consigo asumir los embarazos sin apoyo emocional y muchas veces sin apoyo económico para poder sobrellevar su embarazo.

Tabla 5: Respecto a los trámites para recibir la atención obstétrica en el consultorio, el 46,15% han manifestado que fue regular. El tiempo que tuvo que esperar para ser entendidas en un 38,46% ha sido regular. De acuerdo a la información que le brindo el Obstetra sobre signos de alarma y cuidados en un 61,54% que fue regular. Referente a la información sobre planificación familiar un 69,23% respondieron que sí se les brindo dicha información; de igual forma se les brindo información sobre nutrición con un 79,23%. Según al trato recibido por el Obstetra el 53,85% han asegurado que fue regular.

Los resultados en su mayoría se asemejan a la siguiente investigación elaborada por García (18), se evidenció, en cuanto a las percepciones de las adolescentes embarazadas sobre el control brindado por el profesional de Obstetricia se obtuvo que el 81,82% indica que los trámites es regular, el 72,73% tuvo que esperar regular tiempo para recibir la atención, el 63,64% indica que la información recibida sobre signos de alarma y cuidados fue regular; el 90,91% refiere que recibió información sobre planificación familiar mientras el 63,64 % recibió información sobre nutrición en el embarazo; en cuanto al trato recibido durante la consulta las adolescentes refieren que fue buena en un 54,55% respectivamente y en el 54,55% de las encuestas la privacidad durante la atención fue buena.

En ambas investigaciones se puede apreciar que si se les brinda la información sobre planificación familiar y nutrición, pero en general nos queda claro que la percepción que tienen las adolescentes en su mayoría es de inconformidad, lo cual afecta de manera importante ya que la gestación es un evento de incertidumbre e inestabilidades, difícil de afrontar por lo que los comportamientos negativos y tiempos largos de espera hace que las adolescentes se desmotiven a continuar con la atención prenatal, lo cual significa un riesgo tanto para la madre como para el futuro bebé; a todo ello se necesitan programas basados en el riesgo obstétrico y perinatal, tomando en cuenta por parte del obstetra el interés, la confianza, el tiempo y la igualdad en cada consulta a la que asisten las gestantes adolescentes.

V. Conclusiones

1. Las edades de las gestantes adolescentes en un 92,31% son entre los 15 a 19 años; la escolaridad en un 30,77% fue secundaria incompleta. Predomina la religión católica con un 69,23% y el estado civil el 53,85% ya conviven con la pareja.
2. El 30,77% del grupo familiar está conformado por padres y pareja. El trato recibido antes del embarazo un 46,15% fue bueno. El 53,83% de los familiares reaccionaron con enojo, reclamos y reproches después de saber del embarazo.
3. Los ingresos económicos antes del embarazo en 46,15 % provenían del padre. El 61,54% de los miembros de la familia, trabajan y estudian.
4. Un 38,46% no sabe cuántas parejas ha tenido el padre del hijo/a. El padre de su hijo en un 69,23% no tiene más hijos. Motivo del padre para no usar condón en un 30,77% fue porque no se sentía igual/no le gusta. El número de las relaciones coitales para salir embarazada en 53,85% refirió 1 vez. El 30,77% sus parejas no les demuestran amor, porque no está con él.
5. Los trámites para recibir la atención obstétrica el 46,15% fue regular. El tiempo que tienen que esperar para ser entendidas en un 38,46% ha sido regular. La información que le brindó el Obstetra sobre signos de alarma y cuidados en un 61,54% fue regular. Se le brindó información sobre planificación familiar en un 69,23% dijo que sí; de igual forma se les brindó información sobre nutrición con un 79,23%. El trato y a la privacidad recibida por el Obstetra el 53,85% fue regular.

Aspectos complementarios

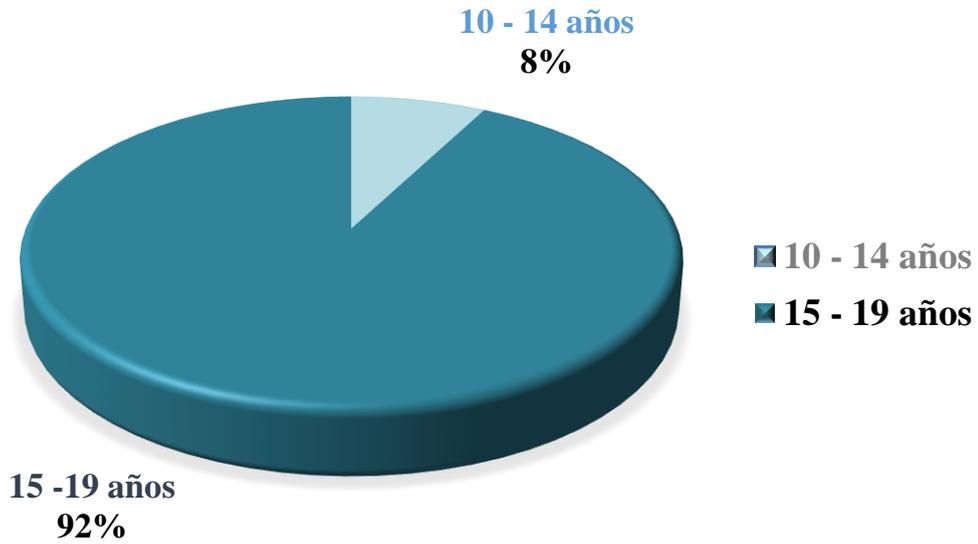


Figura 1.1: Gráfico de pastel del porcentaje de investigadas según la Edad.
Fuente: tabla 1.

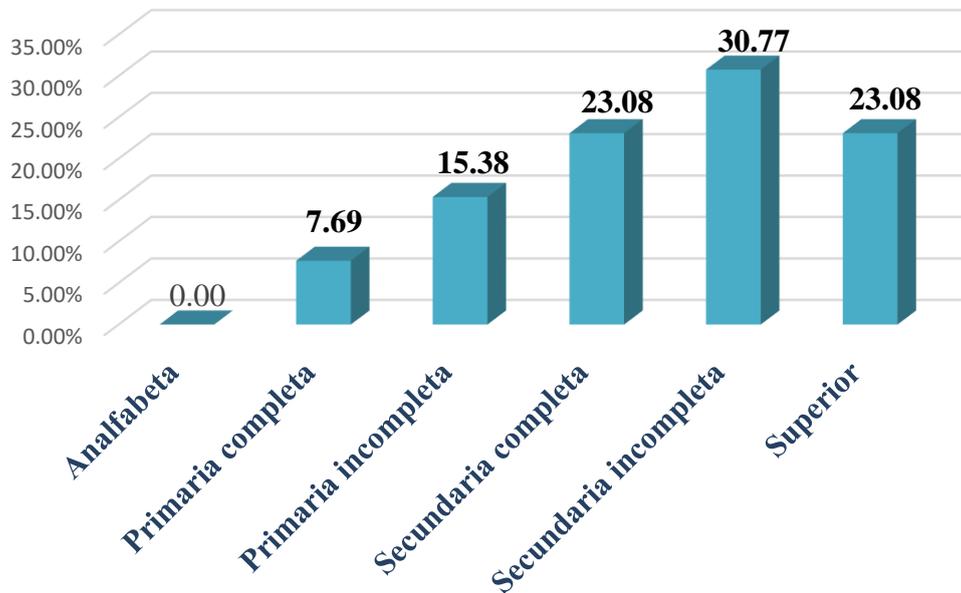


Figura 1.2: Gráfico de barras del porcentaje de investigadas según escolaridad.
Fuente: tabla 2.

