

Universidad de Huánuco

Facultad de Ciencias de la Salud

ESCUELA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA



TESIS

**“CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES Y
DEMOGRÁFICAS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS,
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD CASTILLO
GRANDE - TINGO MARÍA 2015”**

**Para Optar el Título Profesional de:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**TESISTA
Bach. TOLEDO GREGORIO, Miryam**

**ASESOR
Lic. Enf. REATEGUI RUIZ, Robert**

**Tingo María – Perú
2017**



UNIVERSIDAD DE HUANUCO



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Tingo María, siendo las 8.00 horas del día 19 del mes de Diciembre del año dos mil diecisiete, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- | | |
|--|-------------------|
| • Lic. Enf. Carmen, Merino Gastelu | Presidente |
| • Lic. Enf. Lilia Céspedes y Argandoña | Secretaria |
| • Biol. Carlos Enrique, Cortegana Vargas | Vocal |
| • Lic. Enf. Robert, Reategui Ruiz | Asesor |

Nombrados mediante Resolución N°2328--2017-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulado: "CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES Y DEMOGRAFICAS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS, ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD CASTILLO GRANDE - TINGO MARÍA 2015" presentado por el Bachiller en Enfermería, Srta. Miryam, TOLEDO GRGORIO. Para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) APROBADA por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 13 y cualitativo de SUFICIENTE.

Siendo las 9.00 Horas del día 19 del mes de DICIEMBRE del año 2017, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

PRESIDENTE

SECRETARIA
VOCAL

DEDICATORIA

En primer lugar a Dios por permitirme llegar hasta este punto y haberme dado salud; además de su infinito amor y su bondad.

A mi madre, por ser parte fundamental en mi vida, un ejemplo a seguir; gracias a su amor y apoyo incondicional he podido seguir adelante, es a ellos a quienes dedico con todo el amor del mundo mi esfuerzo y mi carrera.

AGRADECIMIENTO

A mí amado esposo, a mis hijos; por demostrarme su afecto y su amor incondicional y a numerosas personas que, directa o indirectamente, han participado en él. La cual reciba mi mayor agradecimiento y gratitud.

A los profesionales quienes aportaron incansablemente en mi formación académica. Especialmente a los docentes de la Escuela académica Profesional de Enfermería.

RESUMEN

OBJETIVO: Establecer las características socioculturales y demográficas que inciden en las adolescentes embarazadas, atendidas en el C.S. Castillo Grande, Tingo María 2015. **MÉTODOS:** Estudio con enfoque cuantitativo, observacional, de corte transversal, nivel descriptivo. La muestra estuvo conformada por 40 adolescentes embarazadas. Para la recolección de datos se aplicaron un cuestionario. El análisis estadístico fue mediante la estadística descriptiva apoyándonos en el SPSS V22. **RESULTADOS:** La edad promedio de las adolescentes embarazadas fue de 16,5 años. El inicio promedio de la menarquia fue de 12, 03 años y el inicio de las relaciones sexuales fue de 14,8 años de edad. El tipo de familia predominante fue el nuclear con una mala comunicación. El 85,0% no recibió afecto ni cariño y el 67,5% tenía familiares como madres adolescentes. El 57,5% fue influenciada por su pareja para el inicio de sus RS y el 90,0% indica que su embarazo fue como respuesta el querer agradar a su pareja. **CONCLUSIONES:** el inicio precoz de las RS, la mala comunicación con sus padres, así como la falta de afecto, son características sociales y demográficas predominantes en las adolescentes embarazadas. La falta de dedicación a una actividad libre y la influencia de la pareja para inicio de las RS son factores culturales predominantes.

PALABRAS CLAVES: Embarazo, adolescentes, características, demográficas, sociales, culturales.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To establish the sociocultural and demographic characteristics that impact in the pregnant adolescents, assisted in the C.S. Big Castle, January March, 2015. **METHODS:** I study with quantitative, observational focus, of court trasversal, descriptive level. The sample was conformed by 40 pregnant adolescents. For the gathering of data they were applied a questionnaire. The statistical analysis was by means of the descriptive statistic leaning on in the SPSS V22. **RESULTS:** The age average of the pregnant adolescents was of 16,5 years. The beginning average of the menarquia was of 12, 03 years and the beginning of the sexual relationships was of 14,8 years of age. The type of predominant family was the nuclear one with a bad communication. 85,0% didn't receive affection neither affection and 67,5% he/she had family as adolescent mothers. 57,5% was influenced by its couple for the beginning of its RS and 90,0% it indicates that its pregnancy was as answer wanting to please its couple. **CONCLUSIONS:** the precocious beginning of the RS, the bad communication with their parents, as well as the lack of affection, they are characteristic social and demographic predominant in the pregnant adolescents. The dedication lack to a free activity and the couple's influence for beginning of the RS is predominant cultural factors.

KEY WORDS: I embarrass, adolescents, characteristic, demographic, social, cultural.

INTRODUCCIÓN

En varios países el embarazo en adolescentes es muy común, constituyendo así un problema social. Aproximadamente el 50% de la población mundial es menor de 20 años y en forma anual nacen aproximadamente 15 millones de niños de madres adolescentes y son ellos los que tienen mayor probabilidad de fallecer antes de cumplir los 5 años de vida. En el Perú la gestación de adolescentes representa el 13% en una población adolescente entre 15 a 19 años.

La maternidad precoz es un factor de riesgo debido a los cambios y adaptaciones que exige al organismo el desarrollo del embarazo, y constituye una situación problemática que se evidencia en las altas tasas de morbilidad materna perinatal, debido a ello cuanto más joven es la madre, existe mayor probabilidad que el embarazo sea de riesgo.

Por lo general el embarazo en adolescentes es no deseado y es un grave y complejo problema en la sociedad que compromete a la madre adolescente, al recién nacido, a la familia y a la sociedad; ya que supone un impacto negativo sobre la condición física y emocional de la joven, así como de condicionar definitivamente su estilo de vida.

Muchas veces un embarazo a edad temprana expone a las adolescentes a truncar su proyecto de vida inicial, en función a que le hace entrar precozmente a la etapa adulta asumiendo un rol nuevo.

En función a lo descrito es que se establece prioritario realizar el presente estudio ya que se evidencia en nuestra jurisdicción, un incremento de embarazos en adolescentes, siendo estos procedentes en su gran mayoría de la zona urbana y periurbana.

A fin de ser más didáctico y entendible, la presente investigación se ha desarrollado en cinco capítulos.

Capítulo: I.- Trata del problema de investigación, su fundamentación y formulación del problema; objetivos, justificación.

Capítulo II.- Marco Teórico. En esta parte comprende: antecedentes del estudio, bases teóricas.

Capítulo III.- Metodología: tipo y nivel de investigación, diseños de investigación; población y muestra, fuentes, técnicas e instrumentos de investigación y análisis e interpretación de resultados.

Capítulo IV.- Resultados. En este capítulo se presenta los hallazgos a través de cuadros estadísticos con análisis e interpretación porcentual a través de la estadística descriptiva y

Capítulo V. Discusión, comprende: contrastación de las teorías con el trabajo de campo, con la hipótesis y aporte teórico de la investigación.

Finalmente, las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos como evidencias del trabajo de investigación.

INDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRATC.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	vii

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema	13
1.2. Formulación del problema	15
1.2.1. Problema general.....	15
1.2.2. Problemas específicos.....	15
1.3. Objetivo general	15
1.4. Objetivos específicos.....	16
1.5. Justificación	16
1.5.1. Nivel teórico	16
1.5.2. Nivel práctico	17
1.5.3. Nivel metodológico.....	17
1.6. Limitaciones	18
1.7. Viabilidad.....	18

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de investigación	19
2.2 Bases teóricas que sustentan el estudio	22
2.3 Definiciones conceptuales.....	23
2.4 Hipótesis.....	30
2.5 Variables	30
2.5.1 Variable de interés	30
2.5.2 Variable de caracterización.....	30
2.6 Operacionalización de las variables	30

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo de Investigación.....	32
3.1.1 Enfoque	32

3.1.2 Nivel	32
3.1.3 Diseño de estudio	32
3.2 Población y muestra	33
3.2.1 Criterios de inclusión y exclusión	33
3.3 Técnica e instrumento de recolección de datos	33
3.3.1 Para la recolección de datos.....	33
3.3.2 Para la presentación de datos	34
3.3.3 Para el análisis e interpretación de datos	35

CAPÍTULO IV: Resultados

4.1 Análisis descriptivo	36
--------------------------------	----

CAPITULO V: Discusión de resultados

5.1 Discusión	55
---------------------	----

CONCLUSIONES	60
--------------------	----

RECOMENDACIONES.....	61
----------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
---------------------------------	----

ANEXOS

Instrumentos de recolección de datos	67
--	----

Consentimiento informado	69
--------------------------------	----

Tabla de validación de los instrumentos	70
---	----

Matriz de consistencia	71
------------------------------	----

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1. Características demográficas de adolescentes embarazadas – Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María 2015	36
Tabla N° 2. Características sociales de las adolescentes embarazadas Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María 2015	43
Tabla N° 3. Características culturales de las adolescentes embarazadas Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María 2015	48

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura N° 1. Porcentaje de adolescentes embarazadas según edad	37
Figura N° 2. Porcentaje de adolescentes embarazadas según edad de menarquia.....	38
Figura N° 3. Porcentaje de adolescentes embarazadas según edad de inicio de RS	39
Figura N° 4. Porcentaje de adolescentes embarazadas según procedencia	40
Figura N° 5. Porcentaje de adolescentes embarazadas según con quien vivía antes del embarazo	41
Figura N° 6. Porcentaje de adolescentes embarazadas según con quien vive actualmente.....	42
Figura N° 7. Porcentaje de adolescentes embarazadas según tipo de familia	44
Figura N° 8. Porcentaje de adolescentes embarazadas según comunicación con sus padres	45
Figura N° 9. Porcentaje de adolescentes embarazadas según si recibió afecto.....	46
Figura N° 10. Porcentaje de adolescentes embarazadas según antecedentes de familiares de madres adolescentes.....	47
Figura N° 11. Porcentaje de adolescentes embarazadas según nivel educativo	49
Figura N° 12. Porcentaje de adolescentes embarazadas según actividad libre.....	50
Figura N° 13. Porcentaje de adolescentes embarazadas según conocimiento de método de PPF.....	51
Figura N° 14. Porcentaje de adolescentes embarazadas según si consideró quedar embarazada.....	52
Figura N° 15. Porcentaje de adolescentes embarazadas según influencia para inicio de RS	53
Figura N° 16. Embarazo de las adolescentes según como lo considera	54

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El embarazo en la adolescencia es una de las principales preocupaciones derivadas de la conducta sexual de los jóvenes; debido a la precocidad en el inicio de las relaciones sexuales, la desinformación y el uso inadecuado o no uso de métodos anticonceptivos, aumentando el riesgo de que los adolescentes adquieran enfermedades de transmisión sexual o tengan embarazos no deseados, abortos o partos

En el mundo más de mil millones de adolescentes ha iniciado relaciones sexuales antes de los 16 años; trayendo consigo presencia de casos nuevos de Infección de Trasmisión Sexual, partos en adolescentes, con una mortalidad materna de 2 a 5 veces más alta en mujeres menores de 18 años que en aquellas mujeres de más edad ⁽¹⁾

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública, debido a que están implicados factores socioculturales y económicos que comprometen el binomio madre-hijo. El embarazo temprano con lleva a una serie de limitaciones en el inicio de la vida de cualquier menor, ya sea por el incremento de la morbilidad como de la mortalidad; lo que impide garantizar la participación plena de la adolescente en el desarrollo futuro de nuestro país (1)

En el Perú también el inicio temprano de la sexualidad se está generalizando cada vez más, lo que hace que la prevalencia de embarazos en la adolescencia alcance un promedio de 10% en la población de mujeres de 15 a 19 años. El 20% del total de partos corresponden a madres de entre 10 y 19 años, lo que incrementa la morbi-mortalidad materna, el cáncer de cuello uterino, las enfermedades de transmisión sexual, productos con bajo peso al nacer y las secuelas psicosociales que produce un embarazo a temprana edad ⁽²⁾

Según ENDES 2010, en el Perú, el porcentaje de madres adolescentes en la costa es del 20%, 25% en la sierra y el 30 a 35% en la selva; siendo los departamentos con mayor porcentaje de madres adolescentes, San Martín con un 34.2%, Ucayali con un 32.9% y Loreto con un 29.4%. A ello se suma que solo el 33,9% de las mismas tiene educación primaria.

Nuestra jurisdicción como provincia de Leoncio Prado no es ajeno a este problema ya que durante el año 2013 en el Hospital de Tingo María se ha evidenciado que el 12% de las gestantes atendidas eran adolescentes lo cual implica un riesgo para la vida de la adolescente así como del recién nacido.

