

Universidad Católica de Santa María  
Facultad de Medicina Humana  
Escuela Profesional de Medicina Humana



**CARACTERISTICAS SOCIALES DE LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES  
JUNIO – DICIEMBRE DESAGUADERO – PERÚ 2018**

Tesis presentada por la Bachiller:

**Huanca Calcina, Claudia Luz**

para optar el Título Profesional de Médica  
Cirujana

Asesor: MC. Raymundo Díaz Sánchez

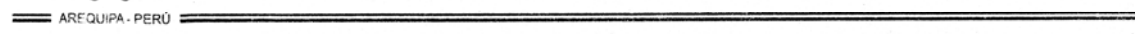
**Arequipa - Perú**

**2019**



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado:1350



**INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS**  
**DECRETO N° 102 - FMH-2018**

Visto el Borrador de Tesis titulado:

**"DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD VINCULADOS CON EL EMBARAZO ADOLESCENTE JUNIO - DICIEMBRE, DESAGUADERO - PERÚ 2018"**

Presentado por el (la) Sr. (ta):

**CLAUDIA LUZ HUANCA CALCINA**

Nuestro dictamen es:

*Procede la sustentación*

OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Arequipa, .....

*[Signature]*  
.....  
DRA. KATHERINE FERNÁNDEZ PINTO  
38996

*[Signature]*  
.....  
DR. WILFREDO PINO CHAVEZ  
Dr. Wilfredo Pino Chavez  
CIRUGIA GENERAL  
CMP 20609 RNE 9812

*[Signature]*  
.....  
DRA. ADA DEL CARPIO SANZ DE LAZO

## DEDICATORIA

A todas la personas que me acompañaron en estos últimos años y a dos pequeños  
que el destino nos hizo encontrarnos.



## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar las determinantes sociales que están vinculadas con el embarazo adolescente, Puno 2018

**Materiales y Métodos:** Se desarrolló un estudio descriptivo, observacional retrospectivo y transversal; se utilizó la técnica de la entrevista y como instrumento el cuestionario aplicado a las adolescentes gestantes. **Resultados:** Se halló que el promedio de la edad de las adolescentes embarazadas era de 16.27 años, nivel de escolaridad secundaria incompleta (60%), la deserción escolar fue del 96.67%, el 66.67% inicio relaciones sexuales entre los 15 y 16 años donde más de la mitad fue debido a la presión de la pareja sumado a esto los conocimientos inadecuado de métodos de planificación familiar (83.33%). Relacionado al ambiente familiar, la comunicación intrafamiliar es muy pobre. La edad de la madre al tener su primer hijo, 66.67% lo tuvo cuando tenían 15 y 16 años, también se observó la asociación entre las 2 variables de edad de la madre al tener su primer hijo y la edad de la adolescente cuando quedo embarazada nos confirma la asociación de la edad en que la madre tuvo al primer hijo tiene relación directa ( $r_p=0.65$ ,  $p\leq 0.05$ ). En relación al entorno de la adolescente el 83.33% pertenece a la religión católica y su recomendación sobre el uso de métodos de planificación familiar fue 0.0%. Sus pares mantienen una influencia muy grande en las adolescentes (86.67%). La edad de embarazo depende del tiempo de convivencia con la madre, del nivel de educación y de la edad de a madre al tener su primer hijo ( $r^2=0.79$ ).

**Conclusión:** Los determinantes sociales de la salud identificados (en relación a la adolescente, a la familia, a la pareja y al entorno de la adolescente) contribuyen a embarazo adolescente.

**Palabras Claves:** Embarazo en adolescentes, determinantes sociales, salud publica

## **ABSTRACT**

**Objective:** to analyze the social determinants that are linked with adolescent pregnancy, Puno 2018

**Materials and methods:** A descriptive, retrospective and transversal observational study was developed; the interview technique was used and as an instrument the questionnaire applied to pregnant adolescents. **Results:** It was found that the average age of pregnant adolescents was 16.27 years, incomplete secondary education level (60%), school dropout was 96.67%, 66.67% began sexual relations between 15 and 16 years where more than half was due to peer pressure coupled with inadequate knowledge of family planning methods (83.33%). Related to the family environment, intrafamilial communication is very poor. The age of the mother having her first child, 66.67% had it when they were 15 and 16 years old, the association between the two variables of the mother's age was also observed when having her first child and the age of the adolescent when she became pregnant confirms the association of the age in which the mother had the first child has a direct relationship ( $r_p = 0.65$ ,  $p < 0.05$ ). Regarding the environment of the adolescent, 83.33% belong to the Catholic religion and her recommendation on the use of family planning methods was 0.0%. Their peers maintain a very large influence on adolescents (86.67%). The age of pregnancy depends on the time of coexistence with the mother, the level of education and the age of the mother when having her first child ( $r_2 = 0.79$ ).

**Conclusion:** The social determinants of the members' health (in relation to the adolescent, the family, the couple and the environment of the adolescent)

**Key words:** Pregnancy in adolescents, healthy determinants, public health.

## Contenido

RESUMEN.....	i
ABSTRACT .....	ii
INTRODUCCION .....	iv
CAPÍTULO I: MATERIALES Y MÉTODOS.....	1
CAPÍTULO II: RESULTADOS.....	4
CAPITULO III: DISCUSION Y COMENTARIOS.....	26
CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	32
RECOMENDACIONES.....	34
BIBLIOGRAFIA.....	35
ANEXO N°1.....	37
ANEXO N°2.....	73
ANEXO N°3.....	75
ANEXO 4.....	76
ANEXO N°5.....	77

## INTRODUCCION

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública a nivel mundial, con consecuencias socioculturales y psicológicas con elevado costo personal, educacional, familiar y social.

La Adolescencia es “el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años” (OMS 2016) (1). Dentro de los cambios a nivel orgánico, se evidencia la maduración a nivel neuronal con un importante impacto a nivel afectivo y cognitivo; estos cambios se dan al mismo ritmo que la adolescente debe de cambiar de rol en la sociedad (2). Este comportamiento impulsivo que es difícil de controlar debido a la falta de madurez en la “región orbito frontal y corteza ventromedial” (3).

La adolescencia, camino de la niñez a la adultez, etapa de tempestad y alta tensión debido a que existe una mezcla de emociones (miedo, incertidumbre, etc.) y sumado a eso la enorme cantidad de información, a la cual tienen fácil acceso los adolescentes, que vienen de amigos, medios de comunicación o por su experiencia, es fácil que adquieran conocimientos erróneos, dando como resultado algunas consecuencias desafortunadas. Existen aspectos en relación a la sexualidad que son importantes: “Necesidad de experimentación, apetencia por el riesgo, ausencia de formación adecuada y actitud de los adultos” (4). Los adultos de la familia a la cual pertenecen estas adolescentes, llevan un rol importante, debido a que de ellos depende que se sientan apoyados y donde la mala comunicación en relación a temas de sexualidad produce que estas experiencias y conocimientos formen parte de lo prohibido para los adolescentes entonces al creer que esto no es aprobado por los adultos se aleja la posibilidad de entablar conversaciones acerca de estos temas, y buscan respuestas en quienes no son competentes en proporcionar la adecuada información inclinándolos a situaciones que lleven al inicio de relaciones sexuales precoces (5). En un estudio que se realizó en Ecuador, reporta que “64.28% han iniciado actividad sexual entre los 14 y 15 años, 28.58 % inició entre los 14 y 15 años, el 7.14% a los 18 años de edad” (6).

El concepto frecuente de embarazo es el “proceso de gestación uterina, en el que una mujer lleva un ovulo fertilizado y finaliza con el nacimiento” (7) y que en la adolescente al encontrarse en un estado de cambios psicológicos, orgánicos y

sociales que son parte de esta etapa y añadir la situación de un embarazo y su posterior maternidad, pueden llegar a colocarla en un estado muy frágil(7). Entre 2010 y 2015 según la Organización de las Naciones Unidas en América Latina y el Caribe el número de nacimientos por cada 1 000 mujeres entre las edades de 15 a 19 años se dieron a conocer “Nicaragua con 92.8% , Guatemala con 84%, Venezuela con 80.9%, Bolivia con 72.6%, Ecuador con 77.3% , Perú con 52.1%, y Chile con 49.3%”(8).

El embarazo en la adolescencia da un gran impacto a nivel educativo resultando en limitación de proyectos de vida, empleos con remuneraciones inadecuadas e insatisfactorias. La adolescente contrae matrimonio con su pareja debido al embarazo, y en gran medida apoyado por sus padres para evitar la estigmatización de la sociedad, en su mayoría estos matrimonios presentan más problemas que en parejas más maduras, pueden ser víctimas de violencia domestica (maltrato físico o emocional), por su pareja o familiares, todo esto debido a que se encuentra en un situación vulnerable (9).

La mayoría de las adolescentes embarazada no toman en consideración el control prenatal, siendo este importante para dar seguimiento al feto por si tiene alguna posible alteración. En esta etapa se requiere de bastante apoyo y para ellas es importante la presencia de un compañero, y con bastante frecuencia se observa la búsqueda de otra pareja (10). En algunos casos la figura masculina no está bien establecida, despojándolas de la confianza, afecto y seguridad y terminan buscando relaciones donde ellas pueden verse afectadas físicamente o mentalmente (11).

En relación a educación sexual, según “Panorámica del Embarazo en Adolescentes de conformidad con los datos de la ENDESA 2011-12” aporta que “60% de las adolescentes en edad de 15 a 17 años ha recibido educación sexual únicamente en la escuela y 21.8% no han recibido curso alguno ni dentro o fuera del sistema escolar” (12).

Analizando el contexto en que las jóvenes adolescentes se desenvuelven en américa latina y específicamente hablando del Perú es importante destacar “sentir temor y vergüenza para acercarse a las instituciones de salud, lo que genera dificultades para plantear inquietudes en torno a su salud sexual y reproductiva” (13).

El acoso sexual según el Artículo 176-B del DECRETO LEGISLATIVO - N° 1410 en el código penal del Perú, se sanciona al victimario despojándolo de su libertad, la

sanción es aún más grave si se da en una menor de edad (14). Como parte de normas del patriarcado es que los varones tengan derecho al acoso carnal sobre la mujeres sin su consentimiento; se ha observado que las niñas y adolescentes son más vulnerables a sufrir de acoso sexual, debido a la existencia de la dificultad de resistirse y la gran posibilidad de manipulación por parte del agresor y el victimario al no ser reconocido o penalizado (15).

Existe una gran preocupación en analizar los determinantes sociales de la salud de las adolescentes embarazadas en Desaguadero Puno-Peru porque no solo afectaran a la adolescente sino también al recién nacido. A nivel físico son frecuentes las lesiones del piso pelviano, enfermedad hipertensiva del embarazo, ruptura prematura de membranas y parto pre termino. El impacto en su salud mental manifestando ansiedad, depresión, estrés postraumático (generalmente cuando el embarazo es el resultado de un acto de violencia sexual), ideas de auto líticas y consumir su suicidio (16). El lugar donde se encuentran viven estas adolescentes se encuentra en la frontera con Bolivia, donde el monitoreo de este grupo etario es bajo, sumado a esto las gestantes se resisten al control médico y solo se hacen ver por parteras y familiares, los cuales no dan la información adecuada para una maternidad responsable. Este estudio podría identificar cuáles son los determinantes relacionados a la adolescente, a la familia, a la pareja y al entorno que prevalecen sobre los demás para poder controlarlos.



# CAPÍTULO I: MATERIALES Y MÉTODOS

## MATERIALES Y MÉTODOS

### 1. Universo o población.

Gestantes adolescentes Centro de salud Desaguadero Puno- Perú entre junio y diciembre del 2018

### 2. Muestra:

Tamaño de la muestra

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

n = Tamaño de la muestra

z= Nivel de confianza deseado =95%

p= Proporción de la población con característica deseada (éxito)

q= proporción de la población sin la característica deseada (fracaso)

e= Nivel de error dispuesto a cometer = 0.05

N= Tamaño de la población (32)

$$n = \frac{1.972(0.50 * 0.50) * 32}{0.052 (32 - 1) + 1.972(0.50 * 0.50)}$$

n=30

### 3. Criterios de inclusión:

- Adolescente embarazada con controles prenatales en el centro de salud Desaguadero.
- Adolescente embarazada en el tiempo que se realizara el estudio.
- Adolescente embarazada que tenga residencia permanente en el área.
- Adolescente embarazada que aceptará participar en el estudio.

**4. Criterios de exclusión :**

- Adolescente embarazada que no deseen participar en el estudio.
- Adolescente embarazada con tratamiento psiquiátrico.

**5. Técnica :** Para la obtención de la información se empleó la Ficha de recolección de datos (anexo 2)

**6. Instrumento:** Ficha de recolección de datos, 33 preguntas dentro de las cuales absorben las esferas de que estén en relación a la adolescente, en relación a la familia, relacionadas a la pareja y en relación al entorno.

Primero se realizó la prueba piloto del instrumento, en la misma se valoró el flujo de preguntas, cuanto tiempo duraba la encuesta, si era fácil de entender las preguntas, se procedió a realizar los ajustes a la misma encuesta, para que las preguntas estén agrupadas en esferas, no tener preguntas abiertas salvo si la respuesta era “otro” y para su fácil comprensión.

**7. Análisis de datos:** Se usó prueba  $\chi^2$  de Pearson, tablas de frecuencia expresando los valores absolutos y relativo (porcentaje), medidas de tendencia central y análisis de varianza.



# CAPÍTULO II: RESULTADOS

**TABLA 1**

**EMBARAZADAS ADOLESCENTES SEGÚN FASE DE LA ADOLESCENCIA EN  
CS DESAGUADERO JUNIO DICIEMBRE 2018**

<b>EDAD</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Adolescencia temprana	3	10.00%
Adolescencia media	16	53.33%
Adolescencia tardía	11	36.67%
	30	100.00%
<b>EDAD</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
10	0	0.00%
11	0	0.00%
12	0	0.00%
13	1	3.33%
14	2	6.67%
15	7	23.33%
16	9	30.00%
17	4	13.33%
18	3	10.00%
19	4	13.33%
	30	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla superior muestra que 53.33% de la muestra estudiada son gestantes que se encuentran en la adolescencia media donde se encuentran entre los 15 y 16 años, seguidas con 36.67% por gestantes que se encuentran en la adolescencia tardía y 10% son gestantes que se encuentran en la adolescencia temprana.

A partir de estos datos, se puede observar que el 30% tenía 16 años, un 23.33% tenía 15 años, el 13.33% tenía 17 años igual que las adolescentes embarazadas de 19 años, y 3.33% tenía 13 años.

El promedio de edades es 16.27 con DS de 1.59.