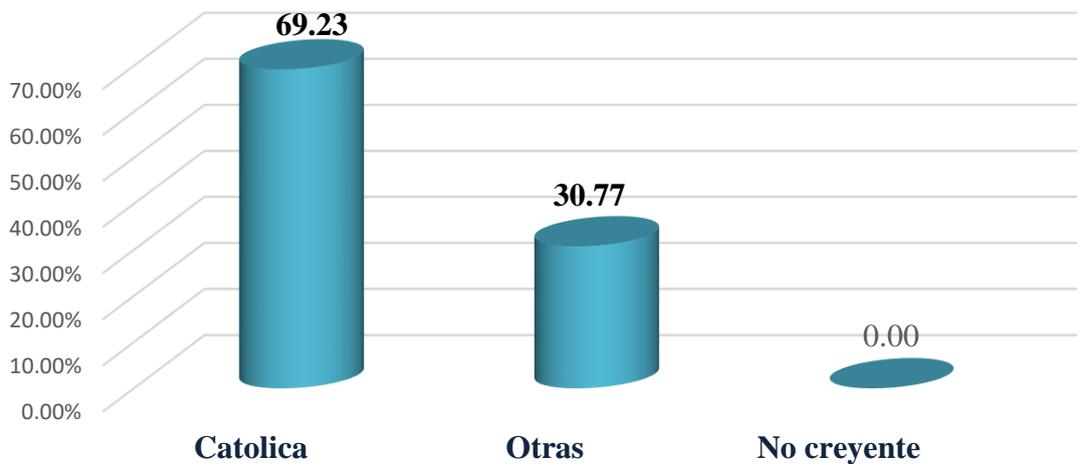


Figura 1.3: Gráfico de barras del porcentaje de investigadas según la religión.
Fuente: tabla 3.

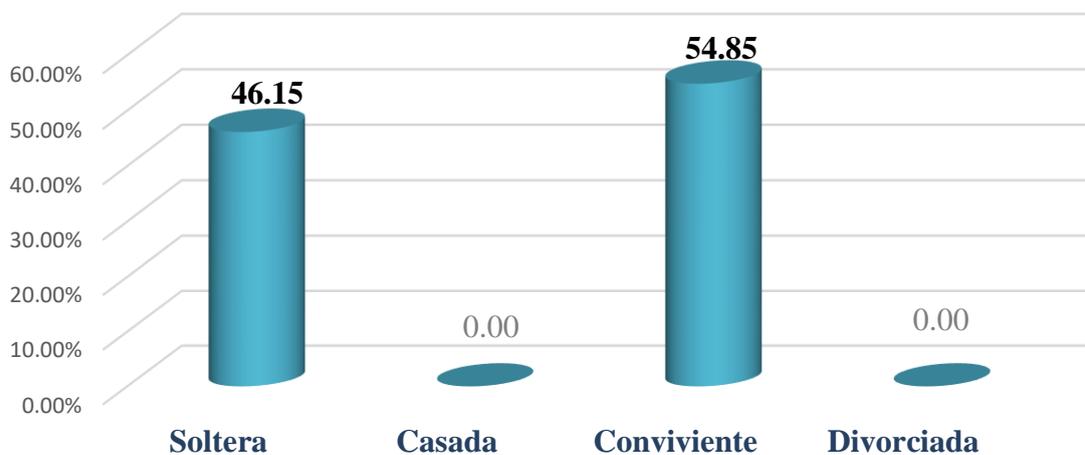


Figura 1.4: Gráfico de barras del porcentaje de investigadas según Estado Civil.
Fuente: tabla 1.

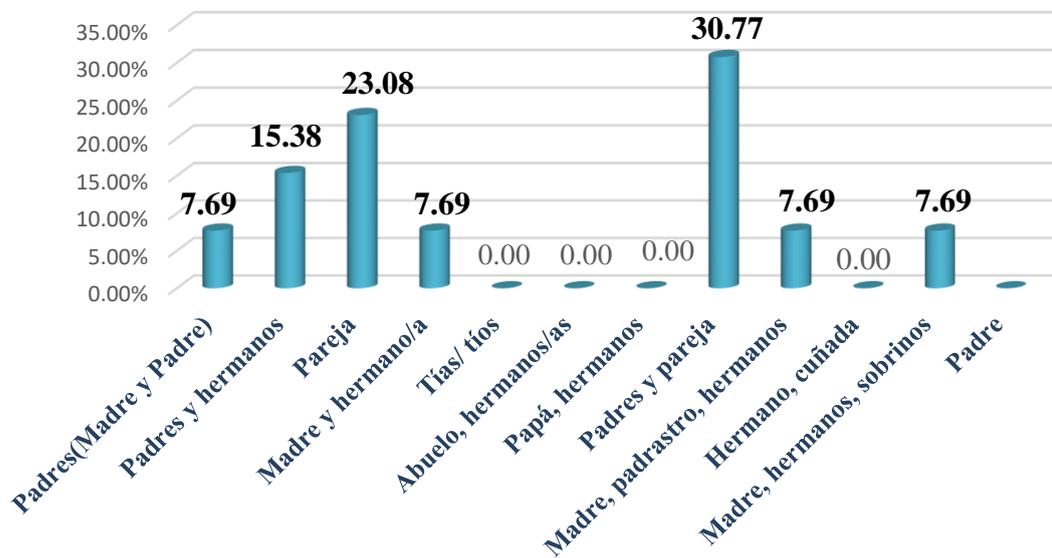


Figura 2.1: Gráfico de barras según Conformación del grupo familiar.
Fuente: tabla 5.

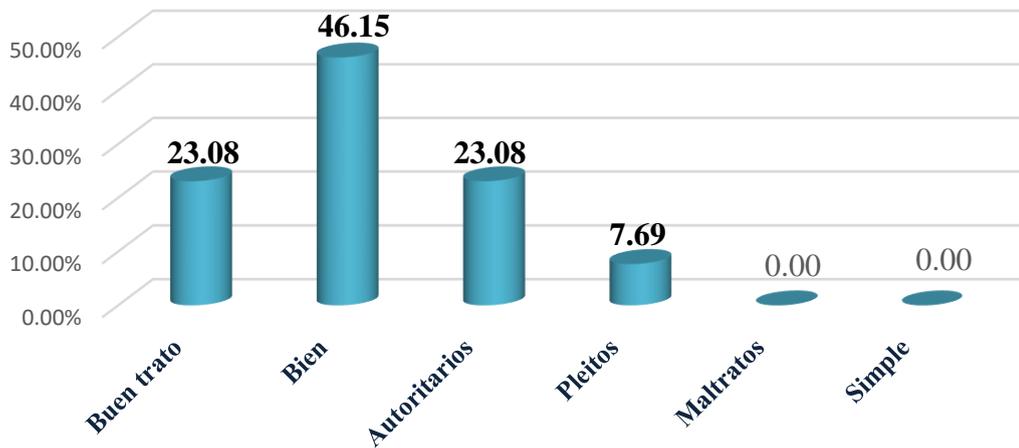


Figura 2.2: Gráfico de barras según trato familiar antes del embarazo.
Fuente: tabla 2.