En función a ello se ha visto en la necesidad de elaborar el siguiente estudio de investigación con la finalidad de evaluar las características socioculturales y demográficas que inciden en las adolescentes

embarazadas que acuden al servicio de materno del Centro de Salud de Castillo Grande, Tingo María.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Qué características socioculturales y demográficas presentan las adolescentes embarazadas, atendidas en el C.S. Castillo Grande, Tingo María 2015?

1.2.2. Problemas específicos.

- ✓ ¿Qué características demográficas presentaran la población de adolescentes embarazadas atendidas en el consultorio de materno perinatal del C.S. Castillo Grande, Tingo María 2015?
- ✓ ¿Qué características sociales estarán presentes en las adolescentes embarazadas, atendidas en el consultorio de materno perinatal del C.S. Castillo Grande, Tingo María 2015?
- ✓ ¿Qué características culturales estarán presentes en las adolescentes embarazadas, atendidas en el consultorio de materno perinatal del C.S. Castillo Grande, Tingo María 2015?

1.3. OBJETIVO GENERAL

Establecer las características socioculturales y demográficas en las adolescentes embarazadas, atendidas en el C.S. Castillo Grande, Tingo María 2015.

1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Describir las características demográficas presentes en la población de adolescentes embarazadas atendidas en el consultorio de materno perinatal del C.S. Castillo Grande.
- ✓ Describir las características sociales presentes en las adolescentes embarazadas, atendidas en el consultorio de materno perinatal del C.S. Castillo Grande.
- ✓ Describir las características culturales presentes en las adolescentes embarazadas, atendidas en el consultorio de materno perinatal del C.S. Castillo Grande.

1.5. JUSTIFICACIÓN

1.5.1 Nivel Teórico.

En la actualidad el embarazo y la maternidad en adolescentes es un suceso difícil que afecta la salud integral de los padres adolescentes, la de sus hijos, familiares y comunidad en su conjunto.

El embarazo en la adolescencia es considerada como embarazo precoz, porque ocurre antes de que ella complete su crecimiento y desarrollo. En este periodo la sexualidad no podrá ser considerada como aislada; por el contrario está íntimamente ligada a procesos biopsicosociales de esta generación; por lo que es un problema mundial que contribuye a, acelerar el crecimiento de la pobreza y en muchos casos pone en riesgo la vida de la adolescente así como del

que está por nacer, ya que se ha evidenciado que la gran mayoría de estos embarazos no son deseados, llevando a la adolescente a prácticas abortivas.

En función a ello es que se pretende realizar el presente estudio de investigación ante el incremento de los embarazos en adolescentes no solo en nuestro país sino en nuestras localidades, siendo básicamente las zonas periurbanas y rurales las más afectadas.

1.5.2 Nivel Práctico

Los resultados servirán para proponer al sector salud y educación la construcción de programas eficientes enmarcados a disminuir los factores que favorecen al embarazo en esta etapa de vida obteniendo información que sirva de base para orientarnos, al diseño de estrategias que involucren a las adolescentes, familias, comunidades y sociedad; permitiendo la transmisión de información y conocimientos que favorezcan comportamientos deseables para minimizar la tasa de adolescentes embarazadas.

1.5.3 Nivel Metodológico

Este estudio se justifica metodológicamente debido que se va investigar utilizando un instrumento (cuestionario) única, confiable y válidos lo cual aclararan el problema a estudio y de igual modo serán antecedentes para otros estudios.

1.6. LIMITACIONES

En relación a las limitaciones, en el presente estudio de investigación, no se ha presentado, problemas presupuestales, ya que el total del costo estuvo al alcance de la investigadora. Así mismo no se tuvo limitaciones en el momento de recoger la información. La limitación radica al ser un estudio de nivel descriptivo los resultados solo servirán para la muestra en estudio, no se podrá polarizar a una población más grande

1.7. VIABILIDAD

El presente estudio es viable en razón a que se ha encontrado información en relación al tema, las cuales fueron extraídas del internet. Para la obtención de la información, no se tuvo inconveniente ya que no se ha trasgredido las normas éticas por ser un estudio de nivel relacional, por lo que fue viable.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

A Nivel Internacional.

- **En Cuba Laffita Batista; Cutié Sánchez (3).** Realizan un estudio retrospectivo descriptivo de título “Adolescencia e interrupciones de embarazo”. La muestra fue de 410 adolescentes que se hicieron interrupción de su embarazo. De los resultados se evidencia alto porcentaje de pacientes adolescentes con comienzo precoz de relaciones sexuales desprotegidas, el mayor número de ellas utilizó el legrado como método de elección para interrumpir sus embarazos, no tenían unión estable así como tampoco independencia económica. Concluyen que en este grupo de alto riesgo se está utilizando la interrupción de embarazo como método anticonceptivo.
- **En Cuba, 2009. Blanco Gámez; Arrieta Zulueta (4)** realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, titulado “Embarazo y adolescencia. Comportamiento clínico-epidemiológico en el Policlínico Parraga. Arroyo Naranjo”. Participaron 69 gestantes adolescentes. La información se obtuvo a través de la planilla de recolección de datos de los resultados se obtiene que el grupo etáreo más afectado fue entre 17 y 19 años,

predominaron las solteras y las uniones consensuales sobre las casadas. La Escuela Secundaria Básica constituyó el mayor nivel de escolaridad. El mayor número de los embarazos fue no deseado, coincidiendo con el mayor número de captaciones intermedias y tardías. Hubo predominio de las adolescentes normo peso, los casos de Apgar bajo se relacionaron con los partos distócicos, mientras que en los recién nacidos bajo peso y riesgo por peso predominaron los partos pre términos

- **En México, 2010. Banda; Medrano; Ibarra; Vázquez (5)** realizaron un estudio observacional, descriptivo, transversal, correlacional, de título “Conducta sexual y riesgo de embarazo temprano en adolescentes de Cd. Victoria, Tamaulipas”. La población estuvo formada por 1212 adolescentes de 12 a 19 años de ambos sexos. De los resultados se encontró que la mitad de los participantes en el estudio tienen entre 15 a 17 años con una media de 16 años. El 97% conoce métodos anticonceptivos, más no su funcionamiento. El 22 % tiene vida sexual activa entre los 14-15 años, no utilizaron método anticonceptivo por no planear la relación sexual. El 50% tiene más de una pareja, no se encontró asociación entre la edad y el número de parejas ni entre la edad y la última vez en que se tuvo relación sexual. Concluyen que un porcentaje alto no tiene conocimiento sobre métodos anticonceptivos y su funcionamiento.

- **En Venezuela, 2013. Galicia Moyeda; Martínez Sánchez; Ordoñez Cervantes; Rosales Vega (6).** Realizaron un estudio titulado “Relación entre maltrato fetal, violencia y sintomatología depresiva durante el embarazo de mujeres adolescentes y adultas”. Participaron mujeres que asistían a control prenatal en un hospital de Gineco –Obstetricia. Se les aplicó la Escala Depresión de Zung, así como un instrumento de detección de violencia hacia la mujer y otro más para detectar maltrato fetal. Concluyen que existe mayor asociación entre la depresión y violencia. La violencia psicológica recibida por las mujeres se relacionó de manera significativa con el maltrato fetal. En particular, en las adolescentes hubo más depresión, violencia y maltrato fetal que en las adultas.

A Nivel Nacional.

- **En Lima, 2008. Ticona R.; Ticona V.; Huanco A. (7)** realizaron un estudio de casos y controles, titulado “Repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú”. De los resultados, el 19,2% de los partos son en adolescentes, de las cuales el 17,6% sierra, 18,1% costa y 29% selva. Se relaciona al embarazo en adolescente una menor escolaridad, alta dependencia económica, situación conyugal inestable, región selva y mal estado nutricional. Las repercusiones maternas negativas fueron: control prenatal Inadecuado (OR=1,2) y tardío (OR=1,56), morbilidad materna (OR=1,18), anemia (OR=1,24),

infección del tracto urinario (OR=1,3), enfermedad hipertensiva del embarazo (OR=1,3) e infección puerperal (OR=1,44). Las repercusiones perinatales negativas fueron: bajo peso al nacer (OR=1,36), prematuridad (OR=1,29), desnutrición fetal (OR=1,34), depresión a minuto de nacer (OR=1,17), morbilidad neonatal (OR=1,1), traumatismos al nacer (OR=1,36) y mortalidad neonatal (OR=1,49).

A nivel regional o local:

Se realizó búsqueda a nivel regional y local sobre estudios similares al nuestro, no encontrándose hasta la fecha, por lo que se considera al trabajo como un estudio inicial.

2.2. BASES TEÓRICAS

Teoría de Promoción de la Salud de Nola Pender

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos preceptuales que son modificados por las características situacionales personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, basándose en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. Las personas adoptan conductas saludables cuando los individuos que influyen en su vida les inculcan a realizarlo, es por ello que los profesionales de la salud son fuentes importantes de influencias interpersonales que pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de la salud ⁽⁸⁾

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

Adolescencia

Periodo de transición entre la niñez y la edad adulta. La OMS la define como el “periodo de la vida en la cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio económica y fija sus límites entre los 10 y los 19 años de edad.

Etapas de la Adolescencia

La adolescencia tanto en hombre como en mujeres se le puede dividir en 3 etapas cada una con características propias:

Adolescencia temprana (10 a 13 años). Es el periodo con grandes cambios en la parte corporal y funcional como la menarquía. En la parte psicológica el adolescente empieza a perder interés por los padres e inicia amistades con individuos del mismo sexo. En la parte Intelectual aumenta sus habilidades cognitivas y sus fantasías; por lo general no controlan sus impulsos. Así mismo se preocupan por sus cambios corporales y por su apariencia física.

Adolescencia media (14 a 16 años). Es la adolescencia propiamente dicha, en esta etapa ha completado su desarrollo y crecimiento somático. Se relaciona con sus amistades, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para la gran mayoría es el inicio de experiencias y actividades sexuales asumiendo conductas de

riesgos. Se preocupan bastante por su apariencia física, deseando poseer un cuerpo más atractivo por lo que les fascina la moda.

Adolescencia tardía (17 a 19 años). En esta etapa generalmente no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a los padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta. Adquieren importancia las relaciones íntimas por lo que el grupo de amistades va perdiendo jerarquía.

Factores que contribuyen al inicio de la sexualidad adolescente

Dentro de los factores podemos encontrar, la ignorancia en temas de reproducción y sexualidad humana, una mala o deficiente comunicación con los padres, la ignorancia de los padres en embarazo y sexualidad, así también pueden presentarse por problemas entre los padres, padres que viven separados y el ser hijo o hija de madre adolescente¹⁵.

Factores que contribuyen a menor probabilidad de inicio de relaciones sexuales en adolescentes

El tener padres más instruidos y educados; adolescentes con buena o adecuada autoestima; adolescente estudiando con planes futuros, adolescentes que desarrollan actividades en su tiempo libre como actividad física, intelectual, artístico o espiritual.

Otros factores para el embarazo en adolescentes

- **Pertenencia a zonas rurales:** Según encuestas nacionales realizadas encontraron un mayor porcentaje de madres adolescentes en las zonas rurales respecto a las zonas urbanas.
- **Nivel económico y social:** Sugiere que las condiciones económicas de las madres adolescentes son más críticas que las de las jóvenes que no han estado embarazadas.
- **Practicar alguna religión:** La identificación y satisfacción con una religión y con valores religiosos lleva a las adolescentes a un estado de satisfacción personal actuando como una influencia protectora del inicio de relaciones sexuales a temprana edad.
- **Influencia de los grupos de amigos:** La adolescente busca muchas veces su libertad y se relaciona con sus amigos las cuales influyen en su vida, de su entorno de amistades surge una relación amorosa, en la que muchas veces inician su vida sexual ⁽¹⁶⁾.
- **Influencia de televisión, radio, periódicos o revistas:** Los medios de comunicación influyen bastante, sobre todo en aquellos que promueven la relación amorosa sin un sentido de respeto hacia la persona, en la que no se referencia el respeto por el cuerpo, por la determinación individual ni por la salud mental ⁽¹⁷⁾.

- **Individuales:**

La falta de planear proyectos de vida a largo plazo en los adolescentes, el tener una personalidad inestable, baja autoestima y poca confianza, así como el abuso de alcohol, drogas, familias conflictivas o en crisis, madres que han estado embarazadas en su adolescencia., favorecen al embarazo a temprana edad.

- **Biológicos**

La edad de la pubertad ha declinado de los 17 años en el siglo XIX alrededor de 12 a 13 años en la actualidad lo que conduce a que las adolescentes sean fértiles a una edad menor, ya que su periodo menstrual se presenta a temprana edad.

- **Psicológicas:**

Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, estos no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. El egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas eso no les va a pasar, pues eso solamente les ocurre a otras.

- **Sociales**

Existe abundancia de propaganda que incita las relaciones sexuales, falta de acceso a los servicios de planificación familiar. Una unidad psicosocial sujeta a la influencia de los factores socioculturales, protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis.