**TABLA 2**

**NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS  
CS DESAGUADERO JUNIO DICIEMBRE 2018**

<b>NIVEL DE ESCOLARIDAD</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Primaria incompleta	0	0.00%
Primaria completa	2	6.67%
Secundaria incompleta	18	60.00%
Secundaria completa	8	26.67%
Técnica/tecnológica incompleta	2	6.67%
	30	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados, como se muestra en la tabla 2, indican la situación de escolaridad en la que se encontraba la adolescente en el momento de quedar embarazada, el 100% inicio en el sistema escolar, pero cuando quedaron embarazadas 60.00% tenían el nivel de escolaridad de secundaria incompleta, el 26.67% secundaria completa, mientras que el 6.67% tenían primaria completa y 6.67% estaban iniciando una carrera técnica.

**TABLA 3**  
**ABANDONO DE ESTUDIOS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN CS**  
**DESAGUADERO JUNIO DICIEMBRE 2018**

Abandono de estudios	N°	%
Si	29	96.67%
No	1	3.33%
	30	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

El estudio ha identificado un porcentaje significativamente alto (96.67%) abandonaron sus estudios en Desaguadero Puno Junio Diciembre 2018, mientras que solo el 3.33% continúan con sus estudios con normalidad.

**TABLA 4**  
**OBTENCION DE TRABAJO POR ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE SE**  
**ATENDIERON EN EL CS DESAGUADERO JUNIO DICIEMBRE 2018**

Trabajo	N°	%
Si	5	16.67%
No	25	83.33%
	30	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla se muestra que el 83.33% no obtuvieron un trabajo y el 16.67% si lo obtuvieron.

**TABLA 5**  
**ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE SUFRIERON ACOSO SEXUAL**  
**CS DESAGUADERO JUNIO DICIEMBRE 2018**

<b>Acoso sexual</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	5	16.67%
No	25	83.33%
	30	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

El presente cuadro muestra el porcentaje de adolescentes que sufrieron o no acoso sexual. Previamente a la obtención de los datos, las adolescentes se les hizo ver el video de la campaña “LaChileDiceNo al acoso sexual” (17) dando como resultado que 83.33% de las gestantes respondieron que nunca les había ocurrido, pero solo el 16.67% de las encuestadas afirmo que al menos una vez las acosaron sexualmente.

**TABLA 6**  
**EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES EN ADOLESCENTES**  
**EMBARAZADAS CS DESAGUADERO JUNIO DICIEMBRE 2018**

<b>Edad de inicio de relaciones sexuales</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
10 a 12 años	1	3.33%
13-14 años	7	23.33%
15 a 16 años	20	66.67%
Más de 17 años	2	6.67%
	30	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

La edad en que iniciaron relaciones sexuales el más alto porcentaje (66.67%) se encontraban en la adolescencia media, seguido de un 23.33% que iniciaron relaciones sexuales entre 13-14 años, el 6.67% iniciaron relaciones sexuales después de los 16 años, pero un 3.33% iniciaron entre los 10 y 12 años

**TABLA N°7**

**RAZON DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES**

<b>Razón de inicio de relaciones sexuales.</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Amor	12	40.00%
Deseo	0	0.00%
Presión de pareja	16	53.33%
Curiosidad	0	0.00%
Presión de amigas	2	6.67%
Otro	0	0.00%
	30	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Desprendiendo de la tabla superior sobre la razón de inicio de relaciones sexuales se pudo obtener que: La mitad afirmó que fue por presión de parte de su pareja, mientras que 40.00% fue por amor o enamoramiento, para algunas no fue algo planificado y lo que llama la atención es el 6.67% que menciona que fue por presión de amigas debido a que sus congéneres ya habían tenido relaciones sexuales.

**TABLA N°8**

**MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE LAS ADOLESCENTES  
EMBARAZADAS HA OÍDO HABLAR O CONOCEN  
CS DESAGUADERO JUNIO DICIEMBRE 2018**

<b>Método de planificación familiar que ha oído hablar o conoce</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Píldora , condón e inyección	8	26.67%
Píldora y condón	12	40.00%
Píldora	4	13.33%
Ritmo	2	6.67%
Condón	3	10.00%
Inyección	0	0.00%
Óvulos,	0	0.00%
Vasectomía,	0	0.00%
Coito interrumpido	0	0.00%
Ligadura	0	0.00%
Ninguno	1	3.33%
Otro	0	0.00%
	30	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Como se expone en la tabla superior solo el 26.67% escucho sobre las píldoras, condón (preservativo) y la inyección, el 40% afirmo haber escuchado solo sobre las píldoras y el condón como método de planificación familiar, un 13.33% solo escucho de la píldora, el 10% solo escucho sobre el condón (preservativo), solo el 6.67% escucho sobre el método del ritmo pero ningún otro método de planificación familiar y un 3.33% afirma que jamás escucho sobre ningún método de planificación familiar

**TABLA 9**  
**MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR USADO EN LA PRIMERA RELACIÓN**  
**SEXUAL POR ADOLESCENTES EMBARAZADAS**  
**CS DESAGUADERO JUNIO DICIEMBRE 2018**

<b>Método de planificación familiar usado en la primera relación sexual</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Píldora	0	0.00%
Dispositivo	0	0.00%
Ritmo	0	0.00%
Condón	5	16.67%
Inyección	0	0.00%
Óvulos,	0	0.00%
Vasectomía,	0	0.00%
Coito interrumpido	0	0.00%
Ligadura	0	0.00%
Ninguno	25	83.33%
Otro	0	0.00%
	30	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla sobre el método de planificación familiar usado en la primera relación sexual se demostró una fuerte evidencia que la mayoría (83.33%) no uso ningún método de planificación familiar y solo el 16.67% hizo uso del condón.

**TABLA 10**

**RAZÓN DE NO USO DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL ADOLESCENTES EMBARAZADAS CS DESAGUADERO JUNIO DICIEMBRE 2018**

<b>Razón de no uso de método de planificación familiar en la primera relación sexual</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
No conocía los métodos de planificación familiar	1	4.00%
Relación sexual inesperada	5	20.00%
Quería quedar embarazada	0	0.00%
No creyó necesario	15	60.00%
La pareja no dejó.	4	16.00%
Otra	0	0.00%
	25	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

La razón de no uso de método de planificación familiar en la primera relación sexual fue que el 60% no creyó necesario debido a la creencia que cuando es la primera vez no hay ninguna consecuencia, 20% afirmó que fue inesperado, 16% la pareja no le permitió el uso de algún método de planificación familiar, solo el 4% no tenía conocimientos sobre ningún método de planificación familiar en la primera relación sexual que mantuvo.

**TABLA 11**

**MOMENTO EN QUE DESEABA QUEDAR EMBARAZADA SEGÚN LAS  
ADOLESCENTES EMBARAZADAS  
CS DESAGUADERO JUNIO DICIEMBRE 2018**

Momento en que deseaba quedar embarazada.	N°	%
Antes	0	0.00%
Ahora	1	3.33%
Después	29	96.67%
	30	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

La respuesta general (96.67%) sobre el momento en que deseaban quedar embarazadas indicaron que después querían quedar embarazadas y el afirmaron que ellas solo 3.33% manifestó que ya era momento.

**TABLA 12**

**USO DE SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA POR  
ADOLESCENTES EMBARAZADAS  
CS DESAGUADERO JUNIO DICIEMBRE 2018**

Uso de servicios de salud sexual y reproductiva	N°	%
Si	5	16.67%
No	25	83.33%
	30	100.00%

. Fuente: Elaboración propia.

Del total de personas encuestada, la gran mayoría (83.33%) afirmo el uso de servicios de salud sexual y reproductiva y el 16.67% lo negó.

**TABLA 13**

**PARTICIPACIÓN DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN PROGRAMAS  
EDUCATIVOS DE SALUD**

**CS DESAGUADERO JUNIO DICIEMBRE 2018**

<b>Participación en programas educativos de salud</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	5	16.67%
No	25	83.33%
	30	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla superior se observa que el 16.67% participo en programas educativos de salud y el 83.33% no lo hizo.

**TABLA 14**

**GRADO DE ESCOLARIDAD MAS ALTO ALCANZADO POR CUALQUIER  
FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

**CS DESAGUADERO JUNIO DICIEMBRE 2018**

<b>Grado de escolaridad mas alto alcanzado por cualquier familiar</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Primaria completa	11	36.67%
Secundaria completa	18	60.00%
Técnico/tecnológico completa	1	3.33%
Universitaria completa	0	0.00%
	30	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

El 60.00% tiene un familiar que tiene secundaria completa, además se observa que el 36.67% tiene un familiar que termino primaria.

**TABLA 15**

**DEPENDENCIA ECONOMICA ADOLESCENTES EMBARAZADAS  
CS DESAGUADERO JUNIO DICIEMBRE 2018**

<b>Dependencia económica</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Madre	10	33.33%
Padre	7	23.33%
Tía	5	16.67%
Abuela	0	0.00%
Abuelo	0	0.00%
Otro	8	26.67%
	30	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

A partir de los datos de la tabla 14 se observa que el 33.33% de las adolescentes embarazadas su dependencia económica es por la madre, mientras que el 23.33% es el padre quien da el aporte económico, el 16.67% dependen económicamente de la tía y el 26.67% de otros (familia de su pareja).

**TABLA 16**

**TIEMPO DE CONVIVENCIA CON LA MAMÁ/ PAPÁ, ADOLESCENTES  
EMBARAZADAS**

**CS DESAGUADERO JUNIO DICIEMBRE 2018**

Tiempo de convivencia con mamá/ papá	Mama		Papa	
	N°	%	N°	%
Menos o igual a 2 años	2	6.67%	13	43.33%
2-5 años	3	10.00%	10	33.33%
Más de 5 años	25	83.33%	7	23.33%
	30	100.00%	30	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la convivencia, la mayoría afirmó que el tiempo que vive con la mama es mayor a 5 años pero el 23.33% afirma que solo vivió con su papa más de 5 años. El 43.33% afirmó que vivió con su papa menos de 2 años y el 33.33% entre 2 y 5 años.

**TABLA 17**

**VIOLENCIA INTRAFAMILIAR ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

**CS DESAGUADERO JUNIO DICIEMBRE 2018**

Violencia intrafamiliar	N°	%
Si	13	43.33%
No	11	36.67%
No sabe	6	20.00%
	30	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Los datos observados en la tabla 17, el 36.67% manifestó que en su familia no hubo presencia de violencia intrafamiliar, pero 43.33% afirmó haber observado violencia intrafamiliar incluyendo gritos, insultos, bofetadas, empujones.

**TABLA 18**

**TRATO DE LA FAMILIA HACIA LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS  
CS DESAGUADERO JUNIO DICIEMBRE 2018**

Trato de la familia hacia la adolescente	N°	%
bueno	2	6.67%
Regular	21	70.00%
malo	7	23.33%
	30	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados de la tabla 18 se proporcionan a continuación: La mayoría (70.00%) de las adolescentes embarazadas manifestó que el trato hacia ellas era regular mientras que el 23.33% manifestó que el trato era malo y solo un pequeño porcentaje (6.67%) manifestó que el trato hacia ellas era bueno.

**TABLA 19**

**COMUNICACIÓN CON LA MAMÁ/PAPÁ ADOLESCENTES EMBARAZADAS  
CS DESAGUADERO JUNIO DICIEMBRE 2018**

Comunicación con la mamá/papá	N°	%
Excelente	0	0.00%
Buena	0	0.00%
Regular	22	73.33%
Mala	8	26.67%
	30	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

La comunicación con los padres de las adolescentes gran parte (73.33%) de las entrevistadas respondió que tenían una comunicación regular con sus padres y el 26.67% menciono que era una comunicación mala.

**TABLA 20**  
**TOLERANCIA PATERNA/MATERNA DE PRÁCTICA SEXUAL ADOLESCENTES**  
**EMBARAZADAS**  
**CS DESAGUADERO JUNIO DICIEMBRE 2018**

Tolerancia paterna/materna de práctica sexual	N°	%
Si	0	0.00%
No	23	76.67%
No sabe	7	23.33%
	30	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados que ese otorgan en la tabla 23 nos proporcionan la siguiente información en desacuerdo respecto a la tolerancia paterna/materna de inicio de prácticas sexuales a tan temprana edad: 76.67% no es tolerante con estas prácticas y el 23.33% de las adolescentes no saben.

**TABLA 21**  
**REACCIÓN PATERNA/MATERNA SOBRE EL EMBARAZO TEMPRANO**  
**ADOLESCENTES EMBARAZADAS**  
**CS DESAGUADERO JUNIO DICIEMBRE 2018**

Reacción paterna/materna sobre embarazo temprano	N°	%
De acuerdo	0	0.00%
Desacuerdo	23	76.67%
Indiferente	2	6.67%
No sabe	5	16.67%
	30	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 21 muestra reacción paterna/materna sobre el embarazo temprano sobre la gestación de la adolescente y se observa que el 76.67% estaban en desacuerdo, el 16.67% no sabe la reacción paterna/materna y solo el 6.67% se mostró indiferente.

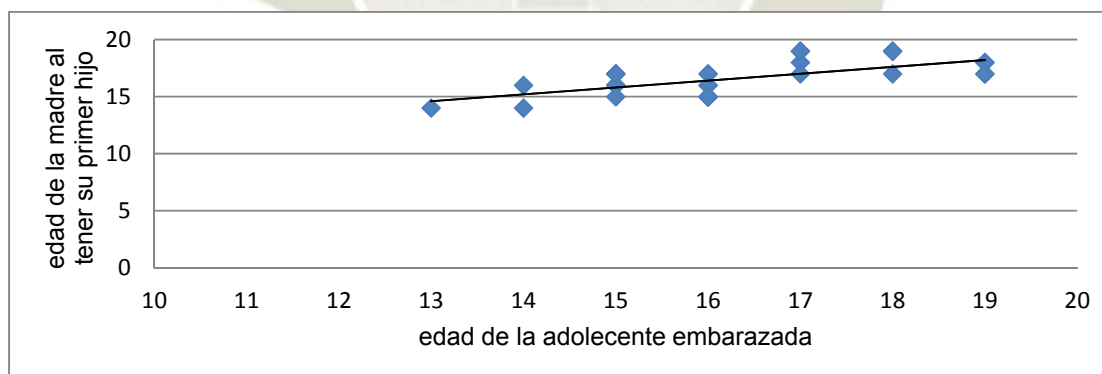
**TABLA 22**  
**EDAD DE LA MADRE AL TENER SU PRIMER HIJO**  
**ADOLESCENTES EMBARAZADAS CS DESAGUADERO JUNIO DICIEMBRE**  
**2018**

Edad de la madre al tener su primer hijo	N°	%
Adolescencia temprana	2	6.67%
Adolescencia media	20	66.67%
Adolescencia tardía	9	30.00%
	31	103.33%

Fuente: Elaboración propia.

La tabla superior indica que las madres de las adolescentes embarazadas tuvieron a su primer hijo como se muestra a continuación: 66.67% de las madres tuvieron a su primer hijo en la adolescencia media, mientras que el 30.00% fue en la adolescencia tardía y el 6.67% fue en la adolescencia temprana.

