

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades

Escuela Profesional de Trabajo Social



“EMBARAZOS EN ADOLESCENTES Y LA INFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES DEL CENTRO DE SALUD 15 DE AGOSTO DEL DISTRITO DE PAUCARPATA - AREQUIPA 2017”.

Tesis presentada por las bachilleres:

Aquize Escobedo, Elizabeth Nora

Guillén Meza, Aly

Para optar el Título Profesional de:

Licenciada en Trabajo Social

Asesor:

Mg. Ortega Paredes, Gianni Carol

Arequipa- Peru

2019

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

Visto el documento de borrador de Tesis "EMBARAZOS EN ADOLESCENTES Y LA INFORMACION SOBRE EDUCACION SEXUAL EN ADOLESCENTES DEL CENTRO DE SALUD 15 DE AGOSTO DEL DISTRITO DE PAUCARPATA-AREQUIPA 2017" presentado por las Bachilleres ALY GUILLEN MEZA Y ELIZABETH AQUIZE ESCOBEDO, EXP. 20180000053943, el jurado dictaminador cumple con informar:

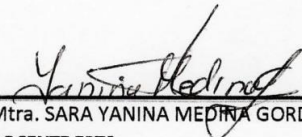
La tesis consta de: Caratula, dedicatoria, Introducción, Resumen, Abstract, Índice, índice de tabla de contenidos, III capítulos, Conclusiones, Sugerencias, Bibliográficas y Anexos.

DICTAMEN

El Jurado Dictaminador luego de la revisión de la Tesis ha verificado que las Srtas. Bachilleres han levantado las observaciones registradas en el Pre dictamen, por lo que son de la opinión que pueden pasar a la sustentación de las Previas Orales con los requisitos mínimos de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos.

Arequipa, 10 de enero del 2019

Atentamente.

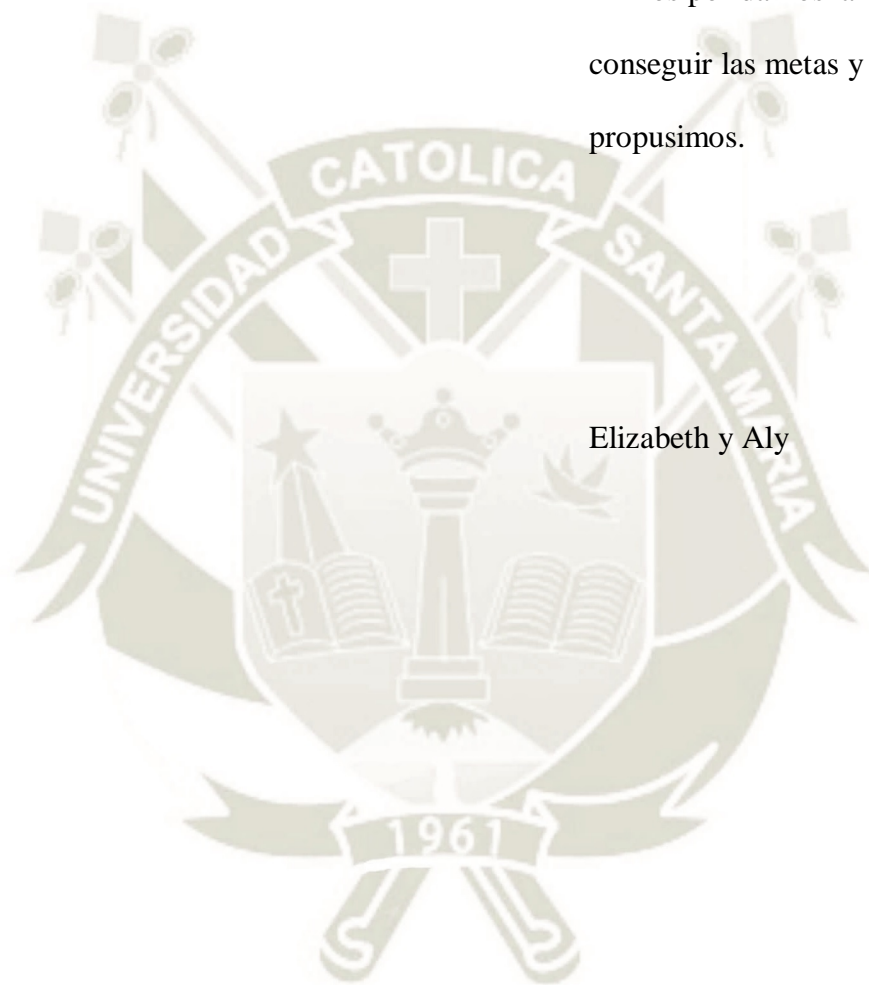

Mtra. SARA YANINA MEDINA GORDILLO
DOCENTE EPTS



DEDICATORIA

A Dios por darnos la vida para
conseguir las metas y sueños que nos
propusimos.

Elizabeth y Aly



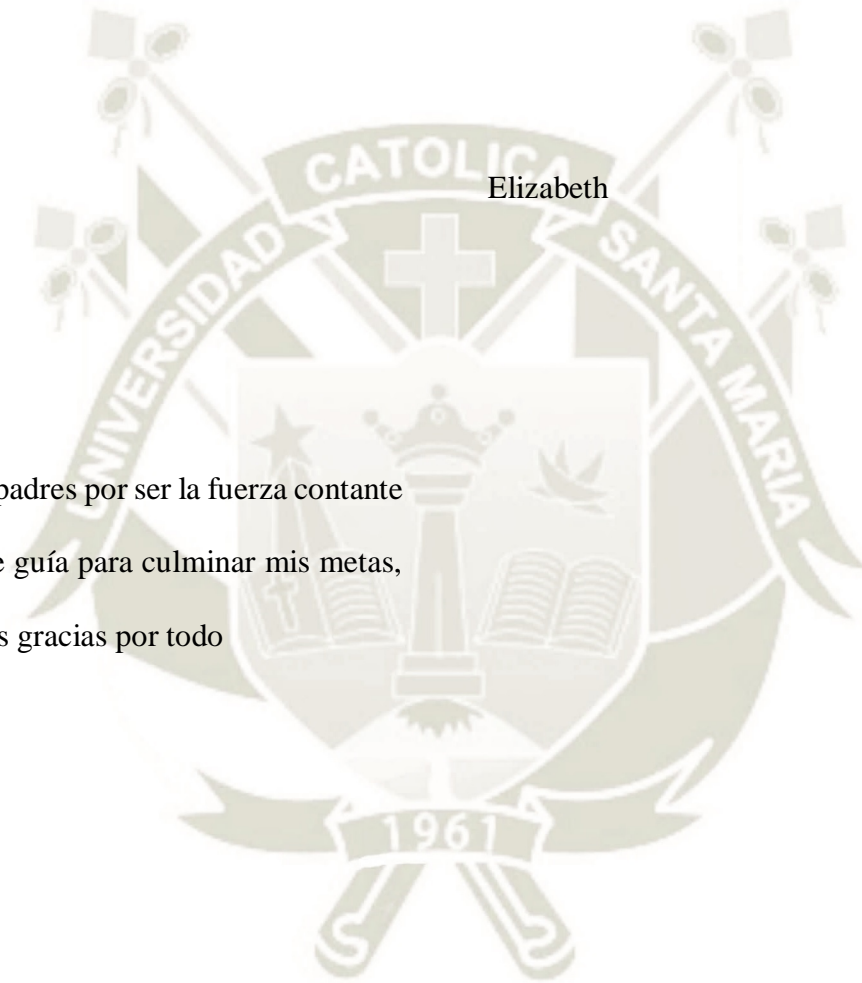
AGRADECIMIENTO

A mi hermana quien creyó siempre en mí, un amor como el suyo solamente puede ser sobrenatural. Gracias Lula

Elizabeth

A mis padres por ser la fuerza contante que me guía para culminar mis metas, muchas gracias por todo

Aly



“No hay mar que no sea navegable, ni tierra que no pueda ser habitada”

Robert Thorne



RESUMEN

Objetivo: analizar si la información sobre educación sexual incide en el embarazo adolescente del Centro de Salud 15 de Agosto el distrito de Paucarpata de Arequipa.

Materiales y Métodos: se desarrolló un estudio descriptivo relacional; se utilizó la técnica encuesta y como instrumento el cuestionario aplicado a las adolescentes gestantes.

Resultados: se halló que existe inadecuada comunicación familiar ya que los padres mantienen una comunicación regular con sus hijos 62,5% conllevando a que los adolescentes no tienen una buena comunicación con los padres exponiéndolos a factores de riesgo que concluyen en un embarazo precoz; este aspecto social, poco asumido por los padres de familia en la sociedad contemporánea donde los adolescentes necesitan de habilidades sociales para realizarse personalmente como parte de su desarrollo biopsicosocial alcanzando una vida plena con bienestar y de calidad.

Conclusión: Los diversos factores sociofamiliares identificados (inadecuada comunicación familiar, limitada comunicación, deficiente educación sexual) inciden en el embarazo adolescente.

PALABRAS CLAVE: embarazo adolescentes, educación sexual, centro de salud.

ABSTRACT

Objective: to analyze whether the information on sexual education affects the adolescent pregnancy of the Health Center August 15 in the Paucarpata district of Arequipa.

Materials and Methods: a relational descriptive study was developed; the survey technique was used and as an instrument the questionnaire applied to pregnant adolescents.

Results: it was found that there is inadequate family communication since the parents maintain a regular communication with their children 62.5% leading to the adolescents not having a good communication with the parents exposing them to risk factors that end in an early pregnancy; This social aspect, little assumed by parents in contemporary society where adolescents need social skills to perform personally as part of their biopsychosocial development reaching a full life with well-being and quality.

Conclusion: The various socio-familial factors identified (inadequate family communication, limited communication, poor sexual education) affect adolescent pregnancy.

KEYWORDS: teenage pregnancy, sex education, health center.

INTRODUCCIÓN

Los índices de embarazos y nacimientos en adolescentes varían según la región debido a diferentes causas, entre ellas se puede nombrar, actividad sexual, educación sexual, accesos a los servicios de anticoncepción y abortos, control de natalidad, atención prenatal alta, etc. Si bien, las causas de embarazos en adolescentes son amplias y complejas, variando entre distintos grupos culturales y étnicos, nuestras actitudes sociales sobre la actividad sexual y la anticoncepción sexual, complica la prevención de embarazos en adolescentes. En los últimos años, el incremento de los índices de maternidad adolescente, es un motivo de preocupación.

La educación sexual hoy en día es un tema de suma importancia, ya que la falta de información y creencias que existen es uno de los principales problemas por lo que se incrementa los embarazos prematuros en menores de edad.

La presente tesis tuvo como objetivo general analizar la relación entre los embarazos y la información sobre la educación sexual en adolescentes en el Centro de Salud 15 de Agosto del distrito de Paucarpata y como objetivos secundarios: Conocer las causas de embarazos precoces en adolescentes del Centro de Salud 15 de Agosto del distrito de Paucarpata y analizar la información de la educación sexual en adolescentes del Centro de Salud 15 de Agosto del distrito de Paucarpata.

El estudio fue de tipo relacional que aborda las relaciones entre las variables que son objeto de estudio, desde una perspectiva metodológica y estadística

Está compuesta por tres capítulos:

El primer capítulo se desarrolla el planteamiento teórico y operacional de la investigación así también como los objetivos, el desarrollo del marco teórico, que nos permite fundamentar el proyecto y al mismo tiempo orienta el análisis e interpretación de los datos que se obtienen en la investigación.

En el segundo capítulo se presentan los resultados interpretados, el recojo de la información mediante la técnica de la encuesta con la ayuda d un cuestionario que se aplicó a las adolescentes que acuden al control de su embarazo en el Centro de Salud 15 de Agosto de Paucarpata de Arequipa.

En tercer capítulo se presenta el diagnóstico social y se determina el problema objeto de intervención, como es: inadecuada comunicación familiar; esto facilita que el profesional de Trabajo Social alcance propuestas de solución frente a la problemática investigada con los cuatro proyectos sociales orientados a fortalecer la comunicación familiar y en otra incrementar el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva.

Finalizando, se encuentran las propuestas, las conclusiones y sugerencias de la investigación; se plantea las sugerencias en base a mejorar la intervención de Trabajo Social en la problemática del embarazo adolescente, como profesión orientada al bienestar social y el mejoramiento de la calidad de vida a través de procesos de promoción prevención, así como de capacitación.

Por lo tanto la educación sexual debe ser difundida con mayor responsabilidad no solo en colegios también en casa por los padres, quienes son los principales en enseñar sobre la educación sexual, dialogando con sus hijos sobre estos temas, porque de lo contrario los niños y jóvenes podrían investigar y explorar sobre su sexualidad a escondidas de la familia, y trayendo como consecuencias del embarazo prematuro.

Índice

Contenido

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPÍTULO I DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	1
1. Planteamiento Teórico.....	1
1.1. Tema o Problema de Investigación	1
1.1.1. Enunciado	1
1.1.2. Descripción	1
1.1.3. Campo y Área.....	5
1.1.4. Tipo de Investigación	5
1.1.5. Variables e Indicadores	5
1.1.6. Interrogantes Básicas	6
1.1.7. Justificación	6
1.1.7.1. Valor Teórico	7
1.1.7.2. Valor Metodológico.....	8
1.1.7.3. Valor Práctico.....	8
1.2. Objetivos de la Investigación.....	8
1.2.1. Objetivo General	8
1.2.2. Objetivos Específicos	8
1.3. Marco Conceptual	9
1.3.1. Adolescencia	9
1.3.2. Embarazo en Adolescentes	10
1.3.2.1. Materiales de Educación Sexual para Adolescentes	11
1.3.2.2. Embarazo Precoz	11
1.3.2.3. Riesgos y consecuencias del embarazo precoz.....	16
1.3.2.4. Consecuencias para la Adolescente:	16
1.3.2.5. Consecuencias iniciales (Ante la confirmación del embarazo).	17
1.3.2.6. Consecuencias a corto y mediano plazo:.....	17

1.3.2.7.	Consecuencias a largo plazo:.....	22
1.3.2.8.	Consecuencias para el varón adolescente:.....	22
1.3.2.9.	Consecuencias para la pareja adolescente:	23
1.3.3.	Educación Sexual	26
1.3.3.1.	Propósitos de la educación sexual.....	27
1.3.3.2.	Desarrollo de la sexualidad responsable	27
1.3.3.2.1.	Sexualidad Responsable:.....	27
1.3.3.3.	Actitud Sexual:	31
A.	Concepto de actitud:.....	31
B.	Componente de las Actitudes:.....	32
C.	Formación de actitudes sexuales en la pubertad y adolescencia	32
1.4.	LA FAMILIA.....	34
1.4.1.	Concepto de familia	34
1.5.	Antecedentes Investigativos.....	39
1.5.1.	Antecedentes nacionales	41
1.5.2.	Hipótesis	43
2.	Planteamiento Operacional.....	43
2.1.	Técnicas e Instrumentos	43
2.1.1.	Técnica.....	43
2.1.2.	Instrumento	43
2.2.	Campo de Verificación: Ámbito Geográfico	43
2.3.	Unidades de Estudio	44
2.4.	temporalidad	44
2.5.	Estrategias de Recolección de Datos	44
CAPÍTULO II.....		45
PRESENTACION Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....		45
1.	Proceso de Recolección de Datos	45
2.	Análisis y Presentación de Resultados	45
2.1	Datos Generales	46
2.2	Orientación sobre sexualidad.....	49
2.3	Embarazo adolescente	56
2.4	Comprobación de hipótesis.....	61
3.	Diagnóstico Social.....	63
3.1.	Ubicación y Reseña Histórica.	63
3.2.	Principales Características.	65

3.3. Servicios que brinda	66
3.4. ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL	67
3.5. Oficina De Trabajo Social.....	68
3.5.1 Estructura Orgánica	68
3.5.2. Unidad Funcional de Trabajo Social en Emergencia.....	68
3.5.3. Unidad Funcional de Trabajo Social de Consultorio Externo y promoción Social.....	69
3.5.4. Funciones en caso de emergencia.....	69
3.5.5. Funciones de la visita domiciliaria.....	71
3.6. Identificación de la problemática.....	71
3.7. Selección y Análisis del problema Objeto de Intervención.....	72
3.7.1. Categorización de problemas.....	72
3.7.2. Pronóstico.....	73
3.7.3. Problema Objeto de Intervención.....	73
CAPÍTULO III	74
PROPUESTAS DE TRABAJO SOCIAL PARA LA SOLUCION DE LA PROBLEMÁTICA INVESTIGADA	74
Proyecto N°1 “VIVIENDO CON SALUD REPRODUCTIVA”	75
Proyecto N°2 “APRENDAMOS A COMUNICARNOS Y COMPRENDERNOS EN FAMILIA”	80
CONCLUSIONES	85
SUGERENCIAS.....	86
BIBLIOGRAFÍA	87
ANEXO.....	92
INSTRUMENTOS.....	93

Índice de tablas

Tabla 1 Grado de Instrucción de las adolescentes embarazadas	46
Tabla 2 Con quien vive la adolescente.....	47
Tabla 3 Relación con los padres de familia.....	48
Tabla 4 Conocimiento sobre educación sexual y reproductiva de las adolescentes.....	49
Tabla 5 El limitado conocimiento de los temas de salud sexual y reproductiva condiciona a las adolescentes en adoptar estilos de vida saludable y desencadenando en embarazos precoces.....	50
Tabla 6 Métodos anticonceptivos que conoce.....	51
Tabla 7 Edad de la primera relación sexual	52
Tabla 8 Padres hablan sobre temas de sexualidad	53
Tabla 9 Dónde obtuvo información sobre educación sexual	54
Tabla 10 Institución educativa informa sobre educación sexual.....	55
Tabla 11 Centro de Salud capacita la prevención de embarazo a temprana edad	56
Tabla 12 Padres brindan conocimiento sobre embarazo adolescente.....	57
Tabla 13 Causa probable de los embarazos en adolescentes.....	58
Tabla 14 Embarazo estropea el proyecto de vida	59
Tabla 15 Mejor edad para tener hijos.....	60

CAPÍTULO I DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1. Planteamiento Teórico

1.1. Tema o Problema de Investigación

1.1.1. Enunciado

“Embarazos en adolescentes y la información sobre la educación sexual en adolescentes del Centro de Salud 15 de Agosto del distrito de Paucarpata - Arequipa 2017”.