- **Socioculturales:**

El embarazo de la adolescente está relacionado con la condición de la mujer en las diferentes sociedades. Esta se describe en términos de su ingreso, empleo, educación, salud y fertilidad y también los roles que ella desempeña en la familia y la comunidad. La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes. La precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, más bien la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones. Las mujeres analfabetas de los sectores rurales no entienden de la fisiología de la reproducción o como controlarla, en consecuencia aceptan el embarazo como una voluntad divina.

- **Familiares**

Familia disfuncional, familia en crisis, pérdida de un familiar, madre con embarazo en la adolescencia, padre ausente. La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los micros ambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia.

SALUD Y RIESGOS DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

Si la embarazada está lo suficientemente desarrollada en su estatura los embarazos evolucionan bien, tienen una duración promedio y el parto puede llegar a ser normal.

Riesgos biológicos

- Algunas gestaciones presentan pequeñas hemorragias iniciales que pueden ser confundidas como anomalías menstruales sin importancia
- La amenorrea en los primeros meses no atrae la atención, razón por lo que a menudo el embarazo se confirma casi al tercer mes
- Más del 10% de todos los nacimientos anuales se dan en mujeres entre los 15 y 19 años y por falta de maduración del organismo, el riesgo de mortalidad es dos a cuatro veces más alto en adolescentes que en mujeres mayores de 20 años. La mortalidad en neonatos es mayor cuando son de madres adolescentes.

Riesgos obstétricos

- **Atención prenatal inadecuada.** se da más por los esfuerzos de la adolescente por ocultar su embarazo y la dificultad para disponer de servicios adecuados o la inexistencia de un servicio médico prenatal, hacen que no tenga un seguimiento adecuado.
- **Deficiencias Nutricionales:** Alrededor del 20% de la población de los países subdesarrollados esta crónicamente desnutrida. Siendo la adolescencia una etapa de rápido crecimiento físico; hay aumento

normal de las necesidades básicas, que se incrementan con la gestación:

DEPENDENCIA DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

La noticia del embarazo al principio es un trago amargo para la futura madre y por supuesto, la familia la cual juega un papel muy importante en este tipo de circunstancia pues las jóvenes embarazadas en la mayoría de los casos, todavía se encuentran estudiando, sin recursos y en plena dependencia económica. Esto Significa que dependen de la ayuda familiar, no sólo económica, sino afectiva y psicológica para salir adelante. Sin embargo este es un periodo realmente tormentoso motivado a los grandes cambios a los que está sujeto el adolescente, los cuales pueden originar o ser el punto de partida de problemas y conflictos entre el joven y las personas de su entorno. La adolescente embarazada tiene que jugar un doble papel, ser madre y padre a la vez por ello el apoyo de la familia y la pareja es fundamental. Cuando se asume esta nueva responsabilidad, la madre deberá prepararse física y psicológicamente para poder salir airoso de la experiencia que la marcará a ella y a su hijo para toda la vida.

Las madres muy jóvenes sufren retrasos en sus estudios y luego tienen mayores problemas a la hora de encontrar puestos de trabajo o de integrarse en los que tenían antes del embarazo. Por si fuera poco, se ha señalado en que la adolescente que ya tiene un hijo está en un gran riesgo de volver a quedar embarazada durante el resto de su adolescencia. En el plazo de tres años hasta un 70% tienen un nuevo hijo en algunos de los grupos estudiados en estos trabajos.

2.4. HIPÓTESIS

Por ser un estudio descriptivo no se establece hipótesis

2.5. VARIABLES

2.5.1 Variable de interés:

Embarazo en adolescentes

2.5.2 Variable de caracterización:

Características demográficas y socioculturales.

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable de caracterización	Dimensión	Indicador	Valor final	Tipo de variable
Edad	Demográfico	Años cumplidos	Edad en años	Numeral
Edad de su menarquía		Años cumplidos	Edad en años	Numeral
Edad inicio RS		Años cumplidos	Edad en años	Numeral
Procedencia		Según área en la que vive	Rural Urbana	Nominal
Familia con la que vivía la adolescente		Familiar de la adolescente antes del embarazo	Con sus padres Con su pareja Sola	Nominal
Familia actual		Familiar después del embarazo	Con sus padres Papá del hijo Otros familiares Sola	Nominal
Tipo de familia	Sociales	Tipo de familia inicial	Nuclear Monoparental Reconstituida	Nominal
Comunicación con los padres		Tipo de comunicación	Buena Regular Mala	Ordinal
Afecto de los padres		Según afecto recibido	Si No	Nominal
Antecedente de embarazo en adolescentes		Embarazo en adolescentes en familiares	Si No	Nominal
Nivel de instrucción	Culturales	Grado académico alcanzado	No estudiaba Primaria Secundaria Superior	Ordinal
Actividad libre		Realización de actividad como deporte antes del embarazo	Si No	Nominal

Conocimiento sobre PPF		conoce sobre métodos de planificación familiar	Si No	Nominal
RS como consecuencia a embarazo		RS como posibilidad a quedar embarazada	Si No	Nominal
Influencia para inicio de RS		Influencia para inicio de RS	Grupo de amigos Medios de comunicación pareja	Nominal
Respuesta al embarazo		Actitud por la que considera haberse embarazado	Incomprensión de padres Salir de Violencia familiar Agradar a pareja Desear un hijo Conseguir compañero	Nominal

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE INVESTIGACION

Estudio de corte transversal por que los datos se recolectaran en un solo momento

Estudio de tipo retrospectivo por que la información se recogerá de hechos pasados.

3.1.1. Enfoque

Según el enfoque, corresponde a un estudio cuantitativo, porque para el análisis de los datos se hizo uso de la estadística.

3.1.2. Nivel

Nivel descriptivo porque se describió cada una de las características encontradas sin que sean objetos de manipulación

3.1.3. Diseño del estudio

Diseño observacional o no experimental de nivel descriptivo con el siguiente esquema:

M.....O

En donde:

M = Muestra

O = Observación

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población muestral lo conformaron 40 adolescentes embarazadas atendidas en el consultorio de materno perinatal del C.S. Castillo Grande, Tingo María del 2015.

3.2.1. Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- Gestantes adolescentes mayor de 15 años y menor que 19 años atendidos en el consultorio materno perinatal del C.S. Castillo Grande, Tingo María.
- Gestantes adolescentes mayor de 15 años y menor que 19 años que desean participar en la Investigación.

Exclusión:

- Gestantes adolescentes menores de 15 años y mayor de 19 años atendidos en el consultorio de materno perinatales del C.S. Castillo Grande, Tingo María.
- Gestantes adolescentes menores de 15 años y mayor de 19 años que no desean participar en la Investigación.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. Para la recolección de datos

En relación a la técnica para la recolección de datos se hizo uso de la encuesta y el instrumento fue el cuestionario estructurado con preguntas cerradas afín

de recolectar información relacionada a las características culturales y psicosociales de las adolescentes embarazadas.

La validación del instrumento de recolección de datos se realizó a través de juicio de expertos, para lo cual se buscó siete profesionales de la salud expertos en el tema, sus aporte permitieron mejorar el instrumento antes de ser aplicado, así mismo de los resultados del juicio de expertos se utilizó el coeficiente de AIKEN en la que alcanzó un valor de 0.84 lo que indicó como valido el instrumento.

3.3.2. Para la presentación datos

Se siguió los siguientes pasos:

- **Revisión de los datos.** Se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección de datos que se utilizaron; asimismo, se realizó el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias.
- **Codificación de los datos.** Se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos de recolección de datos respectivos, según las variables del estudio.
- **Clasificación de los datos.** Se ejecutó de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica.
- Se elaboró una base de datos en SPSS V.21 y se usó el Excel del entorno Windows.
- **Presentación de datos.** Se presenta los datos en tablas y figuras.

3.3.3. Para el análisis e interpretación de datos

Para el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva a través de las tablas en la que se estableció la frecuencia y proporciones, así mismo a fin de visualizar mejor la información está se presenta a través de figuras. Se caracterizó las variables una por una por ser un estudio de nivel descriptivo.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1 PROCESAMIENTO DE DATOS

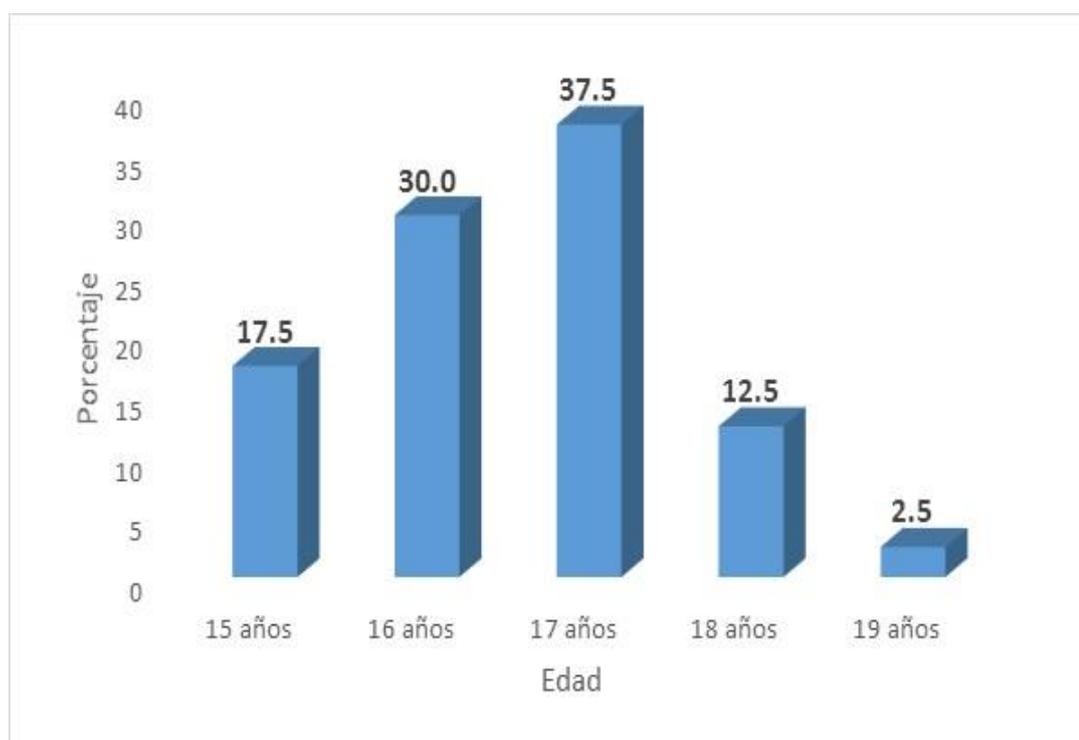
ANÁLISIS DESCRIPTIVOS

Tabla N° 01: Características demográficas de adolescentes embarazadas –Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María 2015

Variable	n= 40		
	Frecuencia	Porcentaje	Promedio \pm DS
Edad:			
15 años	7	17.5	
16 años	12	30.0	
17 años	15	37.5	16,5 \pm 1,01
18 años	5	12.5	
19 años	1	2.5	
Edad Menarquia:			
11 años	10	25.0	
12 años	21	52.5	12.03 \pm 0,80
13 años	7	17.5	
14 años	2	5.0	
Edad inicio RS:			
13 años	4	10.0	
14 años	12	30.0	14,8 \pm 1,03
15 años	13	32.5	
16 años	11	27.5	
Procedencia:			
Urbana	29	72.5	-
Rural	11	27.5	
Antes de su embarazo con quien vivía:			
Con su padres	25	62.5	
Con su pareja	3	7.5	-
Otros	12	30.0	
Actualmente vive:			
Con el papá de su hijo	27	67.5	
Co sus padres	8	20.0	-
Otros familiares	3	7.5	
Sola	2	5.0	

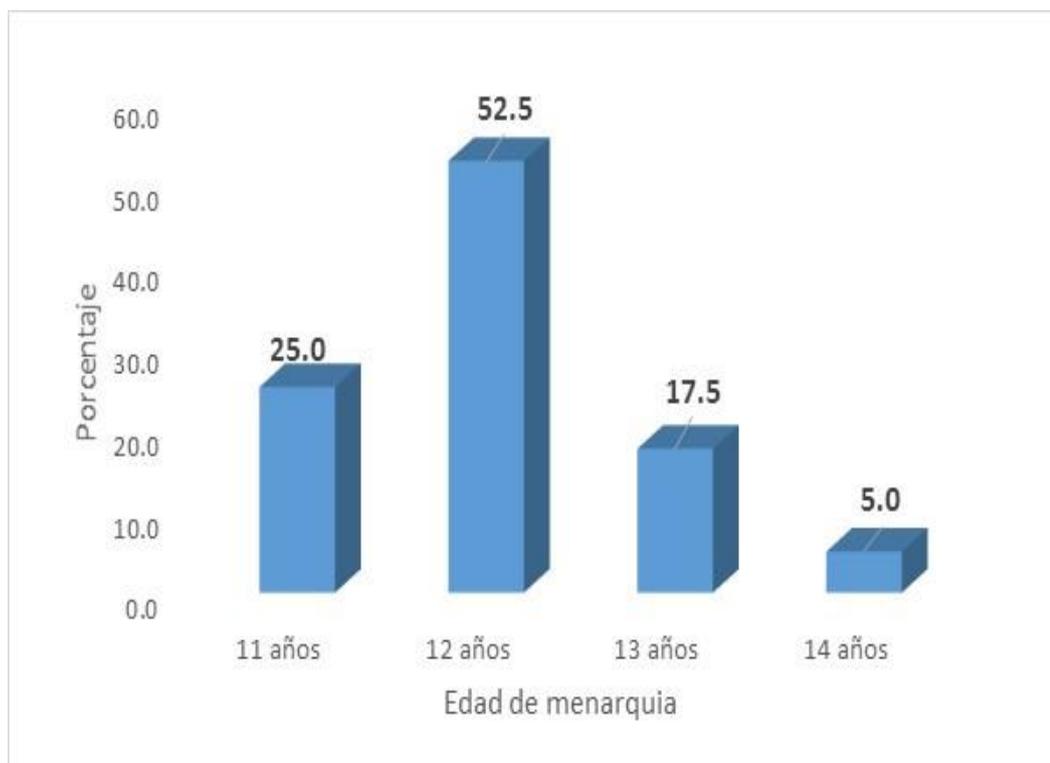
Fuente: Anexo 01

**Figura N° 01: Porcentaje de adolescentes embarazadas según edad
Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María 2015**