**GRAFICO 1**  
**EDAD DE LA MADRE AL TENER SU PRIMER HIJO Y EDAD DE LA**  
**ADOLESCENTE EMBARAZADA**



Fuente: Elaboración propia.

Coefficiente de Pearson = 0.65

Se observa los datos sobre la asociación entre las 2 variables de edad de la madre al tener su primer hijo y la edad de la adolescente cuando quedo embarazada se proporcionan en el grafico 1 la correlación lineal positiva con coeficiente de Pearson = 0.65

**TABLA 23**

**PERFIL DE LA PAREJA ADOLESCENTES EMBARAZADAS  
CS DESAGUADERO JUNIO DICIEMBRE 2018**

Perfil de la pareja	N°	%
Novio	28	93.33%
Vacilón	2	6.67%
Amigo	0	0.00%
Conocido	0	0.00%
	30	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

En relación al perfil de la pareja la mayor parte (93.33%) coincide en que era su novio y solo un 6.67% expreso que fue un vacilón, una de las participantes expreso “lo conocí en una fiesta”.

**TABLA 24**

**EDAD DE LA PAREJA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS  
CS DESAGUADERO JUNIO DICIEMBRE 2018**

Edad de la pareja	N°	%
mayor de 19 años	17	56.67%
igual o menor de 19 años	13	43.33%
	30	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

De a tabla superior respecto a la edad de la pareja de la adolescente: cerca de la mitad tenían menos de 19 años (43.33%) y el 56.67% afirmo que su pareja tenía más de 19 años

**TABLA 25**  
**ESCOLARIDAD DE LA PAREJA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS**  
**CS DESAGUADERO JUNIO DICIEMBRE 2018**

<b>Escolaridad de la pareja</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Primaria incompleta	0	0.00%
Primaria completa	0	0.00%
Secundaria incompleta	12	40.00%
Secundaria completa	15	50.00%
Técnica/tecnológica incompleta	3	10.00%
Técnica/tecnológica completa	0	0.00%
Otro	0	0.00%
Ninguna	0	0.00%
	30	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Respecto al nivel de escolaridad de la pareja de las participantes mostradas en la tabla superior: La mitad tenía secundaria completa mientras que el 40% no termino la secundaria y solo el 10% estaba iniciando una carrera técnica.

**TABLA 26**  
**TRABAJO DE LA PAREJA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS**  
**CS DESAGUADERO JUNIO DICIEMBRE 2018**

<b>Trabajo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	22	73.33%
No	8	26.67%
	30	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla superior se observa que solo el 73.33 % de las parejas de las embarazadas tienen un trabajo y el 26.67% está desempleado.

**TABLA 27**

**REGRESION LINEAL DE LA EDAD DEL MOMENTO EN QUEDAR EMBARAZADA Y LAS VARIABLES NIVEL DE ESCOLARIDAD DE UN FAMILIAR, LA EDAD EN QUE SU MADRE TUVO A SU PRIMER HIJO Y AÑOS DE CONVIVENCIA CON LA MADRE.**

<i>Estadísticas de la regresión</i>	
Coeficiente de correlación múltiple	0.90070414
Coeficiente de determinación R <sup>2</sup>	0.81126794
R <sup>2</sup> ajustado	0.78949117
Error típico	0.73225174
Observaciones	30

Fuente: Elaboración propia

R<sup>2</sup> ajustado es 0.78, la edad del embarazo de la adolescente depende del nivel de escolaridad de un familiar, la edad en que su madre tuvo a su primer hijo y la convivencia con la madre. Las probabilidades se ven en el anexo4.

**TABLA 28**

**ASISTENCIA Y/O PRACTICA DE ALGUNA RELIGIÓN ADOLESCENTES  
EMBARAZADAS  
CS DESAGUADERO JUNIO DICIEMBRE 2018**

<b>Asistencia y/o practica de alguna religión</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Católica	25	83.33%
Evangelista	5	16.67%
Mormona	0	0.00%
Otra	0	0.00%
	30	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Sobre asistencia y/o practica de alguna religión 83.33% afirman pertenecer a la religión católica, un mínimo (16.67%) pertenece a la religión evangelista.

**TABLA 29**

**RELIGIÓN Y RECOMENDACIÓN DE USO DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN  
FAMILIAR POR ADOLESCENTES EMBARAZADAS  
CS DESAGUADERO JUNIO DICIEMBRE 2018**

<b>Religión y recomendación de uso de método de planificación familiar.</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	0	0.00%
No	30	100.00%
	30	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Todas las adolescentes no recibieron recomendación sobre el uso de método de planificación familiar por parte de la religión que practican.

**TABLA 30**

**INFLUENCIA DE PARES PARA INICIAR VIDA SEXUAL ADOLESCENTES  
EMBARAZADAS**

**CS DESAGUADERO JUNIO DICIEMBRE 2018**

Influencia de pares para iniciar vida sexual	N°	%
Si	26	86.67%
No	4	13.33%
	30	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la relación entre pares las declaraciones más frecuentes (86.67%) fueron afirmativas, solo el 13.33% declaro que no.

**TABLA 31**

**PATRÓN DE USO DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR ENTRE PARES  
DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

**CS DESAGUADERO JUNIO DICIEMBRE 2018**

Patrón de uso de método de planificación familiar entre pares	N°	%
Todas	0	0.00%
La mayoría	0	0.00%
Algunas	5	16.67%
Ninguna	15	50.00%
No sabe	10	33.33%
	30	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

En la tablas superior la mitad expreso que sus amigas no usaban métodos de planificación familiar y 33.33% nunca hablaron de ese tema y que algunas (16.67%) de sus amigas si usaban métodos de planificación familiar


**TABLA32**

**CONOCIMIENTO DE LA OPINIÓN SOBRE EL USO DEL CONDÓN POR LAS  
AMIGAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS  
CS DESAGUADERO JUNIO DICIEMBRE 2018**

<b>Conocimiento de la opinión de las amigas sobre el uso del condón</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
No les gusta	0	0.00%
Les gusta	0	0.00%
Indiferente	12	40.00%
No sabe	18	60.00%
	30	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

El 40% de las adolescentes afirman que sus amigas son indiferentes sobre el uso del condón(preservativo) como método de planificación familiar y que el 60% de ellas no sabían la opinión de sus amigas al respecto , si les gustaba o no les gustaba.



# CAPITULO III: DISCUSION Y COMENTARIOS

## DISCUSION

El embarazo adolescente es un problema de salud pública que no solo afecta a la adolescente sino también al nuevo ser, la vigilancia del grupo estudiado es baja.

Respecto a las determinantes sociales de la salud que contribuyen con el embarazo adolescente son importantes identificarlas, analizarlas y relacionarlas debido a que condiciones a nivel personal, familiar y de la pareja y a nivel de su entorno favorecen el embarazo en este grupo.

En la tabla 1 muestra que 53.33% de la muestra estudiada son gestantes que se encuentran en la adolescencia media donde se encuentran entre los 15 y 16 años, según la atención del SIS (sede central, 2015) las gestantes adolescentes en adolescencia media es de 45.2%, de estos porcentajes se nos plantea la necesidad de analizar las determinantes en que se encuentran estas adolescentes, sumado a esto la DS es de 1.59 entonces el 68 % de las adolescentes se encuentran entre los 15 y 17 años. Un hallazgo inesperado es que 10% son gestantes se encontraban en adolescencia temprana que fueron atendidas en el Centro de Salud Desaguadero no contrastan con lo atendido por el SIS Puno (2015) demostrando el aumento de embarazos en esta edad (18).

Por otra parte, el 60%(tabla 2) de las adolescentes solo llegó a secundaria incompleta y el 96.67%(tabla 3) abandono sus estudios, estos resultados coinciden con un estudio realizado en México donde el 91% de adolescentes embarazadas también abandono sus estudios, los síntomas provocados por el estado de gestación y la modificación a nivel corporal llevan a tomar esta decisión entre las adolescentes embarazadas exponiéndolas a limitaciones para la formación de un proyecto de vida así como un adecuado plan para llevar una maternidad saludable y responsable, en ocasiones se observa que puede provocar desilusión al no conseguir un grado académico más alto (19).

Asimismo, en este estudios se halló que el 83,33% (tabla 4) no trabajan demostrando la limitación a la inserción al sistema laboral, las adolescentes

manifiestan que solo se ocupan de deberes del hogar generando dependencia en alguno de sus familiares o de su pareja (19).

En el estudio actual el 16.67%(tabla 5) de las adolescentes embarazadas afirmo que al menos una vez las acosaron sexualmente dando a conocer que ellas son personas muy vulnerables y susceptibles a sufrir acoso sexual debido a la dificultad de resistirse y la gran posibilidad de manipulación por parte del agresor y el victimario al no ser reconocido o penalizado y que pueden convertirse en intento de violación (20).

Los resultados presentados en la tabla 6 proporcionan que el 66.7% de las adolescentes inician relaciones sexuales entre los 15 y 16 años, el 23.33% manifestó que inicio su vida sexual entre los 13 y 14 años , y un bajo porcentaje (3.33%) fue entre los 10 y 12 años coincidiendo con un estudio realizado en Ecuador donde los resultados fueron los siguientes “64,28% inicio su vida sexual a los 14 y 15 años, así como también existe un porcentaje menor del 28,58% que ha iniciado su vida sexual de los 16 a 17 años y el 7,14% a los 18 años de edad”(6) además de otro estudio realizado en América Latina y El Caribe, ”aproximadamente 50% de los adolescentes menores de 17 años son sexualmente activas y 53-71% de mujeres tuvieron relaciones sexuales antes de los 20 años. La edad del primer coito es de aproximadamente 15-16 años para las jóvenes de muchos países de América latina, mientras para otros, es tan temprana como los 10-12 años” (21).

Las razones de inicio de relaciones sexuales (tabla7) fueron por amor (40%) y por presión de la pareja (53.33%), estas adolescentes esperan amorosamente que la relación sexual profundice la relación de pareja, los chicos van más por el goce sexual y el número de parejas sexuales y demuestra la presión que ejercen sobre ellas sin medir la consecuencias, como un embarazo no planificado.

Al indagar sobre métodos de planificación familiar el 91.1%(tabla 8) conocen sobre métodos de planificación familiar con una falla de uso perfecto inferior a 2 embarazos por cada 100 mujeres (22). Pese a que las adolescentes manifestaron conocer métodos de planificación familiar el 83.33%(tabla 9) no utilizo ningún método de planificación familiar debido a las siguiente razones (tabla 10): No lo

creían necesario(60%), porque tenían la idea de que cuando es la primera vez que tienen sexo no hay ninguna consecuencia, otra razón del no uso fue porque la pareja no le permitió(16%) demostrando las barreras como que la información que tienen sobre sexualidad es inadecuada y puede ser tergiversada así como la presión y falta de comunicación con la pareja.

96.67% (tabla 11) de las adolescentes mencionaron que no deseaban quedar embarazadas en ese momento y que luego de enterarse de la nueva condición tampoco vieron el motivo de porque postergar el embarazo.

En la tabla 12 solo el 16.67% hizo uso servicios de salud sexual y reproductiva, 16.67%(tabla 13) participo en programas educativos de salud. El conocimiento sobre salud sexual y reproductiva se enfoca en evitar embarazos no planificados, evitar enfermedades de transmisión sexual,etc. porque el inicio de relaciones sexuales no se puede evitar, pero si se podría dar educación de prevención.

En 60%(tabla 14) de las adolescentes tiene un familiar con secundaria completa como máximo nivel educativo llevándolos a no ser un adecuado sostén económico, asimismo al encontrarse la adolescente embarazada dependen económicamente de alguien (tabla 15): de la madre (33.33%) o del padre (23.33%) o de una tía (16.67%) o de la familia de la pareja (26.67%) volviéndolas una carga más para el bajo presupuesto familiar con el que vivían.

Respecto a la convivencia con papá y mamá (tabla16), el 43.33% afirmo que vivió con su papá menos de 2 años y el 83.33% afirmo que el tiempo que vive con la mamá es mayor a 5 años, gran parte de la crianza de estas adolescentes fue por la madre, siendo ellas las encargadas de formarlas, pero la falta de una figura paterna hace que las adolescentes se apeguen a alguien que pueda ofrecer ese sentimiento de paternidad y seguridad que a veces la madre no puede otorgarles.

El clima familiar en que se desarrollaron estas adolescentes se muestran en la tabla 17 donde el 43.33% afirmo haber observado violencia intrafamiliar (gritos, insultos, bofetadas, empujones). El 70%(tabla 18) manifestó que el trato recibido era regular y que recibió gritos e insultos por parte de uno de sus padres, algunas adolescentes consideran el trato que se les da justificado por estar en la condición

de embarazada a tan temprana edad. El inadecuado trato hacia las hijas por parte de sus padres aumenta la posibilidad que las adolescentes se expongan a situaciones de riesgo (23)

Los resultados en la tabla 19 proporcionan información sobre el tipo de comunicación que tenían dentro de sus familias. El 73.33% (tabla 19) de las entrevistadas respondió que tenían una comunicación regular con sus padres, el 76.67% (tabla 20 y 21) manifestó que ambos padres estaban en desacuerdo con el inicio de prácticas sexuales (tabla 20) y el embarazo temprano (tabla 21), la poca información que tienen sus padres sobre sexualidad fueron adquiridas por experiencias personales y que se relacionan con la dificultad para conversar con sus hijas (24). Son los padres los que van a dar base sobre como ella se va a enfrentar al futuro.

La tabla 22 nos muestra la edad de la madre al tener su primer hijo donde 66.67% lo tuvo cuando tenían 15 y 16 años, se encontró asociación lineal (grafico 1) ( $r_p=0.65, p \leq 0.05$ ) entre la edad de la adolescente y la edad de la madre al tener su primer hijo. Indicándonos que es probable que se repita la situación de embarazo adolescente en las hijas de la adolescente.

En su mayoría (93.33%) de las adolescentes su pareja es su novio (Tabla 23), el 56.67% (tabla 24) de ellos tienen menos de 19 años, 90% tienen un bajo nivel escolar (tabla 25). Ellos mantienen relaciones sexuales sin importarles las consecuencias ya sea porque no tienen una adecuada información sobre salud sexual y reproductiva o como forma de reafirmar su masculinidad. El 73.33% trabajan (tabla 26) en el negocio de un conocido siendo esta situación inestable y poco remunerada, los lleva a situaciones económicas o familiares difíciles de resolver y con el nivel de escolaridad con el que cuentan no puedan resolverlas llevándolos a ellos a la frustración que puede desencadenarse en violencia intrafamiliar o abandono (24).

El bajo nivel de escolaridad, el poco tiempo de convivencia con la madre y la edad en que la madre tuvo a su primer hijo incrementa la posibilidad que se dé el embarazo en la adolescencia ( $r^2=0.88$ ).

En la tabla 27 se observa que la edad en que se da el embarazo depende del grado de escolaridad, tiempo de convivencia con la madre y la edad en que la madre tuvo a su primer hijo, ellos aumentan la probabilidad ( $r=0.78$ ) que se dé el embarazo en la adolescencia.