1.1.2. Descripción

La adolescencia comprende cambios a nivel físico, cognoscitivo y emocional. El “estirón” de crecimiento, la capacidad reproductiva y el desarrollo de caracteres sexuales secundarios son los principales cambios físicos.

En el aspecto cognoscitivo, se accede a la capacidad para razonar en términos abstractos, es decir al período de operaciones formales. El adolescente puede

comprender y manipular conceptos abstractos, reflexionar sobre opciones y razonar en términos hipotéticos (Piaget, 1969 en Morris y Maisto, 2001). Sin embargo, no todos los y las adolescentes logran capacidad de abstracción, y los que lo hacen pueden mostrar una excesiva confianza en sus capacidades, lo que Elkind (1969) llamó “egocentrismo de las operaciones formales”. Esto influye en cuatro características típicas del pensamiento adolescente (Morris y Maisto, 2001).

Embarazo en Adolescentes, continúa siendo de gran preocupación el alto índice de embarazos adolescentes. Según los resultados de la ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar) 2013, del total de adolescentes de 15 a 19 años el 13.9% ya estuvo alguna vez embarazada. Los mayores porcentajes de maternidad adolescente se presentan entre las mujeres con educación primaria (36.2 %), en las residentes de la Selva (23.7%), entre las que se encuentran en el quintil inferior de riqueza (23.9%) y en el área rural (20.3%). Mientras que menores porcentajes se aprecian en Lima Metropolitana (10.6%), entre aquellas con educación superior y en las del quintil superior de riqueza (8.5% y 5.6%, respectivamente). Adolescencia (12 a 17 años) – UNICEF.

Según Alvarado (2003) hoy en día los embarazos precoces en los adolescentes es más común y está ligado a la pobreza el cual no parece ser un factor determinante, pues, al analizar los partos de niñas madres; las adolescentes tienen quizá menos capacidad de tener hijos saludables y pueden sufrir más traumas durante el parto. Los hijos de las madres adolescentes tienden a tener mala salud pues éstas en su mayoría se hayan menos preparadas para buscar y recibir la atención prenatal adecuada y están menos aptas psicológicamente y materialmente para cuidar a sus hijos.

Pero, tendrá un efecto positivo realizar un estudio sobre las causas que llevan a las adolescentes a embarazarse puede que sean problemas familiares; o la excesiva información que va a fomentar la liberación sexual y la promiscuidad por el deficiente manejo de esta información por parte de los medios de comunicación; el desinterés de los padres en lo referente a la vida social de sus hijos fuera del hogar, etc. (Estrada 2010)

En el Perú a partir del 2001 se ha incrementado progresivamente el número adolescentes embarazadas, esto a pesar de que a las(os) adolescentes, se les brinda información sobre métodos anticonceptivos, pero al parecer todavía prevalecen modelos mentales parentales que no permiten afrontar y tratar este problema con medidas y estrategias que respondan a situaciones reales, los padres en su mayoría aún no quieren aceptar que sus hijas(os) tienen relaciones sexuales con su pareja, este problema trae consigo, la falta de diálogo y confianza entre padres e hijos.(Arrivillaga, M., Salazar, I. y Correa, D. , 2003)

“El embarazo en adolescentes es un producto de la patología social: negligencia paterna, carencia afectiva, inseguridad, pobreza, ignorancia, violencia; consciente o inconscientemente, deliberadamente o por impotencia, se da mayor libertad sexual a los jóvenes, pero la sociedad permanece o vuelve a ser repentinamente moralizadora y represiva frente a las consecuencias de dicha libertad. Achacar la culpabilidad y la responsabilidad a la adolescente evita a los adultos el preguntarse por su propia responsabilidad y culpabilidad”.(Adjam, 2.000)

El rechazo es la reacción más cómoda; se pone una simple etiqueta, a fin de no ver que se trata de un problema más general. Al condenar a la adolescente embarazada, se defiende a la sociedad y sus instituciones. El rechazo es a veces muy disimulado

y puede adoptar el disfraz de una solución de acogida o de integración. Multiplicar los auxilios de carácter material o médico puede corresponder a un proceso de exclusión. (Mamani A, Silva J. C, 2012)

Los embarazos en las adolescentes en la mayor parte del mundo son el resultado directo de la condición inferior de la mujer cuyo papel en la sociedad está devaluado y son características de todas las sociedades que la mujer tenga menos acceso o ejerza control de los recursos de valor que el hombre, por ejemplo en los países en vías de desarrollo, generalmente se les niega la educación y las habilidades para competir. Así la maternidad se presenta como único modo de alcanzar un lugar en la sociedad. El embarazo de adolescentes se relaciona con dos factores: las probabilidades de iniciar precozmente las relaciones sexuales y un embarazo no deseado.

En familias donde la autoridad moral es débil o mal definida, con ausencia de la figura paterna o padres que viven en unión libre. Cuando personas distintas a los padres cuidan o crían a las adolescentes, también se provoca la actividad sexual temprana y el riesgo de una gravidez consecuente.

La situación del embarazo en adolescentes no constituye un hecho de aparición reciente, ya que tradicionalmente la mujer ha iniciado su vida reproductiva y el desempeño de su rol como madre a temprana edad.

Los factores que determinan los embarazos en adolescentes pueden variar de acuerdo a las características socioculturales de las diversas poblaciones, existen poblaciones en que el embarazo en adolescentes es culturalmente aceptado, y por el contrario su no ocurrencia es rechazada; esta situación que se observa con frecuencia en las poblaciones selváticas no van a incidir negativamente en aspectos tales como aumento en la tasa de abortos; sin embargo, el embarazo en adolescentes no es un

patrón culturalmente aceptado en poblaciones como nuestra ciudad, por su componente religioso y conservador, lo cual condiciona que las adolescentes que se embarazan traten de evitar el progreso del mismo a través de maniobras abortivas.(Estrada, 2010)

Por otro lado, existe una orientación deficiente en lo referente a educación sexual y reproductiva la cual se debería cambiar o mejorar de tal manera que constituya un elemento clave para mejorar la calidad de vida y garantizar la salud de las adolescentes con responsabilidad y conciencia.

1.1.3. Campo y Área

- | | |
|----------------|--------------------------|
| 1.1.3.1.Campo: | Ciencias Sociales |
| 1.1.3.2.Área: | Trabajo Social |
| 1.1.3.3.Línea | Embarazo en adolescentes |

1.1.4. Tipo de Investigación

Para el desarrollo de la presente investigación se usó el diseño de tipo relacional, el cual permitirá relacionar las variables y ayudará a identificar asociaciones entre las variables estudiadas. (Hernández, R.; Fernández, C.; Batista, P., 2014)

Este diseño a trabajar permitirá además analizar el efecto que genera las variables donde se asume que la variable 1 genera un efecto en la variable.

1.1.5. Variables e Indicadores

- VARIABLE INDEPENDIENTE:

Embarazos en adolescentes

- **VARIABLE DEPENDIENTE**

Información sobre educación sexual

VARIABLE	INDICADOR	SUB INDICADOR
Embarazo adolescente (independiente)	Factores Familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación familiar • Relación con los padres
	Factores Educativos	<ul style="list-style-type: none"> • Grado de Instrucción de la adolescente.
Información sobre educación sexual (Dependiente)	Educación sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio de las relaciones sexuales • Medio obtuvo información educación sexual • Conocimiento de métodos anticonceptivos • Actitud frente al embarazo.

1.1.6. Interrogantes Básicas

- ¿Cómo se presenta la relación entre los embarazos en adolescentes por la información sobre la educación sexual en el Centro de Salud 15 de Agosto del distrito de Paucarpata?
- ¿Cuáles son las causas de embarazos precoces en adolescentes del Centro de Salud 15 de Agosto del distrito de Paucarpata?
- ¿Cómo se presenta la información de la educación sexual en adolescentes del Centro de Salud 15 de Agosto del distrito de Paucarpata?

1.1.7. Justificación

Actualmente el embarazo adolescente se presenta como uno de los problemas sociales y de salud pública que preocupa a la sociedad en general, ya que Las

adolescentes que enfrentan un embarazo no planeado, afrontan un número importante en la dimensión individual, familiar y social como son: el abandono de sus parejas, la imposibilidad de concluir sus estudios escolares (que limita sus planes de vida y el acceso a oportunidades de desarrollo), el incremento de los riesgos en la morbilidad de la adolescente embarazada y su bebé, la limitada capacidad de la adolescente madre para cuidar y criar al niño/a.

Es de relevancia saber que el inicio a temprana edad de las relaciones sexuales sin protección a su vez coloca a los(as) adolescentes en riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH y Sida.

Es trascendente, en a medida que los aportes de esta investigación permiten a la profesión de Trabajo Social determinar su rol y aporte profesional al servicio, facilitando su articulación a otras disciplinas dentro del Centro de Salud. Desde el Trabajo Social se precisa los componentes (diagnóstico) para una intervención social orientada a un abordaje integral del embarazo adolescente.

1.1.7.1. Valor Teórico

La presente investigación cuenta con un importante valor teórico donde se analizó las relaciones y causales entre dos variables de suma relevancia en el contexto social, como son incidencia de embarazos en adolescentes y la información sobre educación sexual. Por tanto este estudio hace un significativo aporte en la generación de conocimiento para mejorar el bienestar psicológico de las embarazadas adolescentes y familiares de ellas. (Alvarado S. , 2003)

1.1.7.2. Valor Metodológico

A nivel metodológico, este estudio, aborda las relaciones entre las variables de embarazo en adolescente y información sobre educación sexual que son objeto de estudio, desde una perspectiva estadística, el coeficiente de relación que se uso para el análisis de la presente tesis fue el estadígrafo del chi cuadrado el cual mostró la relación que existe en las variables analizadas.

1.1.7.3. Valor Práctico

Aunque este estudio, no tiene aportes prácticos directos, a partir de los hallazgos de este estudio, podremos hacer propuestas que de ser aplicadas, permitirán mejorar las condiciones familiares y personales de las embarazadas adolescentes.

1.2. Objetivos de la Investigación

1.2.1. Objetivo General

- Analizar la relación entre los embarazos en adolescentes y la información sobre educación sexual en el Centro de Salud 15 de Agosto del distrito de Paucarpata, Arequipa.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Verificar los embarazos precoces en adolescentes del Centro de Salud 15 de Agosto del distrito de Paucarpata
- Analizar la información de la educación sexual en adolescentes del Centro de Salud 15 de Agosto del distrito de Paucarpata

1.3.Marco Conceptual

1.3.1. Adolescencia

La palabra “adolescencia” proviene del verbo latino *adolescere*, que significa “crecer”. La adolescencia es un período de transición en el cual el individuo pasa de niño a adulto. Se inicia con los cambios en los caracteres sexuales secundarios (menarquia, maduración reproductiva, cambio de voz, crecimiento físico) y se extiende hasta la independización legal de la autoridad de los adultos (Hurlock, 1994). Es decir, hasta cumplir 18 años de edad.

De acuerdo a UNICEF (2007) la adolescencia es el período en el que una persona se prepara para ser un adulto productivo, con familia y con deberes ciudadanos. Los adolescentes no conforman un grupo homogéneo, pero los une la edad (entre 12 y 18 años) y una actitud contestataria que persigue el valor de lo social en la relación consigo mismos, con los amigos, con los pares, los afectos, el placer, el juego, la música, el teatro, los deportes y la cultura en su sentido más amplio.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) un adolescente es una persona que tiene entre 10 y 19 años.

Si bien el inicio de la adolescencia es claro, ya que se inicia con los cambios físicos y biológicos propios de la pubertad como la presencia de menarquia y la aparición de los caracteres sexuales secundarios, la edad final no está tan definida, ya que la adolescencia es un constructo social e histórico. La elección del intervalo etario depende mucho de los patrones culturales, sociales y económicos de cada cultura.

La adolescencia comprende cambios a nivel físico, cognoscitivo y emocional. El “estirón” de crecimiento, la capacidad reproductiva y el desarrollo de caracteres sexuales secundarios son los principales cambios físicos.

En el aspecto cognoscitivo, se accede a la capacidad para razonar en términos abstractos, es decir al período de operaciones formales. El adolescente puede comprender y manipular conceptos abstractos, reflexionar sobre opciones y razonar en términos hipotéticos (Piaget, 1969 en Morris y Maisto, 2001). Sin embargo, no todos los y las adolescentes logran capacidad de abstracción, y los que lo hacen pueden mostrar una excesiva confianza en sus capacidades, lo que Elkind (1969) llamó “egocentrismo de las operaciones formales”. Esto influye en cuatro características típicas del pensamiento adolescente (Morris y Maisto, 2001).

1.3.2. Embarazo en Adolescentes

Continúa siendo de gran preocupación el alto índice de embarazos adolescentes. Según los resultados de la ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar) 2013, del total de adolescentes de 15 a 19 años el 13.9% ya estuvo alguna vez embarazada. Los mayores porcentajes de maternidad adolescente se presentan entre las mujeres con educación primaria (36.2 %), en las residentes de la Selva (23.7%), entre las que se encuentran en el quintil inferior de riqueza (23.9%) y en el área rural (20.3%). Mientras que menores porcentajes se aprecian en Lima Metropolitana (10.6%), entre aquellas con educación superior y en las del quintil superior de riqueza (8.5% y 5.6%, respectivamente). Adolescencia (12 a 17 años) – UNICEF.

1.3.2.1. Materiales de Educación Sexual para Adolescentes

El uso de materiales didácticos en la enseñanza ha tenido una progresiva acogida entre los educadores; su divulgación por medio de campañas, la presión del mercado y la expansión de nuevas tecnologías explica su demanda.

En el sector educativo los materiales didácticos han tenido una doble utilización: el aprendizaje del material didáctico y el aprendizaje a través de él. En la educación sexual el material didáctico y pedagógico debe ser el medio fundamental que recoja y haga presente en el grupo de los adolescentes la expresión de las nuevas estructuras de pensamiento acerca de la sexualidad. (Ceballos, G. y Campo, A. , 2005)

Por lo tanto, debe enmarcarse dentro de los parámetros filosóficos, éticos, pedagógicos y metodológicos del proyecto pedagógico de la escuela o colegio.

Los maestros y maestras deben entenderlo no como guía o muletilla, sino como un material de apoyo que al utilizar elementos visuales, sonoros y audiovisuales produce en quien los utiliza procesos de creación e innovación susceptibles de usar en talleres, documentales, relatos, audio foros, cine foros, socio dramas y en todos aquellos espacios que la comunidad contemple en su propio proyecto pedagógico y de acuerdo con sus necesidades y realidades socioculturales.

El comportamiento de los Adolescentes es causado por el comportamiento de la sociedad, la falta de comunicación con sus familiares o la parte psicológica de cada uno.

1.3.2.2. Embarazo Precoz

El embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en niñas y adolescentes.

A partir de la pubertad, comienza el proceso de cambios físicos que convierte

a la niña en un adulto capaz de la reproducción sexual. Esto no quiere decir, sin embargo, que la niña esté preparada para ser madre.

Se define como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica cero o edad de la menarquía) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental es aun dependiente de su núcleo familiar de origen. Ha sido llamado también el síndrome del fracaso o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza. (Baeza, B., Poo, A., Vásquez, O., 2007)

“El Embarazo en adolescentes, cada vez más frecuente en países en desarrollo, es considerado como un problema prioritario en salud pública, especialmente en comunidades rurales y urbanas marginales, debido a su alto riesgo de morbilidad: bajo peso al nacer, prematurez y un alto riesgo de morbi-mortalidad materna, perinatal e infantil. En países del tercer mundo”.

El embarazo y la maternidad en la adolescencia tienen un alto carácter peyorativo, tanto para la misma joven como para su hijo si la gestación llega a término. Las dificultades son numerosas, a corto y a largo plazo: el adolescente es frágil y se vuelve más frágil aun por el embarazo; el pronóstico médico, escolar, familiar y profesional resulta sombrío, al igual que el futuro del niño y la relación madre-hijo; los embarazos seguidos y demasiado precoces constituyen un factor de alto riesgo y la joven madre tiene pocas probabilidades de llegar a formar un día una familia estable, o incluso de llegar a obtener un estatuto de autonomía social.

Una muestra real de todo lo anterior es la reacción de padre y madre al enterarse

del embarazo de la hija. Hay poca comprensión y ayuda afectuosa. Lo que primero acude al ánimo de los padres no es tanto que ocurre con su hija sino que va ocurrirles a ellos. Esta herida paterna profunda da lugar enseguida a severos e irracionales reproches. Ante esto la joven se siente sola para asumir el conflicto y con una gran carga de culpabilidad. A veces, la revelación del embarazo da lugar a un violento enfrentamiento entre los mismos padres. Esta es una actitud inmediateista, epidérmica e impulsiva que casi todos los padres adoptan.

El embarazo precoz está vinculado a una cierta situación social, que combina la falta de educación en materia de reproducción y comportamientos sexuales, la falta de conciencia propia de la edad y otros factores, como puede ser la pobreza (que obliga a vivir en situaciones de hacinamiento, por ejemplo). En muchas ocasiones, incluso, el embarazo precoz está vinculado a violaciones. (Ceballos, G. y Campo, A. , 2005)

Es común que el embarazo precoz sea condenado a nivel social y familiar. La adolescente embarazada es vista como “culpable” de una situación “indeseada”, por lo que suele ser discriminada y no cuenta con el apoyo que necesita. Por eso, los especialistas insisten en que la madre precoz debe contar con la asistencia de la familia y ser acompañada en las visitas a los médicos y en los cuidados. (Muñoz M, Ruiz A., 2008)

El embarazo en adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Los factores que facilitan que una adolescente quede embarazada son de orden físico, psicológico, social y cultural:

- Desconocimiento del uso y forma de adquisición de métodos anticonceptivos.
- Escasa preparación para asumir su sexualidad.
- Inmadurez emocional que obstaculiza el análisis de las consecuencias de sus actos.
- El miedo a estar sola.
- La posibilidad de sentirse adulta.
- La carencia de afecto.
- La necesidad de reafirmarse como mujer.
- Relación y comunicación inadecuada con los padres.
- Curiosidad sexual.
- Búsqueda de independencia.
- Privación económica.
- Baja autoestima.
- Bajo nivel de educación.
- Falta de relaciones estrechas y de confianza.