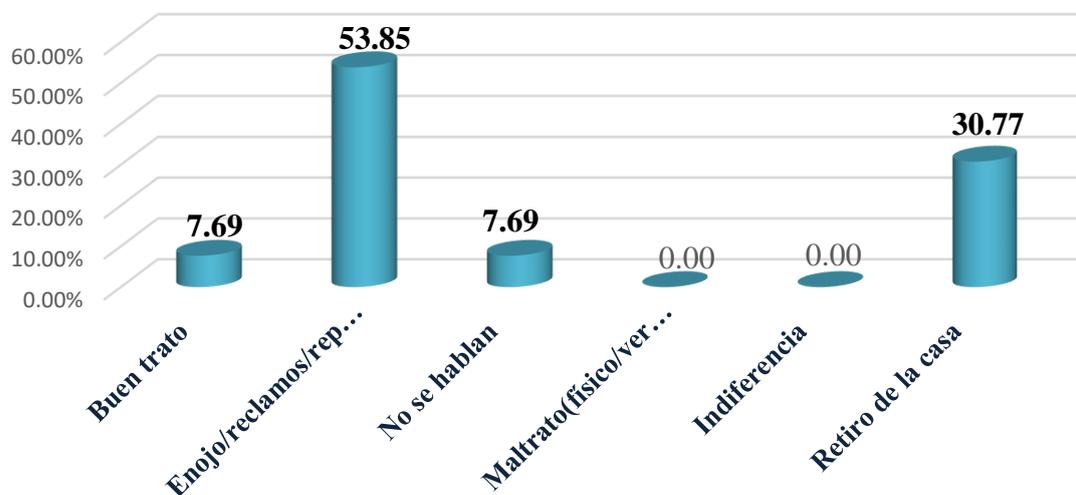


Figura 2.3: Gráfico de barras según trato familiar al conocer sobre el embarazo.
Fuente: Tabla 2.

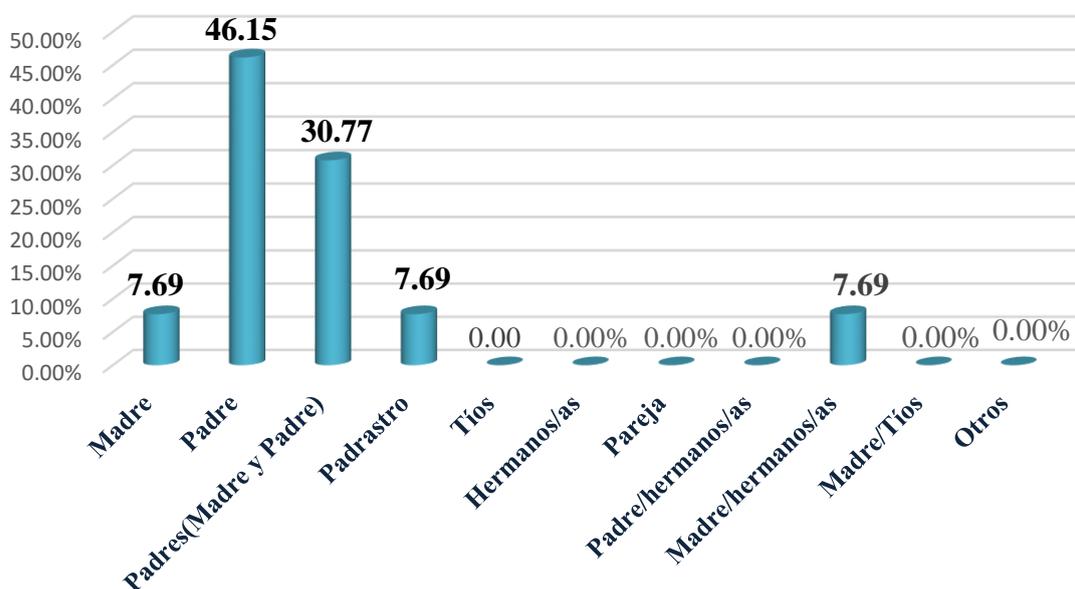


Figura 3.1. Gráfico de barras según ingreso económico de la familia antes del Embarazo.
Fuente: Tabla 3.

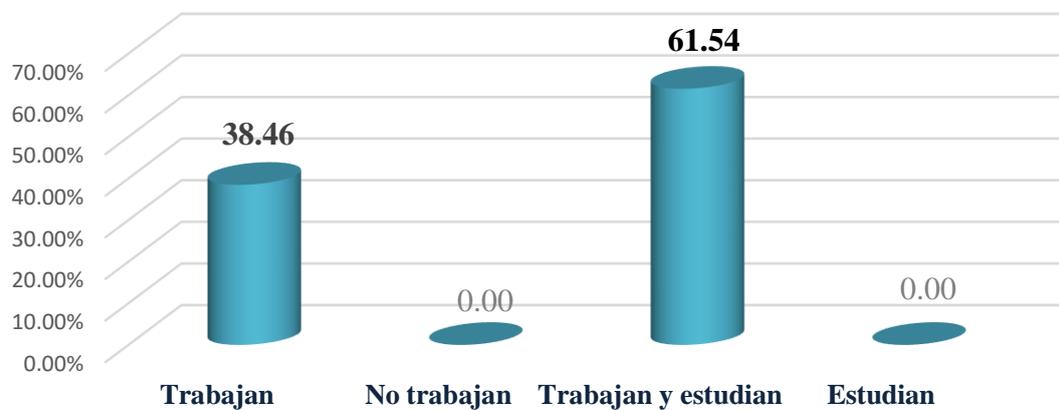


Figura 3.2. Gráfico de barras según ocupación del miembro familiar.
Fuente: tabla 3.

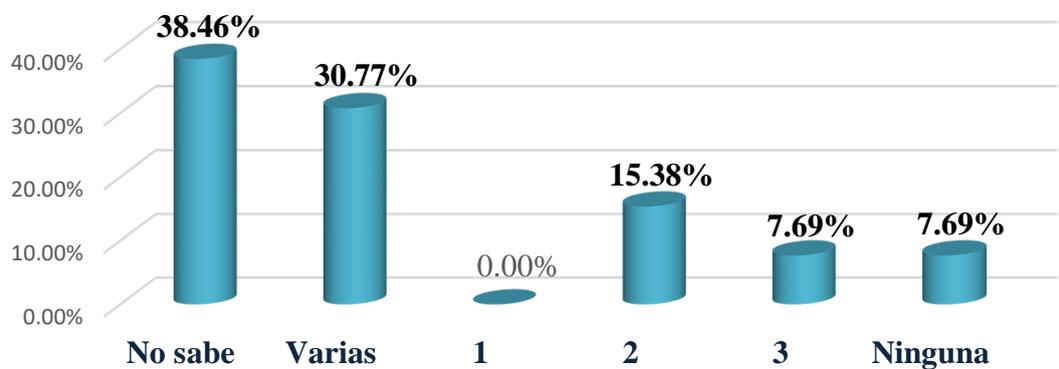


Figura 4.1. Gráfico de barras según número de parejas del padre de su hijo antes del Embarazo.
Fuente: tabla 4