En la tabla 28 la religión que practican las adolescentes son católica (83.33%) y evangelista (16.67%), a ninguna les recomendaron el uso de métodos de planificación familiar (tabla 29). La religión católica tiene opiniones bien marcadas respecto al uso de métodos de planificación familiar. La mayoría de las religiones prohíbe en muchos aspectos la educación sobre sexualidad y reproducción.

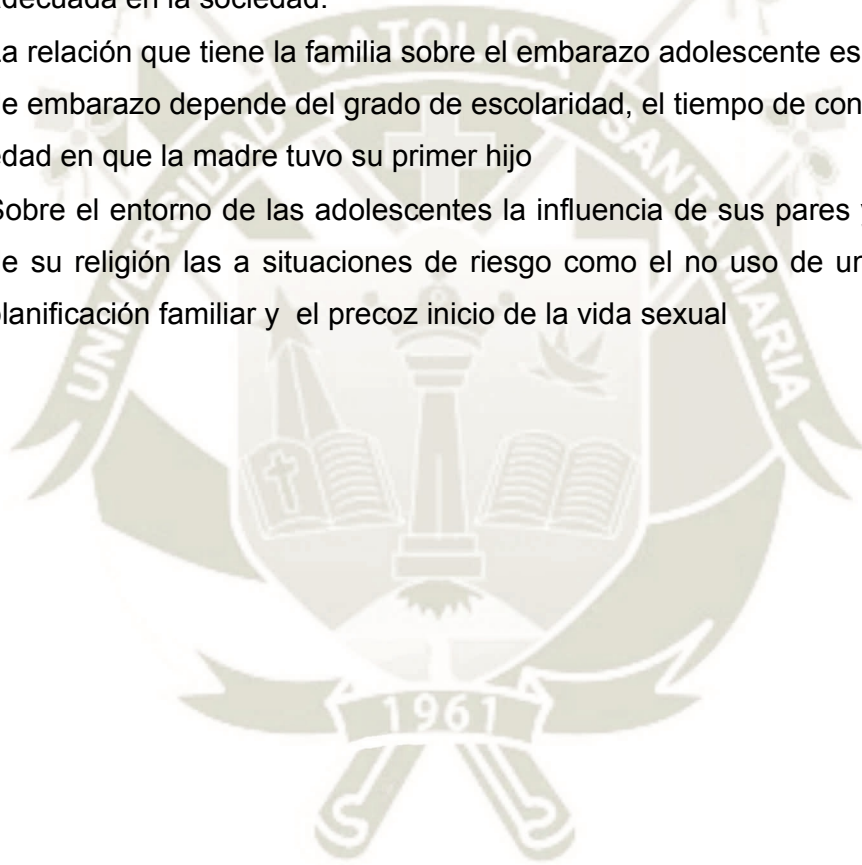
Las amistades de las adolescente influyeron en la gran mayoría (86.67%) a iniciar su vida sexual (tabla 30). En la tabla 31 se muestra que solo algunas (16.67%) usaban método de planificación familiar y el 33.33% nunca conversaban respecto a esos temas, así como el 60%(tabla 32) no sabían su opinión al respecto al uso del condón debido a los obstáculos de la poca tolerancia religiosa y moral sobre hablar de esos temas con sus amigas.



**CAPITULO IV:**  
**CONCLUSIONES Y**  
**RECOMENDACIONES**

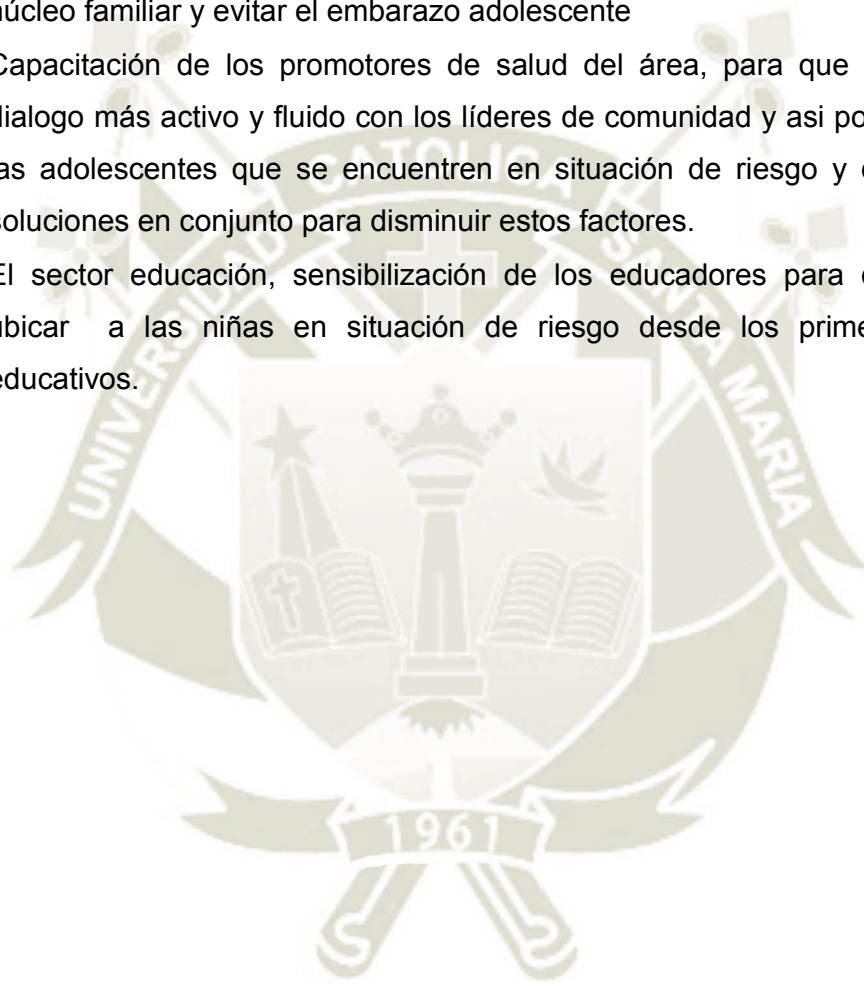
## CONCLUSIONES

- En las adolescentes embarazada los determinantes que dan su situación zona nivel de : la misma adolescente , de su familia y del entorno
- Las adolescentes no terminan la secundaria y no continúan sus estudios lo que sumado a estar confinadas a trabajo de hogar, limitando su inserción adecuada en la sociedad.
- La relación que tiene la familia sobre el embarazo adolescente es que la edad de embarazo depende del grado de escolaridad, el tiempo de convivencia y la edad en que la madre tuvo su primer hijo
- Sobre el entorno de las adolescentes la influencia de sus pares y la opinión de su religión las a situaciones de riesgo como el no uso de un método de planificación familiar y el precoz inicio de la vida sexual



## RECOMENDACIONES

- Implementación de programas donde se establezca la participación más activa de los pueblos más lejanos para educar a la población para que adquieran habilidades sociales y cambien posturas que puedan colocar en situaciones riesgosas a las adolescentes todo con el fin de fortalecer el núcleo familiar y evitar el embarazo adolescente
- Capacitación de los promotores de salud del área, para que entablen un dialogo más activo y fluido con los líderes de comunidad y así poder ubicar a las adolescentes que se encuentren en situación de riesgo y dar posibles soluciones en conjunto para disminuir estos factores.
- El sector educación, sensibilización de los educadores para que puedan ubicar a las niñas en situación de riesgo desde los primeros niveles educativos.



## **BIBLIOGRAFIA**

- (1). ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente, OMS, Italia. 2016
- (2). BELTRAND J, POLAK M. Pubertad normal y patológica. EMC - Tratado de medicina 2016.
- (3). PÉREZ, Y. Modelo de desbalance del desarrollo cerebral: nuevo enfoque teórico en la comprensión de conductas de riesgo en la adolescencia. *Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía*, 2015.
- (4). FONT, Pere, et al. Desarrollo psicosexual. Estudios de la sexualidad y la pareja. España. Recuperado, 2018.
- (5). DONOSO, T.; RUBIO, M. J. y VILÀ , R. La adolescencia ante la violencia de género 2.0: Concepciones, conductas y experiencias. España. 2018
- (6). ABANTO, W., GARCIA, E. y JIMÉNEZ, M. Inicio en las relaciones sexuales entre adolescentes/jóvenes y adultos mayores en la ciudad de Chiclayo. *Revista Paian*. Peru 2017.
- (7). SALDAÑA BELTRÁN, Gabriela Fernanda. La familia disfuncional como factor de riesgo en el inicio precoz de vida sexual en las y los adolescentes. Tesis de Maestría. Quito. 2016.
- (8). OPS y UNICEF. "Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo adolescente en América Latina y el Caribe", Washington, D.C., EE. UU. 2016
- (9). Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. *World population prospects: the 2015 revision. Age-specific fertility rates by major area, region and country, 1950-2100* Nueva York: Naciones Unidas; 2015.
- (10). CANCINO A, VALENCIA M. Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatología y Reproducción Humana* .2015.
- (11). JÁCOME Iván, ZAPATA Olivia. Conocimientos de las madres adolescentes que acuden al centro de salud tipo C "Saquisilí", sobre el manejo materno y su influencia en la salud del recién nacido/a, durante el periodo de febrero a julio del año 2016.
- (12). ESTRADA A. CERVANTES S, ZARATE Ana "Vivencias de madres adolescentes que llevan a sus hijos a atenderse en el control de crecimiento y desarrollo del

puesto de salud la Floresta de Cienaga a la luz de la teoría de Ramona Mercer”  
Universidad del Magdalena 2016.

- (13). FLEISCHMAN, A. "Pediatric Ethics: Protecting the Interests of Children", Oxford University Press, EE.UU. 2016
- (14). MEJÍA-MENDOZA, Martha Leticia et al. Condiciones socioculturales y experiencia del embarazo en adolescentes de Jalisco, México: estudio cualitativo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2015.
- (15). "Decreto legislativo 1410 del Código Penal Del Perú". El peruano. Perú .2018
- (16). DE LA CRUZ, Elizabeth Rosana Programa de prevención de embarazo en adolescentes de la institución educativa José Encinas Franco Masin, Huaraz, 2018.
- (17). HERRERA, César; CALDERÓN, Nila; CARBAJAL, Roger. Influencia de la paridad, edad materna y edad gestacional en el peso del recién nacido. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, v. 43, n. 2, p. 158-163, jun. 2015.
- (18). RODRIGUEZ Jorge, "Reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América latina", Naciones Unidas CHILE junio 2015
- (19). PAREDES, V. ARAYA, R. "Video de Campaña de prevención #LaChileDiceNo al Acoso Sexual" 2018 [www.uchile.cl/portal/presentacion/rectoria/direccion-de-igualdad-de-genero/149316/campana-de-prevencion-lachilediceno-al-acoso-sexual](http://www.uchile.cl/portal/presentacion/rectoria/direccion-de-igualdad-de-genero/149316/campana-de-prevencion-lachilediceno-al-acoso-sexual).
- (20). LOREDO-ABDALÁ, Arturo, et al. Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2017
- (21). MENDOZA L, CLAROS D, PEÑARANDA C. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Rev. chil.obstet.ginecol.* . 2016
- (22). Norma técnica de salud de planificación familiar / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva Ministerio de Salud. Lima: 2017.
- (23). CALCINA, R; CUENTAS, M. Influencia de la familia sobre las conductas antisociales en adolescentes de Arequipa-Perú. *Actualidades en Psicología*, 2016.
- (24). CORCASITA, L. T., CUENCA, J., MONTENEGRO, J. L., GARRIDO, D., & HADERLEIN, A. Diálogos y saberes sobre sexualidad de padres con hijos e hijas adolescentes escolarizados. *Revista Colombiana de Psicología*, 2017.

**ANEXO N°1**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

Escuela Profesional de Medicina Humana



PROYECTO DE TESIS

Título: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD VINCULADOS CON EL  
EMBARAZO ADOLESCENTE Junio – Diciembre Desaguadero – Perú 2018

Autor: Claudia Luz Huanca Calcina

Asesor :Raymundo Dfáz Sánchez

Arequipa - Perú

2019

## I. Preámbulo

El embarazo es una etapa en la que una mujer se encuentra muy vulnerable, que no solo se ve influenciada por el cambio a nivel orgánico, sino también a nivel mental y social. Que el embarazo se de en la adolescencia, la cual es una época de transición de la niñez a la vida adulta, lleva aún a la adolescente a una situación aún más vulnerable.

El embarazo adolescente no solo es un problema de salud pública, no solo son cifras que se muestran en una tabla, cada una de las adolescentes mantienen una historia detrás del telón, que en muchas ocasiones se deja de lado. La vida de esta adolescente y del nuevo ser se ven afectadas en gran medida por el entorno en el que habitan, estas serán veladas tanto por la parte obstétrica como por la parte neonatal, pero luego ellas solo quedarán en cifras.

Gran cantidad de recursos y de tiempo se invierte en disminuir el embarazo adolescente, no solo en de gran poder económico, y todo esto es invertido sobretodo en grandes ciudades, pero ¿y el resto del país? Las adolescentes que se encuentran en pueblos apartados, son aún más vulnerables por la falta de información que llega hacia ellas o por el mismo entorno en el que viven.

Hacer una vista retrospectiva para saber que determinantes tenían ella antes de que sucediera el embarazo, nos llevaría a que oportunamente a la intervención y dar el enfoque necesario en el momento donde la adolescente se encuentre más vulnerable, y no solo es disminuir cifras, sino saber que una niña que está pasando esta transición que es la adolescencia, pueda tener un futuro mejor.