Un Inadecuado funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura y por consiguiente a un embarazo, pues una adolescente con

baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de la relación sexual y además puede encontrar alivio a la soledad y el abandono a través de un embarazo que le permite huir de un hogar patológico.(

Muñoz M, Ruiz A., 2008)

Se han descrito como factores familiares de riesgo:

- Inestabilidad familiar.
- El embarazo adolescente de una hermana.
- Madre con historia de embarazo adolescente.
- Enfermedad crónica de uno de los padres.

El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación de pareja, ingresos inferiores de por vida, no completa su función de adolescente, no puede establecer una familia, no puede alcanzar su potencial de vida, todo esto constituye el llamado SÍNDROME DEL FRACASO.

Puede suceder varios cuadros sindrómicos post natales:

- a. Rol materno disfuncional: la adolescente continúa comportándose como adolescente, no usa contraceptivos, sale con los amigos y tiene mucho riesgo de salir embarazada nuevamente.(Mamani A, Silva J. C, 2012)
- b. Rol materno transicional negativo: comienza siendo una buena madre y termina comportándose nuevamente como adolescente.
- c. Rol materno transicional positivo: inicia siendo mala madre y termina siendo buena mamá.

d. Rol materno funcional: siempre se comporta como buena madre.

1.3.2.3. Riesgos y consecuencias del embarazo precoz

Tradicionalmente se había considerado que un embarazo no deseado tenía para la adolescente sólo algunas consecuencias orgánicas, con un efecto limitado en el tiempo. Sin embargo, hoy sabemos que, desde el momento en que sabe que se ha quedado embarazada, y tome la decisión que tome (abortar o tener el hijo), está expuesta a importantes consecuencias, no sólo orgánicas, sino también psicológicas, sociales, económicas educativas y laborales. Los efectos de muchas de ellas pueden extenderse, incluso, hasta muchos años después del embarazo. (Herrera, 2009)

Los estudios por Furstenberg en 1976 y Zelnick y Kantner en 1977 indican que las madres adolescentes que regresan a la escuela tenían menores tasas de repetición de un nuevo embarazo y hacen uso más amplio de anticoncepción postparto, por tanto, las expectativas educativas altas parecen ser un factor protector fuerte para la disminución del embarazo subsecuente.

1.3.2.4. Consecuencias para la Adolescente:

Tradicionalmente se había considerado que un embarazo no deseado tenía para la adolescente sólo algunas consecuencias orgánicas, con un efecto limitado en el tiempo. Sin embargo, hoy sabemos que, desde el momento en que sabe que se ha quedado embarazada, y tome la decisión que tome (abortar o tener el hijo), está expuesta a importantes consecuencias, no sólo orgánicas, sino también psicológicas, sociales, económicas educativas y laborales. Los efectos de

muchas de ellas pueden extenderse, incluso, hasta muchos años después del embarazo.

1.3.2.5. Consecuencias iniciales (Ante la confirmación del embarazo).

Conocer que está embarazada sin quererlo, supone un fuerte impacto psicológico para la adolescente. En general el miedo, el estrés y la ansiedad son las reacciones iniciales. Son múltiples las dudas que se le plantean: ¿Qué puede hacer? ¿Cómo reaccionará su pareja? ¿Cómo se lo va a decir a sus padres y cómo lo tomarán? ¿Qué va a ocurrir con su vida? (Estrada, 2010)

A este respecto, hay que tener en cuenta que lo más habitual es que la adolescente no disponga de estrategias adecuadas de afrontamiento y resolución de este tipo de problemas.

1.3.2.6. Consecuencias a corto y mediano plazo:

Aunque la mayoría de los estudios se han centrado en las consecuencias asociadas a la decisión de tener el hijo, sobre generalizándolas a veces como "consecuencias del embarazo", en este trabajo trataremos también las consecuencias asociadas a la decisión de abortar.

- Consecuencias asociadas a la decisión de tener el hijo:

Si decide quedarse con el hijo, puede estar expuesta a diversas consecuencias orgánicas, psicológicas, sociales, económicas y educativas. Además, tiene grandes posibilidades de quedarse, en un corto período de tiempo, nuevamente embarazada.

- Consecuencias orgánicas:

Durante la gestación, el parto y el postparto son mucho más probables toda una serie de problemas orgánicos que pueden afectar notablemente a la madre y al hijo. Esto ha motivado que los embarazos en la adolescencia hayan sido considerados de alto riesgo por la Organización Mundial de la Salud. Durante la gestación son más frecuentes las anemias, las alteraciones de peso, el crecimiento uterino inferior a lo normal y los abortos espontáneos.

Las complicaciones durante el parto y el postparto son también muy importantes. La tasa de mortalidad es también más elevada. Por encima de esta edad, parecen ser mucho más relevantes diversos factores de tipo psicológico y social. Entre los factores psicológicos destaca el inadecuado y escaso o nulo cuidado prenatal que suelen tener estas madres. Este escaso cuidado prenatal parece estar motivado, entre otras cosas, por el hecho de que aproximadamente el 80% de estos embarazos no son deseados, lo que favorece la tendencia a ocultarlos, y por los malos hábitos de salud que suelen tener estas madres. Respecto a los factores de tipo social, el fundamental sería el bajo estatus socioeconómico y sociocultural que suelen tener estas adolescentes (Martínez, 2000).

- Consecuencias psicológicas:

"La madre adolescente es en cierto sentido una niña, que de pronto se ve arrojada al mundo adulto sin estar preparada para ello". Esta nueva situación lleva a la adolescente a gran cantidad de problemas psicológicos, ya que la aceptación de ser madre o del matrimonio son grandes pasos para los que no

está preparada. Esto hace que se sienta frustrada en sus expectativas de futuro. Algunos autores llegan a afirmar que el embarazo en la adolescencia supone el inicio de un "síndrome del fracaso", ya que la adolescente suele fracasar en el logro de las metas evolutivas de la adolescencia, en terminar su educación, en limitar el tamaño de su familia, en establecer una vocación y conseguir ser independiente.

Esta situación tal vez explique la baja eficacia personal percibida en estas madres y la mayor incidencia de baja autoestima, estrés, depresión, e incluso, de suicidios, todos ellos problemas muchos más frecuentes entre las adolescentes embarazadas que entre sus compañeras no embarazadas. No obstante, no podemos estar plenamente seguros de que estos problemas psicológicos sean consecuencias del embarazo. Tal vez sean causas, o causas y consecuencias a la vez. O puede, incluso, que no sean ninguna de las dos cosas y que exista alguna otra tercera variable a la que se deban estas asociaciones. (Ulloa, 2003.)

- Consecuencias educativas, socio-económicas y relacionales:

Estos embarazos, acarrearán gran cantidad de problemas escolares, dificultan la inserción en el mundo laboral e interfieren notablemente con la posibilidad de conseguir unos ingresos suficientes. Por otro lado, las relaciones sociales de la adolescente también pueden verse afectadas.

a) Consecuencias educativas:

En las madres adolescentes las posibilidades de llegar a conseguir una buena formación se ven claramente disminuidas, ya que son mucho más frecuentes los problemas escolares y el abandono de los estudios.

El menor rendimiento académico y las mayores probabilidades de abandono escolar interfieren seriamente en el proceso de formación. Todo ello puede acarrear importantes consecuencias sociales y económicas.

b) Consecuencias socio-económicas:

En el caso de que la madre decida quedarse con el hijo, las responsabilidades parentales, su bajo nivel de formación, y su habitualmente escasa o nula experiencia laboral, hacen más fácil que, o bien no encuentre un trabajo. Como consecuencia de ello, muchas de estas adolescentes viven en hogares con reducidos ingresos, incluso por debajo del nivel de la pobreza. En algunos casos, la situación económica es tan precaria que pasan a depender de la asistencia social.

c) Consecuencias socio-relacionales:

Ser madre puede ocasionar a la adolescente importantes problemas de rechazo social. La adolescente puede ser rechazada, además de por su pareja, por algunos de sus amigos, vecinos o familiares. En casos extremos puede llegar a ser rechazada incluso por sus propios padres. Este rechazo le priva de una parte muy importante de sus fuentes de apoyo social en ocasiones, también económico,

precisamente en el momento en que más las necesita. Por otro lado, esto hace más difícil que la adolescente se implique en una relación de pareja estable.

- Repetición del embarazo:

Las consecuencias de los embarazos no deseados vistas hasta aquí, ya de por sí suficientemente graves, se agravan aún más cuando el embarazo no deseado se repite, situación, por otro lado, bastante frecuente. Sus consecuencias parecen ser mucho más graves que las de los primeros: el riesgo de mortalidad perinatal es mayor, y los problemas sociales relacionados con el éxito académico, el bienestar económico, la estabilidad marital y la dependencia de los servicios sociales tienden a intensificarse. (Alvarado S. , 2003)

- Consecuencias asociadas a la decisión de abortar:

Aunque la mayoría de los estudios se centran en las consecuencias asociadas a la decisión de tener el hijo, no podemos dejar de revisar las que acompañan al aborto, sobre todo si tenemos en cuenta que, entre la cuarta parte y la mitad de estos embarazos terminan de ese modo.

Dado que los abortos durante la adolescencia suelen ser tardíos, clandestinos, y vividos en soledad, no nos han de extrañar consecuencias orgánicas como perforaciones uterinas, hemorragias, infecciones e incluso la propia muerte. Además, se han encontrado efectos a largo plazo sobre la fertilidad futura.

A nivel psicológico, hay que hacer notar que muchas veces la decisión de abortar se toma bajo presión o para evitar el rechazo social, sin que exista un verdadero convencimiento, por lo que son frecuentes los sentimientos de

tristeza, de pérdida y de culpabilidad y, en ocasiones, el arrepentirse de haber abortado.

Desde el punto de vista social, puede darse rechazo hacia la adolescente en el caso de que el hecho llegue a ser conocido, e incluso problemas legales en países donde el aborto está total o parcialmente prohibido por la ley.

1.3.2.7. Consecuencias a largo plazo:

Cabe mencionar que los factores que modulan las consecuencias a largo plazo de un embarazo no deseado son: (1) la seguridad económica y el nivel de educación de los padres de la adolescente; (2) el nivel educativo y las aspiraciones de la joven madre; y (3) el grado en el que la adolescente está dispuesta a controlar rápidamente la fertilidad subsiguiente.

Los datos presentados parecen indicar que si bien las consecuencias de un embarazo son muy importantes a corto y medio plazo, tienden a atenuarse (pero no a desaparecer) a los 10 ó 15 años. No obstante, el grado en que esto ocurra dependerá de diversos factores. (Cervantes, 1993)

1.3.2.8. Consecuencias para el varón adolescente:

Hasta los años 80 ha existido un "olvido" casi total del papel de los chicos en el embarazo no deseado. Este olvido es imperdonable, ya que sabemos que detrás de todos y cada uno de los embarazos que ocurren durante la adolescencia están necesariamente un chico y una adolescente. Además, la mayoría de los chicos implicados son también adolescentes o jóvenes.

Las consecuencias que afectan a los chicos parecen depender, en gran medida, del grado que asuma su parte de responsabilidad en el embarazo. Si su implicación es grande, es muy probable que le afecten muchas de las consecuencias psicológicas, sociales, económicas y educativas descritas al referirnos a las adolescentes. (Y no debemos olvidar que entre la mitad y dos tercios de los padres adolescentes se implican de un modo importante en el embarazo y participan en el cuidado del niño, aunque el índice de participación decrece con el tiempo).

Algunos estudios han encontrado que en estos chicos son más probables la baja auto eficacia personal percibida, la ansiedad y los sentimientos de culpa. Su rendimiento escolar y su situación económica también se ven afectados. El nivel de logro académico también se ve afectado. (Gestal, 2003)

Es frecuente la deserción escolar para absorber la mantención de su familia. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un stress inadecuado a su edad. En general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz

1.3.2.9. Consecuencias para la pareja adolescente:

Cuando una joven adolescente y un adolescente se ven envueltos en un embarazo no deseado, ambos tienen que tomar importantes decisiones. Una de ellas es si continuará o no su relación y en qué condiciones. Otra es si formarán una familia propia o vivirán como una subfamilia en la casa de los padres o

familiares. Aparte de esto, tienen que decidir cómo quieren que se resuelva el embarazo.

Todas estas decisiones pueden afectar notablemente a su relación y de ellas se pueden derivar distintas consecuencias para ambos. En concreto, aspectos como el fracaso matrimonial, el logro educativo, el nivel económico y algunos efectos sobre el posible hijo pueden depender de la decisión tomada.

En nuestra cultura es habitual, aunque cada vez menos, que el embarazo no deseado conlleve un matrimonio posterior más o menos "forzoso".

Pero al igual que el embarazo, estos matrimonios tampoco suelen ser deseados, ya que muchas veces obedecen a presiones sociales o familiares. Dado el estado de frustración y malestar psicológico que suelen tener los cónyuges, su falta de habilidades para resolver conflictos, los problemas económicos, el escaso conocimiento mutuo, y otra serie de factores, estos matrimonios acaban, tarde o temprano, fracasando, añadiendo así un elemento más a la secuencia de fracasos que suele iniciarse con un embarazo no deseado

Si la pareja adolescente decide vivir independiente, tienen, al igual que lo que ocurría al hablar de las consecuencias para la adolescente. Grandes posibilidades de tener problemas económicos, de vivir bajo el nivel de la pobreza y de acabar, incluso, dependiendo de la asistencia social.

Vivir con los padres o con otros familiares, conviva o no también el padre del niño, ayuda a mitigar las consecuencias del embarazo no deseado.

1.3.2.10. Factores de riesgo para la Familia

Los padres adolescentes que reciben el apoyo de sus padres y continúan viviendo con ellos, pueden hacerse cargo de su hijo con la ayuda de sus familias, pero se observa un desequilibrio psicológico y económico de la familia protectora. (Alvarado S. , 2003)

1.3.2.11. Factores de riesgo para la Comunidad

El grupo de madres adolescentes y sus hijos constituyen una población demandante de servicios y de ayuda, poco o nada productiva, que representa una carga para la sociedad desde el punto de vista económico y social. Estas familias pueden necesitar asistencia pública por largo tiempo. Constituyen una creciente población de alto riesgo proclive a presentar desajustes emocionales y psicosociales. (Alvarado S. , 2003)

1.3.2.12. Consecuencias para el Bebé

- Presenta bajo peso al nacer
- Suelen ser prematuros
- Malformaciones congénitas
- Problemas de desarrollo
- Retraso mental
- Ceguera
- Epilepsia o parálisis cerebral
- Hay mayor riesgo de maltrato, abandono físico y emocional y repercusiones en el desarrollo psicólogo-emocional.

- Múltiples factores de riesgo afectan negativamente al futuro del niño, entre ellos el bajo status socio-económico y el bajo nivel educacional de la madre, los cuales ejercen efectos adversos en las oportunidades para el óptimo crecimiento y desarrollo.
- Los padres adolescentes no se encuentran en condiciones de proveer fuentes emocionales, económicas y educacionales, así como un ambiente social adecuado para su hijo.

1.3.3. Educación Sexual

Bernedo E. (2007), la educación es la acción espontanea o sistemática que se ejerce sobre el hombre, para ser formado de acuerdo con una concepción del mundo a fin de que actué de acuerdo con esa concepción en la formación social en la que pertenece.

Celestino, F. (2001), la educación sexual no puede verse aislada del objetivo general que persigue la política educacional del país, es decir, la formación integral de los individuos; por tal razón, la educación sexual no es solo un problema de la familia o de la escuela, de las instituciones sociales y otros actores. Requiere la acción educativa de todos los instrumentos con que cuenta la sociedad.

Freire, E. (2004) la educación sexual debe ser honesta, clara que incluya mecanismos de inducción y de apoyo para evitar el inicio precoz de la actividad sexual. La educación sexual es fundamental no solo para la prevención del embarazo en la adolescencia, sino para evitar otros problemas relacionados con la sexualidad y para propiciar una vida saludable.

La educación sexual debe en primer lugar, conseguir que los niños y jóvenes se acepten como personas sexuales y además brindarles la información precisa, clara y apropiada que aclare sus dudas en este campo del conocimiento.

1.3.3.1. Propósitos de la educación sexual.

- Conseguir el reconocimiento y la aceptación de la persona como ser sexual y asumir una actitud positiva ante el mismo.
- Desarrollar roles sexuales basándose en la igualdad de las personas y evitar el desarrollo de actitudes de discriminación de género ni de opción sexual.
- Desarrollar las expresiones de amor, afecto y comunicación como base para las relaciones afectivas
- Favorecer el desarrollo de una vida sexual satisfactoria y placentera siendo respetuoso hacia las demás personas
- Promover conductas sexuales responsables en cuanto a la prevención de enfermedades de transmisión sexual, planificación de los hijos y al uso de los métodos anticonceptivos.

1.3.3.2. Desarrollo de la sexualidad responsable

1.3.3.2.1. Sexualidad Responsable:

Para hablar de sexualidad responsable es imprescindible referirse en primer término a una educación sexual adecuada y efectiva. Una buena definición de ella es decir que la educación sexual consiste en la enseñanza tendiente a desarrollar la comprensión de los aspectos físico, mental, emocional, social,

económico y psicológico de las relaciones humanas en la medida en que afecten a las relaciones entre hombre y mujer. (Arrivillaga, M., Salazar, I. y Correa, D., 2003)

La sexualidad es un elemento clave para modelar muchos aspectos de la vida social. No sólo se trata del número de hijos «adecuado», también resulta importante el modo en el que se permiten las relaciones sexuales, la regulación de la natalidad, la permisividad o rechazo del aborto o el trato y el rango que se otorgan a la sexualidad de los seres que no tienen capacidad reproductiva (básicamente viejos y niños).

La sexualidad de las personas es organizada, educada y controlada de formas distintas en cada sociedad. No sólo se dictan normas y leyes de manera explícita, sino que también, soterradamente, los modelos sociales configuran los usos y consecuencias de nuestra sexualidad.

La sexualidad involucra aspectos biológicos, emocionales, sociales, culturales, valóricos, éticos y filosóficos. Si bien las personas nacen con una determinada carga genética que define su sexo biológico, el proceso a través del cual se llega a asumir la propia sexualidad como una dimensión personal y relacional, se ve fuertemente ligado a condiciones del medio ambiente y a las relaciones interpersonales, en especial, las relaciones afectivas que se establecen a través del tiempo.