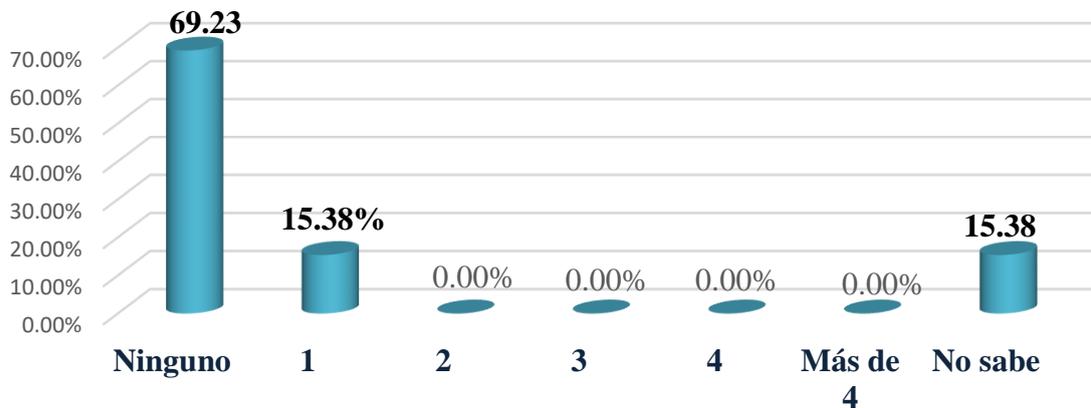


Figura 4.2: Gráfico de barras según número de hijos del padre de su hijo.
Fuente: Tabla 4.

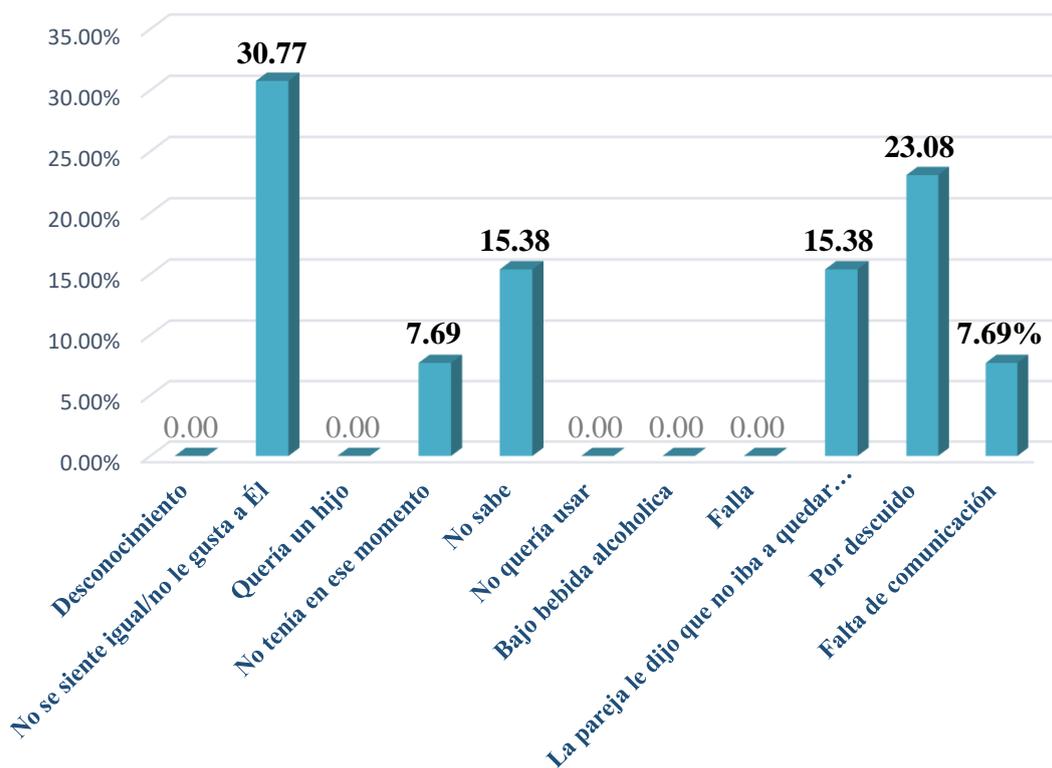


Figura 4.3: Gráfico de barras sobre el motivo del no uso del condón por parte del padre de su hijo.
Fuente: Tabla 4.

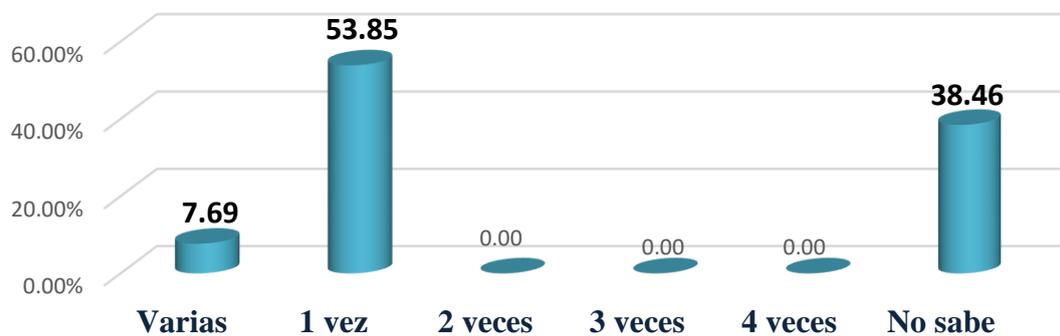


Figura 4.4: Gráfico de barras según la creencia del número de relaciones coitales que debe tener una mujer para quedar Embarazada.

Fuente: Tabla 4.