## PLANTEAMIENTO TEORICO

### 1. Problema de investigación

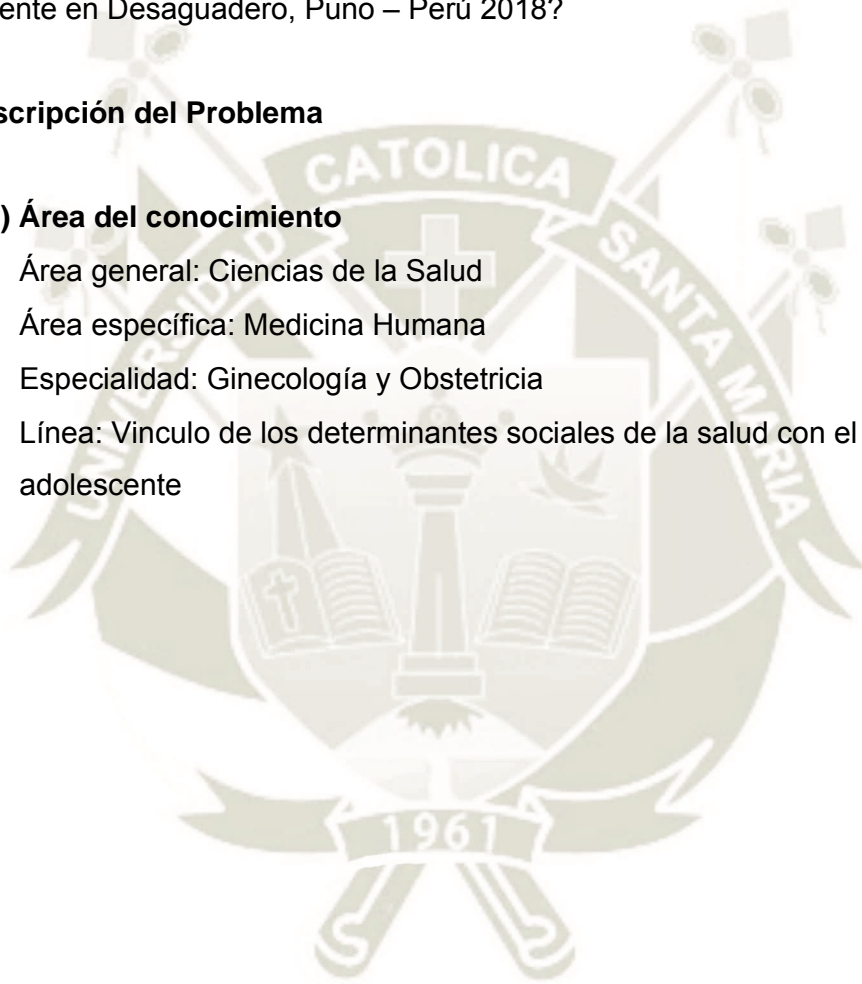
#### 1.1. Enunciado del Problema

¿Cuáles son los determinantes sociales de la salud vinculados con el embarazo adolescente en Desaguadero, Puno – Perú 2018?

#### 1.2. Descripción del Problema

##### a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Ginecología y Obstetricia
- Línea: Vinculo de los determinantes sociales de la salud con el embarazo adolescente



## b. Operacionalización de Variables

### VARIABLES PROPIAS DE LA ADOLESCENTE

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD/CATEGORIA	Operacionalización de variable
Edad	Razón	10 – 19 años	Años cumplidos
Escolaridad	Ordinal	Primaria incompleta, primaria completa , secundaria incompleta, secundaria completa, técnica/tecnológica Incompleta, técnica/tecnológica completa, universidad incompleta, universidad completa, otros, ninguna	Mayor nivel educativo
Abandono de estudios	Nominal	Si/no	Deserción escolar.
Trabajo	Nominal	Si/no	Otra ocupación además de estudiar.
Acoso sexual	Nominal	Si/no	Conocimiento de acoso y si le sucedió.
Edad de inicio de relaciones sexuales.	Razón	10 – 19 años	Años cumplidos cuando tuvo su primera relación sexual.
Razón de inicio de relaciones sexuales.	Nominal.	Amor, deseo, presión de pareja, curiosidad, presión de amigas, otro (cuál)	Motivo principal que tuvo para tener relaciones sexuales por primera vez.

Método de planificación familiar que conoce o ha oído hablar.	Nominal	Píldora, Dispositivo, Ritmo, Condón, inyección, Óvulos, vasectomía, Coito Interrumpido, ligadura, Ninguno, otro (cuál)	MPF que conoce o ha oído hablar.
Método de planificación familiar usado en la primera relación sexual.	Nominal	Píldora, dispositivo, ritmo, condón, inyección, óvulos, vasectomía, coito interrumpido, ligadura, ninguno, otro (cuál).	Método de planificación familiar usado en la primera relación sexual
Razón de no uso de método de planificación familiar en la primera relación sexual.	Nominal	No conocía los métodos de planificación familiar, relación sexual inesperada, quería Quedar embarazada, no creyó necesario, la pareja no dejó, otra (cuál)	Razón de no uso de método de planificación familiar en la primera relación sexual.
Momento en que deseaba quedar embarazada.	Nominal	Antes, ahora, después	Deseo del embarazo.
Uso de servicios de salud sexual y reproductiva.	Nominal	Sí/No	Uso de servicios para solicitar recomendación o uso de métodos de planificación familiar

Participación en programas educativos de salud	Nominal	Si/No	Asistencia a charlas, talleres, conferencias sobre salud sexual y reproductiva
Lugar del programa	Nominal	Abierta	Lugar donde se realizó el programa.

VARIABLES EN RELACION A LA FAMILIA DE LA ADOLESCENTE

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD/CATEGORIA	Operacionalización de variable
Dependencia económica.	Nominal	Madre, padre, tía, abuela, abuelo, otro (¿cuál?)	Persona que da soporte económico a la adolescente
Tiempo de convivencia con la mamá/ papá.	Intervalo	Menos o igual a 2 años, entre 2-5 años, más de 5 años	Tiempo en años que convive con mamá/papá
Grado de escolaridad del familiar.	Ordinal	Primaria completa, secundaria completa, técnico/tecnológico completa, universitaria completa, pos-grado	Grado de escolaridad de la persona de la familia que viva con la adolescente que tenga el nivel más alto de escolaridad.
Violencia intrafamiliar.	Nominal	Si / No / No sabe/ NA	Conocimiento de la adolescente de violencia intrafamiliar.

Trato de la familia hacia la adolescente.	Nominal	Bueno,regular, malo.	Calidad de trato percibido por la adolescente.
Edad mamá/papá.	Razón	24-35; 36-45; 46-55; más de 55, no sabe, NA.	Edad en años cumplidos.
Edad de la madre al tener su primer hijo.	Razón	24-35; 36-45; 46-55; más de 55, no sabe, NA.	Edad en años cumplidos.
Reacción paterna/materna sobre embarazo temprano.	Ordinal	De acuerdo, desacuerdo, indiferente, no sabe, NA	Opinión el padre/madre respecto a la maternidad en la adolescencia.
Comunicación con la mamá/papá.	Ordinal	Excelente, buena, regular, mala	Calidad de la comunicación con la mamá/papá
Tolerancia paterna/materna de práctica sexual.	Nominal	Si / No / No sabe/ NA	Conocimiento Paterno/materno de la tenencia de relaciones sexuales.

VARIABLE EN RELACION A LA PAREJA DE LA ADOLESCENTE

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD/CATEGORIA	Operacionalización de variable
Relación con pareja	Nominal	Novio, vacilón, amigo, conocido, otro (cuál).	Tipo de relación que tenía con la pareja antes de quedar en embarazo.
Edad de pareja	Razón	10-19,20-29,30-39, más de 40.	Edad en años cumplidos.
Escolaridad de la pareja	Ordinal	Primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, técnica/tecnológica incompleta, técnica/tecnológica completa, universidad incompleta, universidad completa, otros, ninguna.	Mayor nivel educativo de la pareja.
Trabajo	Nominal	Si/ No	Otra ocupación además de estudiar.

VARIABLE EN RELACION AL ENTORNO DE LA ADOLESCENTE

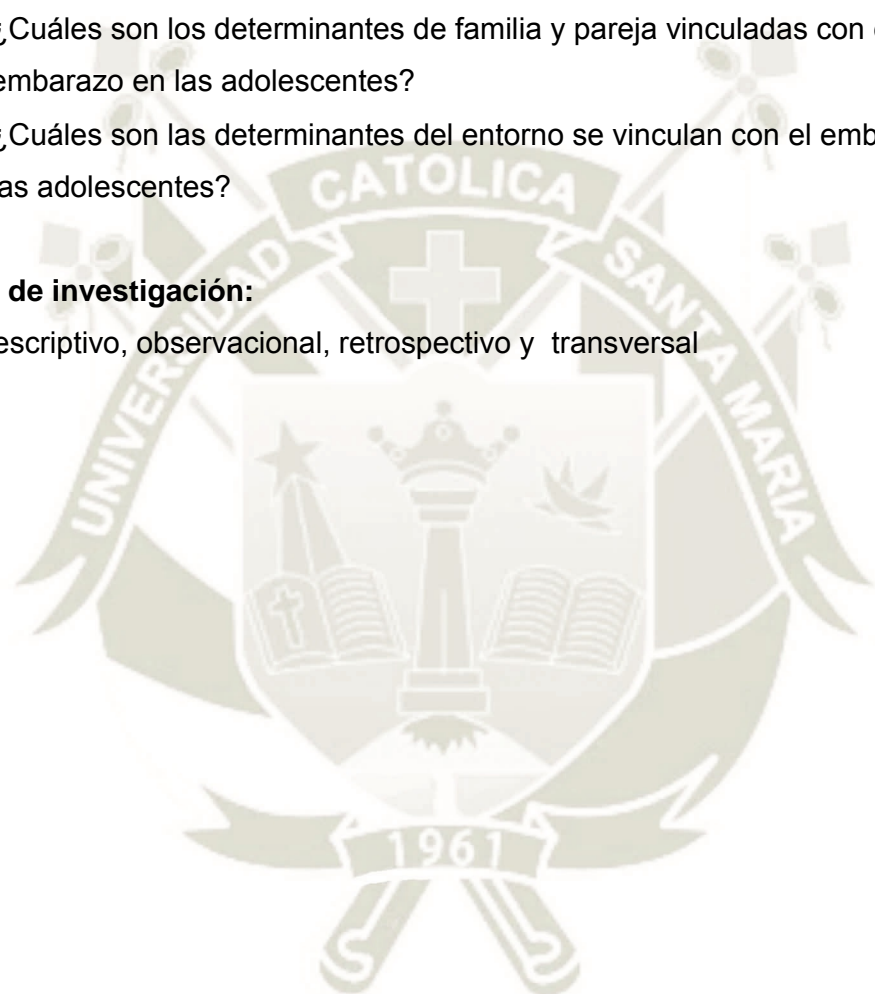
VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD/CATEGORIA	Operacionalización de variable
Asistencia y/o practica de alguna religión	Nominal	Si/ No	Asistencia mensual a una actividad religiosa
Religión y recomendación de uso de método de planificación familiar.	Nominal	Si/No	Recomendación de la religión de usar método de planificación familiar.
Influencia de pares para iniciar vida sexual	Nominal	Si / No	Presión de amigas para iniciar tener relaciones sexuales.
Patrón de uso de método de planificación familiar entre pares	Ordinal	Todas, la mayoría, algunas, ninguna, no sabe	Conocimiento del uso de método de planificación familiar entre las amigas.
Conocimiento de la opinión de las amigas sobre el uso del condón	Ordinal	No les gusta, les gusta, les es indiferente, no sabe	Qué opinan las amigas sobre el uso del condón en las relaciones sexuales.

**c) Interrogantes básicas**

- ¿Cuáles son los factores propios de la adolescente que se vinculan con el embarazo en las adolescentes?
- ¿Cuáles son los determinantes de familia y pareja vinculadas con el embarazo en las adolescentes?
- ¿Cuáles son las determinantes del entorno se vinculan con el embarazo en las adolescentes?

**d) Tipo de investigación:**

Descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal



### 1.3. Justificación del problema

El embarazo adolescente es un enorme problema que afecta a todos los estratos sociales, y que da un impacto a nivel mundial en salud pública, afecta poblaciones que generalmente se encuentran en circunstancias de vulnerabilidad y continua sucediendo a pesar de que actualmente se ha visto el crecimiento económico y el progreso social, la tasa es elevada.

A pesar de que los embarazos en adolescentes se produzcan en contextos que tienen su variación dependiendo de la sociedad en la que se encuentre, ellos comparten que las adolescentes no están en su totalidad desarrolladas para el curso de una gestación sin complicaciones.

Esta situación tiene un efecto muy importante en el transcurso de la vida de las adolescentes, el riesgo de muerte en el embarazo, parto y posparto es más alto que en una mujer de mayor edad.

No solo existe impacto en su salud sino también el estado psicosocial de la adolescente. La deserción escolar y el resultado de no volver a retomar sus estudios en el futuro, impiden su integración al mercado de trabajo, y como consecuencia una situación de pobreza así como su aislamiento social, formándose un círculo vicioso.

La gestación que se produce en la adolescencia se debe en parte a la falta de educación sexual, fracaso de políticas de educación sobre sexualidad y para prevenir embarazos, información otorgada por diversos entes, pero los resultados no son los esperados.

Frente a este problema, deberían existir medidas prioritarias para su erradicación, lo cual hace establecer que determinantes sociales están vinculados con el embarazo en la adolescencia para poder controlarlos.

## 2. MARCO CONCEPTUAL

### 2.1.-ADOLESCENCIA:

Adolescencia procede de la palabra latina “adolescere”, del verbo adolecer y en castellano tiene dos significados: cierta imperfección o defecto y también crecimiento(1).

La Adolescencia es un periodo de transición entre la infancia y la adultez, que está inmersa en diversos cambios físicos, psicológicos (incluyendo cambios emocionales) y sociales; inicia con la pubertad (el cual es netamente biológico es decir orgánico), que finaliza alrededor de los 20 años, respetando criterios para sexo y población(1).

En el 2016 la OMS define adolescencia como “el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años” (1).

Lo más resaltante son los cambios físicos (sobre todo a nivel sexual), los estadios de Tanner en niñas (1962) CUADRO 1 evalúan la maduración sexual. En el desarrollo de la pubertad en las chicas es “lo primero que se observa es el aumento del botón mamario que puede iniciarse entre los 8-13 años, junto con aumento de la velocidad de crecimiento y acontece a una edad ósea de 11 años. Antes de los 8 años hablamos de pubertad precoz y después de los 13 de pubertad tardía”(2).

CUADRO 1.- “Desarrollo de los caracteres sexuales secundarios en la niña según la clasificación de Tanner” (2).

S: valoración del volumen mamario. No se describe la valoración del vello axilar  
 S1: ausencia de desarrollo mamario;  
 S2: pequeño botón mamario con aumento del diámetro de la aréola;  
 S3: glándula mamaria que sobrepasa la superficie de la aréola;  
 S4: aparición de un surco infra-mamario y protrusión de la aréola y del pezón;  
 S5: aspecto adulto y desaparición de la protrusión de la aréola sobrepaso de la línea axilar;

P: valoración del vello púbico;  
P1: ausencia de vello;  
P2: algunos pelos largos púbicos;  
P3: vello púbico por encima de la sínfisis;  
P4: vello púbico triangular que no llega a la raíz de los muslos;  
P5: vello púbico triangular que se extiende a la raíz de los muslos”(2).

En referencia a la menarquia, es un suceso tardío, suele aparecer dos años aproximadamente después de la telarquia, para tener una idea de cuándo podría ser su inicio el mejor indicador son la edad de menarquia de familiares ,madre y hermanas(2).

Dentro de los cambios a nivel orgánico, se evidencia la maduración a nivel neuronal con un importante impacto a nivel afectivo, social y cognitivo. Se ha observado en otras especies, un cambio muy similar a la adolescencia.

Estos cambios que suceden a estos niveles son importantes debido a que también la adolescente debe de cambiar de rol en la sociedad y esto lleva consigo cambios a nivel psicológico(2).