De esta forma, la sexualidad es una dimensión constitutiva de las personas, que comienza y termina conjuntamente con la vida. En este proceso la familia juega un rol protagónico, constituyéndose los padres como los primeros y principales educadores sexuales de sus hijos e hijas.

La formación en sexualidad es un proceso de permanente aprendizaje para la vida, unido al crecimiento y desarrollo del ser humano. Es mucho más que entregar conocimientos de la biología y acerca de los elementos que intervienen en el proceso reproductivo de la especie. Consiste en un aprendizaje para vivir en sociedad, para el desarrollo socio-afectivo, social, cultural, valórico y espiritual de hombres y mujeres.

Como la sexualidad es un tema que a algunos avergüenza y sobre el cual los adultos no siempre tienen suficiente información, obramos en forma inadecuada, no hablamos sobre el sexo y la función que tiene en la vida de todo ser humano. Somos seres sexuales y todo lo que hacemos está teñido de este matiz, nacemos por reproducción sexual y nos criamos gracias a ella también. (Gamarra P, Iannacone J. , 2010)

Sin embargo, podemos cambiar las situaciones si aprendemos a hablar claro del tema. Esta claridad ayudaría a que los niños crezcan sabiendo que la sexualidad es un complemento del amor no un juego para pasar ratos de aburrimiento o para probar que se es grande o se domina al otro. Hablando claro, a tiempo y enfrentando el tema con la naturalidad que le corresponde, evitaremos que se enfrenten a la sexualidad cuando ya la parte genital es ejercida y cuando el torrente de hormonas es más fuerte que la razón.

Para autores como García R, Cortes A, Vila L, Hernández M, (2006) Tomar la vocería del asunto, ejerciendo nuestro papel de padres ayudaría a que los adolescentes no inicien su vida sexual – genital llevados por el placer que esto les produce, con la desinformación que sus otros iguales les transmiten y pensando que no son fértiles porque la función reproductiva de la sexualidad no se ha explicado; con la fantasía de que no procrearán porque son niños

pero recordemos que la función fisiológica es adecuada y claro que si pueden engendrar un nuevo ser.

A. La sexualidad adecuada en los adolescentes

1. Hable abiertamente del tema desde edades tempranas, siempre pensando en la capacidad del niño de entender lo que se está diciendo.
2. Hable en términos sencillos, claros y manejables para la edad en que se encuentra el niño.
3. Recuerde que somos seres sexuales, "tenemos el chip" que nos permite entender este tema, incluso desde lo instintivo, por lo tanto, mejor aún desde la razón.
4. No permita que otros niños informen a su hijo sobre sexualidad, tan pronto detecte que esto está pasando ofrézcale una explicación coherente y correcta.
5. Permítase sentir cuál es la expectativa de la edad y, porque no, pregúntele a ellos sobre sus inquietudes al respecto.
6. Hable sobre cada una de las funciones de la sexualidad
7. No haga diferencias entre niños y niñas, todos tenemos los mismos derechos y deberes frente a la sexualidad.
8. Recuerde su propio proceso aislando las razones sociales y culturales que lo rodeaban a usted, los tiempos cambian pero la sexualidad en el desarrollo humano no.
9. No niegue que su hijo está creciendo y que un día será un adulto, esto por más doloroso que parezca es la mejor actitud frente al crecimiento de

ellos, con ello los valoramos en su proceso y les damos un lugar en donde desarrollarse en confianza.

De esta manera lograremos que los niños tengan información amorosa, respetuosa, adecuada al ambiente que lo rodea y a la edad en que se encuentra. Y podrán enfrentarse a la sexualidad genital de manera responsable y adecuada.

1.3.3.3. Actitud Sexual:

A. Concepto de actitud:

Krech, Crutchfield y Ballachey definen las actitudes como sistemas duraderos de valuaciones positivas o negativas, sentimientos emocionales y tendencias a la acción favorable o contraria respecto de unos objetos sociales. Los cuales inciden en el comportamiento humano.

- **Actitud positiva:** La tienen aquellas personas que comprenden que la dimensión sexual es una fuente de riqueza que debe ser vivida en plenitud. Estas personas, mantienen ideas positivas, son abiertas y respetuosas hacia las demás opciones sexuales, no tienen dificultades para verbalizar cuestiones relacionadas con el sexo, y consideran que la educación sexual es muy necesaria. En definitiva son personas que se responsabilizan de su propia sexualidad.
- **Actitud negativa:** La tienen aquellas personas que tienden a pensar que todo lo relacionado con el sexo es peligroso, puede ser perjudicial, puede provocar dolor y vergüenza... Surgen de ellas emociones negativas asociadas tales como los sentimientos de culpa y los miedos y tienden a

pensar que la educación sexual es una cuestión demasiado delicada para tratar en el día a día (por ejemplo por parte de padres a hijos), por lo que delegan en expertos y se declaran incompetentes en esta materia.

B. Componente de las Actitudes:

a. Cognoscitivo: se refiere a los conocimientos, creencias de una persona acerca de un objeto determinado. En el conocimiento se encuentran juicios de valor que implican una valoración positiva o negativa.

Este componente también influye en las creencias de una persona acerca de las maneras adecuadas e inadecuadas a responder ante determinado objeto o situación.

b. Sentimental: son las emociones, sentimientos vinculados a un determinado objeto, el objeto puede ser vivenciado como placentero o des placentero, en esta carga emotiva lo que a las actitudes da un carácter motivacional o existente.

c. Reactivo o activo: se refiere a la inclinación para poder actuar de una manera determinada ante un objeto determinado. Si una persona mantiene una actitud favorable hacia un objeto se dispone a mantenerlo y aceptarlo. Así mismo si la actitudes negativa, dicha actitud será de rechazo o destrucción.

C. Formación de actitudes sexuales en la pubertad y adolescencia

Muchos cambios en las actitudes sexuales tienen su base en el prolongado periodo de la adolescencia, no obstante, los jóvenes de hoy en día se vuelven

físicamente maduros a una edad mucho menor que generaciones pasadas. (Arias L, Vásquez M, Dueñas E, García L, Tejada E. , 2011)

Tanto muchachos como muchachas lo único que les interesa en esta etapa es la atracción sexual que les permite el logro de popularidad, éxito, admiración y seguridad. En donde los adolescentes varones creen que su masculinidad depende de su capacidad como seductores; mientras más relaciones tienen con muchachas más masculinos se ven ante sí mismo y ante los ojos de sus camaradas.

Otra parte las muchachas deben aparecer y actuar “sexual” con el fin de atraer al mayor número posible de muchachos y tener tantas citas como consiga que son los símbolos en su grupo de compañeras para el éxito social y la popularidad, pero al mismo tiempo, la adolescente debe mantener la línea de decoro, es decir no llegar al acto sexual durante los primeros años de citas amorosas. (Ceballos, G. y Campo, A. , 2005)

“Los adolescentes a medida que creen y maduran comienzan a pensar cada vez de manera más independiente, se adhiere progresivamente con mayor intensidad a la influencia de los valores exteriores, en particular a los que sus compañeros de grupo. Otra influencia cultural sobre la formación de actitudes entre los jóvenes puede hallarse en el comercio cotidiano en el sexo, y lo hacen directamente por medio de las ventas de libros solo para adultos y de manera indirecta con las imágenes sexuales de los programas de la televisión, la cual de modo eficaz a promovido la idea de que la experiencia sexual en sí misma no solo es aceptable, sino que resulta la conducta esperada”. (Ceballos, G. y Campo, A. , 2005).pág.39.

Por lo general muestran signos de estar modificando sus actitudes hacia los muchachos a los trece años. Sin embargo la preferencia por amigos del sexo masculino desplazando a las amigas no se manifiesta hasta los catorce o quince años.

Durante la adolescencia mejora de modo progresivo la opinión de los varones tienen en sí mismo, por lo contrario sucede con las actitudes de las muchachas hacia su propio sexo. En tanto que las actitudes femeninas hacia su propio sexo se deterioran y las que manifiestan hacia el otro sexo registran una mejora. (Navarro, 2006).

1.4. LA FAMILIA

1.4.1. Concepto de familia

La familia es una parte de la sociedad, en donde cada miembro evoluciona, se desenvuelve interactuando con factores internos (biológicos, emocionales, psicológicos) y externos (sociales). Al hablar de familia desde una perspectiva sistémica se la concibe como un todo diferente a la suma de sus partes, la familia es un sistema que se encuentra constituida por una red de relaciones y conformada por subsistemas. Cada familia está formada por un grupo de individuos que se encuentran regidos por normas y reglas sociales de comportamiento, están interrelacionados a través de su formación van desarrollando patrones culturales, tradicionales, políticos y religiosos, tratando de lograr la satisfacción emocional e individual de cada uno de los integrantes para su mejor desarrollo. (Hernández, 2005) “Como tal la familia es la matriz de la identidad y del desarrollo psicosocial de sus miembros y en este sentido debe acomodarse a la sociedad y garantizar la continuidad de la cultura a la que corresponde”. (Quintero, 2007)

Tipos de Familia.

Para el desarrollo se ha considerado la clasificación propuesta por Martínez Estévez & Inglés, 2015, quienes presentan la siguiente clasificación:

- a) **Familia nuclear:** Formada por los esposos unidos en matrimonio y sus hijos.
- b) **Familias nucleares simples:** formadas por los esposos integrada por la pareja sin hijos.
- c) **Familias en cohabitación:** referida a la convivencia de una pareja.
- d) **Hogares unipersonales:** cuando una persona vive sola, sea mujer o varón, joven soltero, persona adulta separadas o divorciada o anciana (viudez).
- e) **Familias monoparentales:** conformada por la mamá o el papá con al menos un hijo menor de dieciocho años.
- f) **Familias reconstituidas:** cuando se rehace una familia después de una separación, divorcio o viudez.
- g) **Familias con hijos adoptivos:** que teniendo hijos o no, adoptan uno o más hijos.
- h) **Familias polinucleares:** cuando deben afrontar económicamente dos hogares el actual y un hogar monoparental producto de un divorcio o separación.
- i) **Familias extensas:** cuando incluyen tres o más, integrado por abuelos, los tíos y los primos (Martínez Estévez, & Inglés, 2015).

Familia funcional

Una familia funcional es que promueve un desarrollo favorable para todos sus miembros, teniendo jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad para adaptarse al cambio.

La familia funcional tiene la capacidad de manejar la proximidad y la distancia entre sus miembros, logrando el contacto afectivo y cálido entre todos; pero al mismo tiempo

siendo capaces de permitir que cada uno tenga sus propios espacios para sus actividades personales y su vida social independiente.

Las relaciones afectivas entre todas las personas pertenecientes a la familia se dan de manera horizontal; sin embargo, se guarda la jerarquía entre las personas de autoridad y los hijos. En una familia funcional *NO todo es democrático*.

Las familias funcionales, a diferencia de las disfuncionales, satisfacen, aunque sea en los rangos mínimos, las necesidades materiales como la alimentación, techo, salud, educación y diversión.

El contexto familiar de una familia funcional proporciona a sus miembros una sensación de pertenencia y aceptación que contribuye a desarrollar la identidad personal y la autonomía de las personas que lo conforman. (Enge, Margorie, 2004).

Sus vínculos emocionales son generalmente estables y sólidos, sobre todo en el caso de necesitarse para enfrentar una dificultad o amenaza.

Características de una familia funcional

- a. Se escuchan unos a los otros, hablando claro.
- b. Se aceptan las diferencias, los desacuerdos y los errores de cada quien, con juicio crítico.
- c. Se acepta la individualidad.
- d. Se promueve la madurez.
- e. Todos se miran cara a cara cuando hablan.
- f. Hay armonía en las relaciones.
- g. Se demuestran y manifiestan mucho contacto físico entre unos y otros.

- h. Se hacen planes juntos y todos disfrutan el compartir juntos.
- i. Todos son honestos y sinceros entre ellos.

Familia disfuncional

Una familia disfuncional es una *familia* en la que *los conflictos*, la mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se produce continua y regularmente, lo que lleva a otros miembros a acomodarse a tales acciones.

Las familias disfuncionales son principalmente el resultado de adultos *codependientes*, y también pueden verse afectados por las adicciones, como el abuso de sustancias (*alcohol*, drogas, etc.). (Manual de Diagnóstico de relación y de la Familia de Florencia patrones disfuncionales W. Kaslow c. 1996)

Las familias disfuncionales no tienen ningún límite social, ni financiero, ni intelectual. Sin embargo, hasta décadas recientes, el concepto de una familia disfuncional no fue tomada en serio por los profesionales (terapeutas, trabajadores sociales, maestros, consejeros, clérigos, etc.), especialmente entre las clases media y alta. Cualquier intervención habría sido vista como una violación de la santidad del matrimonio y un aumento en la probabilidad de divorcio (que era socialmente inaceptable en la época).

Características comunes de la familia disfuncional

Las siguientes características se presentan en las familias más disfuncionales:

- a. La falta de *empatía*, comprensión y sensibilidad hacia ciertos miembros de la familia, mientras que, por otro lado, la expresión de empatía extrema hacia uno o más miembros de la familia (o incluso *mascotas*) que tienen "necesidades especiales" (reales o percibidas).

- b. *Negación* (la negativa a reconocer el comportamiento abusivo, también conocida como el "*elefante en la habitación*").
- c. Inadecuados o inexistentes límites para uno mismo (por ejemplo, tolerar el tratamiento inadecuado de los demás, fallar en expresar lo que es un tratamiento aceptable e inaceptable, tolerancia de abuso emocional, sexual, o físico).
- d. La falta de respeto de los límites de los otros (por ejemplo, deshacerse de objetos personales que pertenecen a otros, el contacto físico que no le gusta a otra persona, romper promesas importantes sin causa justificada o violar a propósito un límite que otra persona ha expresado).
- e. Extremos en *conflicto* (ya sea demasiada lucha o argumentación y/o insuficiente entre los miembros de la familia).
- f. *Desigualdad* o trato injusto de uno o más miembros de la familia debido a su sexo, edad, habilidades, raza, posición económica, etc. (puede incluir frecuente actitud de apaciguamiento de un miembro a expensas de otros, o una desigual aplicación de las normas).
- g. Aunque no universales, los siguientes síntomas son típicos de las familias disfuncionales:
- h. Niveles anormales altos de *celos* u otros comportamientos controladores.
- i. ***Padres divorciados o separados*** en conflicto permanente, o padres que se deben separar, pero no lo hacen.
- j. Falta de tiempo compartido, sobre todo en actividades recreativas y eventos sociales "Nunca hacemos nada como una familia".
- k. Anormal comportamiento sexual entre los miembros como el *adulterio*, la *promiscuidad*, o *incesto*.

1. Los niños tienen *miedo* de hablar de lo que está sucediendo en el hogar (dentro o fuera de la familia), o tienen de otra manera miedo de sus padres. Miembros de la familia que reniegan unos de los otros, y/o se niegan a ser vistos juntos en público.

1.3.5.3 Rol de la Trabajadora Social frente al embarazo adolescente.

El objeto de Trabajo Social se sitúa en la delicada intersección entre los procesos de reproducción cotidiana de la experiencia, los obstáculos o dificultades que tienen los sectores subalternos para la reproducción, y los procesos de distribución secundaria del ingreso. Trabajo Social interviene en los procesos de encuentro de los sujetos con los objetos de su necesidad, y en ese tránsito modifica no sólo condiciones materiales, sino también representaciones y relaciones sociales cotidianas y con otras instancias de la dinámica social familiar.

El rol de la Trabajadora Social se orienta a indagar con los adolescentes sus necesidades para que a partir de sus potencialidades se realice el abordaje a la problemática que le pueda estar afectando mediante la identificación de soluciones para mejorar la calidad de vida (Carricondo & Bleisen, 2014).

1.5. Antecedentes Investigativos

- Pérez Arnoldo y Col. Realizaron un estudio en 61 adolescentes embarazadas y 122 no embarazadas, para determinar los factores sociales asociados a la gestación precoz en el área de salud del Policlínico Docente “28 de setiembre” de Santiago de Cuba, durante 2007, demostraron que la maternidad a destiempo está condicionada por múltiples factores, entre los cuales revisten particular importancia los psicosociales, considerados como la causa principal de este problema de salud. Se

aprecia que alrededor de la tercera parte de los casos (73.8%) de embarazo precoz poseen factores sociales asociados como inestabilidad familiar y no convivir con los padres, mientras que más de la mitad (67.2%) poseía una educación sexual deficiente.

- Las publicaciones realizadas por Ruoti M. y Col, “Sexualidad y embarazo adolescente”; Elster A. B., Lamb: “The medical and Psychosocial impact of comprehensive care on adolescent pregnancy and parenthood” y de Villasaca P. sobre “La embarazada y la madre adolescente”, destacan que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (73% al 93%).
- Chirinos de Cora, en su artículo: “*Embarazo en la adolescencia*”, manifiesta que ha observado un incremento del embarazo en las adolescentes y considera que esto se debe a múltiples factores (2000), entre los cuales menciona la constitución de la familia, las condiciones sociales y culturales y los medios de comunicación masiva. La familia y las condiciones socioeducativas constituyen un factor esencial, porque generalmente las madres adolescentes provienen de hogares mal constituidos, hogares de madres solteras, divorciadas, sin comunicación adecuada de padres a hija, con un nivel educativo bajo, donde no se da importancia a la educación sexual. Los medios de comunicación masiva influyen en las relaciones sexuales, si bien en ellos se incluyen temas de educación sexual, también se ven programas con cierto grado de erotismo, que son observadas por los niños y pueden influir en el inicio de la vida sexual a una edad temprana.
- El Instituto Materno Perinatal y el Ministerio de Salud, publicaron en el mes de mayo del 2010, el Manual de Adolescencia y Salud Reproductiva, en el cual expone que la maternidad precoz constituye un problema social, al estudiar 1040 gestantes

adolescentes que acudieron al servicio de adolescencia. Dentro de los resultados obtenidos figura que el 43 % son madres solteras; el 54% viven en unión estable conjuntamente con sus padres de los que dependen económicamente y el 3 % son casadas. El 62 % de las adolescentes son limeñas, hijas de migrantes, el 80% tienen instrucción secundaria y sólo el 20 % ha culminado este nivel; el 16 % ha concluido su instrucción primaria. Las iletradas representan el 0.5%, quienes presentan problemas para incorporarse al mercado laboral formal; optando por realizar actividades informales y marginales. El 62 % de las adolescentes se encuentran desempleadas, dedicadas al hogar; dicha situación está condicionada por su estado de embarazo, que les obliga a interrumpir los estudios y cualquier actividad remunerada a depender del apoyo de la pareja, padres y otras personas. El 10 % trabajan desempeñando oficios minoritarios o como empleadas del hogar, y el 28% acuden a la escuela en estado de gestación; el tipo de familia de la que proceden está familia es constituida en un 48 % y el 38 % está desintegrada; el 14 % pertenecen a familias incompletas; el 5 % refieren consumo de alcohol y el 4% drogas.