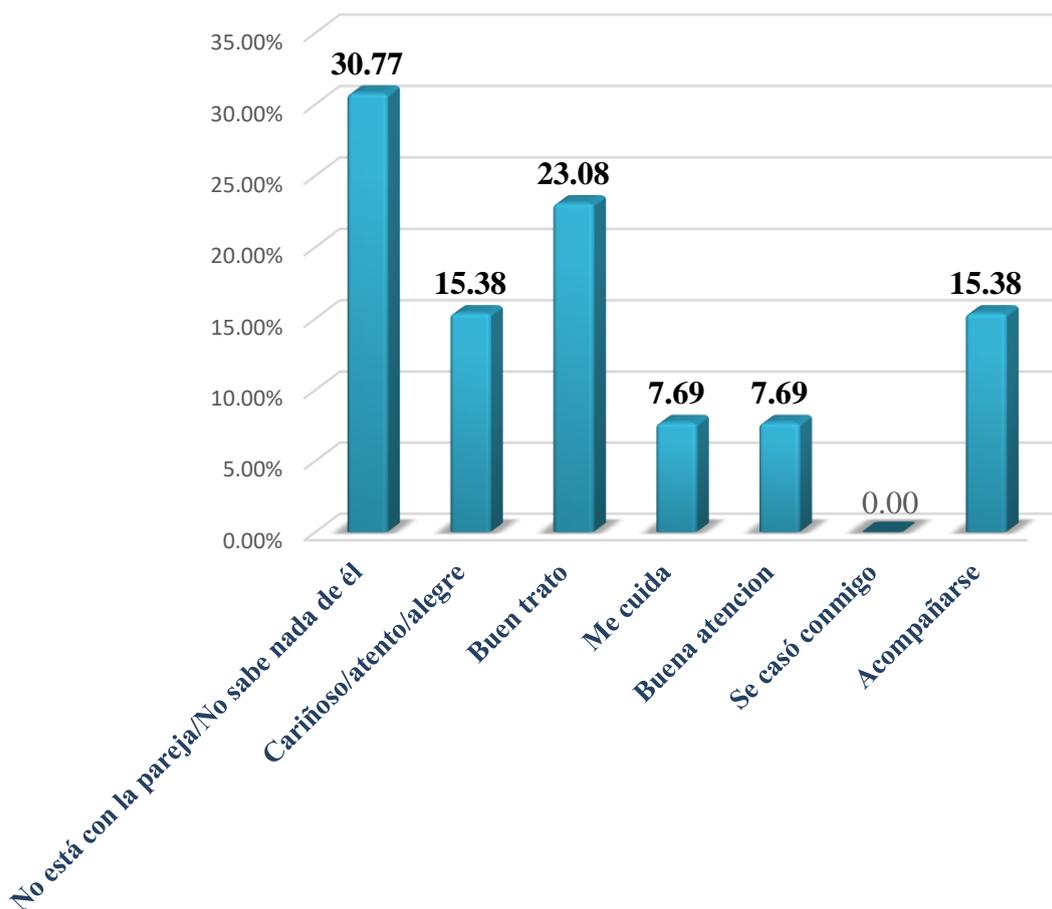


Figura 4.5: Gráfico de barras según la creencia en la forma que la pareja le demuestra amor.

Fuente: Tabla 4.

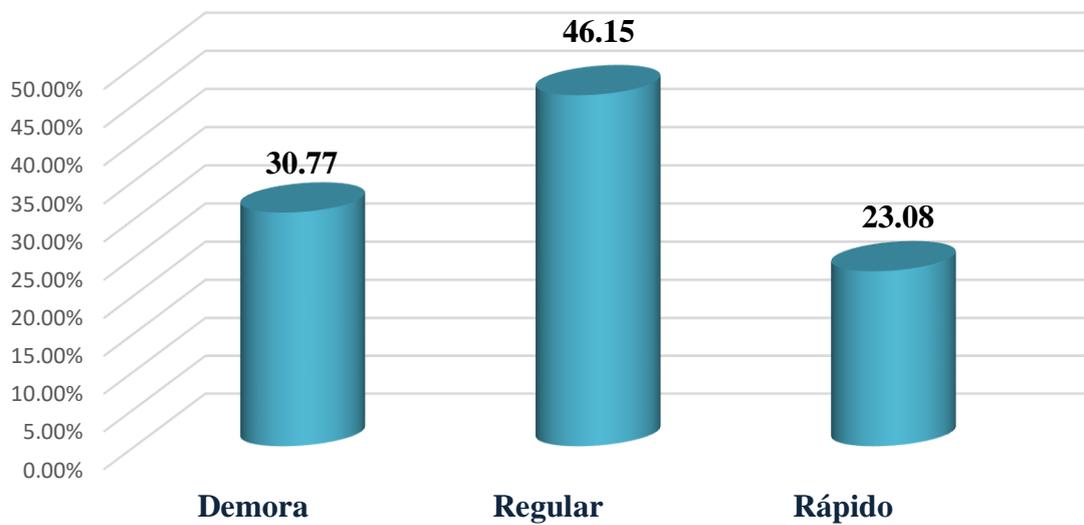


Figura 5.1: Gráfico de barras de la percepción sobre el tiempo de espera para realizar los trámites de atención.

Fuente: tabla 5.

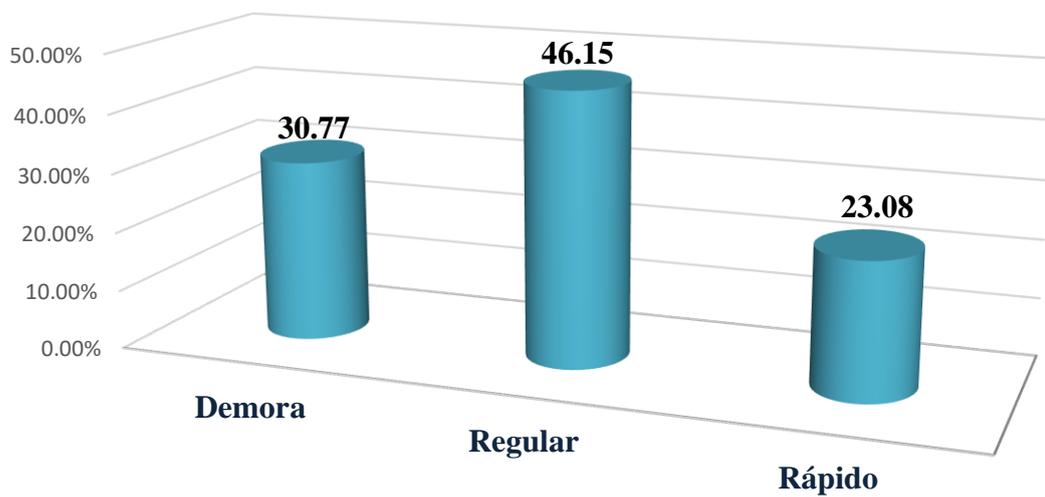


Figura 5.2: Gráfico de barras de la percepción sobre el tiempo de espera para recibir la atención.

Fuente: tabla 5.

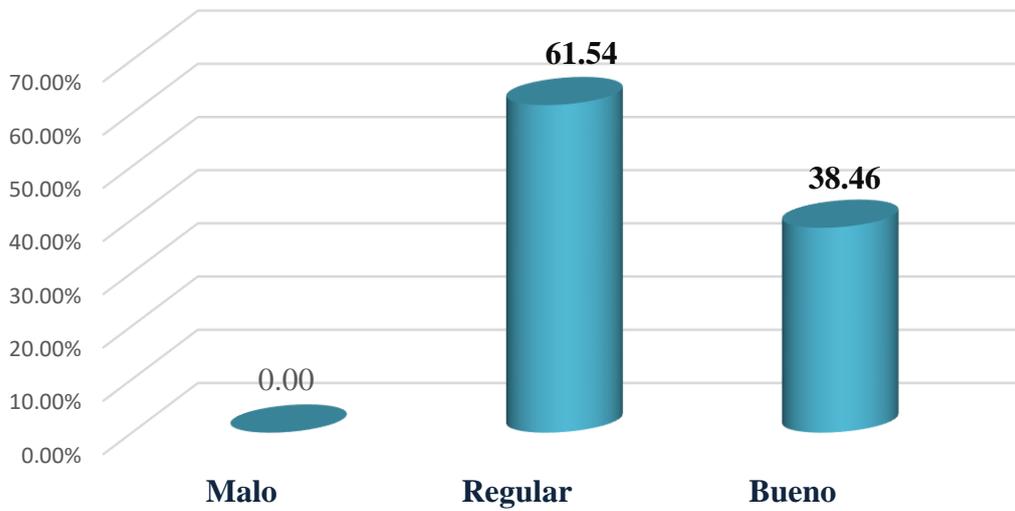


Figura 5.3: Gráfico de barras sobre la información que brinda el profesional de obstetricia sobre los signos de alarma y cuidados.
Fuente: Tabla5.