Ocurre un cambio en el pensamiento, mientras que en la niñez alcanza a desarrollar el pensamiento concreto, en la adolescencia se alcanza el pensamiento abstracto que caracteriza a la madurez. Según Giedd, “hasta los 25-30 años no se alcanza el desarrollo completo de la corteza pre frontal, gracias a lo cual se adquiere la capacidad para discernir lo que conviene hacer (planificación, razonamiento y control de impulsos)”(3) y como aun en el adolescente no se ha completado en su totalidad el desarrollo de la corteza pre frontal, y le lleva a la toma de decisiones impulsivas y verse involucrado en conductas de riesgo, que normalmente no se observaría en el adulto. Este comportamiento impulsivo que es difícil de controlar por parte de ellos es por “inmadurez en la conectividad entre las regiones subcorticales y las estructuras superiores de la corteza, particularmente la región orbito frontal y la corteza ventro medial”(4). Se evidencia que los adolescentes pueden lograr las mismas actividades de ejecución que una persona adulta pero cuando se ve involucrado en procesos emocionales se observa diferencias (4).

“La SAHM (Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia) la sitúa entre los 10-21 años. Distinguiendo 3 fases que se solapan entre sí: adolescencia inicial (10-14 años), media (15-17 años) y tardía (18-21 años)” (5) estas tres fases con características diferentes, con formas distintas de enfrentar la sexualidad y un embarazo:

1. Adolescencia temprana (10-14 años) Con enormes cambios a nivel orgánico y de función, por ejemplo menarquia, también hay cambios a nivel psicológico, “impulsividad, pérdida del control de la conducta humor cambiante, labilidad emocional, interés en el desarrollo psicosexual, fantasías y exploración sexual” (6), se incrementa la preocupación por desarrollo corporal con duda por su aspecto físico. “Menor interés por sus padres, vacío emocional, comportamiento o humor inestables preocupación por el cuerpo, ¿soy normal?, Inseguridad, comparación, relaciones con amigos del mismo sexo, sentimientos de miedo, mayor capacidad cognitiva, autointerés y fantasías, objetivos idealistas, sentimientos sexuales, no control impulsos”(5).
2. Adolescencia media (15-16 años) En esta etapa inicia la aceptación de sus cuerpos, en promedio terminó el crecimiento y tratar de hacerlo atractivo, (inclinado sobre todo a las adolescentes a trastornos de la conducta alimentaria) psicológicamente llegan consigo la “omnipotencia, invulnerabilidad y el egocentrismo” (6), llevándolos a creer que no puede pasarles absolutamente nada. “Conflicto con los padres, más tiempo con amigos, mayor integración con amigos, conformidad reglas, conductas de riesgo, mayor capacidad intelectual (5).
3. Adolescencia tardía (17-19 años) Al no evidenciar más cambios corporales lleva a que ellos perciban su imagen más cercana a su realidad la preocupación de la existencia de anomalías, junto a la “habilidad de comprometerse con sus ideas y establecer sus propios límites” (6). Además se acompaña con “reaceptación consejos/valores paternos y dudas para aceptarlas, menor importancia a pertenecer a un grupo, menos curiosidad a experimentación, mas relaciones íntimas”(5)

## 2.2 INICIO TEMPRANO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL

En la adolescencia la curiosidad por sus cambios corporales, les lleva a experimentar y explorarse, pero también quieren conocer los cambios en el sexo opuesto dando lugar a la primera relación sexual(7).

“En América Latina y El Caribe, aproximadamente 50% de los adolescentes menores de 17 años son sexualmente activos y 53-71% de mujeres tuvieron relaciones sexuales antes de los 20 años. La edad del primer coito es de aproximadamente 15-16 años para las jóvenes de muchos países de América latina, mientras para otros, es tan temprana como los 10-12 años”(7).

Recordemos que la adolescencia es un camino de la niñez a la adultez, considerada como una etapa de tempestad y alta tensión debido a que existe una mezcla de emociones (miedo, incertidumbre, etc.) y sumado a eso la enorme cantidad de información, a la cual tienen fácil acceso los adolescentes, que vienen de amigos, medios de comunicación o por su experiencia, es fácil que adquieran conocimientos erróneos, dando como resultado algunas consecuencias desafortunadas. Existen aspectos en relación a la sexualidad que son importantes: “Necesidad de experimentación, apetencia por el riesgo, ausencia de formación adecuada y actitud de los adultos” (8).

Estos actos propuestos por los medios de comunicación, son vistos como sinónimo de madurez, querer sobrepasar sus límites para saber qué es lo que ocurre luego y mantener competencia con sus iguales , añadiendo a esto el sentimiento de que nada malo les puede ocurrir. La información al no ser obtenida por una fuente adecuada puede ser tergiversada por ellos, por ejemplo la creencia de que la primera vez que tengan relaciones sexuales es difícil que se produzca un embarazo(8).

En un estudio realizado en España “El 92% de los adolescentes dicen utilizar facebook cada día; el 61%, instagram; y el 58% dicen utilizar youtube cada día” (9), recursos que se han implementado al diario vivir que para intercambiar información no siempre correcta y propiciando una nueva forma de socialización, que la expone

a situaciones que si no son debidamente guiadas por un adulto apto puede llevar a la adolescente a que se exponga a circunstancias riesgosas uqe ella pueden considerar algo que sucede típicamente en una relación(9).

En un estudio realizado en Chiclayo, Perú, “el promedio de inicio de relaciones sexuales fue a los 16 años con 21.11% y en adultos mayores fue a los 15 años con 17.14%”(10).

Los adultos de la familia a la cual pertenezcan estos adolescentes, llevan un rol importante, debido a que de ellos depende que se sientan apoyados y es la mala comunicación en relación a temas de sexualidad(se sienten ofuscados en cómo manejar estos temas es decir que los adolescentes sean activos sexualmente) por lo tanto llevan a que estas experiencias y conocimientos formen parte de lo prohibido para los adolescentes entonces al creer que esto no es aprobado por los adultos se aleja la posibilidad de entablar conversaciones acerca de estos temas, y buscan respuestas en quienes no son competentes en proporcionar la adecuada información inclinándolos a situaciones que lleven al inicio de relaciones sexuales precoces(10).

En un estudio en Ecuador en el cual consistía en dos grupos uno control (Colegio Luciano Andrade Marín) y el otro en situación de riesgo (fundación Talitacumi) en el estudio se les pregunto sobre el inicio de la actividad sexual, los resultados fueron los siguientes “64,28% lo hizo entre los 14 y 15 años, así como también existe un porcentaje menor del 28,58% que ha iniciado su vida sexual de los 16 a 17 años y el 7,14% a los 18 años de edad”(11).

El inicio de relaciones sexuales o el inicio en países de Latinoamérica y el caribe según el nivel educativo se ha evidenciado que Perú se encuentra, con Bolivia, Colombia, Guyana, Haití, Honduras y República Dominicana entre el 30 y 40% de las adolescentes que solo cuentan con primaria ya han dado inicio a relaciones sexuales, la posibilidad de que inicien a procrear hijos es alta en comparación de las que han recibido educación secundaria(12).

### 2.3. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

El concepto de embarazo atribuido por Fleischman, Oinuma y Clark “proceso de gestación uterina que comienza en el primer día del último período menstrual y finaliza con el nacimiento” (13), que se acompaña de grandes modificaciones a nivel corporal como mental y que en la adolescente al encontrarse en un estado de cambios psicológicos, orgánicos y sociales que son parte de esta etapa y añadir la situación de un embarazo y su posterior maternidad puede llegar a colocarla en un estado muy frágil(13).

América Latina y el Caribe tiene una tasa de fecundidad en adolescentes muy elevada “66,5 nacimientos por 1 000 adolescentes de 15 a 19 años en el período 2010-2015, frente a un tasa mundial de 46 nacimientos por 1 000 adolescentes en ese grupo etario” (12).

Entre 2010 y 2015 según la Organización de las Naciones Unidas en América Latina y el Caribe el número de nacimientos por cada 1 000 mujeres entre las edades de 15 a 19 años se dieron a conocer “Nicaragua con 92.8%, Guatemala con 84%, Venezuela con 80.9%, Bolivia con 72.6%, Ecuador con 77.3%, Perú con 52.1%, y Chile con 49.3%”(14).

La información obtenida indica que el embarazo en adolescentes de origen indígenas es alto. En Mexico “14% de madres adolescente de origen indígena rural frente a 12.2% de origen no indígena”(12).

### 2.4.SOCIEDAD Y EMBARAZO ADOLESCENTE

La adolescente embarazada no solo es enfocada en su biología, en esta etapa ella depende en gran medida de las normas impuestas por la sociedad y su cultura adyacente y la cual se puede clasificar en “sociedades represiva, restrictiva, permisiva y alentadora” (15).

**a. – Sociedad Represiva:** “niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos.”(14) llevan a la adolescente a aceptar que la sexualidad como motivo de miedo y pesadumbre,

generándoles ansiedad respecto a los temas en relación. Se observa en todo el mundo, y aun en alta predominancia en países con religiones muy estrictas(15).

**b. – Sociedad Restrictiva:** se observa sobretodo en donde la cultura es machista, “tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.”(15) no obstante hay sociedades donde este tipo de tendencia está siendo olvidada y la libertad está siendo otorgada, no solo al varón sino también a la mujer, observada ampliamente en el Perú(15).

**c. – Sociedad Permisiva:** “tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados”(15). Llevándolas a otro tipo de riesgo como es la adquisición de enfermedades de transmisión sexual y/o embarazos no planificados(15).

**d. – Sociedad Alentadora:** “para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico”(15), donde la adolescencia no es una etapa, debido a que los niños pasan a ser adultos en pruebas o rituales de creencia propia de su sociedad(15).

En referencia al estrato social en el que se encuentran las adolescentes, no tienen las mismas características en los estrato medio y alto, gran parte de las adolescentes que llegan a embarazarse finalizan la gestación por voluntad propia y en los estratos más bajos son más tolerantes que sus hijas sean madres adolescentes y que lleven a término a el embarazo(15).

La adolescencia sumada a un embarazo da un gran impacto a nivel educativo dado que tiene un estrecho vínculo con desventaja escolar importante, empleos con remuneraciones inadecuadas e insatisfactorias. La edad que tenga la adolescente cuando ocurra el nacimiento de su primer hijo aumenta “la probabilidad del número de hijos posteriores, por lo que las consecuencias socioeconómicas serán más drásticas”(16). Cuando nos referimos al nivel social, se ven “consecuencias negativas, en términos de una reducción de alternativas de vida, de conflictos familiares e insatisfacción personal”(16) y como generalmente sucede la adolescente contrae matrimonio con su pareja debido al embarazo, y en gran medida apoyado por sus padres para evitar la estigmatización de la sociedad, en su mayoría estos matrimonios presentan más problemas que en parejas más maduras (16).

Así también pueden ser víctimas de violencia doméstica (maltrato físico o emocional), por su pareja o familiares, todo esto debido a que se encuentra en un situación vulnerable (16).

En México, un país muy similar hablando de la situación socioeconómica a Perú, las adolescentes “suelen poseer características psicosociales que las ponen en desventaja para enfrentarse a los retos implícitos de la maternidad y que probablemente determinarán en gran medida la forma en que ellas evolucionen después del parto” (16).

## 2.5 ADOLESCENCIA Y EMBARAZO

Como generalmente no es planeado el embarazo, la adolescente puede inclinarse a diferentes posturas que mucho tendrán que ver los años previos al embarazo, de la situación social y familiar en que se encuentre y en qué etapa de la adolescencia sucedió(17).

“En la adolescencia temprana, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerbaban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales, que no piensan en el embarazo como un hecho que

las transformará en madres”(17) y se ve que muchas de ella no toman en consideración el control prenatal, siendo este importante para dar seguimiento al feto por si tiene alguna posible alteración. La dependencia de su madre se incrementa colocando a un lado la idea de tener una pareja y el cuidado del nuevo bebe pasa a los padres de la adolescente(17).

Mientras que en otra etapa de la adolescencia llamada “**adolescencia media**, entre los 15 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante. Es muy común que *dramaticen* la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como *poderoso instrumento* que le afirme su independencia de los padres”(16). En esta etapa se requiere de buen apoyo y para ellas es importante la presencia de un compañero, y con bastante frecuencia se observa la búsqueda de otra pareja(17).

Cuando el embarazo sucede en la “**adolescencia tardía**, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja con su pareja”(16), no existen muchos problemas para aceptar su nuevo rol(17).

Se ha visto relación de la gestación en adolescente con acciones que la coloquen en situaciones de riesgo, actos delictivos y consumo de drogas y/o alcohol. La frecuencia del consumo de alcohol en adolescentes llega hasta 8.9%, la mayoría niega el consumo de alcohol. “La mayor parte de las pacientes (95,6%) consumen tabaco; mientras que el 4,44% de las pacientes afirman consumir tabaco”(18).

## 2.6. ESTADO ANÍMICO DE LA GESTANTE ADOLESCENTE

Miedo al rechazo de la sociedad incluida su familia, satisfacción al llevarle la contraria a su madre, cree que puede pasar la responsabilidad del nuevo ser a su madre(19).

En un estudio “el 13,7% de las adolescentes hizo el intento de interrumpir su embarazo y un 6,5% tuvo la intención de suicidarse. El 55% de las adolescentes

acusó trastornos emocionales durante el embarazo, la mayoría en relación con un síndrome depresivo. Al momento de la visita domiciliaria se redujeron a 35%. Respecto del cuidado del niño o niña en el momento de la entrevista, un 25,2% de las adolescentes dijo sentir como un *deber* cuidar al niño o niña y un 5% sintió poco vínculo afectivo con su hijo o hija, siendo que, el 1,4% no lo aceptaba aún y 8,6% se estaba amoldando a su situación. Este 40% representa evidentemente un riesgo para la supervivencia de los niños y niñas”(19). La postura de una adolescente frente al hecho de ser madre y el cuidar de su propio bebé, está muy vinculada por la etapa en la que se encuentra, el apoyo que necesitará es elevado, ya sea que venga de parte de la familia o del personal de salud, es un arduo proceso que incluye el seguimiento y la crianza del su hijo durante su primera etapa de vida(19).

Además siendo esta etapa llena de cambios a nivel emocional y tener que aceptar los diversos cambios físicos, todo esto coloca a la adolescente en un clima estresante y se ha evidenciado que si no existe funcionalidad familiar la adolescente embarazada está más inclinada a presentar depresión “con un 68.9% frente al 31.1% que no lo presenta”(20), enfrentándose sola a el rechazo no solo de la sociedad sino también de su propia familia.

En algunas situaciones, las conducen a realizarse abortos provocando sentimiento de culpa o algún trauma dependiendo de la sociedad en la que viva ella(20).

## 2.7. POSTURA HACIA LA MATERNIDAD

Según Mercer la maternidad es definida como “proceso interactivo y evolutivo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencias en la realización de los cuidados asociados a su papel y experimenta placer y gratificación dentro del mismo”(21).