1.5.1. Antecedentes nacionales

Gutiérrez T. Investigó: “*Situación sociofamiliar y nivel de autoestima de la madre adolescente*” en este estudio incluyó a 267 adolescentes entre 12 y 20 años; entre los resultados con relación a la variable de situación sociofamiliar, se obtuvieron que en la dimensión personal, la edad promedio es 17 años, se dedican a las labores del hogar el 84%; viven en unión libre el 52%, tienen primaria básica. En la dimensión obstétrica tuvieron un embarazo el 57%; el 66% tiene actualmente un hijo, 75% inició vida sexual activa entre los 12 y los 16 años. En la dimensión familiar el 62% pertenecen a familias nucleares; 51% de los casos de los padres

están casados, 44% viven actualmente con su pareja. En 70% tiene una comunicación armoniosa intrafamiliar. El nivel de autoestima de la madre adolescente en 54% es correcto y 46 % tiene autoestima narcisista.

Gudiel y Caffaro, realizaron un estudio: *“Perfil social de las madres adolescentes”*, en donde manifiestan que el embarazo adolescente es un problema social importante incluyeron 210 madres adolescentes de las cuales las menores tenían entre 13 a 17 años el 51.4 % estaban entre 15 y 17 años. El 48.1% convivía. El 58.1 % de madres no trabajaba y el 88.6 % eran primigestas.

Pardo. Realizó una investigación de tipo exploratorio de los *“Niveles de autoestima en adolescentes gestantes en el Instituto Materno Perinatal”*; las conclusiones a las que llegó es que de las 200 gestantes adolescentes que fueron estudiadas tienen un nivel de autoestima medio bajo en el 66%. El 29.5% un nivel de autoestima medio alto y el 5.5% presenta un nivel de autoestima bajo y sólo un 5.5% un nivel de autoestima alto.

Ávila Gálvez, realizó un estudio: *“Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia, año 2000”* en adolescentes entre 10 y 19 años, del sexo femenino, con 53 casos que se embarazaron, y el control con 106 adolescentes que no lo hicieron. Se compararon diferentes aspectos de la sexualidad, esfera familiar y socio demográficos, con el fin de determinar la influencia de algunos aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia. Algo más de la mitad de la población estudiada clasificó en el rango de adolescencia tardía (17 a 19 años); en el grupo de estudio más de la tercera parte de las adolescentes ni estudiaba ni trabajaba; los padres son divorciados (79.3 %) superaron al control (71.8 %). El grupo de estudio superó al control en cuanto a adolescentes criadas solo por la madre (41.5 %). En el

control, la madre y el padre estuvieron presentes en el mayor porcentaje (35.9%) En ambos grupos fue mayor la presencia de familias moderadamente disfuncionales, y fueron superadas por el grupo estudio (70.7% respectivamente).

1.5.2. Hipótesis

Es probable que los embarazos en adolescentes se relacionan significativamente con la información sobre la educación sexual, de los adolescentes del centro de salud 15 de Agosto del Distrito de Paucarpata - Arequipa 2016’.

2. Planteamiento Operacional

2.1. Técnicas e Instrumentos

2.1.1. Técnica

La técnica que se utilizó en la recolección de datos fue la encuesta. Para medir las variables se asignara un puntaje a la respuesta de los adolescentes tanto para los conocimientos y actitudes.

2.1.2. Instrumento

El instrumento aplicado es el cuestionario que es un instrumento utilizado para recolectar datos.

El instrumento será la ficha de datos de las adolescentes embarazadas

2.2. Campo de Verificación: Ámbito Geográfico

Centro de salud 15 de Agosto del Distrito de Paucarpata - Arequipa 2016.

2.3.Unidades de Estudio

Para el desarrollo de la presente investigación, se realizará un estudio de la población que está conformada por 16 madres adolescentes asistentes a los diferentes programas de orientación sexual y reproductiva del Centro de Salud 15 de agosto del distrito de Paucarpata.

2.4.Temporalidad

Esta investigación se realizó entre los años 2016 a 2017 de Octubre a Marzo, se trabajó con información recogida del Centro de Salud.

2.5.Estrategias de Recolección de Datos

Primeramente la coordinación con el servicio de ginecología y obstetricia con la finalidad de poder aplicar el cuestionario a las adolescentes y obtener información mediante el mismo.

Las graduandas han elaborado el instrumento realizándose una prueba previa para comprobar una buena comprensión y grado de dificultad. Se considera el anonimato de los adolescentes para poder obtener mayor confiabilidad por parte de los adolescentes y poder brindar una información fidedigna al presente estudio. Para un análisis posterior de datos se utilizará la estadística descriptiva.

CAPÍTULO II

PRESENTACION Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

1. Proceso de Recolección de Datos

La variable independiente se observará como una variable cuantitativa, con el fin de comparar las medidas y tendencias. Se utilizarán, como datos estadísticos descriptivos, las medidas de tendencia central, como la media, la desviación estándar, el mínimo el máximo. También se utilizarán las comparaciones para establecer patrones de conducta y mostrar un análisis diferencial.

2. Análisis y Presentación de Resultados

La entrega de los resultados del estudio realizado a los adolescentes del Centro de Salud de 15 de agosto del distrito de Paucarpata, Arequipa, se realiza mediante tablas estadísticas con la información recopilada a través del instrumento de investigación lo que ha facilitado la presentación y sistematización de los resultados.

2.1 Datos Generales

Tabla 1

Grado de Instrucción de las adolescentes embarazadas

Respuesta	Fr	%
Primaria completa	1	6.3
Primaria incompleta	0	0.0
Secundaria completa	2	12.5
Secundaria incompleta	11	68.8
Superior	1	6.3
No Respondió	1	6.3
Total	16	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes de Centro de Salud 15 de Agosto Paucarpata 2016- 2017

Interpretación:

El 68,8% tienen un nivel de instrucción de secundaria incompleta, el 12,5% secundaria completa y un 6,3% primaria completa y superior respectivamente. Esta información permite analizar la situación educativa de la adolescente, siendo un factor social de riesgo el hecho de encontrarse en un nivel de secundaria incompleta, siendo un indicador importante para intervención de la trabajadora social. Este nivel bajo educativo se convierte en una limitante hacia la construcción de una maternidad responsable, convirtiéndose en algunos casos en un obstáculo por la necesidad educativa insatisfecha que podría ocasionar frustraciones al no haber concluido el sistema escolar (Cervantes, 1993).

Tabla 2

Con quien vive la adolescente

Respuesta	Fr	%
Papas	4	25.0
Uno solo (papá o mamá)	8	50.0
Otro familiar	3	18.8
Personas ajenas	1	6.3
Total	16	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes de Centro de Salud 15 de Agosto Paucarpata 2016- 2017

Interpretación:

El 50,0% viven con un solo padre o madre de familia, el 25,0% vive con el papá y finalmente el 18,8% vive con otro familiar. Esta información permite precisar que el tipo de familia de donde procede el adolescente es mono parental ya que viven con uno solo de los padres quedando la adolescente con un espacio vacío que le generaría un estado de necesidad emocional, siendo un indicador del soporte familiar que reciben estas adolescentes para enfrentar esta nueva etapa de su vida.

Tabla 3

Relación con los padres de familia

Respuesta	Fr	%
Buena	2	12.5
Parcial	10	62.5
Mala	4	25.0
Total	16	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes de Centro de Salud 15 de Agosto Paucarpata 2016- 2017

Interpretación:

El 62,5% de las adolescentes presentan una comunicación parcialmente asertiva con los padres, el 25% una mala comunicación y el 12,5% indican una buena comunicación con sus padres. La comunicación es uno de los factores familiares protectores que se debe fomentar en la familia, debido a que la adolescente atraviesa por un proceso de autonomía en esta etapa de su vida, requiriendo una adecuada relación y comunicación con los padres y familiares para desarrollar habilidades para la vida en sociedad, con los que pueda hacer frente a los cambios posteriores en su adultez, entre ellos cabe mencionar habilidades en comunicación, habilidades para negociación, y la resistencia ante la presión entre compañeros de trabajo (Carrión, 2014). Este aspecto de comunicación con los padres afecta la calidad de vida familiar cuando es incompleta los adolescentes buscan en los amigos y compañeros de colegio extendiendo más probabilidades de tener un embarazo no deseado.

2.2 Orientación sobre sexualidad

Tabla 4

Conocimiento sobre educación sexual y reproductiva de las adolescentes

Respuesta	Fr	%
Sí total	4	25.0
No	3	18.8
Si parcial	9	56.3
Total	16	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes de Centro de Salud 15 de Agosto Paucarpata 2016- 2017

Interpretación:

El 56,3% de las adolescentes refieren tener conocimientos de manera parcial sobre educación sexual y reproductiva, mientras que si conocen un 25% y un 18% dice no tener conocimiento total. Se puede referir que la educación sexual es de singular manera en los adolescentes de gran importancia que toda familia y sociedad debe perseguir ya que la educación sobre este tema protege directamente a los adolescentes de embarazos no deseados generando a posterior un plan de *prevención social* con el que se reduce la carga social que se enfrentarían cada vez que surgen nuevas situaciones de riesgo social. Celestino, A. (2001). La educación sexual no es solo un problema de la familia o de la escuela, de las instituciones sociales y otros actores. Requiere la acción educativa de todos los instrumentos con que cuenta la sociedad.

Tabla 5

El limitado conocimiento de los temas de salud sexual y reproductiva condiciona a las adolescentes en adoptar estilos de vida saludable y desencadenando en embarazos precoces

Respuesta	Fr	%
Sí considero	13	81.3
No considero	0	0.0
Tal vez	3	18.8
Total	16	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes de Centro de Salud 15 de Agosto Paucarpata 2016- 2017

Interpretación:

El 81,3% de las adolescentes sí consideran que el limitado conocimiento de los temas de salud sexual y reproductiva las condiciona como adolescentes en adoptar estilos de vida saludable desencadenando en embarazos precoces, un 18,8% tal vez lo considera así.

El embarazo en esta etapa tan vulnerable hace recuento en la vida de las adolescentes que de haber tenido mayor conocimiento sobre temas sexuales hubieran podido evitar el embarazo precoz, a lo que cabe señalar que una escasa comunicación sobre educación sexual, confusa e inadecuada forma de vivir con un modelo de socialización familiar conflictivo, hacen que la adolescente se encuentre en un medio de circunstancias de riesgo social que finalmente la llevan a un embarazo no deseado.

Fomentar las relaciones de comunicación y confianza familiar como parte de una comunicación asertiva sería de gran ayuda para prevenir los embarazos precoces en las adolescentes.

Tabla 6

Métodos anticonceptivos que conoce

Respuesta	Fr	%
Preservativo masculino	6	37.5
Inyectables	3	18.8
Píldoras anticonceptivas	5	31.3
Condón femenino	1	6.3
Total	16	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes de Centro de Salud 15 de Agosto Paucarpata 2016- 2017

Interpretación:

El 37,5% conoce el preservativo masculino, el 31,3% las píldoras anticonceptivas y el 18,8% los inyectables, frente al 6,3% conoce el condón femenino. Las adolescentes embarazadas en un 43,8% recibieron conocimientos en su centro de estudios (Tabla 9 y 10) señalan también que se informaron sobre este tema a través de medios de comunicación 31,3% (Tabla9) las adolescentes embarazadas afirman que sus padres no les hablaron sobre embarazo adolescente 56,3% (Tabla 12).

Si bien las adolescentes manifiestan conocer sobre los métodos anticonceptivos, existen barreras que conllevan al no uso de éstos, así tenemos el acceso a los anticonceptivos ya sea por factores económicos y/o culturales, deficiente comunicación con los padres y/o enamorado (pareja), ocasionando embarazos no deseados y cierto desequilibrio físico socio emocional en la adolescente (Lugones, Prado, Calzada & Córdova, 2001). Fomentar el diálogo entre las adolescentes y su familia y el equipo de salud es importante como forma de intervención social para la toma de decisiones de manera informada, voluntaria y adecuada a cada contexto particular.

Tabla 7

Edad de la primera relación sexual

Respuesta	Fr	%
12 - 13 años	2	12.5
14 - 15 años	9	56.3
16 - 17 años	5	31.3
Total	16	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes de Centro de Salud 15 de Agosto Paucarpata 2016- 2017

Interpretación:

El 56,3% de las adolescentes embarazadas tuvieron su primera relación sexual entre 14 y 15 años, 31,3% entre 16 y 17 años y un porcentaje menor 12,5% entre 12 y 13 años de edad. Muchos cambios en las actitudes sexuales tienen su base en el prolongado periodo de la adolescencia, no obstante, los jóvenes de hoy en día se vuelven físicamente maduros a una edad mucho menor que generaciones pasadas. (Arias L, Vásquez M, Dueñas E, García L, Tejada E. , 2011). Unos indicadores importantes para el desarrollo de acciones preventivas no solo dirigidas a las adolescentes no sean tan altamente vulnerables a situaciones de riesgo a la que se exponen principalmente cuando están carentes de un ambiente familiar que favorece su normal desarrollo.

Tabla 8

Padres hablan sobre temas de sexualidad

Respuesta	Fr	%
Sí	2	12.5
A veces	4	25.0
No	10	62.5
Total	16	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes de Centro de Salud 15 de Agosto Paucarpata 2016- 2017

Interpretación:

El 62,5% de los padres de las adolescentes no les hablaron sobre educación sexual, es decir lo hicieron de una manera circunscrita, el 25,0% a veces les hablaron sobre educación sexual y un 12,5% sí les hablaron sobre temas de sexualidad. A pesar del avance de la ciencia y la tecnología, los prejuicios de las familias por hablar sobre sexualidad con sus hijos aún son evidentes, según los datos que proporciona este estudio. Tradicionalmente, la formación en sexualidad se ha considerado como parte de la tarea educativa de la familia, pero sigue siendo un tabú y son las mismas adolescentes las que buscan información para satisfacer su curiosidad sobre el desarrollo sexual a través de su grupo de amigos, a pesar de que el sistema educativo y de salud tiene diseñado programas de educación sexual para prevenir el embarazo precoz en adolescentes, estos no han dado los resultados esperados (Alvarado S., 2003)

Tabla 9

Dónde obtuvo información sobre educación sexual

Respuesta	Fr	%
En el Centro de Salud	3	18.8
En el Centro de Estudios	7	43.8
Medios de comunicación	5	31.3
Total	16	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes de Centro de Salud 15 de Agosto Paucarpata 2016- 2017

Interpretación:

El 43,8% de las adolescentes obtuvieron información en su centro educativo, 31,3% lo hicieron a través de los medios de comunicación y un 18,8% lo hicieron a través del Centro de Salud. Estos datos confirman que las adolescentes adquieren información referente a educación sexual a través de su centro educativo, siendo la familia el primer grupo social que le rodea desde su nacimiento y que sin embargo no asume la responsabilidad de brindar educación sexual a las adolescentes a fin de que puedan tomar decisiones vitales para culminar su proyecto de vida.

Tabla 10

Institución educativa informa sobre educación sexual

Respuesta	Fr	%
Sí	9	56.3
A veces	7	43.8
No	0	0.0
Total	16	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes de Centro de Salud 15 de Agosto Paucarpata 2016- 2017

Interpretación:

El 56,3% de las adolescentes embarazadas se informaron sobre educación sexual en su Centro Educativo, 43,8% A veces se informó. Estos datos confirman que las adolescentes se informan sobre educación sexual en el Centro Educativo, siendo la familia es el grupo social que lo rodea desde que nace y debería brindar educación sexual como parte de su responsabilidad social.

2.3 Embarazo adolescente

Tabla 11

Centro de Salud capacita la prevención de embarazo a temprana edad

Respuesta	Fr	%
Sí	7	43.8
A veces	6	37.5
No	1	6.3
Total	16	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes de Centro de Salud 15 de Agosto Paucarpata 2016- 2017

Interpretación:

El 43,8% de las adolescentes informaron que en Centro de Salud capacita la prevención de embarazo a temprana edad, el 37,5% indicaron que a veces y un 6,3% que no lo hacen.

La unidad de Trabajo Social identifica los factores de riesgo social como es el embarazo en adolescentes por tanto brinda la capacitación y la atención que requiere las adolescentes y su familia que es personalizada y socio preventiva, evaluando la situación socioeconómica de las usuarias a fin de brindar apoyo orientando y sensibilizando en esta etapa de vulnerabilidad.

Tabla 12

Padres brindan conocimiento sobre embarazo adolescente

Respuesta	Fr	%
Si lo hicieron	3	18.8
No lo hicieron	9	56.3
De manera Regular	4	25.0
Total	16	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes de Centro de Salud 15 de Agosto Paucarpata 2016- 2017

Interpretación:

El 56,3% de Padres no brindan conocimiento sobre embarazo adolescente, el 25% lo realiza de manera regular y un 18,8% si brindaron conocimiento sobre embarazo adolescente. La tarea de formación sexual se ha considerado como parte de la formación educativa familiar y los padres evaden esta responsabilidad por temor evitando que los adolescentes accedan al conocimiento y puedan adquirir habilidades para enfrentarse a una situación de riesgo como es el embarazo no deseado en adolescentes.