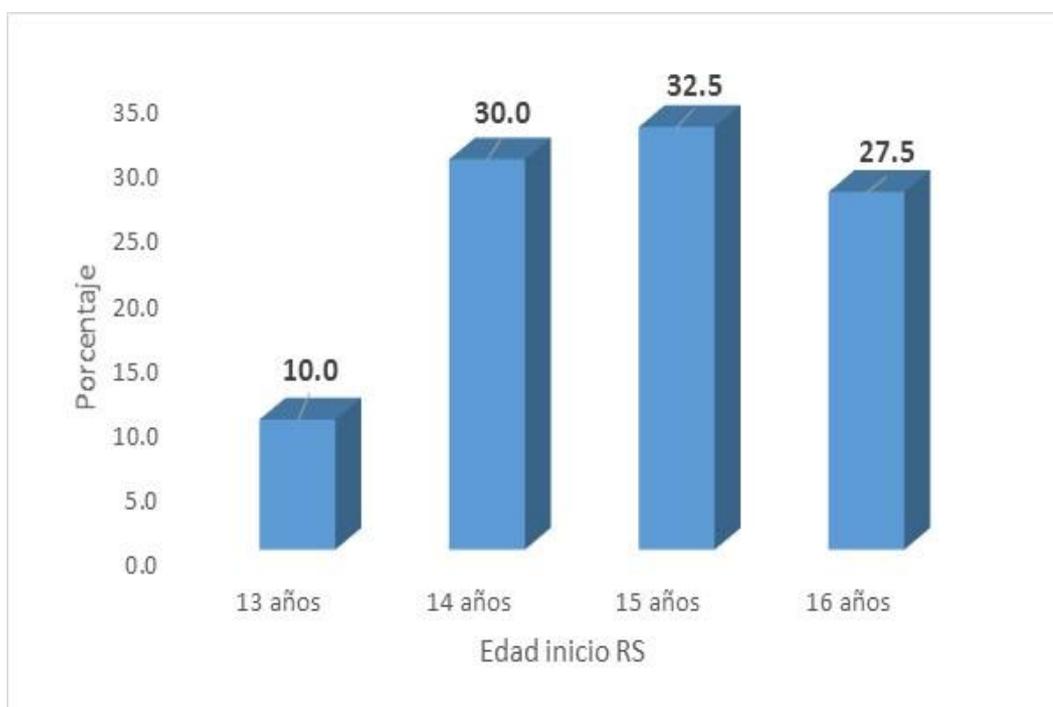
En relación al grupo de edad de las adolescentes embarazadas en estudio se evidencio que mayoritariamente lo conforman las de 17 años [37,5%(15)]; en un segundo lugar se encuentran las adolescentes embarazadas de 16 años [30%(12)]. La edad promedio fue de 16,5 años de edad.

Figura N° 02: Porcentaje de adolescentes embarazadas según edad de menarquia - Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María 2015



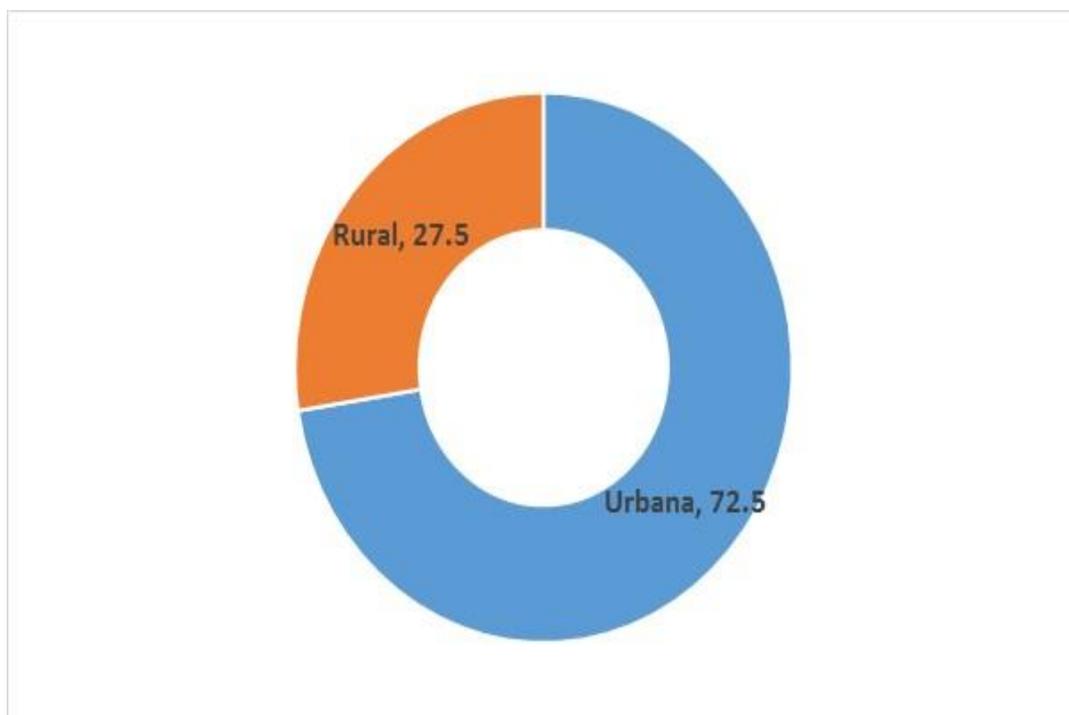
En relación al grupo de edad de las adolescentes embarazadas sobre el inicio de su primera menstruación, el grupo en estudio refirió mayoritariamente que lo obtuvieron a los 12 años [52.5%(21)]. un grupo relativamente menor refirió haber iniciado su menarquia a los 11 años [25,0%(10)]. La edad promedio de aparición de primera menstruación fue 12 años de edad, siendo la edad mínima de 11 y la máxima de 14 años de edad.

Figura N° 03: Porcentaje de adolescentes embarazadas según edad de inicio de RS - Centro de Salud Castillo Grande, Tingo Maria 2015



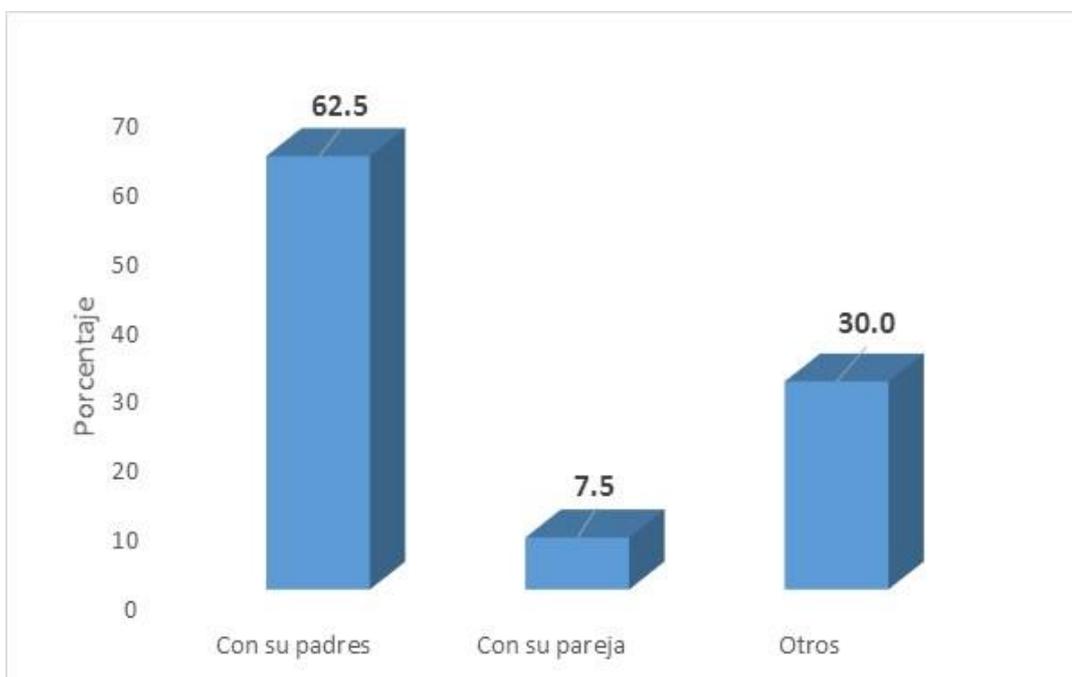
En relación a la edad del inicio de las relaciones sexuales, el grupo de adolescentes embarazadas refirió mayoritariamente que sus relaciones sexuales la inicio a los 15 años [32,5%(13)], un grupo considerable de adolescentes refirió haber iniciado a los 14 años [30,0%(12)]. La edad promedio para el inicio de las relaciones sexuales fue de 14 años, con una edad mínima de 13 y una máxima de 16 años.

Figura N° 04: Porcentaje de adolescentes embarazadas según procedencia - Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María 2015



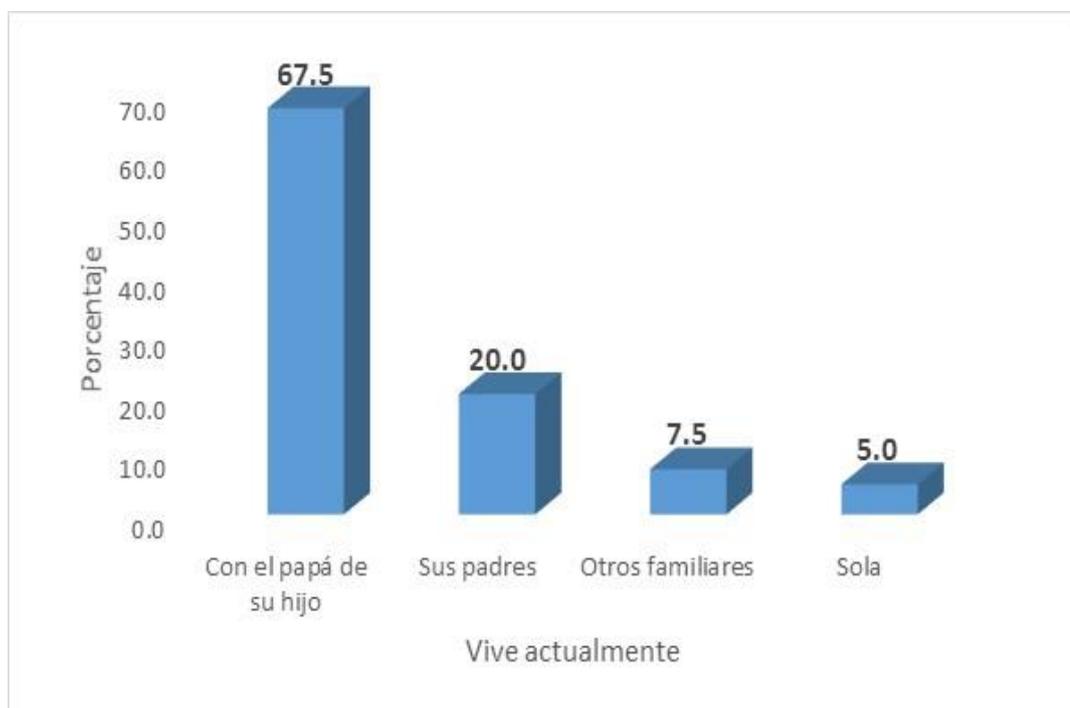
En relación al grupo de adolescentes embarazadas según lugar de procedencia, el [72,5%(29)] refirió ser de la zona urbana de Tingo María, y el [27,5%(11)] menciona proceder de la zona rural de Tingo María.

Figura N° 05: Porcentaje de adolescentes embarazadas según con quien vivía antes del embarazo- Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María 2015



Sobre las adolescentes embarazadas con quien vivían antes de su embarazo, el [62,5% 25] refirió haber vivido con sus padres; el [30,0%(12)] refirió haber estado viviendo con otros familiares o personas; y el [7,5%(03)] mencionó de que antes de su embarazo se encontraba viviendo con su pareja.