Gestantes adolescentes que llegan a culminar su embarazo y tienen consigo una nueva vida y además son parte de un sector de la sociedad muy desprotegido, y ven alterado su adolescencia y sus proyectos de vida .Siendo la maternidad parte de la vida adulta, encarar apropiadamente este rol se ve afectado por las expectativas que tienen sus padres la sociedad en que vive y su propia frustración al no poder conseguir el establecimiento correcto del vínculo con su hijo(21).

Además en algunos casos la figura masculina no está bien establecida, despojándolas de la confianza, afecto y seguridad. Buscan relaciones donde ellas pueden verse afectadas físicamente o mentalmente(21).

## **2.8 FACILIDAD DE ACCESO DE POLÍTICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.**

En relación a **educación sexual**, según “Panorámica del Embarazo en Adolescentes de conformidad con los datos de la ENDESA 2011-12” dieron los siguientes resultados: “El 60% de las adolescentes en edad de 15 a 17 años ha recibido educación sexual únicamente en la escuela y 21.8% no han recibido curso alguno ni dentro o fuera del sistema escolar” (22). Estos deberían ser de fácil acceso, para la población a la cual va dirigida esta, debido a que es una población en etapa muy vulnerable por lo ya expuesto anteriormente(22).

“El 74.6% de las adolescentes, tenían menos de 15 años de edad al momento de recibir su primer curso/charla sobre educación sexual y un 24.8% en edad de 15 a 17 años”(22). En nuestra sociedad a los adolescentes se ofrece información que se contradice acerca de la sexualidad: En parte, invita a la actividad sexual, pero evita que la familia y las instituciones educativas proporcionen educación sexual. La televisión aprueba las relaciones sexuales, no hay límite de otorgamiento de este tipo de información, los tutores de los adolescentes no aprueban que sus hijas tengan actividad sexual(22).

El embarazo que ocurre en el transcurso de la adolescencia no solo tiene un factor para que se dé, por el contrario tiene una génesis “multifactorial, con alto riesgo de complicaciones para la madre, el feto y el neonato, repercutiendo en los resultados perinatales. Los hijos de madres adolescentes representan aproximadamente el 11% de todos los nacimientos en el mundo, un 95% de ellas en países en desarrollo. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), estima que 20% de nacimientos en la región son de madres menores de 20 años y 40% de estos embarazos no son deseados”(7).

Analizando el contexto en que las jóvenes adolescentes se desenvuelven en América Latina y específicamente hablando del Perú es importante destacar “sentir temor y vergüenza para acercarse a las instituciones de salud, lo que genera dificultades para plantear inquietudes en torno a su salud sexual y reproductiva”(23). Además, como consecuencia los lleva a la “deserción escolar y el poco acceso a ingresos económicos en las adolescentes embarazadas en estudio, acentuando ciclos de poca educación y pobreza” (23).

## 2.9 ACOSO SEXUAL EN ADOLESCENTES

El acoso sexual según el Artículo 176-B del DECRETO LEGISLATIVO - N° 1410 en el código penal del Perú lo define como “El que, de cualquier forma, vigila, persigue, hostiga, asedia o busca establecer contacto o cercanía con una persona, sin el consentimiento de esta, para llevar a cabo actos de connotación sexual”(24) aun si el acoso sexual se da mediante TICs (tecnologías de información y comunicación) y sancionando al victimario despojándolo su libertad, la sanción es aún más grave si se da en una menor de edad(24).

Como parte de normas del patriarcado es que los varones tengan derecho al acoso carnal sobre la mujeres sin su consentimiento. se ha observado que las niñas y adolescentes son más vulnerables a sufrir de acoso sexual, debido a la existencia de la dificultad de resistirse y la gran posibilidad de manipulación por parte del agresor y el victimario al no ser reconocido o penalizado “es un factor relevante para continuar la exploración a través de prácticas de violencia sexual que, en gran parte de los casos estudiados, aumentan en intensidad y se convierten en intentos de violación y violaciones” (25).

## 2.9 COMPLICACIONES EMBARAZO EN GESTANTES ADOLESCENTES

Según el ICD-11 define como “muerte causada por cualquier complicación durante el embarazo, parto o puerperio” (26), y es una de las principales causas de muerte en adolescentes en América, además que es un indicador de desarrollo y estado en el que se encuentra nuestra salud pública a nivel mundial.

En el 2018 en Perú se observó 17.2% de muertes maternas en menores de 20 años como consecuencia de problemas en el embarazo (trastornos hipertensivos, aborto y complicaciones respectivas), parto (hemorragia) y puerperio (trastornos hipertensivos y hemorragia), “51,7 % de muertes en menores de 20 años ocurrió en mujeres procedentes de los departamentos de Ucayali, Cajamarca, Lima Metropolitana, Piura y Loreto”(26), las más jóvenes de este grupo tienen mayor riesgo debido a que aún no completado la maduración de su sistema reproductor y el difícil acceso a la atención en su zona además de factores asociados a estigmatización, pobreza, etc(27).

Tienen gran trascendencia que afecta tanto a la adolescente como al recién nacido A nivel físico son frecuentes las lesiones del piso pelviano, enfermedad hipertensiva del embarazo, ruptura prematura de membranas y parto pre término. El parto pre término está influenciado por la edad de la madre “es más frecuente entre los 16 a 19 años de edad con un 68% de los casos así como infección del tracto urinario con 82% , ruptura prematura de membranas con 13% y vaginitis con 3%”(28).

En el recién nacido las complicaciones que se observan frecuentemente, mientras más joven sea la edad de la madre existe la posibilidad de que el neonato tenga un peso inferior a otros existe la relación peso y edad materna en muchos

“Al relacionar la edad materna con los recién nacidos de bajo peso se encontró un 16,68% en madres menores de 20 años, cuyo valor es ligeramente mayor a los encontrados en Rivera Do Preto (Brazil) (11,7%), Hospital de México DF (13%) y Estados Unidos (10,1%)”(29).

El impacto en su salud mental manifestando ansiedad, depresión, estrés postraumático (generalmente cuando el embarazo es el resultado de un acto de violencia sexual), ideas de auto líticas y consumir su suicidio (29).

### 3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Autor: Carvajal Barona R, Valencia Oliveros HL, Rodríguez Amay

**Título:** “Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el municipio de Buenaventura, Colombia”(30).

**Resumen: Objetivo:** “Identificar los principales factores asociados al embarazo en una muestra de mujeres adolescentes escolarizadas entre 13 y 19 años en Buenaventura, Colombia. Metodología: Estudio analítico prospectivo de una cohorte de 316 adolescentes entre 13 a 19 años en colegios públicos y privados de Buenaventura entre los años 2006 y 2007. Se aplicó un cuestionario basado en un modelo teórico que involucró varios niveles y constructos. El estudio fue avalado por Comité de Ética Institucional. Se realizó análisis de regresión múltiple logística para buscar factores de riesgo y protectores en relación al evento embarazo. Resultados: El promedio de edad de la cohorte fue de 15.9 años. El 10% de las adolescentes se embarazaron durante el seguimiento. El promedio de edad de inicio de relaciones sexuales fue 14.5 años y 67.7% indicaron que no usaron algún método de planificación familiar en su primera relación sexual. Las adolescentes que tuvieron mayor riesgo de tener un embarazo fueron aquellas que reportaron en la encuesta: No ser capaces de evitar las relaciones sexuales cuando no usaban métodos de planificación; sentir culpa por el consumo de alcohol; tener amigas que abortaron y sentir presión para iniciar vida sexual. Conclusiones: Los factores de riesgo y protectores de un embarazo temprano no sólo están en el nivel individual, sino que abarcan también el ámbito de los pares y la familia de la adolescente, al igual que de los servicios de salud. En términos de salud pública, implica que los esfuerzos que se lleven a cabo para disminuir los embarazos tempranos en Buenaventura deberían enfocarse en dirección hacia estos tres niveles”(30).

Autor: Agreda Rodríguez, José Luis

**Título:** “Nivel de conocimiento y actitud sobre prevención del embarazo en adolescentes en una institución educativa pública urbana y rural de la provincia de Trujillo, 2017”(31).

**Resumen:** “La presente investigación de tipo no experimental y diseño descriptivo comparativo correlacional tiene como objetivo determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre prevención del embarazo entre los adolescentes en una Institución Educativa Pública Urbana y Rural de la provincia de Trujillo, 2017. Para ello, se aplicó un cuestionario validado a la muestra de setenta estudiantes urbanos y diecisiete rurales. Se determinó la relación entre las variables utilizando la prueba de Independencia de criterios y la medida del coeficiente de correlación de contingencia de Chi Cuadrado. Se obtuvo como resultado que el nivel de conocimiento en el nivel rural es alto y en el urbano, medio-alto. Respecto a la diferencia entre el nivel de actitud, ninguno tuvo un nivel adecuado. Esto permite concluir que no existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud en los estudiantes de la institución educativa rural, sin embargo, existe una alta relación entre los estudiantes de la institución educativa urbana”(31).

**Autor:** Atienzo Erika E, Suárez-López Leticia, Meneses-Palomino Melva, Campero Lourdes(32).

**Título:** “Características de la atención prenatal en adolescentes del Perú, comparación con mujeres adultas”(32)

**Resumen:** Objetivos: “Describir las prácticas médicas realizadas en la atención prenatal en mujeres en Perú e identificar si las prácticas de control prenatal (CPN) recibidas por mujeres adolescentes y adultas fueron distintas. Material y métodos: Estudio descriptivo y comparativo. Se utilizaron datos recolectados por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar continua 2004-2008, con 994 adolescentes (15-19 años) y 12556 adultas (20-49 años). Se efectuaron comparaciones entre adolescentes y adultas en relación con las prácticas médicas efectuadas durante la atención prenatal. Resultados: El 50% de las adolescentes inició el CPN en el tercer mes de embarazo en comparación con la mitad de las adultas que lo inició en el segundo mes. La mitad de las adolescentes reportaron 7 visitas de CPN en total mientras que el 50% de adultas reportaron 8. Menor proporción de adolescentes reportó haber recibido algunas de las acciones y prácticas médicas que se efectúan

durante la atención prenatal. Conclusiones: Las adolescentes inician la atención prenatal un poco más tarde que las mujeres adultas, tienen menos CPN y hay diferencias en las acciones efectuadas en los CPN. Esto sugiere que las adolescentes están en desventajas de recibir una atención prenatal que incluya todas las acciones recomendadas por la normatividad. Diversas estrategias deben ser planteadas para favorecer el acceso temprano a un control prenatal de calidad”(32).

**Autor:** MEJÍA-MENDOZA, Martha Leticia

**Título:** **Condiciones socioculturales y experiencia del embarazo en adolescentes de Jalisco, México: estudio cualitativo(33).**

**Resumen:**”Objetivo: describir las condiciones socioculturales y la experiencia de adolescentes embarazadas en Guadalajara, Jalisco (México).

Materiales y métodos: investigación cualitativa, con enfoque estudio de caso típico, en el que se identificaron, en un listado de control prenatal a julio 2014, en un centro de salud de Guadalajara, Jalisco, adolescentes embarazadas que vivieran en la zona urbana, llevaran control prenatal en esta unidad de salud y aceptaran participar en el estudio con el consentimiento del tutor. Se analizaron las variables socioculturales en el expediente clínico, la tarjeta de control prenatal y una encuesta elaborada por investigadores. Se levantaron tres grupos focales, indagando: a) significación social del embarazo, b) experiencia del embarazo c) embarazo, familia, pareja y servicios de salud. Las variables socioculturales se analizaron en Epi-Info 7, calculando frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión. Las entrevistas cualitativas se analizaron semióticamente. Resultados: se identificaron 48 adolescentes, de las cuales solo 42 reunieron criterios de selección. La mediana de edad fue de 18 (rango de 13 a 19 años); solo 19 % continuaron estudiando; 59,5 % eran amas de casa, 21,4 % tenían ingresos económicos propios y 78,6 % no utilizaron método de planificación familiar previo al embarazo. Cualitativamente, el embarazo les significó “madurar” y ser “más felices”. Se presentó una alta deserción escolar por sintomatología clínica y alteraciones en la imagen corporal. Aludieron falta de privacidad en los servicios de salud. Las redes sociales electrónicas fueron el principal medio de socialización en temáticas de sexualidad” (33).

“Conclusiones: se evidencia la deserción escolar y el poco acceso a ingresos económicos en las adolescentes embarazadas del estudio, acentuando ciclos de poca educación y pobreza, aunado a sentir temor y vergüenza para acercarse a las instituciones de salud, lo que genera dificultades para plantear inquietudes en torno a su salud sexual y reproductiva”(33).



## OBJETIVOS

### 3.4. General:

Analizar las determinantes sociales que están vinculadas con el embarazo adolescente, Puno 2018

### 3.5. Específicos

- Identificar cuáles son los factores propios de la adolescente que se vinculan con el embarazo en las adolescentes.
- Relacionar cuáles son los determinantes de familia y pareja vinculadas con el embarazo en las adolescentes.
- Identificar cuales son las determinantes del entorno se vinculan con el embarazo en las adolescentes

**4. Hipótesis:** Existe vínculo entre la determinantes sociales que contribuyen al embarazo adolescente

## III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

### 1. Técnica e instrumento

**1.1 Técnica:** A través de entrevista tipo cuestionario para la obtención de la información

**1.2 Instrumento:** Ficha de encuesta de factores relacionados a embarazo en adolescentes

## 2. Campo de verificación

### 2.1 Ubicación espacial.

El estudio se realizará en Desaguadero, Puno – Perú 2018

### 2.2 Ubicación temporal.

El estudio se desarrollará en el periodo enero y febrero del año 2018

### 2.3 Unidades de estudio.

Gestantes adolescentes que acudan al Centro de salud Desaguadero para su control prenatal en Desaguadero, Puno- Perú entre junio y diciembre del 2018

### 2.4 universo o población.

Gestantes adolescentes Centro de salud Desaguadero Puno- Perú entre junio y diciembre del 2018

### 2.5. Muestra:

Tamaño de la muestra

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

n = Tamaño de la muestra

z= Nivel de confianza deseado =95%

p= Proporción de la población con característica deseada (éxito)

q= proporción de la población sin la característica deseada (fracaso)

e= Nivel de error dispuesto a cometer = 0.05

N= Tamaño de la población (32)

$$n = \frac{1.972(0.50 * 0.50) *}{0.052 (32 - 1) + 1.972(0.50 * 0.50)}$$

n=30

### **2.5 Criterios de inclusión:**

Adolescente embarazada con controles prenatales en el centro de salud Desaguadero.

Adolescente embarazada en el tiempo que se realizara el estudio.

Adolescente embarazada que tenga residencia permanente en el área.

Adolescente embarazada que aceptará participar en el estudio.

### **2.6 Criterios de exclusión serán:**

Adolescente Embarazada que no deseen participar en el estudio.

## **3. Estrategia de recolección de datos**

### **3.1 Organización**

La investigación se realizara en Desaguadero Perú, para lo cual se coordinara previamente con el personal de salud del Centro de Salud Desaguadero, como médicos, enfermeras, obstetricas y promotores de salud para un conveniente reunión a la población del presente estudio.