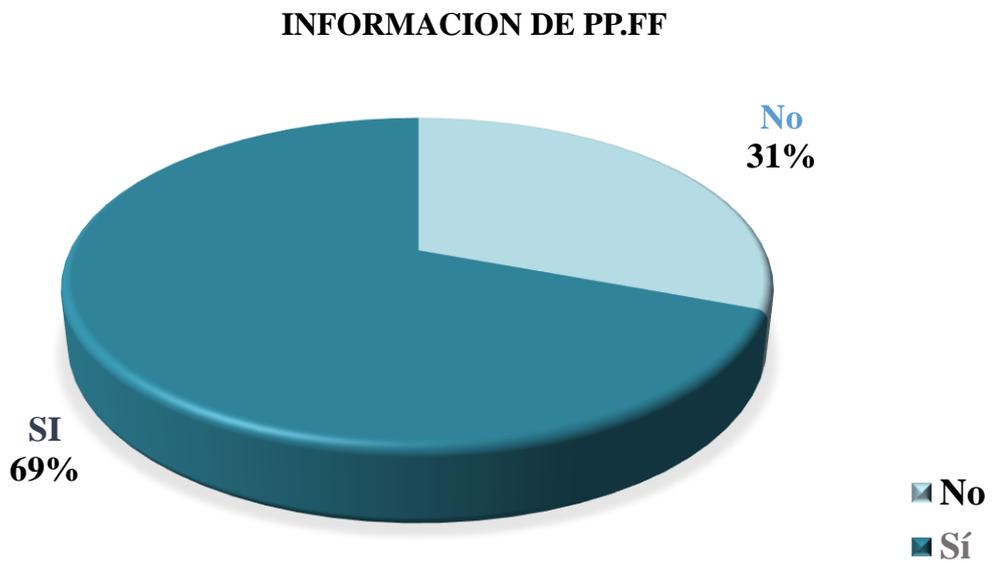


Figura 5.4: Gráfico de pastel de la percepción sobre el profesional de obstetricia la brinda información de planificación familiar.
Fuente: tabla 10.

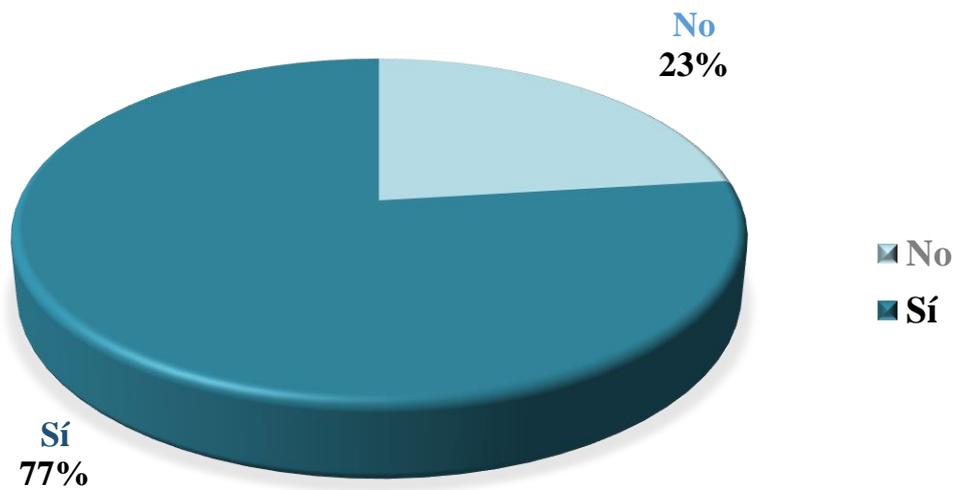


Figura 5.5: Gráfico de pastel de la percepción sobre el profesional de obstetricia le brinda información de nutrición en el embarazo.
Fuente: tabla 5.

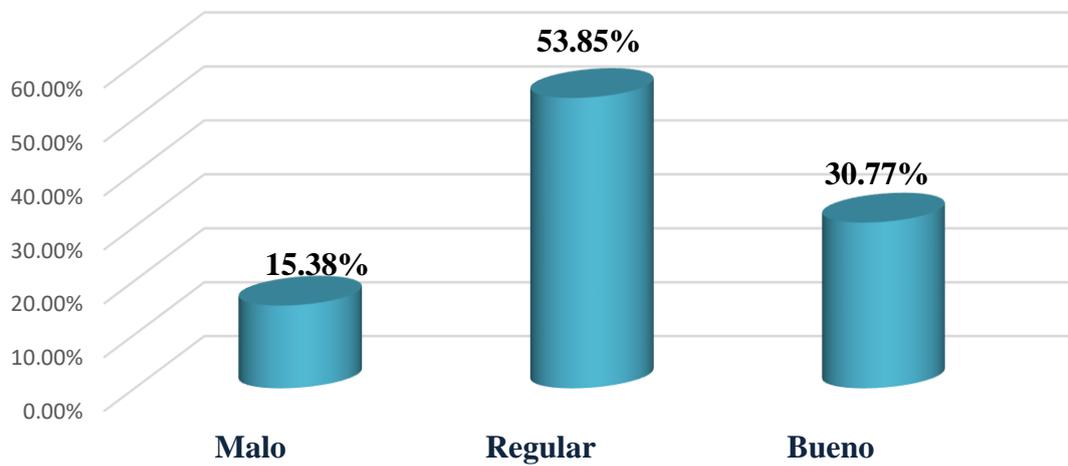


Figura 5.6: Gráfico de barras de la percepción sobre el trato que recibe en la consulta.
Fuente: tabla 5.

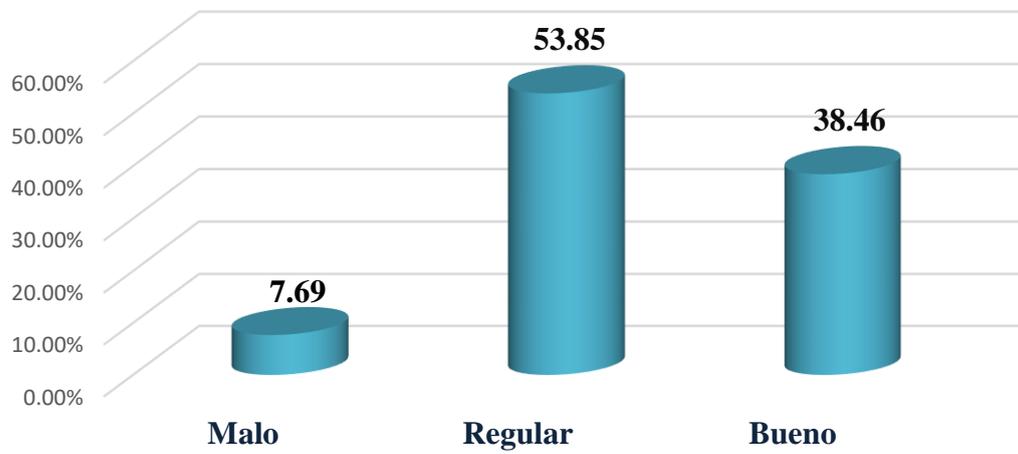


Figura 5.7: Gráfico de barras de la percepción sobre la privacidad que recibió.
Fuente: Tabla 5.