Figura N° 06: Porcentaje de adolescentes embarazadas según con quien vive actualmente - Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María 2015



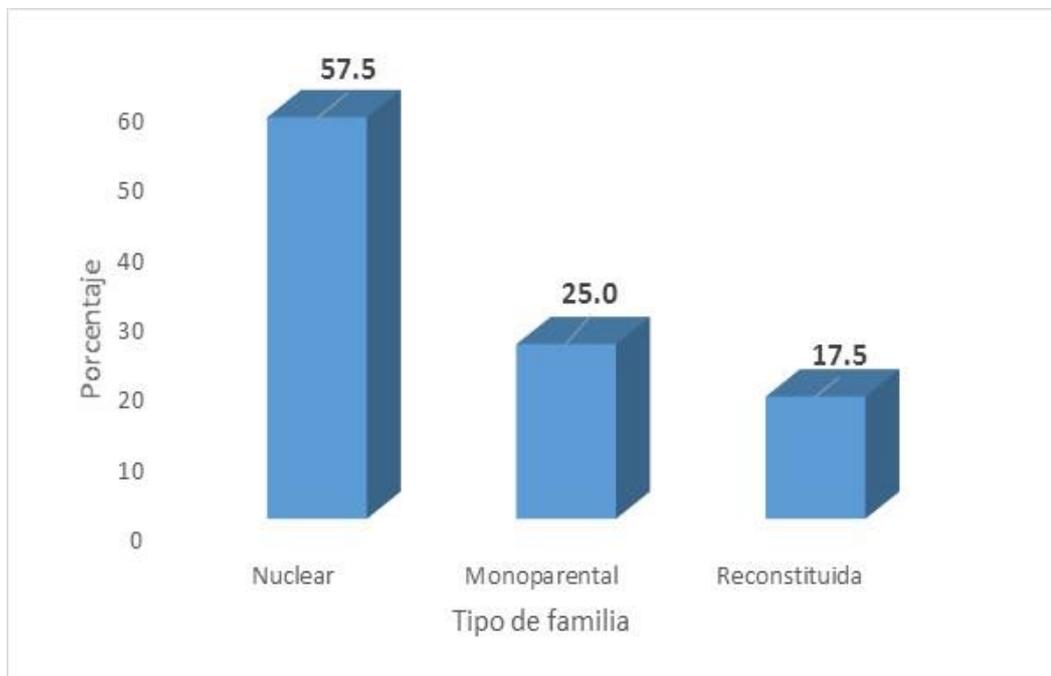
En relación a las adolescentes embarazadas con quien viven en la actualidad, el [67,5%(27)] mencionó vivir con el papá de su hijo; el [20,0%(08)] refirió vivir actualmente con sus padres; el [7,5%(03)] vive con otros familiares; y el [05%(02)] de las adolescentes embarazadas indicó vivir en la actualidad sola.

**Tabla N° 02: Características sociales de las adolescentes embarazadas
Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María 2015**

Variable	n= 40	
	Frecuencia	Porcentaje
Tipo de familia:		
Nuclear	23	57.5
Monoparental	10	25.0
Reconstituida	7	17.5
Comunicación con sus padres:		
Buena	2	5.0
Regular	13	32.5
Mala	25	62.5
Recibió afecto:		
Si	6	15.0
No	34	85.0
Antecedente familiar de madre adolescente:		
Si	27	67.5
No	13	32.5

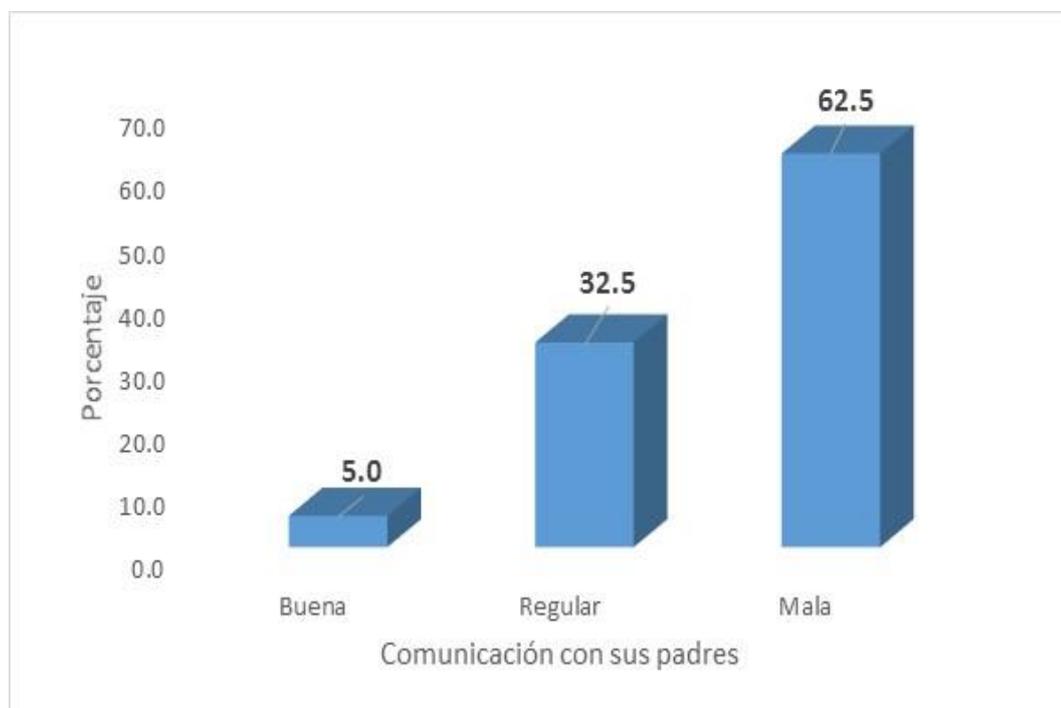
Fuente: Anexo 01

Figura N° 07: Porcentaje de adolescentes embarazadas según tipo de familia - Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María 2015



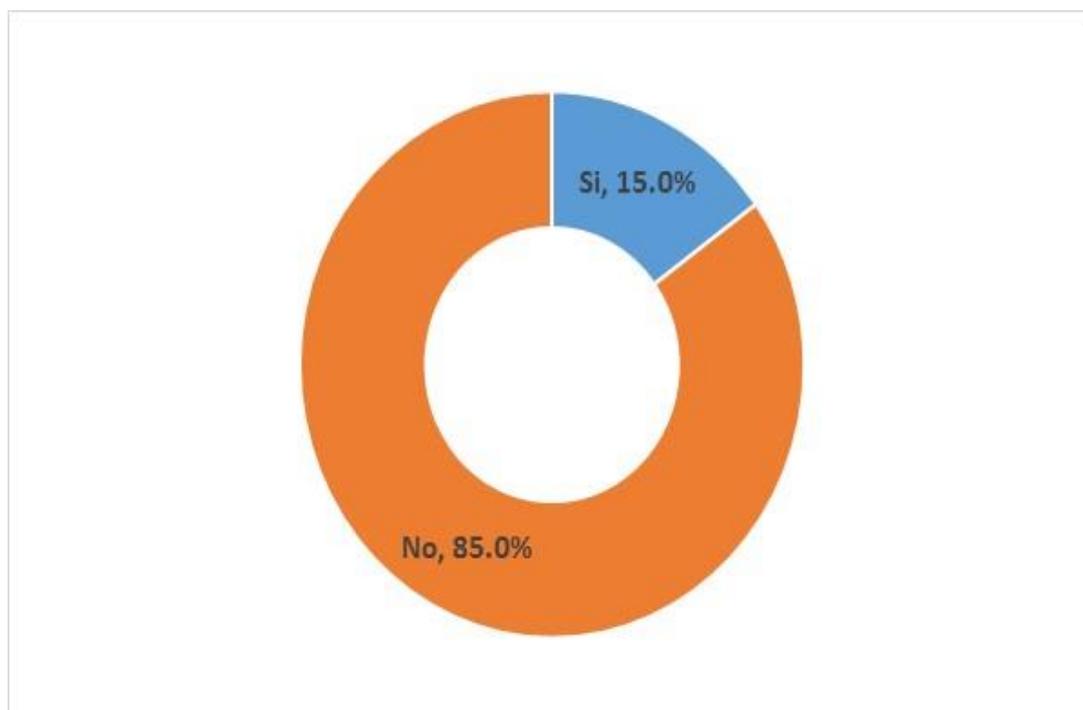
Según el tipo de familia al que pertenecía las adolescentes embarazadas, el [57,5%(23)] fueron parte de una familia nuclear es decir conformada por papá, mamá y hermanos. El [25,0%(10)] perteneció a una familia monoparental es decir vivía solamente con papá o mamá. El [17,5%(07)] perteneció a una familia reconstituida.

Figura N° 08: Porcentaje de adolescentes embarazadas según comunicación con sus padres - Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María 2015



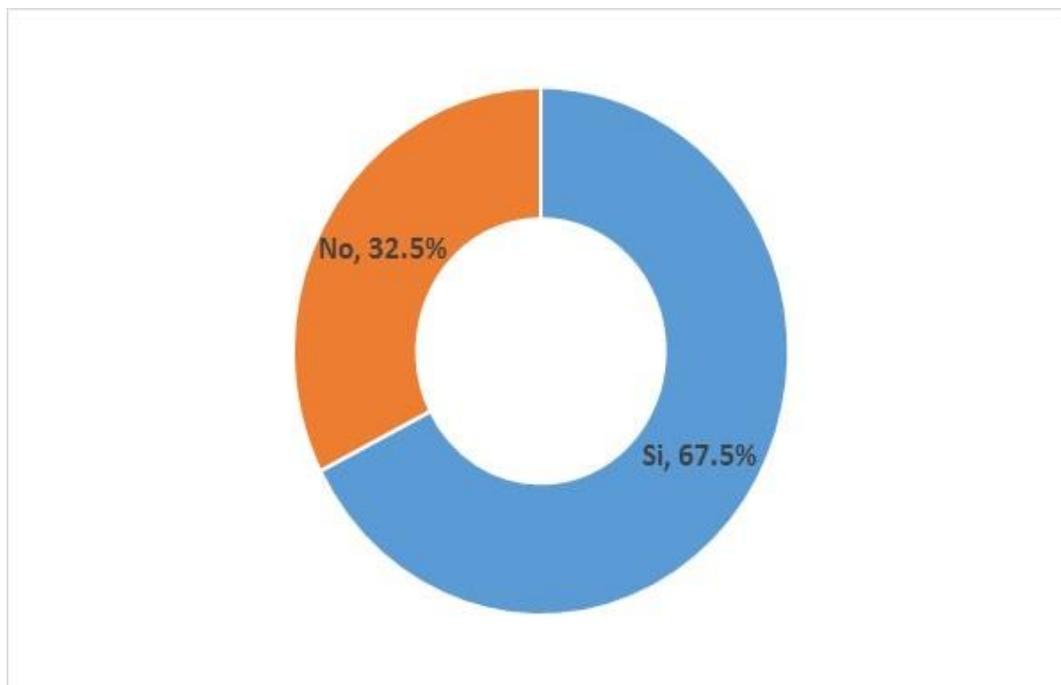
En relación a como consideraba la comunicación de las adolescentes embarazadas con sus padres antes de su embarazo; el [62,5%(25)] mencionó que esta comunicación fue mala. El [32,5%(13)] de las adolescentes mencionó que la comunicación con sus padres era regular, y solo el [5,0%(02)] refirió que la comunicación era buena.

Figura N° 09: Porcentaje de adolescentes embarazadas según si recibió afecto - Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María 2015



En relación a que si las adolescentes antes de su embarazo recibió afecto, cariño de sus padres: ellas en un [85,0%(34)] refirió no haber tenido afecto ni cariño por parte de sus padres; solo el [15,9%(06)] refirió si haber percibido afecto y cariño de sus padres.