Se contactara con todas las gestantes adolescentes que acudan al Centro de salud Desaguadero para su control prenatal en Desaguadero, Puno- Perú entre junio y diciembre del 2018.

Previa comunicación con su apoderado y con el consentimiento informado firmado y autorizado, se les realizara la encuesta .

Se realizara la recolección de datos y su posterior estatificación.

### **3.2 Recursos**

#### **3.2.1 Humanos**

Conformados por el investigador y asesor

#### **3.2.2 Materiales**

- Fichas de encuestas.
- Consentimiento informado.
- Material de escritorio
- 1 computadora personal
- Programa estadístico.

- 1 impresora.

### 3.2.3 Financieros

El estudio será financiado por el investigador.

## 3.3 Criterios para el manejo de resultados

### **Plan de procesamiento:**

Los datos obtenidos serán tabulados para su análisis e interpretación

### **Plan de Clasificación:**

Los datos se pasaran a una matriz de sistematización en cada Ficha de encuesta

**Análisis de Resultados:** Se analizará la información obtenida a partir de la técnica de análisis de contenido con distribución de frecuencias expresando los valores absolutos y relativo (porcentaje), medidas de tendencia central y de dispersión (desviación estándar), prueba  $\chi^2$  de Pearson y análisis de varianza.

**Presentación de Resultados:** La presentación de resultados se realizara mediante una tabla de matrices de elementos que se vinculan con los factores condicionantes del embarazo en adolescentes a través de una técnica matricial.

	2018								2019		
	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBREO
Búsqueda bibliográfica problema de investigación											
Sistematización de bibliografía sobre embarazo adolescente											
Redacción de proyecto Aprobación proyecto de tesis por Asesor y profesores de curso taller de tesis											
Dictamen de comité de ética de investigación											
Ejecución de proyecto											
Recolección de datos											
Estructuración de resultados											
Informe final											

## BIBLIOGRAFIA

- (1). ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente, OMS, Italia. 2016
- (2). Beltrand J, Polak M. Pubertad normal y patológica. EMC - Tratado de medicina 2016
- (3). RODRÍGUEZ BENÍTEZ, Jennifer. Hábitos y estilos de vida en la adolescencia y convivencia familiar. 2017.
- (4). PÉREZ, Y. Modelo de desbalance del desarrollo cerebral: nuevo enfoque teórico en la comprensión de conductas de riesgo en la adolescencia. *Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía*, 2015, vol. 5, no 1, p. 38-40.
- (5). GÜEMES-HIDALGO, M.; CEÑAL GONZÁLEZ-FIERRO, M.; HIDALGO VICARIO, M. Pubertad y adolescencia. *Adolescere*, 2017,
- (6). RODRIGUEZ Jorge, "Reproduccion en la adolescencia y sus desigualdades en america latina ", Naciones Unidas CHILE junio 2014 .
- (7). MENDOZA L, CLAROS D, PEÑARANDA C. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Rev. chil. obstet. ginecol.* . 2016 Jun; 81( 3 ): 243-253.
- (8). FONT, Pere, et al. Desarrollo psicosexual. *Estudios de la sexualidad y la pareja. España. Recuperado*, 2018.
- (9). DONOSO, T.; RUBIO, M. J. y VILÀ , R. . La adolescencia ante la violencia de género 2.0: Concepciones, conductas y experiencias. España.2018
- (10). ABANTO, W., GARCIA, E. y JIMÉNEZ, M. Inicio en las relaciones sexuales entre adolescentes/jóvenes y adultos mayores en la ciudad de Chiclayo. *Revista Paian.Peru*, 2017.
- (11). SALDAÑA BELTRÁN, Gabriela Fernanda. *La familia disfuncional como factor de riesgo en el inicio precoz de vida sexual en las y los adolescentes*. Tesis de Maestría. Quito.2016
- (12). OPS y UNICEF. "Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo adolescente en América Latina y el Caribe", Washington, D.C., EE. UU.2016
- (13). SAPIÉN LÓPEZ, José Salvador; CÓRDOBA BASULTO, Diana Isela. Significados que los padres atribuyen al feto durante el embarazo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 2016, vol. 19, no 1, p. 428-460.

- (14). Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. World population prospects: the 2015 revision. Age-specific fertility rates by major area, region and country, 1950-2100 Nueva York: Naciones Unidas; 2015.
- (15). DE LA CRUZ , Elizabeth Rosana Programa de prevención de embarazo en adolescentes de la institución educativa Jose Encinas Franco Masin,Huaraz, 2018.
- (16). CANCINO A, VALENCIA M. *Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. Perinatología y Reproducción Humana* .2015.
- (17). JÁCOME Iván, ZAPATA Olivia.Conocimientos de las madres adolescentes que acuden al centro de salud tipo C “Saquisili”, sobre el manejo materno y su influencia en la salud del recién nacido/a, durante el periodo de febrero a julio del año 2016.
- (18). VALENCIA, Jimmy “Factores relacionados al parto pre término en pacientes adolescentes gestantes del hospital materno infantil el Carmen”Huancayo, 2016.
- (19). TÁVARA Luis, ORDERIQUE Luis, SACSA Denise, OÑA José, GALECIO Yolanda, GARCÍA Catalina, LEVEAU Walter, SANDOVAL Silvia, VILLAVICENCIO Rocío, AGUILAR Julio, ARIAS Maria, VALENCIA Carolina, AVALOS Jorge, CHUMBE Ovidio, HUAMANÍ Silvia .Impacto del embarazo en la salud de las adolescentes (Perú).- 1a. ed. - Lima, Perú: Promsex, 2015
- (20). OCHOA Cesibel ,CORDERO María Belén “Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes embarazadas” Universidad del Azuay .2016.
- (21). ESTRADA Andrés,CERVANTES Sayda ,ZARATE Ana “Vivencias de madres adolescentes que llevan a sus hijos a atenderse en el control de crecimiento y desarrollo del puesto de salud la Floresta de Cienaga a la luz de la teoría de Ramona Mercer” Universidad del Magdalena 2016.
- (22). FLEISCHMAN,A.”Pediatric Ethics: Protecting the Interests of Children” , Oxford University Press,EE.UU. 2016.
- (23). MEJÍA-MENDOZA, Martha Leticia et al. Condiciones socioculturales y experiencia del embarazo en adolescentes de Jalisco, México: estudio cualitativo. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, [S.I.], v. 66, n. 4, p. 242-252, dec. 2015.
- (24). “Decreto legislativo 1410 del Código Penal Del Perú”. El Peruano. Perú .2018

- (25). MUJICA, J. Victimización sexual múltiple y patrones de victimización en casos de violación a mujeres adolescentes en el Perú. Revista de Victimología/Journal of Victimology,Peru. 2016
- (26). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS).2018.
- (27). GIL Fabiola Situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú, I semestre . BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DEL PERÚ p567.2018.
- (28). TUCTO, Yesica. Factores de riesgo maternos que influyen al parto pre termino en gestantes Adolescentes En El Hospital Hermilio Valdizan Medrano-Huanuco Octubre 2015-MARZO DEL 2016.
- (29). HERRERA, César; CALDERÓN, Nila; CARBAJAL, Roger. Influencia de la paridad, edad materna y edad gestacional en el peso del recién nacido. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, v. 43, n. 2, p. 158-163, jun. 2015.
- (30). CARVAJAL Rocío, VALENCIA Harol Leder, RODRÍGUEZ Reynaldo Mauricio. “Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el municipio de Buenaventura, Colombia”. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud Junio 2017
- (31). AGREDA RODRÍGUEZ, José Luis. Nivel de conocimiento y actitud sobre prevención del embarazo en adolescentes en una institución educativa pública urbana y rural de la provincia de Trujillo, 2017
- (32). ATIENZO Erika E, SUÁREZ Leticia, MENESES Melva, CAMPERO Lourdes. Características de la atención prenatal en adolescentes del Perú, comparación con mujeres adultas. Rev Med Hered Julio 2016
- (33). MEJÍA, Martha et al. Condiciones socioculturales y experiencia del embarazo en adolescentes de Jalisco, México: estudio cualitativo. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 2015.

## ANEXO N°2

Objetivo: Obtener la Información sobre las determinantes sociales de la salud relacionadas con el embarazo en las adolescentes en Desaguadero Perú.

1. Edad:
2. Escolaridad:
  - Primaria: incompleta ( ) completa( ) ,
  - Secundaria: incompleta ( ) completa( )
  - técnica/tecnológica : incompleta ( ) completa( )
  - universidad incompleta ( ) completa( )
  - otros:.....(especificar)
  - ninguna( )
3. Abandono de estudios: Si ( ) No ( ) ¿Por qué abandono los estudios?.....
4. Trabajo: No( ) Si( ) ¿cuál?.....
5. Acoso sexual :Si ( ) No ( ) No sabe( )
6. Edad de inicio de relaciones sexuales:
7. Razón de inicio de relaciones sexuales. Amor ( ), deseo ( ), presión de pareja ( ), curiosidad ( ), presión de amigas ( ), otro (cuál).....
8. Método de planificación familiar que conoce o ha oído hablar :Píldora( ), Dispositivo( ), Ritmo( ), Condón( ), inyección( ), Óvulos( ), vasectomía( ), Coito interrumpido( ),ligadura( ), Ninguno( ), otro (cuál)
9. Método de planificación familiar usado en la primera relación sexual.: Píldora( ), Dispositivo( ), Ritmo( ), Condón( ), inyección( ), Óvulos( ), vasectomía( ), Coito interrumpido( ),ligadura( ), Ninguno( ), otro (cuál)
10. Razón de no uso de método de planificación familiar en la primera relación sexual : No conocía los método de planificación familiar( ), relación sexual inesperada( ), quería quedar embarazada ( ), no creyó necesario( ), la pareja no dejó( ), otra (cuál)
11. Deseo del embarazo. :Antes( ), ahora( ), después( )
12. Uso de servicios de salud sexual y reproductiva : Si ( ) No ( )
13. Participación en programas educativos de salud: Si ( ) No ( )
14. Lugar del programa
15. Dependencia económica: Madre ( ) , padre( ), tía( ), abuela( ), abuelo( ), otro( )¿cuál?.....

16. Tiempo de convivencia con la mamá/ papá: Menos o igual a 2 años(  ),  
2-5 años(  ), más de 5 años(  )
17. Grado de escolaridad del familiar (quien tenga el mas alto nivel) : Primaria  
completa(  ), secundaria completa(  ), técnico/tecnológico completa(  ),  
universitaria completa (  ), pos-grado (  )
18. Violencia intrafamiliar : Si (  ) No (  ) No sabe(  ) NA(  )
19. Trato de la familia hacia ti: bueno (  ),regular(  ) malo(  )
20. Edad mamá : 24-30(  ); 31-45(  ); 46-60(  ); más de 60(  ), no sabe(  ), NA(  )
21. Edad de la madre al tener su primer hijo: menos de 19(  ),más de 19(  )
22. Reacción paterna/materna sobre embarazo temprano : De acuerdo (  ),  
desacuerdo(  ), indiferente(  ), no sabe(  ), NA(  )
23. Comunicación con la mamá/papá Excelente(  ),buena (  ) regular(  ), mala(  )
24. Tolerancia paterna/materna de práctica sexual : Si (  ) No (  ) No sabe(  )  
NA(  )
25. Perfil de la pareja: Novio (  ), vacilón (  ), amigo(  ),conocido(  ), otro  
(cuál).
26. Edad de la pareja :
27. Escolaridad de la pareja:
- Primaria: incompleta (  ) completa(  ),
  - Secundaria: incompleta (  ) completa(  )
  - técnica/tecnológica : incompleta (  ) completa(  )
  - universidad incompleta (  ) completa(  )
  - otros:.....(especificar)
  - ninguna(  )
28. Trabajo :si(  ),no(  )
29. Asistencia y/o practica de alguna religión: Si (  ) No (  ) ¿cual?.....
30. Religión y recomendación de uso de método de planificación familiar : Si (  )  
No (  )
31. Influencia de pares para iniciar vida sexual: Si (  ) No (  )
32. Patrón de uso de método de planificación familiar entre pares : Todas(  ),la  
mayoría(  ), algunas(  ),ninguna(  ), no sabe(  )
33. Conocimiento de la opinión de las amigas sobre el uso del condón: No les  
gusta (  ), les gusta(  ), indiferente(  ), no sabe(  )

### ANEXO N°3

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Mediante la presente se le invita a usted participar en un estudio de investigación, que tiene como propósito conocer

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD VINCULADOS CON EL EMBRAZO ADOLESCENTE Junio – Diciembre Desaguadero – Perú 2018

#### **Participación voluntaria**

Luego de terminar de revisar este consentimiento, usted es la única que decide si desea participar en el estudio. Su participación es completamente voluntaria.

#### **Procedimientos**

1. Se tomarán una encuesta con preguntas sobre DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD VINCULADOS CON EL EMBRAZO ADOLESCENTE
2. Será anónimo
3. Se evaluarán resultados obtenidos en la encuesta

**Riesgos y procedimientos para minimizar los riesgos** : No existen riesgos en esta investigación.

**Costos** : Usted no deberá asumir ningún costo económico para la participación en este estudio, el costo de las encuestas y el taller educativo serán asumidos por el investigador.

**Beneficios** Puede ser que no haya un beneficio inmediato para usted por participar de este estudio. Sin embargo, usted estará contribuyendo decisivamente a DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD VINCULADOS CON EL EMBRAZO ADOLESCENTE

#### **Confidencialidad**

Como hemos referido todos sus resultados que se generen serán tratados con la más estricta confidencialidad

#### **Contacto**

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este estudio el personal asignado a coordinar este estudio puede responder preguntas adicionales sobre la encuesta, \* o cualquier procedimiento.

---

Firma y huella de la menor

---

Firma y huella del padre , madre o  
apoderado.

## ANEXO 4

### ANÁLISIS DE VARIANZA

	Grados de libertad	Suma de cuadrados	Media Cuadrado de los cuadrados	F	Valor crítico de F			
Regresión	3	59.9256587	19.9752196	37.2538135	1.4648E-09			
Residuos	26	13.9410079	0.53619261					
Total	29	73.8666667						

	Coefficientes	Error típico	Estadístico t	Probabilidad	Inferior 95%	Superior 95%	Inferior 95.0%	Superior 95.0%
Intercepción	10.1094487	1.7579165	5.75081279	4.6931E-06	6.49599959	13.7228978	6.49599959	13.7228978
escolaridad	1.72200466	0.27725538	6.21089727	1.4323E-06	1.15209807	2.29191124	1.15209807	2.29191124
tiempo de convivencia con la madre	0.21320461	0.17201176	1.23947695	0.22624077	-0.14037062	0.56677984	-0.14037062	0.56677984
edad de la madre al tener su primer hijo	0.09566651	0.12803598	0.74718455	0.46165647	-0.16751522	0.35884823	-0.16751522	0.35884823