Tabla 13

Causa probable de los embarazos en adolescentes

Respuesta	Fr	%
Mal uso de métodos anticonceptivos	4	25.0
Deficiente información en educación sexual	6	37.5
Familia disfuncional	5	31.3
Bajo nivel económico	0	0.0
Por curiosidad	1	6.3
Total	16	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes de Centro de Salud 15 de Agosto Paucarpata 2016- 2017

Interpretación:

El 37,5% de las adolescentes considera que la causa probable de los embarazos en adolescentes es la *deficiente información en educación sexual*, el 31,3% cree que es por tener una *familia disfuncional* y un 25% cree que se deba a un mal uso de los anticonceptivos, pero aquí podemos mencionar que los padres no enseñaron a sus hijos sobre temas de educación sexual ni embarazo prematuro (Tablas 8 y 12).

Tabla 14

Embarazo estropea el proyecto de vida

Respuesta	Fr	%
Sí	9	56.3
No	3	18.8
Tal vez	4	25.0
Total	16	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes de Centro de Salud 15 de Agosto Paucarpata 2016- 2017

Interpretación:

El 56,3% de las adolescentes indica que sí el embarazo estropea el proyecto de vida, el 25% indica que tal vez estropearía su proyecto de vida y un 18,8% afirma que no lo estropearía.

Un ambiente familiar crítico y conflictivo puede haber llevado a la adolescente a la iniciación sexual, además de compañía grata del sexo opuesto, la posibilidad de un embarazo como alternativa de escape y construcción de una nueva vida, por lo general, no llega pero sí complica el futuro adolescente, altera su proyecto de vida personal que hubiera concluido si otras hubieran sido las circunstancias.

Tabla 15

Mejor edad para tener hijos

Respuesta	Fr	%
A partir de los 18	4	25.0
A partir de los 24	3	18.8
A partir de los 28	6	37.5
A partir de los 30	3	18.8
Total	16	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes de Centro de Salud 15 de Agosto Paucarpata 2016- 2017

Interpretación:

El 37,5% de las adolescentes indica que la mejor edad para tener hijos es a partir de los 28 años, un 25% indicó que es a los 18 años y un 18,8% a los 30 años. Las mujeres a los veinte todavía están progresando en sus carreras y la mayoría no han alcanzado la estabilidad suficiente que les podría permitir preocuparse por la crianza de un hijo. Los diferentes tipos de relaciones que existen hoy en día y la tardanza en estabilizarse con una pareja también contribuyen a que retrase la edad en que se siente seguridad suficiente como para tener y criar un hijo. Por lo tanto, tener un hijo antes de los 30 en la actualidad parece sumar preocupaciones y estrés a situaciones ya de por sí poco estables, que pueden derivar fácilmente en problemas de salud o dificultades financieras. A esa edad en cambio, la mujer ya ha podido lograr objetivos profesionales y se puede encontrar en una situación financiera lo suficientemente estable como para plantearse tener un primer hijo.

2.4 Comprobación de hipótesis

Los resultados hallados muestran que la hipótesis que se plantea se muestran valores de relación entre el embarazo adolescente y la información sexual.

Interpretación:

La hipótesis planteada por las titulandas fue:

Dado que los embarazos en adolescentes es un tema de salud pública debe de ser abordado desde una atención integral e interdisciplinaria, requiere del conocimiento de diversos factores socio familiares que colocan a la adolescente en situaciones de riesgo frente al inicio temprano de relaciones sexuales.

Es probable que la educación sexual esté relacionada al embarazo de adolescentes en del centro de salud 15 de Agosto del Distrito de Paucarpata Arequipa.

Es a partir de los resultados obtenidos del total de adolescentes encuestadas, que se realiza un análisis respecto a las dos variables que guiaron el estudio; así se tiene que la edad de inicio de las relaciones sexuales de las adolescentes fue entre 14 y 15 años de edad 56,3%, lo que nos permite conocer el rango de edad del inicio temprano de relaciones sexuales. El 68,8% tienen un nivel de instrucción de secundaria incompleta, convirtiéndose en un factor de riesgo social que las expone a otros factores familiares como el tipo de familia que provienen que es monoparental (con un solo padre o madre) 50% y se debe a familias disfuncionales 31,3%.

Por otro lado, factor relacionado con la problemática que afecta a las adolescentes es que la relación con sus padres es parcial 62,5% en este contexto social los padres tratan de brindar información sobre educación sexual pero ellos la obtienen de su Centro Educativo en un

48,3% y de sus padres no la obtienen con un 62,5% ya que para ellos aun a pesar de los avances tecnológicos lo siguen considerando como tabú.

En este contexto socio familiar de limitaciones de la comunicación con los padres de familia, que las adolescentes buscan información sobre educación sexual y la obtienen de otros medios 31,3% y tienen su primera relación sexual entre los 14 y 15 años 56,3%, siendo muchas veces información que no fortalece la capacidad de toma de decisiones ante situaciones como el inicio temprano de relaciones sexuales, así las adolescentes se informaron en la escuela 48,3% y a través de otros medios en 31,3%..

Las adolescentes al quedar embarazadas su vida cotidiana cambia y deben asumir nuevas responsabilidades como es el cuidado del bebé o sostener el nuevo hogar, esto se suma a que tienen secundaria incompleta (68,8%, Tabla 1) tendrían muchas menos opciones laborales o pasarían a convertirse en una carga familiar para el padre de familia con el que viven.

Finalmente, las adolescentes piensan que pudieron haber evitado el embarazo si hubieran tenido una mayor información en educación sexual y reproductiva 37,5%, o hubiesen aprendido a usar mejor los anticonceptivos 25,0% pero no tuvieron esa educación en el seno familiar ya que sus padres no le hablaron de educación sexual 62,5% porque la comunicación con ellos es inadecuada y parcializada en 62,5% y la mayoría provienen de hogares disfuncionales 31,3%, también son conscientes que la falta de información en educación sexual y reproductiva estropeó su proyecto de vida 56,3% y que la edad más adecuada para tener hijos es a partir de los 28 años cuando ya han alcanzado metas personales y han madurado psicológicamente y mantienen una estabilidad económica. El análisis de esta información permite determinar el rol de la familia que ante la prevención del embarazo y la educación sexual de los hijos, el trabajo directo con los padres de familia dando a conocer los factores de riesgo a los que se exponen los adolescentes los convierte en una población

altamente vulnerable resaltando que deben incidir en la creación de un ambiente familiar que favorezca el normal desarrollo del adolescente para que logre sus objetivos personales como la construcción de un proyecto de vida.

3. Diagnóstico Social

3.1. Ubicación y Reseña Histórica.

La Microred 15 de Agosto se encuentra ubicada en la calle Salaverry 707, en el distrito, provincia y departamento de Arequipa.

Reseña Histórica

En el año 1978, la Directiva del Pueblo Joven Ampliación Paucarpata acuerda ceder parte del terreno designado como local social, para la construcción de un Puesto de Salud con el propósito de contar con Servicios Médicos para la población del lugar.

La Posta de Salud, entra en funcionamiento el 29 de enero de 1981, el Ministerio de Salud construye 03 ambientes de material noble, el Comité de Salud, colabora con los trabajos para los servicios básicos. Así en un área reducida entra en funcionamiento la POSTA DE SALUD, brindando servicios generales de Medicina, Obstetricia, Odontología y Enfermería.

Se eleva a categoría de Centro de Salud con fecha 01 de abril de 1983, bajo la Jefatura del Dr. Luis Gallegos y luego el Dr. Raúl Miranda Aróstigue.

En el año 1993, la jefatura es asumida por la Dra. Roxana Aguilar Acosta, quien conformó una Asociación denominada AFOSMI (Asociación para el Fortalecimiento de Salud Materno Infantil) y se presenta un proyecto ante la

Institución CARE FIS (ONG Fortalecimiento de Instituciones de Salud) construyéndose así el Módulo de Maternidad.

En el año 1996, se construye el segundo piso con apoyo de la Municipalidad Distrital.

En octubre del año 1997, asume la jefatura la Dra. Yvonn Tejada Paredes, construyéndose el Auditorio con recursos propios del establecimiento; posteriormente se gestiona ante CTAR y la Municipalidad la ampliación del establecimiento y se firmó un convenio en el año 2000, por un monto de 170,775.90, siendo el núcleo ejecutor la Municipalidad Distrital de Paucarpata.

En esta gestión también se instaló la Defensoría de la familia haciendo convenio con jóvenes del Instituto del Ciudadano, reconocida en el año 2000 a nivel nacional por PROMUDEH.

VISIÓN

La Micro red 15 de Agosto, y sus establecimientos de salud Centro de Salud 15 de Agosto, Centro de Salud Miguel Grau B, Puesto de Salud Miguel Grau A y Puesto de Salud Miguel Grau CD, tienen como visión promover la salud integral de todos los habitantes del sector proponiendo y conduciendo lineamientos de políticas sanitarias orientadas a la concertación con todos los sectores públicos realizando un control de los problemas de salud en la población.

MISIÓN

Contribuir a mejorar el nivel de salud y calidad de vida de las comunidad del Distrito de Paucarpata, con la participación activa y coordinada de todos los

actores sociales, con adecuada toma de decisiones en la congestión para brindar salud con calidad y eficiencia, priorizando a la población de mayor riesgo en salud.

3.2.Principales Características.

El Centro de Salud 15 de Agosto de Paucarpata tiene como funciones generales

El sistema de atención de la salud en distrito de Paucarpata se trabaja bajo la modalidad CLAS en la que integran representantes de la comunidad y tiene como finalidad mejorar el estado de salud y calidad de vida de cada habitante y tiene como funciones generales las siguientes:

- a) Lograr el aseguramiento en salud de la población pobre y en extrema pobreza y aquella que cuenta con limitada capacidad de pago.
- b) Contribuir en la disminución de la prevalencia de la desnutrición crónica infantil y la morbilidad materna neonatal.
- c) Contribuir a disminuir los riesgos y daños a la salud individual en la población asegurada al SIS.
- d) Garantizar el financiamiento oportuno de las Prestaciones de Salud con prioridad en el segmento Materno Infantil dirigido a las familias o personas que no tengan un seguro de salud y con cierta capacidad de pago.
- e) Realizar intervenciones como son la planificación familiar, aplicación de programas de prevención y control de niño, preescolares, adolescente, joven y adultos mayores.

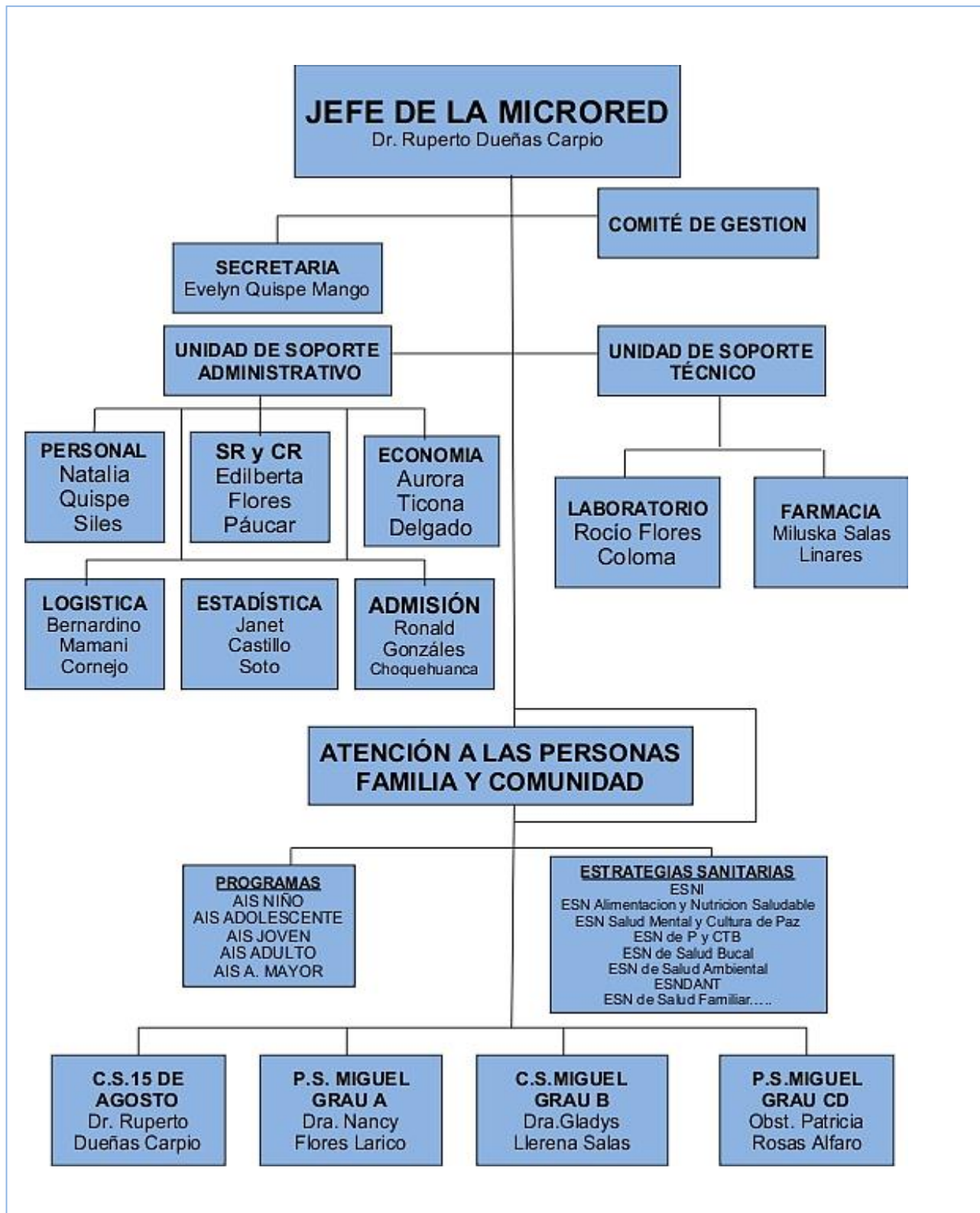
3.3. Servicios que brinda.

- Medicina
- Pediatría
- Ginecología
- Obstetricia
- Control de niño sano
- Control de gestante
- Planificación familiar
- Inmunizaciones
- Odontología
- Nutrición
- Estimulación temprana
- Estimulación prenatal
- Ecografías
- Emergencia
- Laboratorio
- Saneamiento Ambiental

EMERGENCIAS

- Emergencia
- Tópico
- Observación
- Farmacia

3.4. ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL



3.5.Oficina De Trabajo Social.

3.5.1 Estructura Orgánica

El departamento de Servicio Social es un órgano encargado de los factores socio económicos y culturales que favorecen e interfieren en la recuperación de la salud de los pacientes de la jurisdicción promoviendo la participación multisectorial de los diferentes actores de la comunidad para que participen en el desarrollo de las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de su salud basado en el conocimiento de sus necesidades, para lograr el cumplimiento de los objetivos estratégicos y funcionales del Centro de Salud 15 de Agosto de Paucarpata.

El departamento de servicio social tiene las siguientes Unidades Funcionales:

3.5.2. Unidad Funcional de Trabajo Social en Emergencia.

Es la unidad orgánica encargada del estudio, diagnóstico e investigación de los factores sociales que favorecen y/o interfieren en la recuperación de la salud del paciente y/o usuario. Se encarga de ejecutar, evaluar y dirigir las acciones del personal de Trabajo Social; brindando soluciones oportunas e inmediatas a los pacientes que reciben atención por el servicio de emergencia. Considerando que los pacientes y familiares se presentan en situación crítica con cuadros de estrés emocional.

3.5.3. Unidad Funcional de Trabajo Social de Consultorio Externo y promoción Social.

Es la unidad funcional encargada de identificar los factores de riesgo social y familiar en el proceso de la enfermedad de la persona, la atención que se brinda al usuario y familia es personalizada y socio preventiva, evaluando la situación socioeconómica del paciente a fin de brindar apoyo requerido y a la vez orienta y sensibiliza para que haga una efectiva y adecuada utilización de los servicios de salud.

3.5.4. Funciones en caso de emergencia.

- Coordinar con las Fiscalías para la autorización e intervención quirúrgica de personas que se niegan a diversos procedimientos.
- Realizar la entrevista social al paciente y verificar en el sistema informático el aseguramiento del paciente.
- Realizar el estudio, evaluación social y registro de informática de la categorización socioeconómica de los pacientes que son beneficiarios del seguro de salud y determinar sus condiciones de pago.
- Brindar la atención mediante SIS a madres gestantes y menores de 5 años que no cuenten con seguro y se encuentren en situación de pobreza considerados como grupos vulnerables, previa presentación de los requisitos establecidos.
- Atender a los pacientes beneficiarios del seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT con el equipo de salud y reportar al responsable de la compañía de seguros.

- Coordinar con la PNP, DIVINCRI, RENIEC: para la identificación y que está en riesgo su vida.
- Elaborar expedientes sociales: informes sociales y realizar vistas con la finalidad de resolver los casos sociales de emergencia, cuando amerita el poder judicial, Vida Digna, MIMP y fiscalías de familia.
- Coordinar y gestionar con el equipo de salud intra y extra hospitalaria para estudios de apoyo al diagnóstico o transferencia para el tratamiento especializado que se requiere, orientado a una atención en promoción de la salud.
- Participar en la investigación de aspectos sociales de la población a fin de contribuir al conocimiento de hecho, buscar causas y proponer soluciones.
- Mantener buenas relaciones humanas con el paciente, familia y comunidad.
- Autorizar descuentos en los exámenes de ayuda al diagnóstico como son: Tomografía, Rayos X, Ecografías, etc.
- Realizar trabajos de investigación social.
- Programar, evaluar y sistematizar las actividades de los servicios asignados en forma mensual, trimestral, semestral y anual.
- Participar en programas de capacitación continua, establecidas por la Jefatura del Centro de Salud, para mantener un nivel óptimo de conocimientos y brindar una atención con calidad y calidez.

Otras funciones que le asigne el jefe inmediato.

3.5.5. Funciones de la visita domiciliaria.

- Realizar el seguimiento de casos sociales mediante visitas domiciliarias a fin de apoyar en la prevención de daños.
- Formular el diagnóstico de los problemas sociales que afecten la salud del paciente.
- Coordinar la realización de diferentes actividades como talleres, charlas para los usuarios.