**Figura N° 10: Porcentaje de adolescentes embarazadas según antecedentes de familiares de madres adolescentes
Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María 2015**



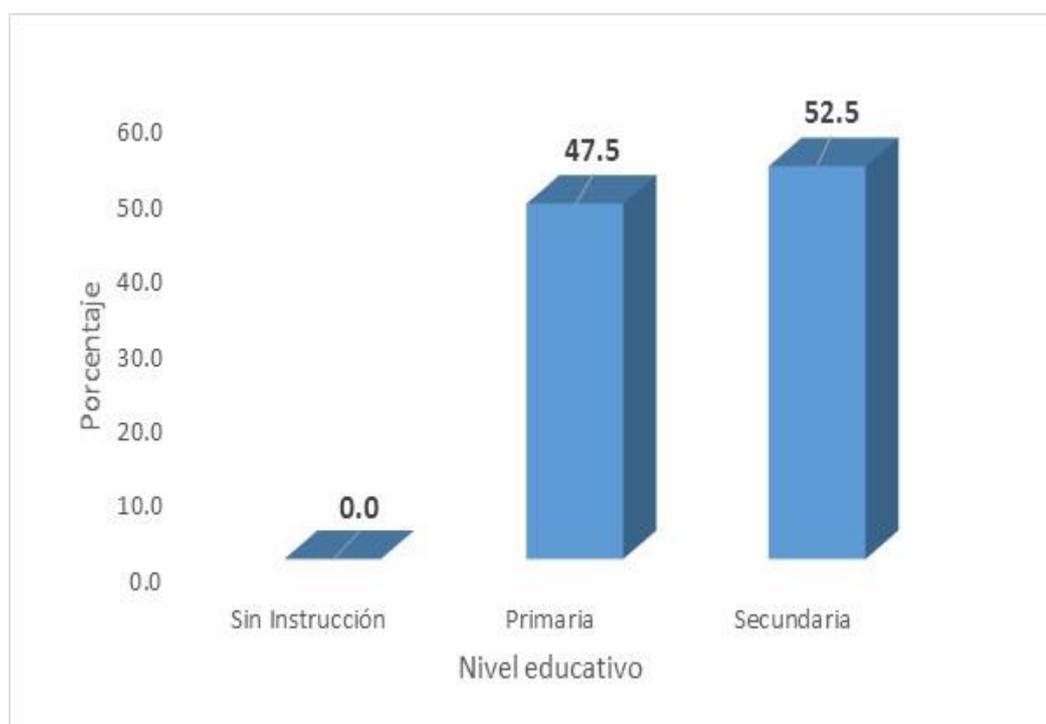
En relación a que si la adolescente embarazada del grupo en estudio, tenía algún antecedente familiar sobre madres adolescentes; el [67,5%(27)] refirió si haber tenido familiares que fueron madres adolescentes, solo el [32,5%(13)] mencionó no haber tenido familiares con embarazo en adolescentes.

Tabla N° 03: Características culturales de las adolescentes embarazadas Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María 2015

Variable	n= 40	
	Frecuencia	Porcentaje
Nivel educativo:		
Sin Instrucción	0	0.0
Primaria	19	47.5
Secundaria	21	52.5
Dedicación a actividad libre:		
Si	9	22.5
No	31	77.5
Conocimiento sobre PPF:		
Si	26	65.0
No	14	35.0
Consideró quedar embarazada:		
Si	27	67.5
No	13	32.5
Influencia para inicio RS:		
Pareja	23	57.5
Amigos	11	27.5
Tv Internet	6	15.0

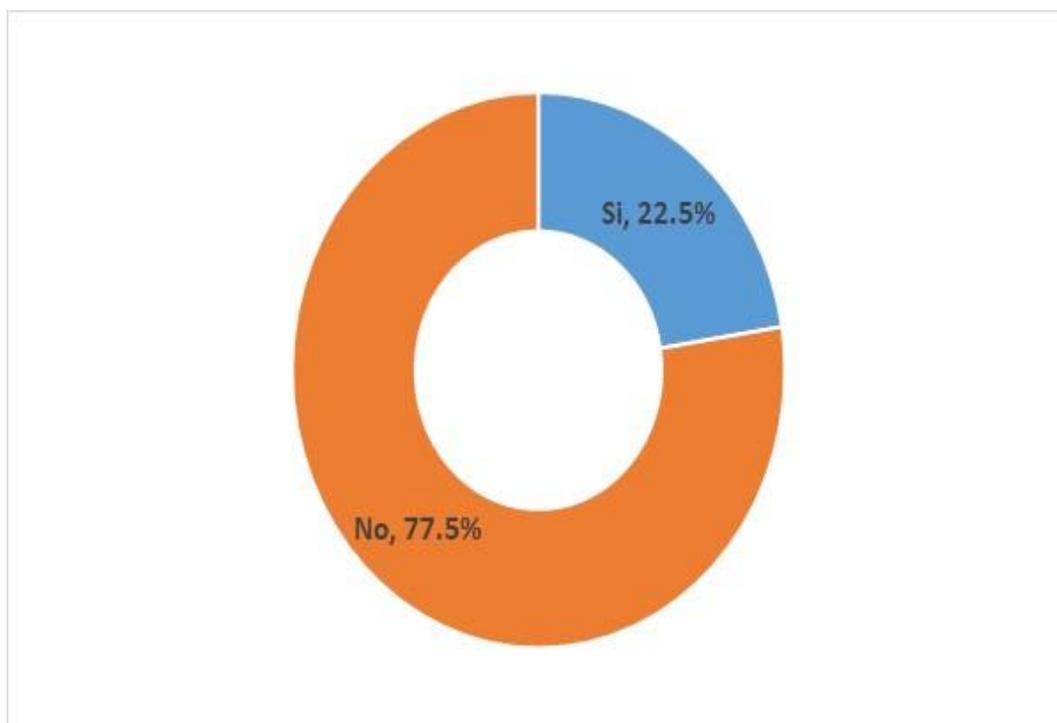
Fuente: Anexo 01

Figura N° 11: Porcentaje de adolescentes embarazadas según nivel educativo - Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María 2015



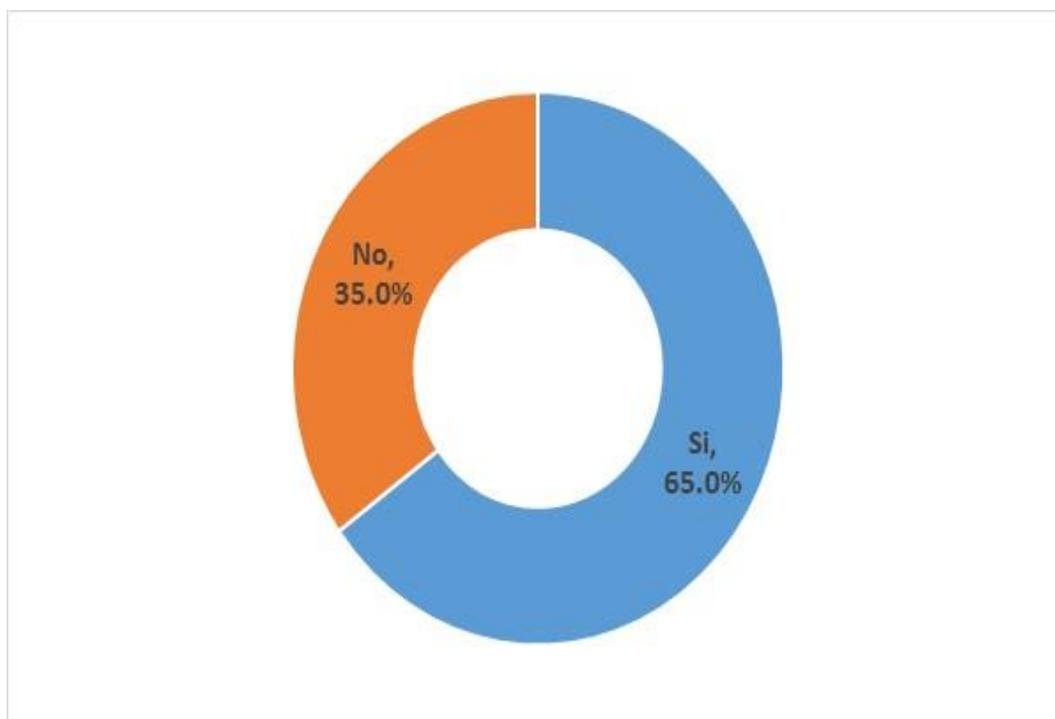
En relación al nivel educativo de las adolescentes embarazadas antes de su embarazo, el [52,5%(21)] refirió el haber estado cursando el nivel secundario. El [47,5%(19)] mencionó haber estado cursando el nivel primario.

Figura N° 12: Porcentaje de adolescentes embarazadas según actividad libre - Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María 2015



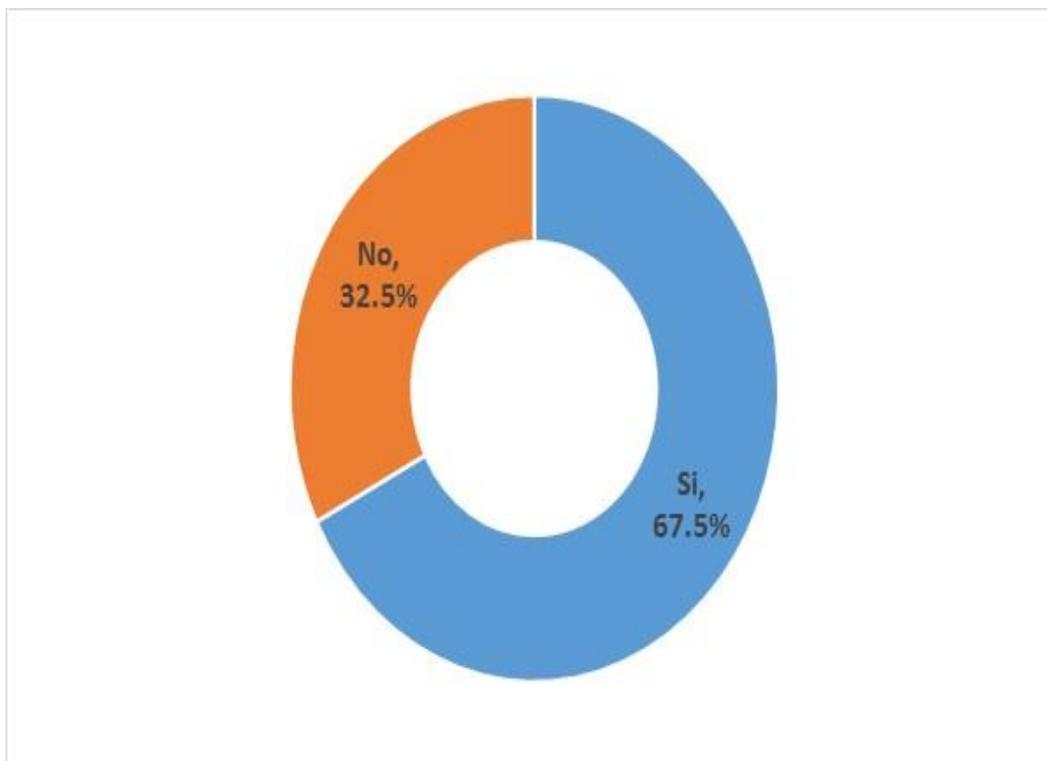
En relación a que las adolescentes antes de su embarazo practicaban alguna actividad libre como deporte, arte, etc, el [77,5%(31)] dijo no haber practicado ninguna actividad libre. Solo el [22,5%(09)] refirió si haber practicado algún tipo de actividad libre.

**Figura N° 13: Porcentaje de adolescentes embarazadas según conocimiento de método de PPF
Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María 2015**



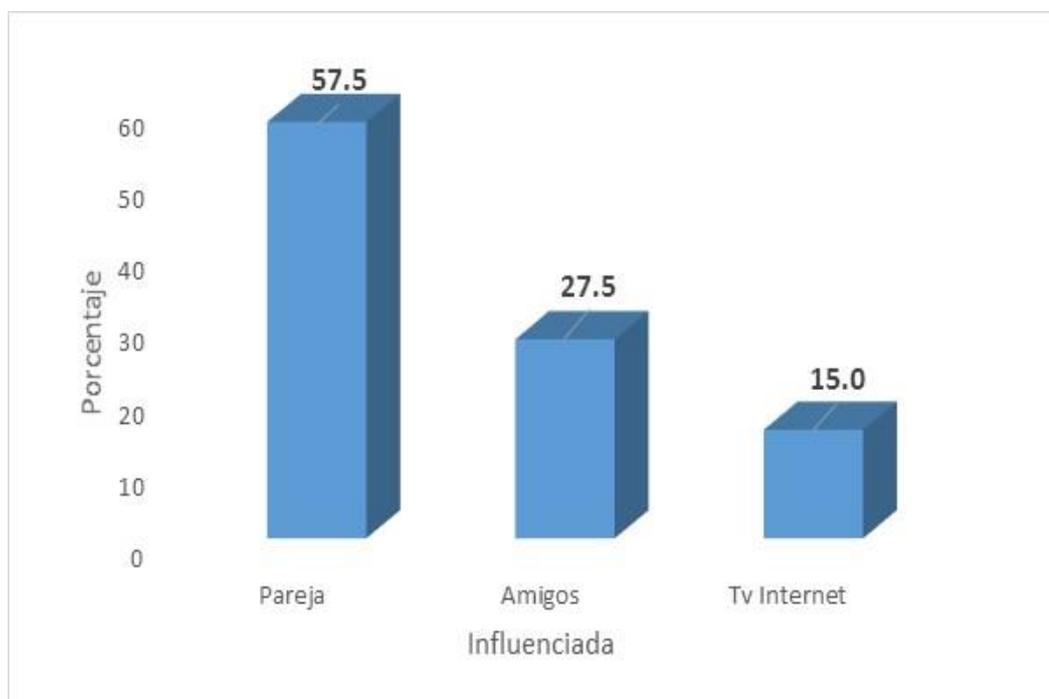
Sobre conocimiento en métodos de planificación familiar antes de su embarazo; las adolescentes en un [65,0%(26)] indicaron si haber tenido conocimiento; solo el [35,0%(14)] indicó no haber tenido ningún tipo de conocimiento sobre métodos de planificación familiar.