Referencias bibliográficas:

1. Rujel P, Silupu J. Factores que asocia el embarazo en adolescentes atendidas en el control prenatal del hospital “SAGARO” II-1 – Tumbes 2016. [Tesis Pregrado]. [Tesis Pregrado]. Tumbes: Universidad Nacional de Tumbes; 2016.
2. OMS Perú. [Página en internet]. Salud de los adolescentes; © 2018 [Citado 1 May 2018]. Disponible: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
3. Blázquez M. Embarazo Adolescente. Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad. * [Serie en Internet]. 2012 Sep ** [Citado 1 May 2018]; 3(1):8. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/embarazo_adolescente_2012.pdf
4. Asprea I, García O, Nigri C. Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal. 1ed. República Argentina. ARGENTINA un País con buena gente; 2013.
5. Mayorga A. Percepción sobre el control prenatal de gestantes adolescentes en la E.S.E San Cristóbal, Bogotá 2012. [Trabajo de Investigación para Optar el título de Magister en Salud Publica]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
6. Banco Mundial. [Página en internet]. Tasa de natalidad, nacidos vivos en un año (por cada 1.000 personas). © 2018. [Citado 5 May 2018]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.CBRT.IN?view=chart>

7. INEI. Perú. [Página en Internet]. Encuesta demográfica y de salud familiar- ENDES. Perú. INEI; ©2015. [Citado May 6 2018]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicacionesdigitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf>
8. Más de 1,700 embarazos adolescentes en Piura. [Página en internet]. Perú. La república © 2018. [Actualizado 29 Sep 2017, Citado 8 May 2018]. Disponible: <https://larepublica.pe/sociedad/1307052-arequipa-disparos-marcas-roban-7-mil-dolares-familia-retiro-dinero-banco?ref=footerdesktop>
9. Fuente de información de los registros Obstétricos del Establecimiento de Salud El Indio I-3 Distrito de Castilla.
10. Arana C et al. Factores que predisponen los embarazos en las adolescentes. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Argentina: Universidad Nacional de Cuyo; 2013.
11. Montoya J. Causas del embarazo adolescente y las consecuencias sociales de la Maternidad precoz. [Tesis para obtener el título de Licenciada en educación para la salud]. Nezahualcóyotl: Universidad Autónoma del Estado de México; 2013.
12. Angulo M. Factores de Riesgo familiares que influyen en el embarazo adolescente en el servicio Ginecobstetricia del Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray - ESSALUD -Trujillo, año 2015. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Trabajo social]. Trujillo: Universidad Nacional De Trujillo; 2016.
13. Ponce P. Factores que determina la prevalencia de embarazo reincidente en adolescentes, Aclas pillco Marca Huánuco -2017. [Tesis para optar Título

- profesional de licenciada en enfermería]. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2017.
14. Córdova V. Factores que predisponen el embarazo precoz y percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brinda por el profesional de salud en el control prenatal del establecimiento de salud I-3 San José, Piura 2016. [Tesis para Optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia]. Piura: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2017.
 15. Suárez L. Factores que predisponen el embarazo precoz y percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional de obstetricia en el control prenatal del Establecimiento de Salud I-2 Letira, Sechura - Piura 2016. [Tesis para Optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia]. Piura: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2017.
 16. Navarro D. Factores que predisponen al embarazo precoz y percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional de obstetricia en el control prenatal del establecimiento de Salud I-3 Cuncungará – Cura Mori- Piura 2012. [Tesis para Optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia]. Piura: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015.
 17. Pasache C. Factores que predisponen el embarazo precoz y percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional de obstetricia en el control prenatal del establecimiento de Salud I-1 Ocoto Alto del Distrito de Tambogrande – Piura, 2016. [Tesis para Optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia]. Piura: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015.

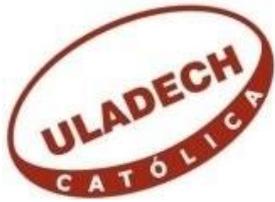
18. García K. Factores que predisponen al embarazo precoz y percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el personal de obstetricia en el Establecimiento de Salud I-1 Mala Vida – Sechura – Piura 2016. [Tesis para optar el grado de Licenciada en Obstetricia]. Piura: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, 2016.
19. Jesús J. Hace referencia a La Visión de la Adolescencia en las Perspectivas Teóricas sobre la Adolescencia. [Monografía en internet]. Santa Isabel: Salud Escolar; 2005 [citada 10 May 2018]. Disponible en:<https://www.monografias.com/trabajos24/corrientes-filosoficas-adolescencia/corrientes-filosoficas-adolescencia.shtml#persp>
20. Guerri M. hace referencia: Las tres órdenes de Jacques – Marie Emile Lacan: R.S.I. [Página en Internet]. © 2017. [Citado 13 May 2018]. Disponible: en <https://www.psicoactiva.com/blog/biografia-jacques-lacan-psicoanalista-mas-controvertido/>
21. Malena E. hace referencia a Stanley hall-psicología biogenético de la Adolescencia. La Guía blog [Internet]. [Actualizado 19 Sep 2012, Citado 14 May 2018]. Disponible: Disponible: <https://psicologia.laguia2000.com/la-adolescencia/g-stanely-hall-psicologia-biogenetica-de-la-adolescencia>
22. Figueroba A. hace referencia a G. Stanley Hall: Biografía y teoría del fundador de la APA. Psicología y Mente [Internet]. © 2018. [Citado 15 May 2015]. Disponible: <https://psicologiymente.com/biografias/stanley-hall>
23. Guerri M. hace referencia: Biografía de Anna Freud y su contribución a la psicología. [Página en Internet]. © 2017. [Citado 16 May 2018]. Disponible:

- <https://www.psicoactiva.com/blog/biografia-anna-freud-contribucion-la-psicologia/>
24. Arguello A, Herrera C, Martínez V, Nohales J, Palacios T, Sarriá P. Teoría de Henry Wallon [Monografía en internet]; Albacete: Universidad de Castilla- La Mancha; 2015. [Citada 16 May 2018]. Disponible: <https://es.slideshare.net/cristobalherrera92/teora-educativa-de-wallon-trabajo>
25. Bordignon N. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. Revista lasallista de investigación * [Serie en internet] ** [Citado 16 May 2018]. (2):2. Disponible: <http://www.redalyc.org/html/695/69520210/>
26. UNICEF. La adolescencia. [Página en internet]. © 2011. [Citado 16 May 2018]. Disponible: [https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF - Estado Mundial de la Infancia 2011 - La adolescencia una epoca de oportunidades.pdf](https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF_-_Estado_Mundial_de_la_Infancia_2011_-_La_adolescencia_una_epoca_de_oportunidades.pdf)
27. Álvarez C, Cáceres M, Guzmán C, Padilla A, Órdenes A, Wistuba L. [Internet] se refieren a las: Embarazo Juvenil- Teorías de la actitud. [Actualizado 4 Mar 2014, Citado 18 May 2018]. Disponible: <https://es.slideshare.net/loretowistuba/embarazo-juvenil-teoria-actitud>
28. Concepto de Percepción. [Página en internet]. Concepto.de. [Actualizado Dic 2017, citado 19 May 2018]. Disponible: <https://concepto.de/percepcion/>
29. Tandazo J. Monografía la percepción. [Monografía en Internet]. México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco; 2015. [Citado 19 May 2018]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/225715902/Monografia-La-Percepcion>