3.6. Identificación de la problemática.

Para la identificación de la problemática se ha utilizado la identificación y priorización de los problemas mediante la lluvia de ideas, identificando los siguientes problemas como resultado de la investigación:

- Comunicación parcial familiar
- Relaciones familiares parcialmente asertivas
- El tema de sexualidad queda Circunscrito entre padres e hijos
- Limitado conocimiento en temas de salud sexual y reproductiva

3.6.1 Descripción de los problemas.

- **Comunicación parcial familiar**

La escasa comunicación entre los miembros de la familia, el solo recibir consejos o información de los padres en temas de sexualidad hace que el adolescente se parcialice en temas de conocimiento sobre educación sexual y queda expuesto a iniciar su vida íntima tempranamente, pudiendo enfrentar

la problemática de un embarazo prematuro, la presencia de enfermedades de transmisión sexual y una deserción escolar.

- **Relaciones familiares parcialmente asertivas**

La existencia de esta problemática familiar se da por ausencia de los padres debido a su situación laboral de jornadas largas, buscando el sustento familiar, creando vínculos poco afectivos.

- **El tema de sexualidad queda Circunscrito entre padres e hijos**

Se refiere a la acotación de los temas de sexualidad en el ámbito familiar, quedando las relaciones parentales cercadas, focalizadas como en un círculo pequeño ocasionando malestar e incumplimiento de las funciones u obligaciones ideales de la familia que incluyen la instrucción en educación sexual por que es parte de un despliegue natural de los roles paternos.

- **Limitado conocimiento en temas de salud sexual y reproductiva**

Al no contar con la orientación del seno familiar los adolescentes acceden a la información sexual por distintos medios de comunicación masiva evidenciando que estas no son de fuentes confiables enfrentando riesgos que pueden enfrentar más adelante ya que mantienen conductas sexuales inadecuadas exponiéndose así a innumerables peligros que están latentes .

3.7. Selección y Análisis del problema Objeto de Intervención.

3.7.1. Categorización de problemas.

a) Problema Esencial (Factores estructurales o del sistema social)

- Bajos recursos económicos.

b) Problemas Fundamentales (factores que inciden en la evolución del problema)

- Bajo nivel educativo
- Presencia de familias desintegradas
- Limitada educación sexual obtenida
- Existencia de violencia en el hogar

c) Problemas incidentales (Factores de riesgo)

- Inadecuada comunicación familiar
- Existencia de conflictos familiares
- Limitadas relaciones familiares

3.7.2. Pronóstico.

De continuar la situación social inadecuada en las condiciones de educación sexual, continuarán la exposición a diferentes situaciones de riesgo como: embarazo precoz, seguirán aumentando las consecuencias en salud biopsicosocial en las gestantes irá generando sentimientos de frustración, depresión, agresividad, malas relaciones familiares, etc. Lo que puede ser susceptible de prevenir y superarse a través de acciones preventivas, educativas y promocionales desde la intervención social y con un equipo multidisciplinario.

3.7.3. Problema Objeto de Intervención.

- Inadecuada comunicación familiar.

CAPÍTULO III

PROPUESTAS DE TRABAJO SOCIAL PARA LA SOLUCION DE LA PROBLEMÁTICA INVESTIGADA

La presente investigación permite la obtención de resultados mediante el análisis de las tablas, realizando la abstracción y el conocimiento del problema en el diagnóstico, facilitando la identificación del problema objeto de intervención. En base a este análisis se realiza la propuesta desde el Trabajo Social en atender los problemas identificados en la etapa de investigación mediante la presentación de dos proyectos con la finalidad de generar espacios de prevención en la inadecuada comunicación familiar, mediante el fortalecimiento de las relaciones familiares.

Proyecto N°1 “VIVIENDO CON SALUD REPRODUCTIVA”

1. Fundamentación

Las diferentes problemáticas que afectan a las familias se agudizan por el escaso conocimiento en diferentes materias como la salud reproductiva y sexual, esto unido a una inadecuada comunicación familiar en la adolescencia hace que este grupo etario se encuentre en un estado de vulnerabilidad social que lo predispone a encontrarse en situaciones de riesgo social.

La familia como célula básica de la sociedad es la principal organización básica de intervención donde se orientan las acciones de promoción de relaciones saludables motivando la generación de cambios para el beneficio de bienestar personal y familiar.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Contribuir en el fortalecimiento de las relaciones familiares; de los padres y los adolescentes propiciando entornos saludables.

2.2 Objetivos Específicos

A. Brindar conocimientos sobre conductas saludables en temas de sexualidad en adolescentes

B. Capacitar a las familias para la adquisición de habilidades sociales que les permitan mejorar las prácticas y actitudes que fortalezcan la dinámica familiar.

3. Estrategia

- Conseguir la autorización del Director del Centro de Salud.
- Motivar e involucrar la participación del personal de salud del centro de salud.
- Organizar un equipo multidisciplinario para la intervención con los adolescentes.
- Propiciar alianzas con instituciones locales para la ejecución de talleres de capacitación.

4. Meta

El 100% de los adolescentes participarán en las acciones del proyecto.

El 60% de padres de familia participaran de las acciones del proyecto.

5. Programación de Acciones

5.1 Acciones de Coordinación

- Para la aprobación del proyecto se coordinará con el Director del Centro de Salud.
- Con los servicios de ginecología y obstetricia, así como psicología y servicio social para su incorporación en el proyecto como parte del equipo multidisciplinar.
- Visitas de coordinación a la institución para establecer el cronograma y hora de ejecución del proyecto.

5.2 Acciones de Motivación

- Entrevistas con los adolescentes y padres de familia para las reuniones de capacitación.
- Elaboración de material impreso para difusión y capacitación.

- Planificar Técnicas de motivación para promover la integración y mejora de las relaciones familiares

5.3 Acciones de Organización

- Reuniones con los profesionales que integren el equipo multidisciplinario para establecer los temas y cronograma de participaciones.
- Diseño y elaboración de material de instrucción para los talleres de capacitación.

5.4 Acciones de Capacitación

Ejecución de talleres con adolescentes y sesiones formativas.

Temas:

- Características anatómo - estructurales del sistema reproductor de varones y mujeres.
- Cambios fisiológicos que ocurren en la adolescencia, en varones y en mujeres.
- La menstruación valorada como parte del desarrollo, excitación, erecciones espontáneas, eyaculación, emisiones nocturnas.
- Conceptos de Sexo, Género y sexualidad Diferencias entre sexo y genero
- Construcción social del género .Patrones culturales de género. Equidad e igualdad entre los géneros.
- Expresiones de la sexualidad a lo largo de la vida.
- Influencia del entorno en nuestro comportamiento
- Auto imagen y autoestima. Respeto por las diferencias
- Comunicación Familiar
- Tiempo en Familia

5.5 Acciones de Evaluación

Utilización de tests y post test.

Técnicas de diálogo directo

Elección y prestaciones de indicadores de evaluación:

Nº de asistentes

Nº de participantes

6. Recursos

6.1 Humanos

- Personal del servicio de ginecología
- Personal del servicio de psicología
- Personal del servicio de Trabajo Social
- Adolescentes del centro educativo
- Graduandos

6.2 Materiales

- Videos educativos
- Material de oficina
- Computadora e impresora
- Micro sistema de sonido
- Bifoleados
- Cartillas informativas

6.3 Institucionales

- Sala de capacitación para el desarrollo de talleres del Centro de Salud.
- Universidad Católica de Santa María

6.4 Recursos Financieros

- Aporte de las graduandas

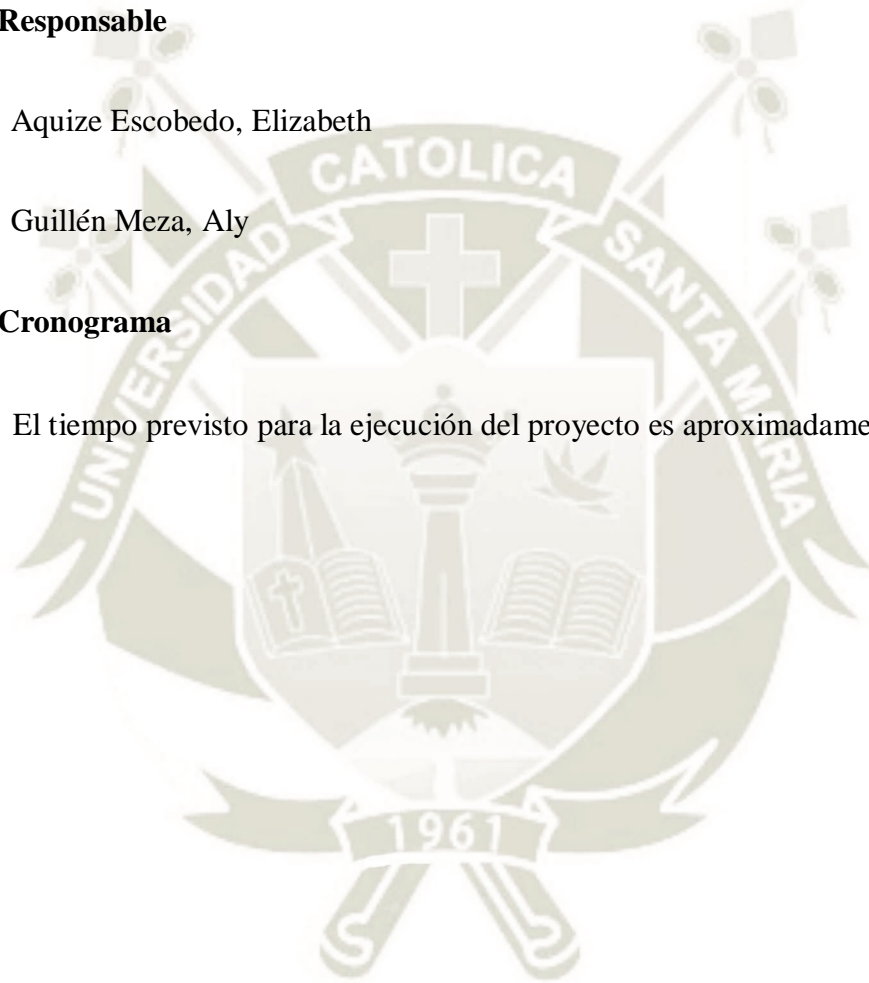
7. Responsable

Aquize Escobedo, Elizabeth

Guillén Meza, Aly

8. Cronograma

- El tiempo previsto para la ejecución del proyecto es aproximadamente tres meses.



Proyecto N°2 “APRENDAMOS A COMUNICARNOS Y COMPRENDERNOS EN FAMILIA”

1. Fundamentación

Definimos la familia como el núcleo donde el niño crece y aprende los valores fundamentales para desenvolverse en la sociedad en la que están inmersos.

Pero la familia no es una unidad estática, sino que también cambia y evoluciona. En este punto, los adolescentes necesitan extender su radio de acción a toda la sociedad como parte de su crecimiento.

En este escenario de convivencia es necesario pensar sobre las diferentes intervenciones desde las instituciones públicas y privadas dirigidas a las familias con la finalidad de prevenir situaciones de riesgo a la que pueden estar expuestos los adolescentes y fortalecer las habilidades sociales para un buen desarrollo y desenvolvimiento.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Estimular y fortalecer los lazos de comunicación entre los miembros de la familia mejorando sus habilidades sociales para mejorar las relaciones familiares.

2.2 Objetivos Específicos

a. Promover la reflexión mediante el conocimiento de la importancia de las habilidades sociales en la comunicación familiar para el mejoramiento de las

relaciones familiares que contribuyan a una convivencia familiar sana y armoniosa.

b. Contribuir al mejoramiento de las relaciones familiares brindando herramientas para una buena gestión de comunicación de emociones facilitando el entorno saludable en los miembros de la familia.

3. Estrategia

- Conseguir la autorización del Director del Centro de Salud.
- Motivar e involucrar la participación del personal de salud del centro de salud.
- Organizar un equipo multidisciplinario para la intervención con los adolescentes.
- Propiciar alianzas con instituciones locales para la ejecución de talleres de capacitación.

3. Meta

- El 100% de los adolescentes participarán en las acciones del proyecto.
- El 60% de padres de familia participaran de las acciones del proyecto.

5. Programación de Acciones

5.1 Acciones de Coordinación

- Para la aprobación del proyecto se coordinará con el Director del Centro de Salud.
- Con los servicios de ginecología y obstetricia, así como psicología y servicio social para su incorporación en el proyecto como parte del equipo multidisciplinar.

- Visitas de coordinación a la institución para establecer el cronograma y hora de ejecución del proyecto.

5.2 Acciones de Motivación

- Entrevistas con los adolescentes y padres de familia para las reuniones de capacitación.
- Elaboración de material impreso para difusión y capacitación.
- Planificar Técnicas de motivación para promover la integración y mejora de las relaciones familiares

5.3 Acciones de Organización

- Reuniones con los profesionales que integren el equipo multidisciplinario para establecer los temas y cronograma de participaciones.
- Diseño y elaboración de material de instrucción para los talleres de capacitación.

5.4 Acciones de Capacitación

- Ejecución de talleres con adolescentes y sesiones formativas.
- Habilidades comunicativas
- Habilidades para la gestión de emociones
- Habilidades cognitivas

Temas de talleres:

- Claves para una comunicación Familiar
- Creando un clima de confianza
- Utilizando el lenguaje estímulo

- Escuchando a mi hijo
- Comunicando mis emociones
- Creando lazos de amistad

5.5 Acciones de Evaluación

- Utilización de tests y post test.
- Técnicas de diálogo directo
- Elección y prestaciones de indicadores de evaluación:
- N° de asistentes
- N° de participantes

6. Recursos

6.1 Humanos

- Personal del servicio de ginecología
- Personal del servicio de psicología
- Personal del servicio de Trabajo Social
- Adolescentes del centro educativo
- Graduandos

6.2 Materiales

- Videos educativos
- Material de oficina
- Computadora e impresora

- Micro sistema de sonido
- Bifoleados
- Cartillas informativas

6.3 Institucionales

- Sala de capacitación para el desarrollo de talleres del Centro de Salud.
- Universidad Católica de Santa María

6.4 Recursos Financieros

- Aporte de las graduandas

7. Responsable

Aquize Escobedo, Elizabeth

Guillén Meza, Aly

8. Cronograma

- El tiempo previsto para la ejecución del proyecto es aproximadamente tres meses.

CONCLUSIONES

Primera.- Los resultados encontrados muestran que si existe una relación entre la variable embarazos en adolescentes por la información sobre la educación sexual en el Centro de Salud 15 de Agosto del distrito de Paucarpata, ya que los valores hallados dan a conocer que una información sobre temas sexuales y el embarazo termina en un embarazo prematuro adolescente.

Segunda.- Los resultados encontrados dan a conocer que los embarazos precoces en adolescentes del Centro de Salud 15 de Agosto del distrito de Paucarpata según la tabla N° 13 son por la *deficiente información en educación sexual*, con el 31,3%, la *disfunción familiar*, con el 25,0% *por el mal uso de métodos anticonceptivos*.

Tercera.- La educación sexual en adolescentes del Centro de Salud 15 de Agosto del distrito de Paucarpata, se da en un 18,2% y en los colegios llega a 43,8% respectivamente, no hay una buena educación sexual hacia los adolescentes.

SUGERENCIAS

Primera: A fin de promover adecuadas relaciones familiares y un buen funcionamiento de la familia en sociedad, se deben implementar servicios de consejería social a través de un profesional de Trabajo Social que desarrolle estudios de casos en las instituciones educativas y el Centro de Salud de manera preventiva que puedan apoyar o ayudar a que los adolescentes a identificar otras formas de expresión de afecto, sin tener otra conducta sexual que sea de riesgo; guiándoles para que establezcan los límites en sus expresiones de afecto y su conducta sexual.

Segunda: Como parte de un programa de habilidades sociales se debería poner énfasis como estrategia para prevenir el embarazo en adolescentes, la educación emocional y la resiliencia implementando mecanismos eficientes y eficaces.

Tercera.- Planificar un programa de educación sexual para adolescentes con la intervención interdisciplinaria a cargo del trabajador social, psicólogo, profesionales de salud, para brindar sesiones educativas sobre la importancia de un inicio de la vida sexual, plantearse un proyecto de vida y el disfrute adecuado de cada etapa de la vida; permitiéndole identificar las consecuencias personales e interpersonales (en la pareja y la familia) que tendría un embarazo a temprana edad.

Cuarta.- Para evitar estos embarazos precoces los padres de familia deben de mantener un dialogo: constante, abierto y fluido, y enseñarles a cuidarse mediante anticonceptivos o enseñarles sobre la abstinencia ya que sería el mejor método anticonceptivo para prevenir un embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

- Arias L, Vásquez M, Dueñas E, García L, Tejada E. . (2011). *Comportamiento sexual y erotismo en estudiantes universitarios, Cali, Colombia*. Cali, Colombia: Revista emdica Colombia .
- Cataño D, Restrepo S, Portilla N, Ramírez H. (2008). *Autoestima y sexualidad en adolescentes: validación de una escala*. Investigaciones Andinas 2008.
- García R, Cortes A, Vila L, Hernández M. . (2006). *Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud*. Cuba: Revista Cubana de Medicina General Integral .
- Muñoz M, Ruiz A. (2008). *Nivel de autoestima y correlación con comportamientos de riesgo en alumnos de la Universidad de Almería*. Almería: Enferm Clin.
- Orcasita L, Uribe A, Castellanos L, Gutierrez M. . (2012). *Apoyo social y conductas sexuales de riesgo en adolescentes del municipio de Lebrija-Santander*. Lebrija-Santander: Revista de Psicología .
- Parra J, Pérez R. (2010). *Comportamiento sexual en adolescentes y su relación con variables biosociales*. Perinatol Reprod Hum .
- Rodríguez C, Caño A. . (2012). *Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención*. International Journal of Psychology and Psychological Therapy .
- Vargas E, Gambará H, Botella J. . (2009). *Autoestima e inicio de actividad sexual en la adolescencia: un estudio meta-analítico*. Int J Clin Health Psychol .
- Álvarez A, Sandoval G, Velásquez S. . (2010.). *Autoestima en los (as) alumnos (as) de los 1º medios de los Liceos con alto índice de vulnerabilidad escolar (I.V.E.) de la ciudad de Valdivia*. Chile.: Universidad Austral de Chile.
- Abreu R, Reyes O, García G, León M, Naranjo M. . (2008). *Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales. Algunos factores desencadenantes*. Gaceta Médica Espirituana .
- Adjam, C. (2.000). *Prevalencia de adolescentes de riesgo psicosocial arca de influencia del ambulatorio urbano tipo III "La Carucierna"*. Colombia: Barquisimeto.
- Alchebli A., Rima A. ; Bracho G., Pablo A. ; Aldana O., Anna M. (2000). *Algunos aspectos socioculturales de la adolescente embarazada. Consulta prenatal de adolescentes. Ambulatorio Urbano Tipo II*. Colombia: Pueblo Nuevo.
- Alvarado, J. (2003). *Estrategias y lineamientos básicos para la prevención del embarazo en la adolescencia*. Nicaragua: Ministerio de Salud.
- Alvarado, S. (2003). *Embarazo en adolescentes: Aspectos de tipo social, psicológicos y cultural*.
- Arrivillaga, M., Salazar, I. y Correa, D. . (2003). *Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios*. Colombia: Médica.