Figura N° 14: Porcentaje de adolescentes embarazadas según si consideró quedar embarazada – Centro de Salud Castillo Grande, Tingo Maria 2015



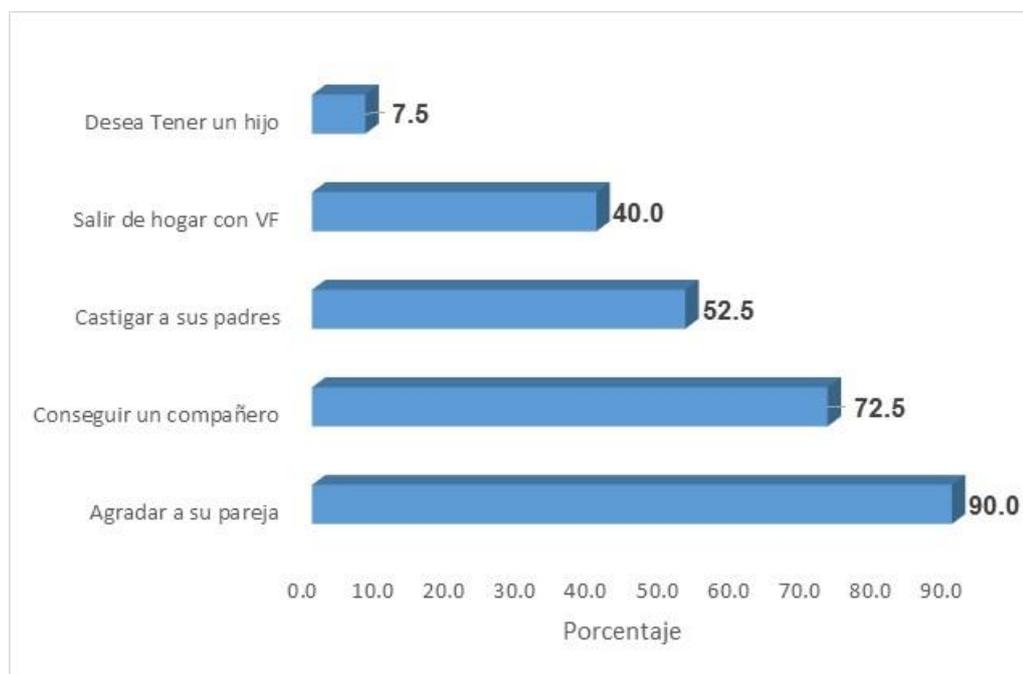
En función a que si la adolescente consideró poder salir embarazada al tener relaciones sexuales, el [67,5%(27)] dijo si consideró que podría salir embarazada. El [32,5%(13)] mencionó no haber considerado quedarse embarazada al tener relaciones sexuales.

Figura N° 15: Porcentaje de adolescentes embarazadas según influencia para inicio de RS – Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María 2015



En función a que si las adolescentes embarazadas consideraba haber sido influenciado por algo o alguien para mantener relaciones sexuales; el [57,5%(23)] dijo haber sido influenciada por su pareja; el [27,5%(11)] refirió haber sido influenciada por sus amigos, y un [15,0%(06)] mencionó a los programas de Tv e internet como el haber influenciado de cierta manera para el inicio de sus relaciones sexuales.

Figura N° 16: Embarazo de las adolescentes según como lo considera Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María 2015



En función a que si la adolescente consideraba a su embarazo como respuesta a ciertas actitudes; el [90,0%(36)] mencionó el querer agradar a su pareja; el [72,5%(29)] así mismo indicó que lo hizo por querer conseguir un compañero y apoyo económico. Un [52,5%(21)] indicó que su embarazo es como respuesta el querer castigar a sus padres por su incomprensión.

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1. CONTRASTACION DE LOS RESULTADOS

La adolescencia es un periodo de transición, una etapa del ciclo del crecimiento que marca el final de la niñez y anuncia la adultez

El embarazo en la adolescencia implica mayor riesgo de mortalidad materna; menores oportunidades de educación, fortalecimiento de la pobreza y un mayor riesgo de daño y mortalidad infantil. El embarazo en adolescentes es una situación muy especial, pues se tratan de madres que por su configuración anatómica y psicológica aún no han alcanzado, madurez necesaria para cumplir el rol de madre lo cual trae como consecuencia el aumento poblacional, y la posibilidad de que esta madre tenga una familia numerosa lo cual repercutirá en el desarrollo futuro de sus hijos (18, 19).

En tal sentido el embarazo en la adolescencia se ha convertido en un grave problema de salud pública, por que trae consigo consecuencias que afectan a la sociedad, básicamente afecta la vida personal y familiar de las mujeres, así como también agudiza las condiciones de pobreza del grupo familiar. El embarazo en adolescentes en familias de bajos recursos económicos es un serio obstáculo para una adecuada atención y alimentación de la madre, así mismo produce falta de oportunidades laborales y la nueva responsabilidad económica de la crianza del hijo, presentan un complejo panorama futuro.

De los datos obtenidos en el estudio realizado según características demográficas, la edad media en la que se produjo el embarazo es el de 16,5

años, con una edad media de 12 años para su primera menstruación. Estos resultados se relaciona con lo que refiere Jenner (20) que las adolescentes adquieren madurez reproductiva con el inicio de la menarquia, siendo la misma el inicio de la fertilidad y por ende, situación de riesgo para la adolescente, ya que en esta etapa aún no manejan la situación de riesgo, por lo que están más expuestas al embarazo ⁽²⁰⁾. Así mismo Menkez Bancet C. Suarez López L. 2003 refiere que desde la perspectiva demográfica, los factores que inciden en el embarazo de adolescentes es la existencia de proporción elevada de jóvenes de 15 a 19 años de edad, característica de los países en vías de desarrollo.

La edad promedio para el inicio de las relaciones sexuales fue de 14,8 años de edad. Al respecto Silva y Rodríguez postula que el embarazo en las adolescentes se está dando a edades cada vez menores, ya que realizó un estudio en Bogotá, donde se encontró que 31 de 100 adolescentes de 14 años ya tenía vida sexual activa (22, 23, 24). Santana P y otros autores, dicen que el 71,3 % de los adolescentes tuvieron relaciones sexuales a los 14 años (25). Por lo tanto la precocidad de la actividad sexual, el ambiente familiar inadecuado, la influencia del grupo social donde se desarrolla la adolescente, están inmersos con el actual aumento embarazos no deseados y abortos (26). En relación al lugar de procedencia el 72,5% de las adolescentes proceden de la zona urbana, en base a ello investigaciones similares al nuestro encuentran que los embarazos en las adolescentes se presentan con mayor frecuencia de zonas rurales y marginal urbana, quizás porque la maternidad forma parte indisoluble de la vida de las mujeres y en muchas ocasiones es la única forma de valoración social del que dispone (Taracena R 2003).

En relación a las características sociales, en el presente estudio se encontró que mayoritariamente lo conformaban las adolescentes con familia nuclear (57,5%) con una mala comunicación entre padres e hijos. En base a ello se establece que la familia juega un papel importante en el inicio precoz de las relaciones sexuales, las cuales pueden llevar a los adolescentes a un embarazo no deseado ni planificado. La separación de los padres y la crianza de los adolescentes por uno de ellos solamente, favorece la presencia de embarazo en adolescentes, por otro lado las familias donde la autoridad moral es débil, pobremente definida de padres sin casarse, padres múltiples o ausentes, en la que los jóvenes han sido criados por otras personas en diferentes momentos de su vida, presentan con más frecuencia embarazos en adolescentes. Además confirman que los conflictos familiares tienden a favorecer estos embarazos. Así mismo la falta de comunicación adecuada entre padres e hijos se traduce que al existir un ambiente familiar inadecuado en el hogar puede favorecer la precocidad de las relaciones sexuales en estos jóvenes ya que busquen afecto y consejo en otros jóvenes de su edad las cuales les inculcaran para el inicio precoz de sus relaciones sexuales pudiendo salir embarazada.

El 85,0% de las adolescentes refirió no recibir afecto de sus padres, muchas veces es importante la presencia de la figura masculina en la educación de la adolescente, ya sea por el rigor que impone en ocasiones el padre a la hija en relación a su enamoramiento, o por la necesidad afectiva de esta que necesita la figura masculina, y en estos casos tiende a buscarla en otro hombre.

El 67,5% de las adolescentes embarazadas llegaron a tener familiares con anterioridad que también fueron madres adolescentes, esto se relaciona al

estudio realizado por Contreras Britto J. en la que pone de manifiesto la tendencia a repetir el ciclo de embarazo en adolescentes, más aun cuando la adolescente proviene de una madre que se embarazó durante la adolescencia (28).

En relación a las características culturales, se evidenció que las adolescentes embarazadas antes de su embarazo estaban cursando entre el nivel primario y secundario. El 65,0% si tenía conocimiento sobre métodos de planificación familiar, al respecto lo que indica que las adolescentes tenían amplia información sobre la existencia y el uso de los métodos anticonceptivos, lo que da cuenta sobre su inmadurez psicológica, pues no toman responsabilidad, la cual está en sus manos y dejan las posibles consecuencias al azar.

El mismo hecho de estar en la etapa de la adolescencia de inmadurez psicológica hace que la sociedad y las personas que nos rodean puedan influir en la decisión de nuestras vidas, de allí que en el estudio realizado se encontró que en el 57,5% de las adolescentes embarazadas su pareja influencio para mantener relaciones sexuales. En la gran mayoría de los casos el enamorado o pareja de la adolescente es mayor que ella, lo que acrecienta más el hecho de que pueda salir embarazada, de allí de que los padres deben de vigilar a sus hijas quien es su enamorado y establecer una edad determinada de su pareja.

En relación al motivo por lo que mantuvo relaciones sexuales con su pareja, mayoritariamente la adolescente refirió que lo hizo como respuesta a querer agradar a su pareja, el hecho de estar enamorada y de su inestabilidad

emocional aunado a la influencia de la pareja es razón para el inicio de las relaciones sexuales.

El embarazo entre adolescentes ha sido motivo de preocupación, por los elementos de riesgo que lleva consigo, tanto para la mujer, como para su producto, de allí la necesidad que se ha tenido para realizar este presente estudio, lo cual nos da una visión real de las actuales características sociodemográficas y culturales de la adolescente embarazada en nuestro medio, algunos autores indican que en la actualidad los medios de comunicación masiva influyen en el inicio de las relaciones sexuales, ya que frecuentemente se transmiten mensajes manifiestos o secretos, en las cuales las relaciones sexuales sin estar casados son comunes, estos mensajes son recibidos y observados por niños y pueden influir en el inicio de la vida sexual a una edad temprana, de allí la importancia de que los padres juegan un rol importante en la crianza de sus hijos, en las que la comunicación debe ser adecuada acorde a la etapa en la que vive el adolescente afín de inculcarles valores y principios que les conducirá a una vida futura adecuada.

CONCLUSIONES

El estudio ha llegado a las siguientes conclusiones:

- En relación a las características demográficas presentes en las adolescentes embarazadas se encuentra que la edad promedio de embarazo fue de 16,5 años, con una edad promedio de 12 años para el inicio de su primera menstruación y de 14,8 años de edad en el inicio de sus relaciones sexuales. Así mismo el 72,5% de las adolescentes embarazadas proceden de la zona urbana.
- En relación a las características sociales se evidencia según tipo de familia, que el 57,5% procede de una familia nuclear, con una mala comunicación (62,5%), en la que el 85,0% de las adolescentes refiere no haber recibido afecto y haber tenido antecedentes de familiares de madres adolescentes (67,5%).
- En relación a las características culturales, el 52,5% de las adolescentes embarazadas cursaba el nivel secundario; el 77,5% no practicaba alguna actividad libre, y el 65,0% conocía sobre métodos de planificación familiar. El 57,5% manifestó haber sido influenciada por su pareja para el inicio de sus relaciones sexuales; así como el 90,0% de las adolescentes refirió que su embarazo fue como respuesta el querer agradar a su pareja, seguida con un 72,5% que refiere el conseguir un compañero.