30. Ávila G, Carbajal F, Vilchis A. Percepción de la embarazada sobre la atención brindada en el control prenatal. [Monografía en internet]. México: Universidad Autónoma de México. 2013. [Citada 20 May 2018]. Disponible: http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/1_PERCEPCION.pdf
31. Blázquez M. Embarazo Adolescente. Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad. * [Serie en Internet]. 2012 Sep ** [Citado 19 May 2018]; 3(1):8. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/embarazo_adolescente_2012.pdf
32. Carvajal R, Valencia H, Rodríguez R. Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el municipio de Buenaventura, Colombia *[Serie en internet]. 2017 Jun ** [Citado 19 May 2018]; 49(2):290-300. Disponible: <http://www.redalyc.org/pdf/3438/343851211004.pdf>
33. La promiscuidad sexual y el embarazo adolescente - Un oponente en el Desarrollo de la Juventud. ABCartículos [Internet]. [Actualizada 01 May 2016; Citado 09 May 2018]. Disponible en: <http://abcarticulos.info/article/la-promiscuidad-sexual-y-el-embarazo-adolescente-un-opponente-en-el-desarrollo-de-la-juventud>
34. Rodríguez P et al. Factores familiares, educativos y económicos que afectan a las adolescentes en embarazo entre las edades de 13 a 17 años, que asisten a control prenatal en el Hospital San Antonio [Trabajo Social]. Zipaquirá: Corporación Universitaria Minuto de Dios; 2013.

35. Aguilera S, Soothill P. Control Prenatal. REV. MED. CLIN. *[Serie en Internet]; 2014 ** [Citada 10 May 2018]; 25 (6) 880-886. Disponible en: <https://latinamericanpost.com/index.php/es>
36. Alves R et al. Evaluación de atención prenatal bajo la perspectiva de los diferentes modelos en la atención primaria. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Serie en Internet]; 2013 Mar - Abr ** [Citado 09 May 2018]; 21 (2): 8. Disponible: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/es_0104-1169-rlae-21-02-0546.pdf
37. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Control Prenatal Guía de Práctica Clínica Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2015.

ANEXOS



Anexo 1

Cuestionario sobre factores del embarazo precoz



Objetivo del instrumento.

Recopila la información necesaria en las adolescentes embarazadas para la determinación de los factores del embarazo precoz atendidas en el Establecimiento de Salud I-3 El Indio de Distrito de Castilla- Piura, Mayo 2018.

Indicaciones.

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

I FACTORES INDIVIDUALES:

1. Edad:

1. 14 años
2. 15 años
3. 16 años
4. 17 años
5. 18 años
6. 19 años

2. Escolaridad:

1. Analfabeta
2. Primaria Completa

3. Primaria Incompleta
 4. Secundaria Completa
 5. Secundaria Incompleta
 6. Superior
3. Religión:
1. católica
 2. No creyente
 3. Otras
4. Estado Civil:
1. soltero
 2. Casado
 3. Conviviente

II FACTORES SOCIALES

5.- ¿Quiénes conforman su grupo familiar?

1. Padre (madre y padre)
2. Padres y hermanos
3. Pareja
4. Madre y hermano/a
5. Tías, tíos
6. Abuelo, hermanos/as
7. Papa, hermanos
8. Padres y pareja
9. Madre, padrastro, hermanos
10. Hermano y cuñada

11. Madre, hermanos, sobrinos

12. Padre

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

1. Buen trato

2. Bien

3. Autoritarios

4. Pleitos

5. Maltratos

6. Simple

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

1. Buen trato

2. Enojo/ reclamos/ reproches

3. No se habla

4. Maltrato (físico y verbal)

5. Indiferencia

6. Retiro de la casa

III FACTORES ECONÓMICOS

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

1. Madre

2. Padre

3. Padres (madre y padre)

4. Padrastro

5. Tíos

6. Hermanos/ as
7. Pareja
8. Padre y hermanos/ as
9. Madre/ hermanos/ as
10. Madre/tío
11. Otros

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

1. Trabajan
2. No trabajan
3. Trabajan y Estudian
4. Estudian

IV FACTORES CULTURALES

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

1. No sabe
2. Varias
3. 1
4. 2
5. 3
6. Ninguna

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

1. Ninguno
2. 1
3. 2
4. 3

5. 4

6. Más de 4

7. No sabe

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

1. Desconocimiento

2. No siente igual/ no le gusta a el

3. Quería un hijo

4. No tenía en ese momento

5. No sabe

6. No quería usar

7. Bajo bebidas alcohólicas

8. Falla

9. La pareja le dijo que no iba a quedar embarazada

10. Por descuido

11. Falta de comunicación

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

1. varias

2. 1 vez

3. 2 veces

4. 3 veces

4. 4 veces

5. No sabe

14.- ¿Cuál es la forma en la que su pareja le demuestra amor?

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

Anexo 2



Cuestionario de percepción de las gestantes adolescentes sobre la atención brindada por el profesional de obstetricia en el control prenatal del establecimiento de salud I - 3 El Indio del distrito de Castilla -Piura, Mayo 2018”.



GUIÓN DE ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD.

Dimensiones de análisis: Aspectos que las adolescentes embarazadas consideran como importante en relación a la calidad de la atención prenatal otorgada por el profesional de Obstetricia.

Instrucciones: Marque X o + según crea usted que es la indicada:

D: demora = 0 M: malo = 0 SI: 2
 RE: regular = 1 RE: regular = 1 N0: 0
 R: rápido = 2 B: bueno = 2

TIEMPO DE ESPERA			
1. ¿Los trámites para recibir la atención obstétrica en el consultorio considera que fue?	D	RE	R
2. ¿En la consulta de hoy el tiempo que usted tuvo que esperar para ser atendida por el/la Obstetra fue?	D	RE	R
INFORMACION QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE SALUD			
3. ¿La información que le dio el/la Obstetra sobre los signos de alarma y cuidados en la consulta de hoy fue?	M	RE	B
4. ¿El/la Obstetra le brindo información sobre planificación familiar?	SI	NO	
5. ¿El personal de salud le brindo información sobre nutrición en el embarazo?	SI	NO	
TRATO QUE RECIBE EN LA CONSULTA			
6. ¿En la consulta de hoy el trato que usted recibió cómo fue?	M	RE	B
PRIVACIDAD QUE TUVO EN LA CONSULTA			
7. ¿En la consulta de hoy, la privacidad que tuvo usted (entran y salían personas) como cómo fue?	M	RE	B

Anexo 3

Reporte de validación y confiabilidad del cuestionario de factores del embarazo precoz y la percepción de la atención prenatal.

Año	2018
Autora	María del socorro Nizama Rojas
Procedencia	Piura- Perú
Administración	Adolescentes de 14 a 19 años
<i>Significancia</i>	Evalúa el conjunto de ideas, conceptos, y enunciados verdaderos o falsos, productos de la observación y experiencia del adolescente, referida a factores del embarazo y percepción del control prenatal.
Duración	No tiene límite, como promedio 20 minutos
Confiabilidad	La confiabilidad con el método de Alfa Crombach es de 7,00 (Alta confiabilidad).
Validez	La Escala ha sido sometida a criterio de Jueces expertos para calificar su validez de contenido teniendo resultados favorables.

Anexo 4

Información para Consentimiento Informado

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

Del mismo modo se han aclarado lo siguientes puntos:

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

Y, para que así, firme el presente documento:

Investigador Responsable

Usuaría Participante