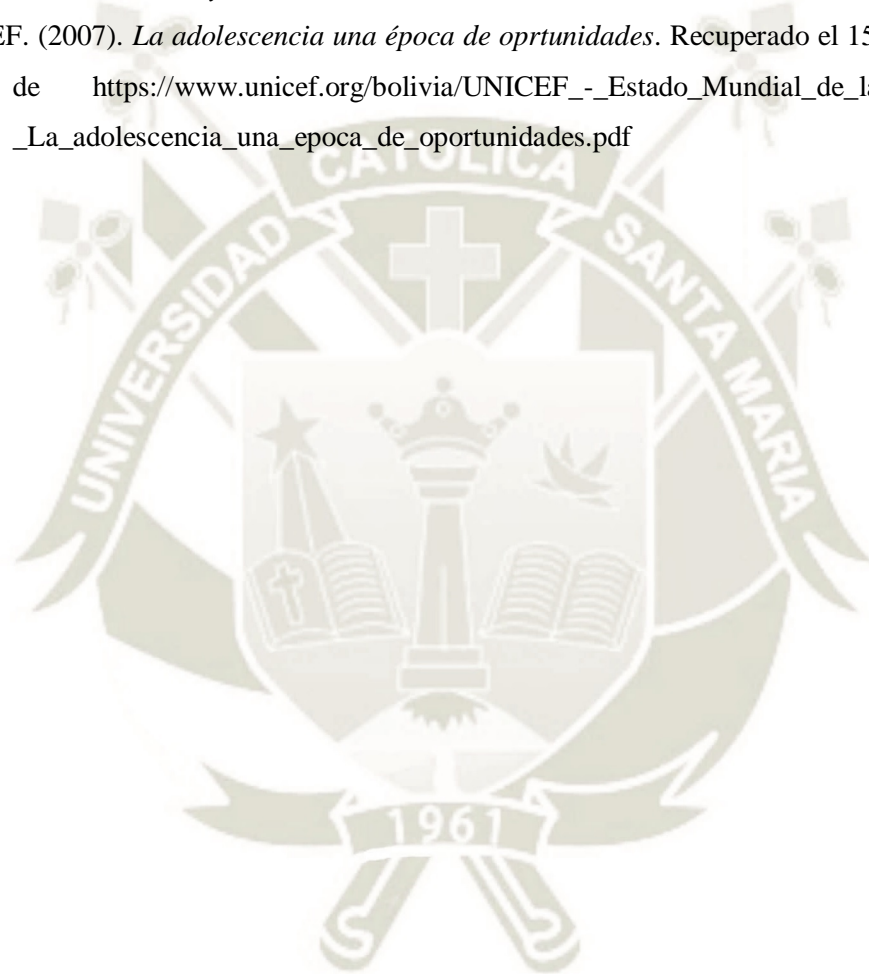
- Arrivillaga, M., Salazar, I. y Correa, D. (2003). *Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios*. Colombia : Médica.
- Avenidaño, C., Graud, P. . (1997). *Salud de las enfermeras chilenas. Visibilizando riesgos”*. Cuadernos mujer y Salud . Chile.: Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del carib.
- Baeza, B., Poo, A., Vásquez, O. (2007). *Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región*. Chile: obstet. Ginecol.
- Berek, A., Adams, P. . (2003). *Novak Tratado de ginecología*. . Estados Unidos.: Editorial Mac Graw Hill.
- Bernedo, E. (2007). *Psicología evolutiva y la educación*. Recuperado el 20 de Julio de 2018, de <https://www.uma.es/departamento-de-psicologia-evolutiva-y-de-la-educacion/info/60190/isabel-bernedo-munoz/>
- Carrera, F. (2011). *Relación de las habilidades sociales y sexualidad saludable en adolescentes de las instituciones educativas de educación secundaria de la Región De Huancavelica - 2011*. . Huancavelica -Peru: Universidad Nacional De Educación Enrique Guzmán .
- Carrionco, M.; Bleisen, R. (2014). *Embarazo adolescente*. Recuperado el 10 de Septiembre de 2018, de http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/6564/tesis-fcpys-ts-2014-bleisen-carricondo.pdf
- Castro, R. (1994). *Estrategias en Salud Reproductiva del Adolescente en Chile*. Chile: Revista de Ginecología.
- Ceballos, G. y Campo, A. . (2005). *Relaciones sexuales en adolescentes estudiantes de tres colegios privados de Santa Marta, Colombia*. Santa Marta, Colombia: Medunab.
- Celestino, F. (2001). *Educación*. Recuperado el 20 de Julio de 2018, de <http://teoriaeducativa2.blogspot.com/2010/04/celestino-freinet.html>
- Cervantes, R. (1993). *Aspectos biológicos del embarazo precoz*. Lima: Lima: UNICEF.
- Chapa S, Ruiz M. . (2011). *Presencia de violencia familiar y su relación con el nivel de autoestima y rendimiento académico en estudiantes de secundaria de la I.E N° 0031 María Ulises Dávila Pinedo*. Arequipa Peru: Universidad Nacional San Agustín .
- Contreras, P. (2004). *Menopausia y longevidad. Perspectiva clínica y epidemiológica en Latinoamérica*,. Santiago de Chile.: Editorial by Waters.
- De Bruin, A. & Picavet HSJ. (1996). *Entrevista acerca de la percepción del estado de salud. Ensayo internacional para la validación de un instrumento*. Genova. Italia.: Regional Publications European .
- Dennerstein L, Dudley EC, . (2003). *Predictors of declining self-rated health during the transition to menopause*. Estados Unidos: J Psychosom Res.
- ENDES. (2013). *Encuesta demografica y salud integral* . Recuperado el 20 de Julio de 2018, de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/L

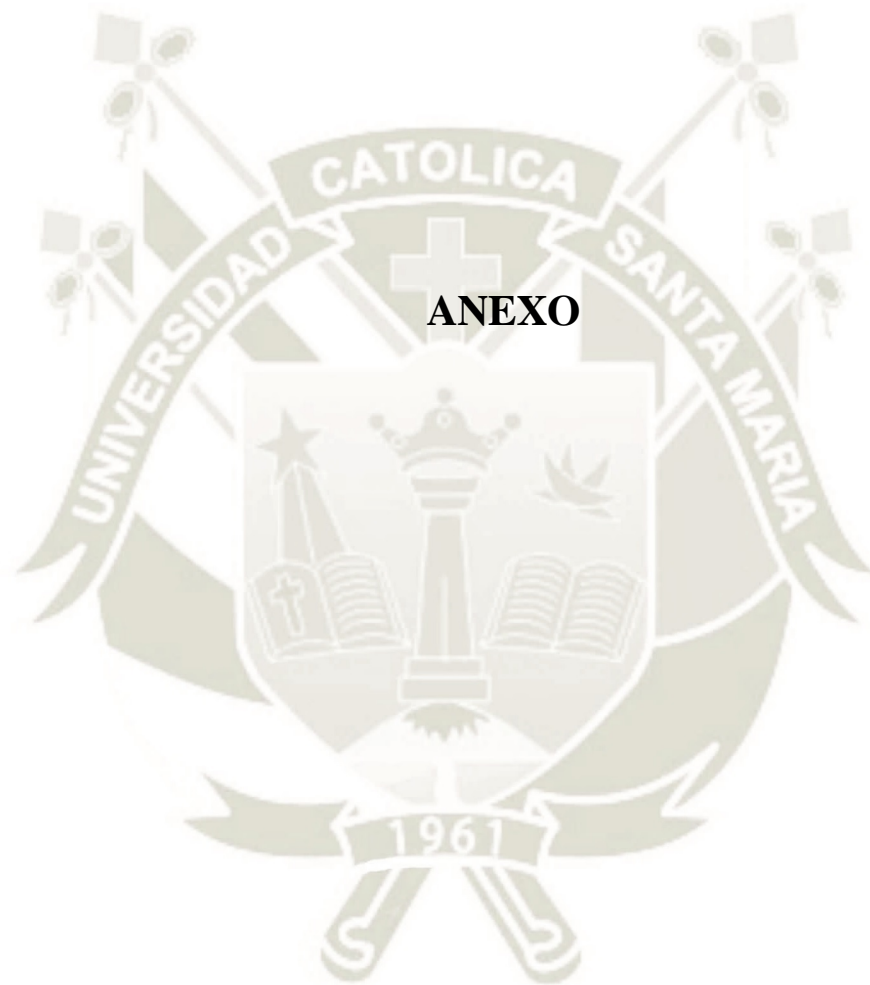
ibro.pdf

- Enge, Margorie. (2004). *Familia funcional* . Recuperado el 09 de Septiembre de 2018, de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2267/1/tps602.pdf>
- Estrada, A. (2010). *Adolescentes indígenas embarazadas*.
- Fleiz C, Villatoro J, Medina M, Alcántara E, Navarro C, Blanco J. . (2009). *Conducta sexual en estudiantes de la ciudad de México*. México: Salud ment.
- Freire, E. (2004). *Filosofía de la educación*. Recuperado el 18 de Junio de 2018, de <https://revistas.uam.es/riejs/article/viewFile/986/2630>
- Fylkesnes, K. (2001). *Predictores de la evaluación del estado de salud*. Estados Unidos: Soc Sci Med.
- Gamarra P, Iannacone J. . (2010). *Factores asociados que influyen en el inicio de actividad sexual en adolescentes escolares de Villa San Francisco-Santa Anita, Lima-Perú, 2009*. Lima-Perú: The Biologist 2010.
- García E, Menéndez E, García P, Rico R. . (2010). *Influencia del sexo y del género en el comportamiento sexual de una población adolescente*. *Psicothema 2010*. Psicothema 2010.
- Gestal, O. (2003). *Riesgos del trabajo del personal sanitario. Concepto, importancia y clasificación*”. *Riesgos del trabajo del personal sanitario*. España.: Interamericana McGraw – Hill.
- González, G. (2007). *Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000*”. . Lima: Revista de Salud Pública .
- Gori, J., Larusso, A. (2001). *Ginecología de Gori*. España.: Editorial El Ateneo.
- Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia . (2004.). *Guía de práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia*. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. España : Asociación Española para el Estudio de la Menopausia.
- Guthrie, JR, Dennerstein L, Taffe JR, Lehert P, Burger HG. (2004). *La transición a la menopausia. Un estudio de población prospectivo de 9 años*. Cuba.: Rev. Climacteric.
- Hernández, A. (2005). *la familia como unidad de supervivencia* . Recuperado el 13 de Septiembre de 2018, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v3n1/v3n1a03.pdf>
- Hernández, R.; Fernández, C.; Batista, P. (2014). *Metodología de la investigación* . México: McGraw-Hill.
- Herrera, P. (2009). *Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente*. Cuba: Rev Cubana Pediatra.
- Hidalgo, L. (2012). *Alteraciones vasomotoras durante el climaterio*. Ecuador.: Rev Ecuatoriana de Ginecol y Obstet.
- Hurlock, E. (1994). *Psicología de la adolescencia*. Buenos Aires : Paidós.

- Leyton C, Bardi L, González E, Molina T, Oneto C. (2006). *Uso del preservativo en adolescentes nuligestas con uso de anticonceptivos hormonales*. . REV SOGIA .
- Mamani A, Silva J. C. (2012). *Consumo de alcohol y conductas sexuales de riesgo en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Nacional N°72 "San Martín de Porres" UGEL N°03 Magdalena del Mar-Perú. Marzo-diciembre del 2012*. Perú: Universidad San Martín de Porres.
- Martínez Estévez, & Inglés. (2015). *Conductas adolescentes*. Recuperado el 20 de Septiembre de 2018, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v14n1/v14n1a10.pdf>
- Martínez, O. (2000). *Características del climaterio en pacientes con DM de tipo 2*. Cuba.: Rev. Cubana Endoc.
- Mendoza L, Arias M, Pedroza M, . (2012). *Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana*. Chile: Rev. chil. obstet. ginecol.
- Morris, C; Maisto, A. (2001). *Introducción a la psicología*. México: Pearson educación.
- Navarro, D., Navarro, D., Pérez, A., Xiqués, T., Pérez, O., Méndez. . (2006). *Características clínicas y sociales de la mujer en etapa climatérica*. . Cuba.: Rev. Cubana Endocrinol.
- Navarro, L., Hernández, E. y cols. (2004). *Cateterismos cardíacos y calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes Hospital Universitario Virgen de las Nieves*. España.: Hospital Universitario Virgen de las Nieves.
- Navarro, S. (2006). *Calidad de vida: Parámetros de las ciencias de la salud*. Estados Unidos.: Parámetros de las ciencias de la salud.
- Niedhammer I, Chea M. . (2003). *Factores médicos, psicosociales y laborales que influyen en el estado de salud*. Chile.: Rev. Occup Environ Med.
- Olivari C, Barras E. . (2007). *Influencia de la Autoeficacia y la Autoestima en la Conducta de Fumar en Adolescentes*. Terapia psicológica.
- OMS. (s.f.). *Adolescentes, riesgo para la salud y soluciones* . Recuperado el 15 de Julio de 2018, de Organización Mundial de la Salud.: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- Organización para la Cooperación y del Desarrollo Económico. (2008). *Impacto de la contaminación ambiental en la salud a nivel mundial*. Estados Unidos.
- Orrico A, Salas A, Gutiérrez A, Arce M, Salazar J. . (2010). *Factores de riesgo asociados al inicio de relaciones sexuales en adolescentes mujeres estudiantes de secundaria en La Paz, Bolivia.*. La Paz, Bolivia.: Rev. bol. ped.
- Pacheco, J., Salvador, J. . (1998). *Conocimiento y actitudes de la mujer peruana sobre climaterio y menopausia*. Perú.: Ginecol. & obstet.
- Palacios D, Bravo F, Andrade P. . (2007). *Consumo de alcohol y conducta sexual de riesgo en adolescentes*. Lima: Psychology International 2007.

- Quinbtero, A. (2007). *La familia*. Recuperado el 20 de Septiembre de 2018, de file:///C:/Users/Verito/Downloads/Dialnet-LaFamiliaSegunUnEnfoqueDeConvergencia-5527441.pdf
- Rodríguez A, Álvarez L. . (2008). *Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes Rev Cubana Salud Pública*. Cuba: Rev Cubana Salud Pública .
- Ulloa, N. (2003.). “*Niveles de Autoestima en Adolescentes Institucionalizados. Hogar de Menores: Fundación Niño y Patria. Valdivia, II semestre 2002*”. Chile: Universidad Austral de Chile.
- UNICEF. (2007). *La adolescencia una época de oprtunidades*. Recuperado el 15 de Julio de 2018, de https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF_-_Estado_Mundial_de_la_Infancia_2011_-_La_adolescencia_una_epoca_de_opportunidades.pdf





INSTRUMENTOS

ENCUESTA APLICADA A LOS ADOLESCENTES DE 12 A 18 AÑOS, DEL CENTRO DE SALUD “DEL CENTRO DE SALUD 15 de Agosto DEL DISTRITO DE PAUCARPATA - AREQUIPA 2016.

Previos y cordiales saludos la invitamos gentilmente a responder las siguientes interrogantes, en relación a la prevención de embarazos en adolescentes. Agradecemos su valioso tiempo brindado.

EDAD: _____

I. DATOS GENERALES

1. ¿Actualmente qué grado de estudio tienes?

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior
- d) No respondió

2. ¿Con quién vives en tu casa?

- a) Papas
- b) Uno solo (papa o mama)
- c) Otro familiar
- d) Personas ajenas

3. ¿Cómo es la relación con tus padres?

- a) Buena
- b) Regular
- c) Mala

II. ORIENTACIÓN SOBRE SEXUALIDAD

4. ¿Tiene conocimientos sobre los temas de educación sexual y reproductiva?

- a) Si
- b) No
- c) Regular

5. ¿Considera que la falta de conocimiento de los temas de salud sexual y reproductiva condiciona a las adolescentes a no adoptar estilos de vida saludable y desencadenan embarazos precoces?

- a) Si consideró
- b) No considero
- c) Tal vez

6. ¿Qué métodos anticonceptivos se conocen?

- a) Preservativos masculino
- b) Inyectables
- c) Píldoras anticonceptivas
- d) Condón femenino

7. A qué edad tuviste tu primera relación sexual

- a) 12 – 13
- b) 14 – 15
- c) 16 - 17

8. Tus padres te hablan sobre temas sexuales

- a) Si
- b) A veces
- c) No

9. ¿De dónde obtuvo la información sobre educación sexual y/o reproductiva?

- a) En el centro de salud
- b) En el centro de estudios
- c) Medios de comunicación

III. EMBARAZO ADOLESCENTE

10. En la institución educativa te informaban sobre el embarazo precoz

- a) Si
- b) A veces
- c) No

11. En el centro de salud te capacitan para prevenir embarazos a temprana edad

- a) Si
- b) A veces
- c) No

12. ¿Tus padres te brindaron conocimientos sobre el embarazo en adolescentes?

- a) Si
- b) No
- c) Regular

13. ¿Por qué crees que se dan los embarazos?

- a) Mal uso de métodos anticonceptivos
- b) Deficiente información sobre educación sexual
- c) Familia disfuncional
- d) Bajo nivel económico
- e) Por curiosidad

14. ¿Consideras que un embarazo estropearía tu proyectó de vida?

- a) Si
- b) No
- c) tal vez

15. ¿A qué edad considera, que es la mejor edad para tener hijos?

- a) A partir de los 18 años.
- b) A partir de los 24 años.
- c) A partir de los 28 años.
- d) A partir de los 30 años