RECOMENDACIONES

- Los profesionales de enfermería deben de incentivar a fortalecer la relación entre los padres y la adolescente afín de concientizar los riesgos de inicio temprano de las relaciones sexuales.
- El sector educación y Salud deben de realizar trabajos en conjunto a fin de fortalecer la enseñanza en educación sexual a alumnos de nivel secundario con la finalidad de prevenir embarazos no deseados en las adolescentes.
- Mejorar estrategias de comunicación con la finalidad de brindar información sobre educación sexual y reproductiva, paternidad responsable, con la finalidad de alargar el inicio de las relaciones sexuales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valencia V. Características de la madre adolescente y su recién nacido. Tesis de Residentado, Facultad de Medicina, UNMSM. 2008 enero.
2. Távara L. Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú. Rev. Per Ginecol.Obstet. 2009 enero; 55(6).
3. Laffita Batista A, Manuel Ariosa J. Adolescencia e interrupciones de embarazo. Rev Cubana ObstetGinecol. 2006 enero; 30(1).
4. Blanco Gámez D, Arrieta Zulueta M. Embarazo y adolescencia. Comportamiento clínico-epidemiológico en el Policlínico Parraga. Arroyo Naranjo. 2005-2006. Rev. habancienméd. 2006 marzo; 9(2)
4. Banda GOL, Medrano MMR, Ibarra GCP, Vázquez SMG, Vázquez T.Tamaulipas, México. 2010. "Conducta sexual y riesgo de embarazo temprano en adolescentes de Cd. Victoria, Tamaulipas".
5. Iris Xóchitl Galicia Moyeda, Brenda Martínez Sánchez, Dulce María Ordoñez Cervantes, Heizer Alida Rosales Vega. Veracruz, Venezuela. 2013. "Relación entre maltrato fetal, violencia y sintomatología depresiva durante el embarazo de mujeres adolescentes y adultas.
7. Huanco D. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. Rev. Chil. obstet. ginecol. 2009 abril; 177(2).
8. El Cuidado. Nola Pender. [Internet] Junio 2012. [Citado 27 abril 2017]. Disponible en <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/nola-pender.html>
9. Castro C. factores de riesgo en adolescentes embarazadas: un estudio epidemiológico en dos hospitales de Lima. LA VENTANA. 2009 enero; 24(6).

10. Escobedo Chávez E, Fletes Zepeda J. Embarazo en adolescente: seguimiento de sus hijos durante el primer año de vida. Bol MedHospInfantMéx. 2009 junio; 62(13).
11. MINSA. Guía para la atención integral de la embarazada adolescente, Lima. ; 2005.
12. Vázquez S, Vázquez T. “Conducta sexual y riesgo de embarazo temprano en adolescentes de Cd. Victoria, Tamaulipas. Saludpública. 2010 setiembre; 12(3).
13. Galicia Moyeda I, Martínez Sánchez B. Relación entre maltrato fetal, violencia y sintomatología depresiva durante el embarazo de mujeres adolescentes y adultas: Un estudio piloto. Psicología y salud. 2012 mayo; 23(1).
14. Polar A. Algunos apuntes sobre historia de la sexualidad hasta la edad media. Médica Clínica. Htal. Piñero. JTP de Medicina Interna. UBA. 2005; 1(1).
15. Salud. OMD. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. Sexualhealth. 2009 januari; 23(12).
16. OPS. Promoción de la Salud Sexual Recomendaciones para la acción. Salud Sexual. 2009 enero; 21(11).
17. Tarragato. SG. Salud sexual y reproductiva.. Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género y Salud.. 2009.
18. OMS. Salud de los adolescentes. [Online]. 2012 [citado el 30 de diciembre del 2014. Disponible en: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/.

19. Salaverry M. Embarazo en adolescentes. [Internet]. 2016 [citado Junio 2016]; [Alrededor de 8 pantallas]. Disponible en: <http://www.angelfire.com/pe/actualidadpsi/embarazo.html>
20. Revista asociación argentina ginecología .infantil juvenil. L (2): [Internet]. 2003 [citado 19/12 /2006] Disponible en: <http://rev.soc.argent.infantojuvenil> .
21. Jenner. Menarquia. [Internet]. [citado 2008 Diciembre 22]. Disponible en: <http://jenner.galeon.com/menar.htm>
22. Marriner A., Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. 4º Ed. Madrid: Harcourt- Brace .1999
23. Miranda P. Factores Biopsicosociales Asociados a Embarazo en Adolescentes. [tesis para optar el titulo de licenciatura]. Lima: Editorial: Cibertesis; 2005
24. Monografías. Programa educativo sobre madurez psicoafectiva en adolescentes embarazadas que acuden a la consulta de obstetricia del hospital Egidio Montesinos, El Tocuyo, Estado Lara desde marzo – agosto del 2005. [Monografías de Internet]. [citado 2009 mayo 22]; [Alrededor de 12 pantallas].Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos28/programa-adolescentes/programa-adolescentes.shtml>
25. Martínez. Y. Factores asociados a la reiteración de embarazo en las adolescentes Departamento de obstetricia y ginecología. Hospital central universitario Dr: Antonio María Pineda. Julio 2004- Julio2005 [trabajo para optar el titulo de especialista en obstetricia ginecología] Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado; 2006

26. Revista cubana salud. Salud pública. Características de la primera relación sexual en adolescentes escolares de Ciudad de La Habana [Internet]. 2006 [citado 22/05/2009] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu06306.htm
27. Monografías. Comportamiento del embarazo en la adolescencia (resultados). [Monografías de Internet]. [citado 2009 mayo 22]; [Alrededor de 10 pantallas]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos60/embarazo-adolescente/embarazo-adolescente2.shtml>
28. Revista de psicología y sexualidad. Comportamiento de la sexualidad en un grupo de adolescentes del área de salud de Mulgoba 1(2): [Internet]. 2006 [citado 10/05/2009] Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-157-1-comportamiento-de-la-sexualidad-en-un-grupo-de-adolescentes-.html>
29. Contreras Britto J. "Prevalencia de embarazo en adolescentes en la ESE Alejandro Prospero. (Tesis maestría Salud Pública).2011.

ANEXOS

ANEXO: 01

UNIVERSIDAD DE HUANUCO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

Señora esperamos su colaboración, respondiendo con sinceridad el presente cuestionario. La prueba es anónima.

El presente estudio tiene como objetivo describir las características socioculturales y demográficas en las adolescentes embarazadas atendidas en el C.S. Castillo Grande Tingo María 2015.

Lea usted con atención y conteste a las preguntas marcando con (X) en una sola alternativa o completando con palabras donde corresponda.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRAFICAS:

1. Edad de la adolescente:.....
2. Edad de su primera menstruación:.....
3. Edad de Inicio de relaciones sexuales:.....
4. Procedencia:
Rural ()
Urbana ()
5. Antes de tu embarazo con quien vivías?
Con sus padres ()
Con su pareja ()
Otros ().....
6. En la actualidad Ud. vive con:
Sus padres ()
Con papá del hijo ()
Otros familiares ()
Sola ()

CARACTERÍSTICAS SOCIALES:

7. Tipo de familia al que pertenece antes de su embarazo
Nuclear ()
Monoparental ()
Reconstituida ()
8. Como consideras la comunicación de tus padres contigo antes de tu embarazo:
Buena ()
Regular ()
Mala ()

9. En tu hogar percibiste afecto, cariño de tus padres hacia ti antes de tu embarazo?

Si ()

No ()

10. Tuviste familiares anteriores que fueron madres adolescente?

Si ()

No ()

CARACTERISTICAS CULTURALES:

11. Nivel de instrucción antes de su embarazo:

No estudiaba ()

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

12. En tus horas libres te dedicabas a alguna actividad libre? (deporte, arte, espiritual)

Si ()

No ()

13. Tuviste conocimiento o información sobre métodos de planificación familiar antes de tu embarazo?

Si ()

No ()

14. Consideraste al tener relaciones sexuales que podrías quedar embarazada?

Si ()

No ()

15. Para el inicio de tus relaciones sexuales consideras haber sido influenciada por:

Grupo de amigos ()

Medios de comunicación Tv, Internet ()

Pareja ()

CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS:

16. Consideras a tu embarazo como respuesta a:

Castigar a tus padres por su incomprensión Si () No ()

Salir de un hogar con violencia familiar Si () No ()

Agradar a tu pareja Si () No ()

Desear tener un hijo Si () No ()

Conseguir un compañero y apoyo económico Si () No ()

ANEXO: 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tingo María,..... de.....,del 2015

Por medio de la presente, YO_____

ACEPTO libre y voluntariamente participar en la presente investigación titulada: “Características socioculturales y demográficos en adolescentes embarazadas atendidas en el C.S. Castillo Grande, Tingo María 2015.”

DECLARO que se me ha explicado el objeto del proyecto, así como la importancia de mi participación en la obtención de los datos los cuales serán manejados de manera totalmente confidencial, sin que mis respuestas o resultado afecte mis derechos de atención en esta institución, y RETIRO de toda responsabilidad al investigador de cualquier toma de decisión o cambios dentro de mi vida familiar o relación de pareja a partir de mi participación en el presente estudio.

Se reitera total confidencialidad de resultados e identidad de cada caso

Firma del paciente

Firma del investigador

ANEXO 03

TABLA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO MATRIZ DE ANALISIS DE LAS RESPUESTAS DE EXPERTOS SEGÚN COEFICIENTE DE AIKEN

Items	JUECES							TOTAL		V
	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Juez 7	Acuerdo	Desacuerdo	
1	1	1	1	1	1	0	1	6	1	0.86
2	1	1	1	1	1	0	1	6	1	0.86
3	0	1	0	0	1	1	1	4	3	0.57
4	1	1	1	1	1	1	1	7	0	1.00
5	1	1	1	1	1	1	1	7	0	1.00
6	1	1	1	1	0	0	1	5	2	0.71
7	1	1	0	1	1	1	1	6	1	0.86
Total	0.86	1.00	0.71	0.86	0.86	0.57	1.00	5.86	1.14	0.84

Se considera válido el instrumento a un coeficiente de AIKEN mayor a 0.60.

En el Ítems 03 en relación a que si la estructura del instrumento es adecuado tres jueces refirieron que era necesario mejorarlo ya que alcanzó en este ítems un coeficiente de AIKEN menor a 0.60 motivo por lo que se tomó en cuenta las sugerencias de los jueces expertos y se modificó.

Según el valor promedio alcanzado en conjunto el instrumento de recolección de datos obtiene un coeficiente de 0.84 por lo que es considerado como válido.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Características socioculturales y demográficas en adolescentes embarazadas, atendidas en el C.S. Castillo Grande, Enero Marzo, Tingo María 2015

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Valor final	Metodología
<p><u>Problema general:</u></p> <p>¿Qué características socioculturales y demográficas estarán incidiendo en las adolescentes embarazadas, atendidas en el C.S. Castillo Grande, Tingo María 2015?</p> <p><u>Problemas específicos:</u></p> <p>¿Qué características demográficas presentaran la población de adolescentes embarazadas atendidas en el C.S. Castillo Grande?</p> <p>¿Qué características sociales estarán incidiendo en las adolescentes embarazadas, atendidas en el C.S. Castillo Grande?</p> <p>¿Qué características culturales estarán incidiendo en las adolescentes embarazadas, atendidas en el C.S. Castillo Grande?</p>	<p><u>Objetivo general:</u></p> <p>Establecer las características socioculturales y demográficas que inciden en las adolescentes embarazadas, atendidas en el C.S. Castillo Grande, Tingo María 2015.</p> <p><u>Objetivos específicos:</u></p> <p>Describir las características demográficas presentes en la población de adolescentes embarazadas atendidas en el C.S. Castillo Grande.</p> <p>Describir las características sociales que inciden en las adolescentes embarazadas, atendidas en el C.S. Castillo Grande.</p> <p>Describir las características culturales que inciden en las adolescentes embarazadas, atendidas en el C.S. Castillo Grande.</p>	<p><u>Hipótesis.</u></p> <p>Por las características del estudio no se plantea hipótesis</p>	<p>Edad</p> <p>Edad de menarquia</p> <p>Edad inicio RS</p> <p>Procedencia</p> <p>Familia con la que vivía la adolescente</p> <p>Familia actual</p> <p>Tipo de familia</p> <p>Comunicación con los padres</p> <p>Afecto de los padres</p> <p>Antecedente embarazo en adolescentes</p> <p>Nivel de instrucción</p> <p>Actividad libre</p> <p>Conocimiento sobre PPF</p> <p>RS como consecuencia a embarazo</p> <p>Influencia de embarazo</p> <p>Respuesta a embarazo</p>	<p>Edad en años</p> <p>Edad en años</p> <p>Edad en años</p> <p>Rural Urbana</p> <p>Con sus padres Con su pareja Sola</p> <p>Con sus padres Papá del hijo Otros familiares Sola</p> <p>Nuclear Monoparental Reconstituida</p> <p>Buena Regular Mala</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>No estudiaba Primaria Secundaria Superior</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Grupo de amigos Medios de comunicación Pareja. Incomprensión de padres Salir de Violencia familiar Agradar a pareja Desear un hijo Conseguir compañero</p>	<p>Tipo de Investigación: Observacional descriptiva</p> <p>Diseño de investigación: Descriptivo M.....O</p> <p>Población: 40 gestantes adolescentes.</p> <p>Muestra: 40 gestantes adolescentes</p> <p>Técnicas e instrumentos de recolección de datos: la técnica será la encuesta y el instrumento será el cuestionario.</p> <p>Validez: se realizará mediante juicio de expertos</p> <p>Análisis de datos: a través de la estadística descriptiva, la información se presentará en tablas y gráficos</p>